

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

Casa di Cura San Marco – Latina
(Cliniche Moderne S.P.A)

Data prima Edizione : 31.01.2022

Motivo Revisione: Revisione e Stesura PARS 2026
28.02.2026

Emesso da: Risk Manager
Verificato da: Direttore Sanitario
Approvato da : Direttore Generale

Sommario

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	2
Tabella 1 – Presentazione dei dati di attività CASA DI CURA San Marco – Latina 2026..	3
2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI....	4
Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2025 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017).....	4
Tabella 3 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017).....	6
3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	6
Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa.....	6
4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE.....	7
Tabella 5 –Resoconto delle attività del Piano precedente PARS 2025.....	7
Tabella 6 – Resoconto delle attività del Piano precedente (2025) Per la Gestione del Rischio Infettivo.....	10
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	13
Tabella 7 – Matrice delle responsabilità.....	13
6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ.....	14
1. Obiettivi.....	14
2. Attività.....	14
Tabella 8 – Declinazione attività PARS 2026.....	14
7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.....	17
1. Obiettivi.....	17
2. Attività.....	17
Tabella 9 – declinazione attività per la Gestione del Rischio infettivo 2026.....	18
8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO.....	21
9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	21

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il presente **Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2026** della Casa di Cura San Marco è redatto in conformità al *Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)* adottato con Determinazione regionale n. **G00643 del 25/01/2022**, nonché alle indicazioni operative contenute nella nota regionale **prot. n. U.0079798 del 22/01/2025**, che disciplina modalità, contenuti minimi e tempistiche di trasmissione del PARS 2026 per le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate del SSR Lazio.

Il documento si inserisce inoltre nel quadro programmatico nazionale e regionale per la prevenzione del rischio infettivo e la sicurezza delle cure, recependo:

- il **Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022–2025**;
- le indicazioni regionali in materia di prev. e controllo delle **Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)**;
- il Piano regionale di intervento sull'**Igiene delle Mani (OMS)**;
- la normativa nazionale in materia di sicurezza delle cure e responsabilità professionale (L. 24/2017).

Il PARS rappresenta pertanto lo strumento programmatico attraverso il quale la Casa di Cura San Marco definisce, attua e monitora le azioni finalizzate alla prevenzione, gestione e riduzione dei rischi clinico-assistenziali, organizzativi e strutturali, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure.

La Cliniche Moderne s.p.a. - Casa di Cura San Marco è una struttura sanitaria privata accreditata con il Servizio Sanitario Regionale del Lazio, priva di Pronto Soccorso, che eroga prestazioni di ricovero ordinario e diurno, attività ambulatoriali specialistiche e servizi territoriali, inclusa l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Le caratteristiche organizzative e assistenziali della struttura orientano la strategia di gestione del rischio sanitario verso:

- la prevenzione del rischio infettivo in ambito ospedaliero e territoriale;
- la sicurezza dei percorsi chirurgici e medico-assistenziali;
- la gestione integrata del rischio clinico tra degenza, day surgery e ADI;
- il controllo dei rischi strutturali e impiantistici, con particolare riferimento alla sicurezza delle acque e degli impianti aereali.

E' situata nel centro storico del Comune di Latina, nell'ambito territoriale della ASL di Latina - Distretto Sanitario 2, comprendente: 5 comuni (Latina, Pontinia, Sabaudia, Sermoneta, Norma) per un totale di 176.159 residenti.

A pochi passi dalla Casa di Cura San Marco è ubicato l'Ospedale Civile "S.M. Goretti", DEA di II Livello della ASL di Latina, con il quale è sempre stata stretta la collaborazione rafforzata dalla sottoscrizione di un protocollo con la Direzione Generale della ASL di Latina, che prevede il trasferimento verso la Casa di Cura San Marco di pazienti degenti al Pronto Soccorso o in casi eccezionali nei reparti di degenza di Area Medica del Presidio "S.M. Goretti" di Latina.

Presso la Casa di Cura è presente l'Hospice, denominato "Hospice San Marco", con ambito territoriale di competenza dei Distretti sanitari 2 e 3.

Le attività svolte dalla Casa di Cura S. Marco - Latina riguardano la Chirurgia Generale e Day Surgery, la Medicina Interna, l'Hospice San Marco, i Servizi di Diagnostica per Immagini ed il Laboratorio di Analisi. La Casa di Cura dispone, inoltre, di una palestra per fisioterapia. Dal 2024 la struttura ha ricevuto autorizzazione per Attività Domiciliare Integrata ADI.

Accanto all'attività in regime di ricovero per Acuti e DH completa l'offerta di servizi sanitari il Poliambulatorio Multispecialistico le cui prestazioni sono accessibili sia in convenzione con il SSR che privatamente.

Tabella 1 – Presentazione dei dati di attività CASA DI CURA San Marco – Latina 2026

Cliniche Moderne s.p.a - CASA DI CURA SAN MARCO - LATINA			
DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari per Acuti 60 PL (Accreditati)	Medicina Interna (Cod. 26)		DO 36 (Accreditati)
	Chirurgia Generale (Cod. 09)		DO 17 (Accreditati) DH 3 (Accreditati)
	Otorinolaringoiatria (Cod. 38)		DO 2 (Autorizzati) DH 2 (Autorizzati)
Hospice 60 PL (Accreditati)		Residenziali 12 (Accreditati)	Domiciliari 48 (Accreditati)
Blocchi Operatori (Accreditato)	1	Sale Operatorie (Accreditate)	2
RMN (Autorizzata)	1	Laboratorio Analisi (Accreditato)	1
Unità TAC (Accreditata)	1	Unità ArtoScan 0.4Tesla (Autorizzata)	1
ADI (Attività Domiciliare Integrata) (Autorizzata)	1	Fisiochinesiterapia (Accreditata)	1
DATI DI ATTIVITÀ^(A)			
Ricoveri Medicina	1091	Ricoveri Chirurgia	685
Branche Specialistiche	32	Prestazioni TAC	3083
Ricoveri Hospice (Residenziali+Domiciliari)	389	Prestazioni RMN	3831
Prestazioni Ambulatoriali	123.446 (Escluse le analisi di laboratorio)		

(A): Dati forniti dalla Direzione Sanitaria, Direzione Generale e Amministrativa aggiornati al 31/12/2025.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 24/2017, la Cliniche Moderne S.P.A. - Casa di Cura San Marco – Latina - redige la Relazione Annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, con focus sulle cause che hanno prodotto gli eventi avversi e sulle conseguenti iniziative o azioni correttive messe in atto.

Di seguito una relazione sintetica che descrive la Tabella 2:

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2025 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	1	0%	Strutturali (0%)	Strutturali (0%)	Sistemi di reporting (Schede di Incident Reporting - E-mail Aziendale (100%))
Eventi Avversi	0	0%	Tecnologici (0%)	Tecnologiche (0%)	
Eventi Sentinella	0	0%	Organizzativi (0%)	Organizzative (0%)	
			Procedure/ Comunicazione (100%)	Procedure/ Comunicazione (100%)	

(A): I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi.

Glossario: **Near Miss** o evento evitato: Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente. **Evento Avverso**: Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile". **Evento Sentinella**: Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

Descrizione EVENTI AVVERSI	Near miss*	1
	Evento avverso**	0
	Evento sentinella	0
Descrizione ESITO EVENTI AVVERSI*	Nessuno	0
	Lieve	0
	Moderato	0
	Severo	0
	Non determinabile	0
FONTE SEGNALAZIONE	<i>Incident reporting</i>	0
	Altro (consulente Legale)	0

*Near miss

L'evento n° 01/25 near miss segnalato dal Responsabile CCICA si riferisce ai risultati del campionamento microbiologico interno delle superfici, eseguito in data 26/11/2025 dove si è rilevata la presenza di valori ai limiti soglia del massimo consentito della presenza di 5 UFC/piastra sulle scialitiche delle Sale Operatorie 1 e 2 (limite <= 5 UFC/piastra) pur in assenza di S. aureus, P. aeruginosa, Enterobacteriaceae o Aspergillus spp.

Tale evidenza non configura una non conformità, ma indica un trend potenzialmente critico meritevole di interventi preventivi e correttivi per ridurre il rischio di progressiva colonizzazione microbica.

- Eseguite **Azioni correttive immediate** come: esecuzione di sanificazione straordinaria delle sale 1 e 2 con sanificanti e disinfettanti ad ampio spettro conformi alle norme EN1276 e EN13697.
- Programmate **Azioni preventive** come: rafforzamento delle procedure di sanificazione inter-operatoria delle superfici ad alta manipolazione, ripetizione del campionamento microbiologico per l'U.O di Chirurgia Generale a 90 giorni dal precedente per la verifica dell'efficacia delle azioni intraprese, calendarizzato audit osservazionale semestrale sulla fase di preparazione e ripristino della sala operatoria, formazione mirata del personale di sala operatoria.

****EVENTI AVVERSI**

Non sono stati registrati eventi avversi o eventi sentinella nel periodo di monitoraggio del 2025

Gli eventi caduta espressi come eventi per 1000 giornate di degenza sono stati: Casa di Cura San Marco - Latina: **0 cadute** per 1000 giornate di degenza.* (periodo di riferimento 01/01/2025 - 31/12/2025)

Ai sensi dell'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 si rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio" riassunti nella Tabella 3.

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

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2020	2	0	-
2021	2	0	-
2022	5	0	-
2023	2	0	-
2024	3	1	1.150,00 €
2025	1	0	-
Totale	15	1	

(A): sono riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario aggiornati al 31/12/2025 Fonte: Consulente Legale CDC San Marco/Amministrazione – Cliniche Moderne S.P.A. (Avv. Luigi Guarnacci)

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La Società Cliniche Moderne S.P.A. – Casa di Cura San Marco – Latina è in modalità di autoassicurazione avendo accantonato riserve proporzionali al rischio sanitario valutato.

Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa

Anno	
2019	modalità di autoassicurazione avendo accantonato riserve proporzionali al rischio sanitario valutato.
2020	modalità di autoassicurazione avendo accantonato riserve proporzionali al rischio sanitario valutato.
2021	modalità di autoassicurazione avendo accantonato riserve proporzionali al rischio sanitario valutato.
2022	modalità di autoassicurazione avendo accantonato riserve proporzionali al rischio sanitario valutato.
2023	modalità di autoassicurazione avendo accantonato riserve proporzionali al rischio sanitario valutato.
2024	modalità di autoassicurazione avendo accantonato riserve proporzionali al rischio sanitario valutato.
2025	modalità di autoassicurazione avendo accantonato riserve proporzionali al rischio sanitario valutato.

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

In questa sezione, il resoconto di attività del PARS 2025 della Casa di Cura San Marco:

Tabella 5 –Resoconto delle attività del Piano precedente PARS 2025

Dati forniti dalla Direzione Sanitaria, Direzione Generale e Amministrativa aggiornati al 31/12/2025.

Obiettivo A)		II° Edizione del “ Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico ”
Attività N.1	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione del Corso	SI	Completato 2025
Accreditamento del Corso (ECM)	NO	-
Esecuzione del Corso (almeno una edizione del corso entro il 31.12.2025)	SI	Completato 2025 Reso disponibile a tutti gli operatori sanitari della Casa di Cura su Piattaforma Online Google Classroom dalla Direzione Sanitaria dal 01.01.2025 al 31.12.2025 con materiale didattico consultabile e questionario di verifica apprendimento, fruibile tramite Link diretto fornito con Mail Aziendale e da Area riservata (tramite

		Password) su sito Aziendale https://www.clinicasanmarco.it/corsi-di-formazione-online-casa-di-cura-san-marco-formazione-continua/
Partecipazione	25%	Verificata la partecipazione del 25% dei dipendenti.
Azioni di Miglioramento	SI	Riproposto per il 2026 con obiettivo di raggiungimento di almeno il 50% di partecipazione entro il 31/12/2026

Obiettivo A)		
II° Edizione della “Campagna per il Contrasto alla Resistenza agli Antimicrobici” (AMR, antimicrobial Resistance)		
Attività N.2	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione delle attività	SI	Completato 2025
Esecuzione progetto	SI	Completato 2025 1. Potenziata l’offerta per <i>Formazione Interna</i> del personale sanitario in tema di AMR con corsi di formazione disponibili sul sito aziendale, fruibile tramite Link diretto fornito con Mail Aziendale e da Area riservata (tramite Password) su sito Aziendale https://www.clinicasanmarco.it/corsi-di-formazione-online-casa-di-cura-san-marco-formazione-continua/ 2. Attenzionato l’utilizzo/acquisto di Antibiotici (RESERVE) per germi multiresistenti. 3. Attivata procedura di Reporting Annuale tra Responsabile Farmacia/Magazzino e Direzione Sanitaria e Generale per il monitoraggio del consumo/acquisto antibiotici, tramite mail Aziendale e Report Excel.
Elaborazione Report Annuale	SI	Completato 2025 (Documentazione disponibile per tutti gli operatori su Archivio Intranet TaleteWEB e presso la DS)
Azioni di Miglioramento	SI	Riproposto per il 2026

Obiettivo B)		
II° Edizione della “Campagna di Monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica”.		
Attività N.3	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione e organizzazione Attività	SI	Completato 2025
Esecuzione Audit	SI	Completato 2025

Relazione Audit	SI	Completato 2025 (Disponibile per tutti gli operatori su Archivio Intranet TaleteWEB e presso la DS)
Adesione a protocolli Regionali di sorveglianza	SI	Completato 2025 Adesione al Protocollo Regionale: Sorveglianza SNICH2 - SERESMI - Monitoraggio infezioni del sito chirurgico. - partecipazione alla raccolta dati per la stesura del REPORT 2025 (dati di sorveglianza 2024) del SERESMI redatto in data 18/12/2025
Azioni di Miglioramento	SI	Revisione procedure percorso chirurgico pre e post-intervento, compresa la profilassi antibiotica perioperatoria per il 2026

Obiettivo B)		II° Edizione della “Campagna di Gestione della SEPSI - Corso di Formazione Interno modalità FAD Online”
Attività N.4	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione del Corso	SI	Completato 2025
Accreditamento del Corso (ECM)	NO	-
Esecuzione del Corso (almeno una edizione del corso entro il 31.12.2025)	SI	Completato 2025 Reso disponibile a tutti gli operatori sanitari della Casa di Cura su Piattaforma Online Google Classroom dal 01.01.2025 al 31.12.2025 con materiale didattico consultabile OnLine e questionario di verifica apprendimento, fruibile tramite Link diretto fornito con Mail Aziendale e da Area riservata (tramite Password) su sito Aziendale https://www.clinicasanmarco.it/corsi-di-formazione-online-casa-di-cura-san-marco-formazione-continua/
Partecipazione	20%	Verificata la partecipazione del 20% dei dipendenti.
Azioni di Miglioramento	SI	Riproposto per il 2026 con obiettivo di raggiungimento di almeno il 50% di partecipazione entro il 31/12/2026

Obiettivo B)		II° Edizione del “ Corso di formazione interno sulla “Prevenzione e Gestione delle Aggressioni sul Personale Sanitario.” ”
Attività N.5	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione del Corso	SI	Completato 2024
Accreditamento del Corso (ECM)	SI	10,4 ECM - 8 ORE
Esecuzione del Corso (almeno una edizione del corso entro il 31.12.2025)	NO	-
Partecipazione	-	-
Azioni di Miglioramento	SI	Riproposto per il 2026 con Obiettivo di raggiungimento di almeno il 50% di partecipazione entro il 31/12/2026

Tabella 6 – Resoconto delle attività del Piano precedente (2025) Per la Gestione del Rischio Infettivo

Obiettivo A)		II° Edizione del Corso di Formazione sulla Prevenzione e il Controllo delle ICA “ Le Infezioni correlate all’assistenza (ICA), la valutazione del Rischio.” ”
Attività N.1	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione del Corso	SI	Completato 2025
Accreditamento del Corso (ECM)	NO	-
Esecuzione del Corso (almeno una edizione del corso entro il 31.12.2025)	SI	Completato 2025 Disponibile su Piattaforma Online Google Classroom dal 01.01.2025 al 31.12.2025 con Materiale Didattico consultabile OnLine e Questionario di Verifica Apprendimento. Raggiungibile tramite Link diretto fornito con Mail Aziendale e da Area riservata (tramite Password) su sito Aziendale : https://www.clinicasanmarco.it/corsi-di-formazione-online-casa-di-cura-san-marco-formazione-continua/
Partecipazione	20%	Verificata la partecipazione del 20% dei dipendenti.
Azioni di Miglioramento	SI	Riproposto per il 2026 con Obiettivo di raggiungimento di almeno il 50% di partecipazione entro il 31/12/2026

Obiettivo B)			Implementazione continua del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale (PALM) che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.
Attività N.2	Realizzata	Stato di attuazione	
Progettazione Attività	SI	Completato 2025	
Esecuzione Attività	SI	Completato 2025	
Monitoraggio e Autovalutazione	SI	Completato 2025 (Standard INTERMEDIO/AVANZATO entro il 31/12/2025 e continuo miglioramento negli anni successivi.)	
Azioni di Miglioramento	SI	Miglioramento continuo per il 2026	

Obiettivo C)			II° Edizione - Miglioramento del “ Sistema di Monitoraggio del Consumo di Soluzione Idroalcolica all'interno delle U.O. ”
Attività N. 3	Realizzata	Stato di attuazione	
Progettazione	SI	Completato 2025	
Elaborazione Dati e Relazione	SI	Completato 2025 Attivata procedura di reporting annuale tra Responsabile Farmacia/Magazzino e Direzione Sanitaria e Generale per il monitoraggio del consumo/acquisto SIA, tramite mail aziendale e report Excel.	
Verifica Relazione (Analisi del Consumo Di Soluzione Idroalcolica con produzione di almeno 1 Report/annuale entro il 31.12.2025)	SI	Completato 2025 Report annuale del consumo/acquisto SIA Rilevato utilizzo di SIA < 20L/1000 GDO (Report disponibile per tutti gli operatori su Archivio Intranet TaleteWEB e presso la DS)	
Azioni di Miglioramento	SI	(Miglioramento utilizzo SIA > 20L/1000 GDO)	

Obiettivo C)		II° Edizione del “Progetto Monitoraggio Infezioni Correlate all’Assistenza ICA 2023-2024 – “CAMPIONAMENTI MICROBIOLOGICI INTERNI - Clinica San Marco – Latina.
Attività N. 4	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione Attività	SI	Completato 2025
Monitoraggio e Campionamenti	SI	Completato 2025 Eseguito campionamento microbiologico delle superfici a rischio Annuale in data 26.11.2025.
Relazione Progetto Annuale	SI	Completato 2025 Risultati nei limiti di riferimento. (Report disponibile per tutti gli operatori su Archivio Intranet TaleteWEB e presso la DS)
Azioni di Miglioramento	SI	Si ripropone per l’anno successivo 2026 con cadenza Semestrale

Obiettivo C)		II° Edizione - Miglioramento del Monitoraggio del “Consumo annuale degli Antibiotici nelle U.O. della Casa di Cura”
Attività N. 5	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione	SI	Completato 2025
Esecuzione Progetto (Analisi del consumo/acquisto annuale dal 2022 al 2024 degli Antibiotici)	SI	Completato 2025
Relazione del Progetto (almeno 1 Report anno entro il 31/12/2025)	SI	Completato 2025 Attivata procedura di Reporting Annuale tra Responsabile Farmacia/Magazzino e Direzione Sanitaria e Generale per il monitoraggio del consumo/acquisto antibiotici, tramite mail Aziendale e Report Excel. Elaborato Report monitoraggio 2025 ed eseguita analisi di confronto dal 2023 al 2025. Adeguamento allo standard AWARE (Documentazione Disponibile per tutti gli Operatori su Archivio Intranet TaleteWEB e presso la DS)
Azioni di Miglioramento	SI	Si ripropone per l’anno successivo (2026) implementando un monitoraggio dell’utilizzo diviso per aree assistenziali oltre al monitoraggio in atto dell’acquisto/farmacia.

Obiettivo C)		II° Edizione - “Monitoraggio Mensile e Relazione Annuale sulla presenza/assenza di Infezioni Correlate all’assistenza con Alert su Batteriemie da Enterobacteriaceae produttrici di carbapenemasi.”
Attività N.6	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione	SI	Completato 2025
Esecuzione Progetto (Reporting Mensile ICA)	SI	Completato 2025 (Attivata procedura di invio report mensile tra Responsabile Lab. Analisi e Direzione Sanitaria)
Relazione del Progetto (almeno 1 Report anno entro il 31/12/2025)	SI	Completato 2025 (Disponibile per tutti gli operatori su Archivio Intranet taleteWEB e presso la DS)
Azioni di Miglioramento	SI	Si ripropone per l’anno successivo (2026)

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS 2026 della Cliniche Moderne S.P.A – Casa di Cura San Marco - Latina riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

1. Risk Manager: redige e monitora l’implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
2. Direttore Sanitario/Presidente del CCICA: redige e monitora l’implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo (punto 7);
3. Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (punti A3 e A4);
4. Direzione Strategica/Proprietà della Struttura: si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l’invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegna a fornire all’organizzazione le risorse e le opportune direttive) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

La Tabella 6 riporta la matrice delle responsabilità compilata sulla base di specifiche e motivate esigenze della Struttura in Oggetto:

Tabella 7 – Matrice delle responsabilità

AZIONE	CCICA	RM	Responsabile U.O	DG/AD	DS	DA	CE
Redazione PARS (eccetto tabella 6, ed i punti: 2, 3 e 7)	C	R	C	C	C	C	-
Redazione punti 2 e 3	C	C	R	I	C	C	-
Redazione punto 7	R	C	I	I	C	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto il punto 7)	C	R	C	I	C	C	C
Monitoraggio punto 7	R	C	I	I	C	I	C

Legenda:

R = Responsabile; **C** = Coinvolto; **I** = Interessato; **DS** = Direttore Sanitario; **DG** = Direttore Generale; **AD** = Amministratore Delegato; **DA** = Direttore Amministrativo; **RM** = Risk Manager; **CCICA** = Comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA); **CE** = Consulenti Esterni.

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

In questo capitolo gli obiettivi e le relative attività per il PARS 2025 ad esclusione di quelli legati alla gestione del rischio infettivo, in considerazione delle specifiche responsabilità normativamente attribuite in tema di gestione igienico-sanitaria delle strutture.

1. Obiettivi

I tre obiettivi strategici della Casa di Cura San Marco in accordo a quelli definiti a livello regionale sono:

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

2. Attività

In questa sezione sono elencate le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi definiti al punto 1. Per ogni attività è stato definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo standard che ci si prefigge di raggiungere.

In relazione alla sua complessità, ogni attività è scomposta in più azioni elementari che sono declinate in una matrice delle responsabilità specifica, come riportato nella Tabella 7.

Tabella 8 – Declinazione attività PARS 2026

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
ATTIVITÀ 1 - III° Edizione del “Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico”			
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2026 Raggiungimento partecipazione e verifica apprendimento per il 50% del personale sanitario. Produzione di brochure/poster informativi da affiggere nei luoghi sensibili della struttura.			
STANDARD: SI			
FONTE : UO Rischio Clinico / Società accreditamento ECM / Supporto Cons. Esterni			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager / Resp. Corsi di Formazione	Direzione Sanitaria	Soc. Esterna Acc. ECM / Consulenti Esterni
Progettazione del corso	R	C	I
Accreditamento del corso (ECM)	I	C	R
Esecuzione del corso	R	I	C

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
ATTIVITÀ 2 – III° Edizione della “Campagna per il Contrasto alla Resistenza agli Antimicrobici” (AMR, antimicrobial Resistance)			
INDICATORE: Esecuzione di almeno un <i>Report Annuale</i> sulle attività eseguite entro il 31/12/2026 Revisione procedure per la “Gestione della terapia antibiotica empirica”. Produzione di brochure/poster informativi da affiggere nei luoghi sensibili della struttura.			
STANDARD: SI			
FONTE: UO Rischio Clinico/ Coordinatori Infermieristici U.O./			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Coordinatori Infermieristici
Progettazione delle attività	C	R	I
Esecuzione progetto	C	R	R
Elaborazione report progetto	R	C	C

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

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

ATTIVITÀ 3 – III° Edizione della “**Campagna di Monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica**”.

INDICATORE :

Esecuzione di almeno 1 Audit annuale per l'UO di Chirurgia Generale e DH entro il 31/12/2026

Adesione ai protocolli e progetti Regionali e del SERESMI.

Produzione di brochure/poster informativi da affiggere nei luoghi sensibili della struttura.

STANDARD: SI

FONTE: UO Rischio Clinico / Direzione Sanitaria/ Responsabili U.O./Coordinatori Infermieristici

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria	Responsabili U.O. e Coordinatori Inferieristici
Progettazione e organizzazione Attività	R	C	I
Esecuzione Audit	R	C	C
Relazione Audit	C	R	C
Azioni di Miglioramento	C	C	R

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

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

ATTIVITÀ 4 - III° Edizione della “**Campagna di Gestione della SEPSI - Corso di Formazione Interno modalità FAD Online**”

INDICATORE :

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

Raggiungimento partecipazione e verifica apprendimento per il 50% del personale sanitario.

Produzione di brochure/poster informativi da affiggere nei luoghi sensibili della struttura.

STANDARD: SI

FONTE: UO Risk Management / Società accreditamento ECM / Supporto Cons. Esterni

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria	Responsabili U.O. e Coordinatori Infermieristici
Progettazione e organizzazione Attività	R	C	I
Esecuzione Audit	R	C	C
Relazione Audit	C	R	C
Azioni di Miglioramento	C	C	R

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

OBIETTIVO C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.			
ATTIVITÀ 5 – II° Edizione del “Corso di formazione interno sulla “Prevenzione e Gestione delle Aggressioni sul Personale Sanitario.”			
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2026 Raggiungimento partecipazione e verifica apprendimento per il 50% del personale sanitario. Produzione di brochure/poster informativi da affiggere nei luoghi sensibili della struttura.			
STANDARD : SI			
FONTE: UO Rischio Clinico / Società accreditamento ECM / Supporto Cons. Esterni			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager / Resp. Corsi di Formazione	Direzione Sanitaria	Soc. Esterna Acc. ECM / Consulenti Esterni
Progettazione del corso	R	C	I
Accreditamento del corso (ECM)	I	C	R
Esecuzione del corso	R	I	C

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

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

In questo capitolo sono declinati gli obiettivi e le relative attività sulla gestione del rischio infettivo della Cliniche Moderne S.P.A. – Casa di Cura San Marco – Latina.

1. Obiettivi

Gli obiettivi strategici della Casa di Cura San Marco – in risposta agli obiettivi 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).

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il

31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;

- C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

2. Attività

In questa sezione sono elencate le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi definiti nel punto 1.

Di seguito si elencano alcune attività legate agli obiettivi previsti.

Per ogni attività è stato definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo standard che ci si prefigge di raggiungere.

In relazione alla sua complessità, ogni attività è stata scomposta in azioni elementari che sono declinate in una matrice delle responsabilità specifica, come riportato nella Tabella 8.

Tabella 9 – declinazione attività per la Gestione del Rischio infettivo 2026

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO				
ATTIVITÀ 1 - III° Edizione del Corso di Formazione sulla Prevenzione e il Controllo delle ICA "Le Infezioni correlate all'assistenza (ICA), la valutazione del Rischio."				
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2026 Raggiungimento partecipazione e verifica apprendimento per il 50% del personale sanitario. Produzione di brochure/poster informativi da affiggere nei luoghi sensibili della struttura.				
STANDARD : SI				
FONTE : Supporto Società Esterna Accreditemento ECM / Responsabili U.O. e Coordinatori Infermieristici / Consulenti Tecnici Esterni				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Direzione Sanitaria	CCICA	Responsabili U.O. & Coordinatori Inf. /	Società Esterna Accreditemento ECM/ Cons.Esterni
Progettazione del corso	C	R	I	C
Accreditemento del corso	I	C	C	R
Esecuzione del corso	I	R	C	C

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

OBIETTIVO B) Implementazione continua del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico **Piano di Azione locale (PALM)** 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.**

ATTIVITÀ 2 – MONITORAGGIO CONTINUO E AUTOVALUTAZIONE del “Piano di Azione locale sull'Igiene delle Mani relativo all'anno 2026”

INDICATORE :

- eseguire l'Autovalutazione e **Mantenimento Standard INTERMEDIO/AVANZATO** entro il 31/12/2026 e continuo miglioramento negli anni successivi.

STANDARD : SI

FONTE: CCICA / Direzione Sanitaria/ Responsabili U.O. e Coordinatori Infermieristici /

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione Sanitaria	Dir. Generale	Dir. Amministrativa	CCICA
Progettazione	C	C	I	R
Monitoraggio e Autovalutazione	R	I	I	C
Azioni di Miglioramento	C	I	R	C

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

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 CRE:

ATTIVITÀ 3 - III° Edizione - Miglioramento del “Sistema di Monitoraggio del Consumo di Soluzione Idroalcolica all'interno delle U.O.”

INDICATORE :

Analisi del Consumo di SIA con produzione di almeno 1 Report/annuale entro il 31.12.2026
Obiettivo utilizzo SIA > 20 L/1000 GDO (OMS 20L/1000 GDO)

STANDARD: SI

FONTE: FARMACIA INTERNA Casa di Cura / Direzione Sanitaria/ Direzione Amm.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione Sanitaria	Responsabile Farmacia Interna	CCICA	Responsabili U.O. & Coordinatori Inf.
Progettazione	C	I	R	I
Elaborazione dati e Relazione	I	R	C	C
Verifica Relazione	R	C	C	C
Azioni di miglioramento	C	I	C	R

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

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 CRE:

ATTIVITÀ 4 – III° Edizione del “**Progetto Monitoraggio Infezioni Correlate all’Assistenza ICA 2023-2024 – “CAMPIONAMENTI MICROBIOLOGICI INTERNI - Clinica San Marco – Latina.**

INDICATORE:

Campionamento Semestrale delle superfici a rischio (UU.OO e Ambulatori)
Relazione annuale CCICA entro il 31/12/2026.

STANDARD: SI

FONTE: CCICA / Responsabile Laboratorio Analisi / Responsabili U.O. e Coordinatori Infermieristici/

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	Resp. Laboratorio Analisi	Responsabili U.O.	Coordinatori Inf.
Progettazione	R	C	C	I
Esecuzione del Progetto	C	I	R	I
Relazione del Progetto	C	C	C	R
Azioni di Miglioramento	I	C	R	C

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

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 CRE:

ATTIVITÀ 5 – III° Edizione - Miglioramento del Monitoraggio del “Consumo annuale degli Antibiotici nelle U.O. della Casa di Cura”

INDICATORE :

Esecuzione di almeno un *Report Annuale* sulle attività eseguite entro il 31/12/2026
Monitoraggio **spesa acquisto** antibiotici per il 2026
Obiettivo di riduzione/mantenimento spesa acquisto antibiotici per il 2026 rispetto al 2025.
Implementazione del monitoraggio del **consumo di antibiotici secondo la classificazione AWARE disaggregato per area assistenziale (Medica, Chirurgica, e Critica).**

STANDARD: SI

FONTE: CCICA / Responsabile Farmacia Interna / Responsabili U.O. e Coordinatori Infermieristici/

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	Direzione Sanitaria	Responsabile Farmacia Interna	Responsabili U.O. e Coordinatori Inf.
Progettazione	R	C	C	I
Esecuzione del Progetto	C	C	R	C
Relazione del Progetto	C	I	R	I
Azioni di Miglioramento	C	I	I	R

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

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 CRE:

ATTIVITÀ 6 – III° Edizione - “Monitoraggio Mensile e Relazione Annuale sulla presenza/assenza di Infezioni Correlate all’assistenza con Alert su Batteriemie da Enterobacteriaceae produttrici di carbapenemasi.”

INDICATORE :

Reporting Mensile del Responsabile del Laboratorio Analisi

Relazione Annuale entro il 31.12.2026

STANDARD: SI

FONTE: CCICA / Responsabile Laboratorio Analisi / Responsabili U.O. e Coordinatori Infermieristici/

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	Direzione Sanitaria	Resp. Laboratorio Analisi	Responsabili U.O. e Coordinatori Inf.
Progettazione	R	C	I	I
Esecuzione del Progetto	C	C	R	C
Relazione del Progetto	C	I	R	C
Azioni di Miglioramento	C	C	I	R

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

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

In questa sezione sono elencate le modalità con cui il documento viene diffuso nella struttura.

Si ricorda che il documento è disponibile sul sito aziendale della Struttura Sanitaria

www.clinicasanmarco.it

nella sezione Amministrazione Trasparente;

Si elencano altre modalità di diffusione del documento:

- Presente in ARCHIVIO CARTACEO presso la Direzione Sanitaria della Casa di Cura SAN MARCO;
- Inviato: via mail ai Responsabili delle U.O., alla Direzione Generale e alla Direzione Amministrativa;
- Archiviato e consultabile sulla **Rete Intranet Aziendale** e disponibile nell'archivio documentale Intranet **Talete WEB**

9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Determinazione n. G00643 del 25 gennaio 2022 avente ad oggetto "Adozione del Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"
2. "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)". Prima emissione 25 novembre 2022. REGIONE LAZIOCRRC. Determinazione G16501 del 28/11/2022.
3. Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella. Regione Lazio – CRRC. Determinazione G09850 del 20/07/2021.
4. Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani. CRRC 19 febbraio 2021;
5. Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico Resistenza: PNCAR 2017-2021 e PNCAR 2022-2025; o "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" Revisione 2021. Centro Regionale Rischio Clinico.
6. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025;
7. Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 e aggiornamenti;
8. Circolare Ministero delle Salute del 6/12/2019 con aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e controllo delle infezioni da Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE).
9. Ministero della Salute. Circolare 0035086-03/12/2019. Rapid Risk Assessment dell'ECDC: Enterobatteri Resistenti ai carbapenemi (CRE) - 26 settembre 2019.
10. Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico".
11. 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".
12. Deliberazione 2018 GR0357_ Istituzione Osservatorio Sicurezza Operatori Regione Lazio.
13. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti".
14. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)"
15. Determinazione n. G04112 del 01/04/2014 Approvazione del documento recante: Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)
16. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
17. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
18. Nota CRRC del 22.01.24 " Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARS)
19. Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi (adottato con DGR n.460 del 28 giugno 2024).

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI (PALIM) 2026

Casa di Cura San Marco - Latina
(Cliniche Moderne S.P.A)

Data prima Edizione : 31.01.2022

Motivo Revisione: Revisione e Stesura PARS 2026
28/02/2026

Emesso da: Risk Manager
Verificato da: Direttore Sanitario
Approvato da : Direttore Generale

1.0 INTRODUZIONE	2
2.0 OBIETTIVI DEL DOCUMENTO	4
3.0 AMBITI DI APPLICAZIONE	4
4.0 GLOSSARIO	5
5.0 PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI (PALM 2026)	6
SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	8
Indicatori di struttura	10
SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE	10
Indicatori di struttura	13
SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK	14
Azione eseguita (o azione positiva)	17
Azione non eseguita (azione negativa)	17
Indicazioni particolari	17
Indicatori di struttura	21
Indicatori di processo	21
SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE	22
Indicatori di struttura	24
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	24
Indicatori di struttura	27
Indicatori di processo	27
6.0 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO	27
7.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI	28
Allegato 1 - Scheda di osservazione	29
Allegato 2 - Raccomandazioni generali OMS - Breve descrizione delle variabili	30
Allegato 3 - Scheda osservazione - Calcolo dell'adesione	31
Allegato 4 - Scheda Osservazione - Scheda opzionale di calcolo	32

1.0 INTRODUZIONE

Le **Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)** rappresentano una delle principali aree di rischio per la sicurezza delle cure e costituiscono un rilevante problema clinico, organizzativo ed economico per i sistemi sanitari. Esse sono definite come infezioni che insorgono in relazione all'erogazione di prestazioni sanitarie e che non risultavano presenti né in incubazione al momento dell'accesso del paziente al percorso assistenziale; rientrano in tale ambito anche le infezioni che si manifestano dopo la dimissione, nonché quelle che coinvolgono operatori sanitari e visitatori.

Le ICA possono verificarsi in tutti i contesti assistenziali, ospedalieri e territoriali, inclusi i regimi di ricovero ordinario, day surgery, strutture residenziali e servizi di assistenza domiciliare. Esse possono essere sostenute da microrganismi endogeni, già presenti nel paziente, oppure da microrganismi esogeni trasmessi attraverso il contatto con altri pazienti, operatori sanitari o con l'ambiente di cura.

I principali fattori di rischio includono la crescente complessità dei percorsi assistenziali, l'utilizzo di dispositivi medici invasivi, l'esecuzione di procedure chirurgiche e interventistiche, la presenza di pazienti fragili o immunodepressi, le comorbidità multiple e criticità di tipo organizzativo e comportamentale nella corretta applicazione delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni. In tale contesto si inserisce il fenomeno dell'**antimicrobico-resistenza**, che rappresenta una delle principali minacce emergenti per la sanità pubblica e un determinante rilevante di gravità clinica, fallimento terapeutico e aumento della mortalità associata alle ICA.

I dati epidemiologici disponibili confermano l'elevato impatto delle ICA. A livello europeo, si stima che ogni anno si verifichino oltre **4 milioni di episodi di ICA**, associati a circa **16 milioni di giornate aggiuntive di degenza**, a **decine di migliaia di decessi attribuibili o concausali** e a **costi diretti stimati in diversi miliardi di euro**. In Italia, gli studi di prevalenza condotti secondo la metodologia dell'**European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)** indicano una prevalenza media di ICA in ambito ospedaliero pari a circa **6–7 casi ogni 100 pazienti ricoverati**, con una quota non trascurabile di infezioni rilevata anche nei setting assistenziali territoriali e domiciliari.

Le sedi più frequentemente interessate comprendono il tratto urinario, l'apparato respiratorio, il sito chirurgico e le infezioni sistemiche (batteriemie e sepsi). Sebbene non tutte le ICA siano prevenibili, le evidenze scientifiche dimostrano che l'adozione sistematica delle misure di **Infection Prevention and Control (IPC)** consente una riduzione significativa dell'incidenza, stimabile fino al **30–50%** dei casi.

In questo ambito, la **corretta igiene delle mani** rappresenta la misura singola più efficace per interrompere la trasmissione dei microrganismi potenzialmente patogeni e multiresistenti. L'igiene delle mani costituisce un elemento fondamentale delle precauzioni standard e delle precauzioni aggiuntive (da contatto, droplet e aerosol) ed è trasversalmente applicabile a tutti i principali bundle di prevenzione del rischio infettivo, inclusi quelli relativi alle infezioni del sito chirurgico, alle infezioni correlate ai dispositivi invasivi e alle polmoniti associate all'assistenza.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito una **strategia multimodale** per la promozione dell'igiene delle mani, basata su interventi strutturali, organizzativi, formativi e comportamentali, la cui applicazione integrata è considerata essenziale per il raggiungimento e il mantenimento di elevati standard di sicurezza delle cure. L'esperienza maturata anche durante l'emergenza pandemica da SARS-CoV-2 ha ulteriormente confermato il ruolo centrale dell'igiene delle mani quale misura primaria di prevenzione della trasmissione delle infezioni in tutti i contesti assistenziali.

Il presente **Piano di Azione Locale per l'Igiene delle Mani (PALM)** si configura come **strumento operativo e attuativo del sistema aziendale di gestione del rischio sanitario**, in piena coerenza

con il **Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2026** della Casa di Cura San Marco, con il **Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR 2022–2025)** e con le indicazioni regionali vigenti in materia di prevenzione delle ICA.

Il PALM definisce obiettivi, azioni, indicatori e responsabilità finalizzati al mantenimento e al miglioramento continuo degli standard di igiene delle mani nei diversi setting assistenziali della struttura, inclusi quelli territoriali e domiciliari, contribuendo in modo strutturato alla prevenzione del rischio infettivo, alla tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari e al miglioramento complessivo della qualità delle cure erogate.

2.0 OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

Il presente **Piano di Azione Locale per l'Igiene delle Mani (PALM)** ha l'obiettivo di definire e implementare, in modo strutturato e coerente con il sistema aziendale di gestione del rischio sanitario, un insieme integrato di requisiti **strutturali e tecnologici, organizzativi e professionali**, finalizzati al miglioramento continuo dell'adesione alle corrette pratiche di igiene delle mani e, conseguentemente, alla prevenzione delle **Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)**.

In coerenza con la **strategia multimodale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)**, il PALM si propone di supportare l'elaborazione, l'attuazione e il monitoraggio di un piano di azione locale basato sull'applicazione sistematica dei bundle di intervento, quale strumento essenziale per il governo del rischio infettivo correlato all'assistenza sanitaria.

Gli obiettivi specifici del documento sono:

- promuovere una **cultura condivisa della sicurezza delle cure**, rafforzando la consapevolezza del ruolo centrale dell'igiene delle mani nella prevenzione delle ICA;
- garantire l'adozione di **standard organizzativi omogenei** nei diversi setting assistenziali della struttura, inclusi quelli territoriali e domiciliari;
- favorire l'integrazione delle azioni previste dal PALM con il **Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2026**, con il **Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR 2022–2025)** e con le indicazioni regionali vigenti;
- definire **indicatori di processo ed esito** utili al monitoraggio dell'adesione alle pratiche di igiene delle mani e alla valutazione dell'efficacia degli interventi adottati;
- sostenere un approccio di **miglioramento continuo**, fondato su audit, formazione mirata e feedback sistematico agli operatori sanitari.

Il PALM si configura pertanto come strumento operativo e dinamico, orientato non solo alla conformità normativa, ma al **governo proattivo del rischio infettivo**, contribuendo in modo concreto alla riduzione delle ICA e al miglioramento della qualità e della sicurezza dell'assistenza erogata.

3.0 AMBITI DI APPLICAZIONE

Il presente **Piano di Azione Locale per l'Igiene delle Mani (PALM)** definisce l'ambito soggettivo, organizzativo e temporale di applicazione delle misure previste, in coerenza con il sistema aziendale di gestione del rischio sanitario e con gli indirizzi regionali e nazionali vigenti.

A CHI	Il documento è rivolto alle direzioni delle Strutture e agli esercenti la professione sanitaria del SSR.
DOVE	Il documento trova applicazione in tutte le Strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private del SSR.
PER CHI	Il documento è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti, degli esercenti la professione sanitaria e delle Strutture.
QUANDO	Qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo. NB: Le indicazioni contenute nel documento non si applicano alle procedure che richiedono il lavaggio chirurgico delle mani.

4.0 GLOSSARIO

Antisepsi delle mani	La riduzione o l'inibizione della crescita di microrganismi a seguito di una frizione antisettica o del lavaggio antisettico delle mani. Nel primo caso l'operazione richiede l'impiego di un gel/soluzione idroalcolica, nel secondo caso di un antisettico da applicare sulle mani insieme all'acqua.
Agente antisettico	Sostanza antimicrobica che riduce o inibisce la crescita dei microrganismi sui tessuti viventi. Gli esempi includono alcol, gluconato di clorexidina, derivati del cloro, iodio, cloroxilenolo (PCMX), composti dell'ammonio quaternario e triclosan.
Bundle	Un bundle è un insieme contenuto (da 3 a 5) di interventi, comportamenti e/o pratiche evidence-based, rivolti ad una specifica tipologia di pazienti e setting di cura, che, applicati congiuntamente e in modo adeguato, migliorano la qualità e l'esito dei processi con un effetto maggiore di quello che gli stessi determinerebbero, se ogni strategia fosse attuata separatamente. Un bundle ha successo solo se tutte le sue componenti vengono applicate.
CCICA	Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.
Colonizzazione	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o altri siti senza evidenza d'invasione tissutale o di reazione infiammatoria loco regionale e/o sistemica e/o risposta dell'ospite.
CRRC	Centro Regionale Rischio Clinico.
Disinfezione	Procedimento chimico o fisico che comporta l'eliminazione di tutte le forme patogene e del maggior numero di microrganismi presenti in un ambiente o su di un substrato, ad eccezione delle spore.
Frizione antisettica	Frizione delle mani con preparazione alcolica volta a ridurre la flora microbica transitoria, ma non necessariamente quella residente. Si effettua utilizzando un antisettico conforme alla norma EN 1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791. La durata dell'operazione è di 20-30 sec in relazione al prodotto impiegato. La frizione antisettica è indicata per procedure a rischio infettivo basso o intermedio: igiene di routine e procedure asettiche di livello intermedio.
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza. Infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale e che non era presente né in incubazione al

	momento dell'ingresso in ospedale. La malattia può anche manifestarsi dopo la dimissione del paziente.
Igiene Ospedaliera	Disciplina che contempla tutti gli aspetti relativi al benessere fisico e psichico dei degenti, dei visitatori e degli operatori sanitari. Da un punto di vista gestionale consiste nell'insieme di funzioni che mira a garantire in modo efficiente che un qualsiasi setting assistenziale (ospedale, ambulatorio, ecc.) sia adeguato allo svolgimento di specifiche attività assistenziali, nonché siano sicure e confortevoli per utenti e operatori.
Infezione	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o in altri siti con evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria.; prevede l'invasione, la moltiplicazione e la risposta loco regionale e/o sistemica dell'ospite.
PAICA	Piano Annuale per le Infezioni Correlate all'Assistenza.
Punto di Assistenza	Il punto di assistenza è il luogo dove tre elementi si uniscono: il paziente, l'operatore sanitario e la cura o il trattamento che comporti il contatto con il paziente o il suo ambiente circostante (all'interno della zona del paziente). Il concetto abbraccia la necessità di eseguire l'igiene delle mani nei momenti raccomandati esattamente dove ha luogo l'assistenza. Ciò richiede che un prodotto per l'igiene delle mani (a base di soluzione alcolica, se disponibile) sia facilmente accessibile e il più vicino possibile - a portata di mano dove si svolge l'assistenza o il trattamento del paziente. I prodotti al punto di assistenza devono essere accessibili senza dover lasciare la zona paziente.

5.0 PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI (PALM 2026)

Il Piano di Azione Locale è stato elaborato sulla base delle indicazioni contenute nel documento **“Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and User Instructions”** dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ed è articolato in **cinque sezioni**, corrispondenti ai cinque elementi della **strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani**.

In coerenza con quanto illustrato al capitolo 5.0, e ribadendo il principio della **sincronicità degli interventi** quale presupposto essenziale per un efficace governo del rischio infettivo, il Piano si articola nei seguenti ambiti:

- **SEZIONE A – Requisiti strutturali e tecnologici**
- **SEZIONE B – Formazione del personale**
- **SEZIONE C – Monitoraggio e feedback**
- **SEZIONE D – Comunicazione permanente**
- **SEZIONE E – Clima organizzativo e commitment**

Come specificato nel **Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani** del 19 febbraio 2021, ciascuna sezione è corredata da un **questionario specifico di autovalutazione**, finalizzato a consentire alla Struttura di determinare il proprio livello di implementazione delle misure previste. A ogni sezione è associato un punteggio, che permette di evidenziare in modo strutturato le eventuali criticità riscontrate nei singoli ambiti di intervento.

Il sistema di punteggio, in analogia al modello OMS, individua **quattro livelli di implementazione**:

1. **Inadeguato**: la promozione e la pratica dell'igiene delle mani risultano insufficienti; sono necessari significativi interventi di miglioramento.
2. **Base**: sono presenti alcune misure, ma è richiesto un ulteriore miglioramento. Rappresenta il livello minimo da garantire, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura.
3. **Intermedio**: è stata sviluppata una strategia di promozione adeguata e la pratica dell'igiene delle mani risulta migliorata; è necessario consolidare programmi a lungo termine per garantire un miglioramento progressivo e sostenibile nel tempo.
4. **Avanzato**: la promozione e l'adesione all'igiene delle mani risultano ottimali.

Sulla base del punteggio ottenuto in ciascuna sezione, la Struttura elabora un **Piano di Azione Locale**, che viene redatto o aggiornato con **cadenza annuale** e allegato al **PARS – Piano Annuale per il Rischio Sanitario**, trasmesso al CRRC, sia nella sezione dedicata al resoconto delle attività svolte, sia tra le azioni programmate per l'anno di vigenza del PARS.

Qualora l'autovalutazione di una o più sezioni evidenzii il livello **Inadeguato**, la Struttura si impegna a elaborare un **piano di azione straordinario**, con interventi correttivi da implementare entro un termine massimo di **tre mesi** per le sezioni interessate.

Al termine di ciascuna sezione sono riportate due tabelle operative:

- **Indicazioni per l'elaborazione del Piano di Azione Locale**, contenente una panoramica delle azioni necessarie per l'implementazione delle misure previste dalla specifica sezione della strategia multimodale; per ciascuna azione sono definiti ruoli e responsabilità, tempistiche di attuazione e modalità di monitoraggio dello stato di avanzamento;
- **Indicazioni specifiche in base al livello ottenuto nel questionario di autovalutazione**, finalizzate a orientare in modo mirato le azioni di miglioramento.

La **Direzione Sanitaria della Struttura**, con esplicito mandato della Direzione Strategica e con il supporto del **Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA)**, è responsabile delle seguenti attività, impegnandosi a garantirne adeguata tracciabilità documentale ai fini delle attività di verifica e controllo da parte degli organi di vigilanza territorialmente competenti e del CRRC:

1. esecuzione dell'autovalutazione nei tempi e con le modalità previste dal documento e dall'atto di adozione;
2. elaborazione, attuazione e monitoraggio di un piano di azione straordinario qualora l'esito dell'autovalutazione di una o più sezioni risulti pari al livello **Inadeguato**.

In un'ottica di **miglioramento continuo della qualità**, il questionario di autovalutazione viene compilato con **cadenza almeno annuale**. L'obiettivo della **Casa di Cura San Marco di Latina** è quello di tendere progressivamente al **livello Avanzato** per ciascuna delle sezioni analizzate.

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Nel rispetto delle indicazioni riportate nel capitolo 7.0, all'interno della Struttura sono garantite **dotazioni quantitativamente e qualitativamente adeguate** al fine di consentire agli operatori sanitari una pratica agevole, efficace e continuativa dell'igiene delle mani.

Considerato che il **metodo di prima scelta** per l'igiene delle mani è rappresentato dalla frizione con soluzione a base alcolica, i **dispenser di soluzione idroalcolica** sono resi disponibili in corrispondenza di ogni **punto di assistenza**, inteso come il luogo fisico in cui sono contemporaneamente presenti i seguenti elementi:

- a. il paziente;
- b. l'operatore sanitario;
- c. l'attività di cura o trattamento che comporta il contatto con il paziente o con l'ambiente che lo circonda.

In ogni caso, i dispenser sono sempre disponibili nei seguenti ambienti:

- stanze di degenza;
- medicherie;
- locali di preparazione dei farmaci;
- ambulatori;
- ingressi dei reparti;
- locali ristoro e aree relax;
- carrelli utilizzati per l'attività assistenziale.

Al fine di favorire un utilizzo immediato ed efficace del prodotto, i dispenser sono posizionati in modo da essere **facilmente accessibili**, senza necessità di allontanarsi dalla zona in cui si svolgono le prestazioni clinico-assistenziali e, comunque, a una distanza **non superiore a due metri** dall'operatore sanitario.

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
A.1 - Nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani?	Non disponibile	0
	Disponibile solo in alcuni reparti o in modo discontinuo	5
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo	10
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza nella maggior parte dei reparti	30

	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo in ogni punto di assistenza	50
A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?	Meno di 1:10	0
	Almeno 1:10 nella maggior parte dei reparti (almeno il 75 % dei reparti)	5
	Almeno 1:10 nell'intera Struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento e in terapia intensiva	10
A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?	NO	0
	si	10
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	NO	0
	si	15
A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	NO	0
	si	15
PUNTEGGIO TOTALE	AVANZATO	95

La Casa di Cura San Marco ha eseguito il questionario di autovalutazione e ottenuto nella sezione “REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI” un punteggio **AVANZATO**, prevedendo le azioni indicate nella tabella A1.

TABELLA A1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI			
AZIONE	R	T	M
Esaminare le informazioni disponibili sulla compliance all'igiene delle mani e/o sulle ICA per definire il programma di miglioramento.	DS	Eseguito	Annuale
Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: <ul style="list-style-type: none"> Indagine sui singoli Reparti/Servizi; Indagine sul consumo di soluzione alcolica. 	DS	Eseguito	Annuale
Definire con la Direzione Strategica gli eventuale adeguamenti strutturali e tecnologici, con l'obiettivo di dotare ogni stanza di un lavandino e ogni punto di assistenza di un dispenser di soluzione alcolica.	DS	24 mesi	Annuale
Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura.	RM	12 mesi	Annuale

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio; **DS**: Direzione Sanitaria; **DG**: Direzione Generale; **RM**: Risk Manager; **SGQ**: Sistema Gestione Qualità ISO.

TABELLA A2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	
INADEGUATO (punteggio: 0-25)	BASE (punteggio: 26-50)
<ul style="list-style-type: none"> Valutazione: analizzare le attuali infrastrutture per l'igiene delle mani; Prodotti per l'igiene delle mani: prendere decisioni in merito all'approvvigionamento di soluzione alcolica; Sostegno da parte della Direzione: per il cambiamento del sistema. 	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	

- Valutazione: mappare le risorse necessarie per garantire l'igiene delle mani in tutti i punti di assistenza;
- Prodotti per l'igiene delle mani: fornire progressivamente prodotti e relative istruzioni al punto di assistenza in tutta la struttura con un calendario di attuazione definito;
- Sostegno da parte della Direzione: a breve e lungo termine, anche finanziario, per un continuo approvvigionamento dei prodotti.

AVANZATO (punteggio: 76-100)

- Valutazione: valutare la tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso;
- Prodotti per l'igiene delle mani: rendere disponibili più tipi di dispenser (ad esempio flaconi tascabili, dispenser a muro, dispenser su carrelli e guide del letto) per soddisfare al meglio le esigenze al punto di assistenza;
- Sostegno da parte della Direzione: effettuare un'analisi costo-beneficio del cambiamento del sistema nella propria Struttura e condividerla con i dirigenti apicali.

Indicatori di struttura

All'interno della Struttura sono disponibili **procedure e/o istruzioni operative formalizzate** che definiscono in modo chiaro e tracciabile:

- le modalità di approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani;
- le modalità di immagazzinamento e di distribuzione dei prodotti per l'igiene delle mani;
- le modalità di manutenzione dei lavandini e dei dispenser;
- le modalità di segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture;
- i criteri di distribuzione e posizionamento dei dispenser all'interno della Struttura.

Per ciascuna delle attività sopra indicate sono state **individuate e formalmente attribuite le responsabilità** alle figure professionali competenti, in coerenza con l'organizzazione aziendale.

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il fatto che l'igiene delle mani, pur rappresentando la **misura di prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) più efficace e meno onerosa**, risulti al contempo una delle pratiche meno applicate, evidenzia la **centralità della formazione del personale** quale leva strategica per il miglioramento della sicurezza delle cure.

L'obiettivo della formazione è promuovere **comportamenti corretti e appropriati** da parte degli operatori sanitari. A tal fine, la Struttura si impegna a veicolare **messaggi chiari, univoci e non interpretabili soggettivamente**, orientati a determinare **cambiamenti stabili e duraturi**, sia a livello individuale sia nella **cultura organizzativa della qualità e della sicurezza**, garantendo che le competenze acquisite siano consolidate e mantenute nel tempo da tutto il personale.

In coerenza con quanto illustrato nel capitolo 5.0, è tuttavia necessario ribadire che la formazione, pur essendo uno strumento essenziale, **non è di per sé sufficiente**: la sua efficacia è strettamente correlata alla presenza e al presidio di tutti gli ambiti della gestione del rischio infettivo.

Le attività formative sono programmate mediante **diverse modalità didattiche** (formazione frontale, formazione a distanza, formazione sul campo), selezionate tenendo conto dei vantaggi e dei limiti di ciascun approccio, in relazione agli obiettivi formativi da conseguire. È pertanto raccomandato l'impiego di **metodologie integrate (blended)**.

La formazione è organizzata all'interno di un **piano formativo aziendale**, esteso a tutto il personale, che prevede anche **momenti strutturati di retraining**, finalizzati al mantenimento e all'aggiornamento delle competenze.

Il piano formativo definisce obiettivi differenziati per tre principali categorie di operatori:

a. Formatori, individuati quali figure incaricate della formazione degli operatori sanitari, anche attraverso sessioni pratiche;

b. Osservatori, il cui ruolo è essenziale per garantire un'adeguata attività di monitoraggio e di feedback nei confronti degli operatori, delle Direzioni e degli organismi regionali e nazionali;

c. Operatori sanitari, destinatari delle attività formative e direttamente coinvolti nell'applicazione delle buone pratiche assistenziali.

L'offerta formativa interna della Casa di Cura San Marco prevede i seguenti **contenuti minimi**:

- definizione e impatto delle ICA;
- principali modalità di trasmissione delle infezioni;
- prevenzione delle ICA e ruolo centrale dell'igiene delle mani;
- approccio basato sui cinque momenti dell'igiene delle mani;
- strategie e strumenti per l'implementazione delle misure di prevenzione, monitoraggio e controllo delle ICA.

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

	Si	5
B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale	NO	0
	Si	5
B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani: quando, come e perchè	NO	0
	Si	5
B.2.4 Poster informativi	NO	0
	Si	5
B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	Si	15
B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	NO	0
	Si	15
B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	Si	10
PUNTEGGIO TOTALE	INTERMEDIO	75

La Casa di Cura San Marco ha eseguito il questionario di autovalutazione e ottenuto nella sezione **“FORMAZIONE DEL PERSONALE”** un punteggio **INTERMEDIO**, prevedendo le azioni indicate nella tabella **B1**.

TABELLA B1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
FORMAZIONE DEL PERSONALE			
AZIONE	R	T	M
Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base delle specificità e dei bisogni locali.	DG	Eseguito	Annuale
Rivedere/progettare un programma di formazione sulla base del Piano di Intervento Regionale.	DS	Eseguito	Annuale
Identificare i formatori (almeno uno per struttura).	DG	Eseguito	Annuale
Identificare gli osservatori (almeno uno ogni 200 posti letto).	DG	Eseguito	Annuale
Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati.	DG	24 mesi	Annuale
Effettuare la formazione dei formatori e degli osservatori: formatori e osservatori possono ricevere la stessa formazione di base, ma gli osservatori ricevono una formazione specifica aggiuntiva che preveda un addestramento sul campo sotto la supervisione di un tutor esperto.	DG	Eseguito	Triennale
Definire un piano d'azione per affrontare la scarsa o mancata partecipazione alla formazione da parte degli operatori.	DS	24 mesi	Annuale
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare le competenze dei formatori e degli osservatori (ad esempio annualmente).	DS	Eseguito	Annuale
Definire un sistema per aggiornare la formazione e i verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari (ad esempio annualmente).	SGQ	24 Mesi	Annuale

Organizzare attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	RM	36 mesi	Annuale
Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione e la sostituzione di quello obsoleto.	DS	Eseguito	Triennale

Legenda: R=Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio; DS: Direzione Sanitaria; DG: Direzione Generale; RM: Risk Manager; SGQ: Sistema Gestione Qualità ISO.

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

Indicatori di struttura

All'interno della Struttura sono disponibili **procedure e/o istruzioni operative formalizzate** che definiscono in modo chiaro e tracciabile:

- i tempi e le modalità di erogazione delle attività formative;
- i criteri di individuazione del personale da formare, inclusi i requisiti per l'arruolamento e il profilo di competenze attese in esito al percorso formativo.

Per ciascuna delle attività sopra indicate sono state **individuate e formalmente attribuite le responsabilità** alle figure professionali competenti, in coerenza con l'organizzazione aziendale.

SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

Il monitoraggio continuo dell'implementazione della corretta igiene delle mani nella pratica clinico-assistenziale rappresenta un elemento fondamentale della strategia multimodale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). In tale ambito, l'osservazione diretta costituisce il *gold standard* per il monitoraggio dell'adesione alle raccomandazioni; considerato che si tratta di un'attività ad elevato impiego di risorse in termini di tempo-uomo, essa viene accuratamente pianificata dalla Struttura.

I risultati del monitoraggio consentono alla Struttura di acquisire informazioni utili sia per misurare i cambiamenti indotti dagli interventi implementati (ad esempio attraverso la valutazione dei consumi di soluzioni idroalcoliche prima e dopo modifiche di sistema), sia per verificarne l'efficacia nel migliorare la pratica dell'igiene delle mani, la percezione della sua importanza nella riduzione delle ICA e il livello di conoscenza dei cinque momenti tra gli operatori sanitari.

I principali aspetti sottoposti a monitoraggio continuo includono:

- la corretta pratica dell'igiene delle mani mediante osservazione diretta;
- la quantità e la qualità dei dispenser di soluzione alcolica e dei lavandini presenti nella Struttura;
- la formazione degli operatori sanitari in materia di igiene delle mani e di ICA;
- il consumo di soluzioni alcoliche e di sapone all'interno della Struttura.

Al fine di consentire una valutazione dinamica dei cambiamenti organizzativi, le attività di monitoraggio sono strutturate sia in relazione alla cadenza temporale, definita su base almeno annuale, sia in relazione al personale dedicato allo svolgimento delle stesse.

Il feedback dei risultati del monitoraggio costituisce un momento essenziale per la crescita della cultura della qualità e della sicurezza. Esso consente, da un lato, di individuare le aree che richiedono ulteriori interventi di miglioramento (ad esempio categorie professionali che presentano livelli di adesione limitati) e, dall'altro, di sostenere la motivazione delle aree che hanno conseguito risultati soddisfacenti. Il feedback viene restituito attraverso rapporti scritti periodici, con cadenza almeno annuale, e mediante ulteriori strumenti di comunicazione interna, quali la posta elettronica aziendale e, ove possibile, la presentazione dei risultati nel corso delle riunioni della Direzione Strategica e dei meeting formativi.

Nel prosieguo della sezione, l'attenzione è rivolta alla principale attività di monitoraggio, rappresentata dall'osservazione diretta, finalizzata a valutare il grado di rispetto dell'igiene delle mani tra gli operatori sanitari, stimarne l'adesione, identificare eventuali criticità e orientare l'attuazione delle azioni di miglioramento. L'osservazione viene effettuata in aree di assistenza sanitaria diretta al paziente, sia in ambito ambulatoriale sia nei reparti di degenza. È opportuno sottolineare che, trattandosi di un'attività svolta in modo sporadico, non è possibile escludere un'influenza temporanea sul comportamento degli operatori sanitari, consapevoli di essere osservati.

L'attività di osservazione viene avviata una volta che la Struttura ha implementato il Piano di Azione per l'attuazione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani. L'osservazione è strutturata in modo da risultare quanto più rappresentativa possibile delle attività della Struttura, sia in termini di setting assistenziali sia di categorie professionali coinvolte.

La Struttura si impegna a monitorare un numero minimo di 200 opportunità per ciascuna unità (reparto, dipartimento o categoria professionale) per ogni periodo di osservazione. Tale numerosità è ritenuta adeguata per la valutazione della compliance in una struttura socio-sanitaria di piccole dimensioni, quale la Casa di Cura San Marco di Latina.

L'osservatore compila una **scheda di rilevazione** che riporta le seguenti informazioni (Allegato 1):

A. Intestazione

Contiene le informazioni relative al **quando** e **dove** è stata effettuata la rilevazione. In particolare, sono riportati: il luogo dell'osservazione (dipartimento, unità operativa), le categorie professionali degli operatori sanitari osservati, la data e la fascia oraria in cui è stata condotta l'osservazione.

B. Griglia dei dati per l'osservazione

La griglia è strutturata in **quattro colonne**, ciascuna dedicata a una specifica **categoria professionale**, identificata da un codice. Qualora, nel corso di una singola sessione, vengano osservati operatori appartenenti a categorie diverse (ad esempio un infermiere e un medico), i dati devono essere registrati in colonne differenti.

Ogni colonna è indipendente dalle altre; pertanto, l'ordine di inserimento dei dati non è necessariamente uniforme e dipende dal numero di opportunità osservate per ciascuna categoria professionale.

Il numero di operatori sanitari osservati durante ciascuna sessione viene registrato apponendo un **segno verticale (|)** nella casella "Num." corrispondente alla categoria professionale di appartenenza, nel momento in cui l'operatore entra nel campo di osservazione. Qualora, nella stessa sessione, vengano osservate numerose opportunità senza interruzioni per il medesimo operatore sanitario, quest'ultimo viene conteggiato **una sola volta**.

È possibile osservare più operatori sanitari contemporaneamente, ad esempio quando operano sullo stesso paziente o nella stessa stanza; tuttavia, **non è consigliabile osservare contemporaneamente più di tre operatori**. In relazione all'intensità delle attività assistenziali e al numero di indicazioni da rilevare, gli osservatori possono limitare l'osservazione a uno o due operatori, al fine di non perdere opportunità rilevanti durante una sequenza assistenziale. In contesti ad elevata complessità, quali le unità di terapia intensiva, è raccomandata l'osservazione di **un solo operatore alla volta**.

C. Categorie professionali

Gli operatori sanitari osservati sono classificati nelle seguenti categorie, utilizzando i relativi codici:

1. **Infermiere/a – Ostetrica/o**
 - 1.1 Infermiere/a
 - 1.2 Ostetrica/o
 - 1.3 Infermiere/a – Ostetrica/o in formazione
2. **Operatore di supporto all'assistenza**
3. **Medico**
 - 3.1 Medicina interna
 - 3.2 Chirurgo

- 3.3 Anestesista/Rianimatore/Medico d'emergenza
- 3.4 Pediatra
- 3.5 Ginecologo
- 3.6 Consulente
- 3.7 Medico/specialista in formazione

4. **Altro operatore sanitario coinvolto nell'assistenza al paziente**

- 4.1 Terapeuta (fisioterapista, ergoterapista, audiologo, logopedista, ecc.)
- 4.2 Tecnico (di radiologia, di cardiologia, di laboratorio, ecc.)
- 4.3 Altro (dietologo, dentista, assistente sociale, altro operatore sanitario)
- 4.4 Studente

Ciascuna delle **otto righe** che compongono la scheda di osservazione corrisponde a un'**opportunità**, per la quale devono essere registrate l'indicazione e l'azione osservata.

D. Opportunità

L'**opportunità** rappresenta l'unità di osservazione ed è l'oggetto principale dell'attenzione dell'osservatore. Dal punto di vista dell'osservatore, un'opportunità si verifica ogni volta che si presenta e viene osservata una **indicazione per l'igiene delle mani**.

Una singola opportunità può essere determinata da **più indicazioni contemporanee**, ossia da più ragioni che rendono necessaria l'azione di igiene delle mani nello stesso momento. L'opportunità deve essere conteggiata indipendentemente dal fatto che l'indicazione sia singola o multipla e costituisce il **denominatore** per il calcolo del tasso di adesione all'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari.

E. Indicazione

L'**indicazione** rappresenta la motivazione per cui l'igiene delle mani è necessaria in un determinato momento ed è giustificata dal rischio di trasmissione di microrganismi da una superficie all'altra. Essa è formulata in relazione a un riferimento temporale, identificato come "**prima**" o "**dopo**" il contatto.

Le indicazioni "prima" e "dopo" non coincidono necessariamente con l'inizio o la conclusione di una sequenza assistenziale, potendo verificarsi durante spostamenti tra ambienti, transizioni tra compiti successivi in prossimità dei pazienti, tra pazienti diversi o anche a una certa distanza dagli stessi.

Nel modulo di osservazione, l'indicazione è codificata come segue:

- **pr-cont** = prima del contatto con il paziente;
- **pr-aseps** = prima di una manovra asettica;
- **dp-fluido** = dopo manovre a rischio di esposizione a liquidi biologici;
- **dp-cont** = dopo il contatto con il paziente;
- **dp-circ** = dopo il contatto con ciò che circonda il paziente.

F. Azione

Per ciascuna indicazione osservata deve essere documentata l'azione conseguente. Possono verificarsi due casi:

Azione eseguita (o azione positiva)

- a. Frizione con prodotto a base alcolica (soluzione o gel): *frizione*;
- b. Lavaggio con acqua e sapone: *lavaggio*.

Azione non eseguita (azione negativa)

In assenza di esecuzione dell'igiene delle mani, l'azione viene registrata come "nulla". È fondamentale documentare la mancata esecuzione dell'azione, al fine di evitare che i casi di mancata adesione da parte degli operatori sanitari osservati vengano confusi con una mancata registrazione da parte dell'osservatore.

L'**uso dei guanti** deve essere registrato **esclusivamente** nei casi in cui l'operatore sanitario osservato indossi i guanti nel momento in cui si presenta l'opportunità e **non esegua alcuna azione di igiene delle mani**.

Il **rispetto dell'igiene delle mani (compliance)** è definito come il rapporto tra il numero di azioni di igiene delle mani eseguite e il numero totale di opportunità osservate, ed è espresso secondo la seguente formula:

$$\text{Compliance} = \frac{\text{Azioni di igiene delle mani eseguite}}{\text{Azioni di igiene delle mani richieste (opportunità)}}$$

Indicazioni particolari

- I dati raccolti durante le attività di osservazione devono essere trattati in modo **anonimo e riservato**, nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy.
- L'attività di osservazione deve essere **formalmente comunicata** al coordinatore infermieristico e al responsabile medico del reparto. Gli operatori sanitari devono essere informati che, durante l'osservazione, **non vengono raccolti dati identificativi personali** e devono altresì essere informati sulle modalità di utilizzo e di restituzione delle informazioni raccolte.
- Prima dell'inizio dell'osservazione, l'osservatore si presenta agli operatori sanitari oggetto di osservazione e, se del caso, ai pazienti, fornendo una **spiegazione generale dello scopo** della propria presenza.
- L'osservatore può seguire l'operatore sanitario oppure posizionarsi in un punto che **non interferisca con l'attività assistenziale**. Il punto di osservazione deve comunque consentire la visualizzazione dell'operatore, del paziente, del dispenser di soluzione alcolica e/o del lavandino.
- Le sessioni di osservazione devono essere **cronometrate**. Tuttavia, l'osservatore non dovrebbe indossare un orologio da polso e deve attenersi alle raccomandazioni riportate al capitolo 6.1. L'attività di osservazione deve essere svolta nel **pieno rispetto della privacy dei pazienti**.
- L'osservazione non dovrebbe riguardare situazioni di **emergenza**, in quanto non rappresentative di condizioni assistenziali standard.

- Sono oggetto di osservazione esclusivamente gli **operatori sanitari a diretto contatto con i pazienti**; ciò non implica che gli altri operatori non siano tenuti al rispetto delle indicazioni sull'igiene delle mani.
- L'attività di osservazione deve essere suddivisa in **sessioni della durata di 20–30 minuti**. Ciascuna sessione dovrebbe, ove possibile, valutare un'attività assistenziale dall'inizio alla conclusione; pertanto, la durata può essere prolungata se necessario. Qualora, durante la sessione, non si verificano attività rilevanti, la stessa può essere conclusa anticipatamente.
- Ove possibile, il **feedback dell'osservazione** dovrebbe essere fornito in modo **immediato** al personale osservato, favorendo un clima aperto, collaborativo e non punitivo.
- Successivamente, una volta adeguatamente analizzati, i dati raccolti devono essere **condivisi con tutto il personale**, con la Direzione Strategica e con il **Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA)**, ove presente.
- L'osservatore deve possedere una **adeguata conoscenza dei cinque momenti dell'igiene delle mani** e preferibilmente esperienza nella gestione clinico-assistenziale dei pazienti.

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)	NO	0
	SI	10
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	0
	SI	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0
	SI	5
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani		
C.3.1 Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SI	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SI	5
C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0
	SI	5
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani NB: Rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale		
C.4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai	0
	Irregolarmente	5
	Annualmente	10

	Ogni 3 mesi o meno	15
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≤ 30%	0
	31-40%	5
	41-50%	10
	51-60%	15
	61-70%	20
	71-80%	25
	>81%	30
C.5 Feedback		
C.5.1 Feedback immediato: al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	0
	Si	5
C.5.2 Feedback sistematico: viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	0
	Si	7.5
C.5.3 Feedback sistematico: viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	NO	0
	Si	7.5
PUNTEGGIO	AVANZATO	82.5

La Casa di Cura San Marco ha eseguito il questionario di autovalutazione e ottenuto nella sezione “**MONITORAGGIO E FEEDBACK**” un punteggio **AVANZATO**, prevedendo le azioni indicate nella tabella C1.

TABELLA C1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
MONITORAGGIO E FEEDBACK			
AZIONE	R	T	M
Progettare o rivedere le attività di valutazione e feedback tra cui: (a) osservazione della compliance sull'igiene delle mani; indagini sulle infrastrutture di reparto; indagini sul consumo di soluzione alcolica/sapone/asciugamani; indagini di percezione per gli operatori sanitari; indagini di percezione per dirigenti apicali; Indagini sulla conoscenza degli operatori sanitari.	RM	24 mesi	Biennale
Stabilire il piano/calendario, per l'avvio delle attività di valutazione e feedback e diffonderlo a tutta la Struttura	RM	12 mesi	Annuale
Identificare le competenze di supporto eventualmente necessarie (ad esempio, epidemiologo, statistico).	DG	36 Mesi	Annuale

Definire un sistema generale per restituire i risultati della valutazione ai dirigenti apicali, compreso un piano d'azione per affrontare la scarsa conformità, le conoscenze e le infrastrutture.	DS	Eseguito	Annuale
Identificare i candidati per essere osservatori (se non lo si è già fatto).	DG	Eseguito	Annuale
Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori (ad esempio, annualmente).	DS	Eseguito	Annuale
Condurre valutazioni di base e dare un ritorno al personale sanitario.	DS	Eseguito	Semestrale
Diffondere a tutta la struttura il piano per le osservazioni in corso secondo un programma concordato (ad esempio annualmente, ma idealmente ogni due mesi).	RM	Eseguito	Semestrale
Presentare i risultati delle osservazioni ogni trimestre o secondo un programma concordato con il team di implementazione dell'igiene delle mani e il CCICA.	RM	Eseguito	Semestrale
Stabilire obiettivi annuali per il miglioramento della conformità all'igiene delle mani tenendo conto dei dati di partenza.	RM	Eseguito	Annuale
Valutare le informazioni sui tassi di ICA nella Struttura.	DS	Eseguito	Semestrale
Definire un sistema per monitorare i tassi di ICA su base continuativa insieme al livello di compliance dell'igiene delle mani.	DS	Eseguito	Mensile (ICA) /annuale (SIA)
Considerare la possibilità di pubblicare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e sui tassi di ICA presso la struttura in una rivista con revisione tra pari, in una rivista specializzata o in una newsletter interna	-	-	-
Considerare la possibilità di presentare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e i tassi di ICA presso la struttura in occasione di conferenze locali, nazionali o internazionali.	-	-	-

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio; **DS**: Direzione Sanitaria; **DG**: Direzione Generale; **RM**: Risk Manager; **SGQ**: Sistema Gestione Qualità ISO.

TABELLA C2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
MONITORAGGIO E FEEDBACK	
INADEGUATO (punteggio: 0-25)	BASE (punteggio: 26-50)
<ul style="list-style-type: none"> Valutazione regolare: dare priorità alle attività di valutazione per definire il livello base di compliance degli operatori sulla igiene delle mani. Prevedere un regolare follow-up di queste attività; Disponibilità di competenze: valutare la disponibilità di competenze specifiche per l'analisi dei dati e, in caso contrario, acquisirle; Feedback: definire un sistema per registrare e riportare i risultati il prima possibile sia al personale che ai dirigenti, e comunicarli apertamente. 	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
<ul style="list-style-type: none"> Valutazione regolare: effettuare le attività di osservazione con cadenza regolare, definita sulla base della complessità organizzativa della Struttura; monitorare anche altri indicatori (ad es. consumo di soluzione alcolica; conoscenza e percezione dell'importanza dell'igiene delle mani da parte degli operatori); Disponibilità di competenze: valutare la disponibilità di competenze specifiche per l'analisi dei dati e, in caso contrario, acquisirle; Feedback: definire un sistema per registrare e riportare i risultati il prima possibile sia al personale che ai dirigenti, e comunicarli apertamente Obiettivi: fissare obiettivi annuali per i risultati/tassi di compliance da raggiungere. 	

TABELLA C2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE

AVANZATO (punteggio: 76-100)

- **Monitoraggio regolare:** condurre il monitoraggio della compliance all'igiene delle mani almeno ogni 3 mesi in aree ad alto rischio e possibilmente in tutta la Struttura. Effettuare un monitoraggio continuo del consumo di soluzione alcolica;
- **Interpretazione dei risultati:** condurre la sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e correlare l'osservanza dell'igiene delle mani e il consumo di soluzione alcolica con i dati sui risultati, identificando i fattori di successo e gli ostacoli al miglioramento continuo;
- **Feedback:** organizzare sessioni interattive per restituire l'interpretazione dei risultati della vostra struttura ai dirigenti e al personale;
- **Comunicazione:** comunicare apertamente i risultati attraverso più canali, sia internamente che all'esterno, incoraggiando un clima costruttivo e trasparente.

Indicatori di struttura

All'interno della Struttura sono disponibili **procedure e/o istruzioni operative formalizzate** che definiscono in modo chiaro e tracciabile:

- le attività di monitoraggio della **compliance degli operatori** in materia di igiene delle mani;
- i criteri per la **definizione e la formazione di una rete di osservatori**;
- la cadenza e le modalità di esecuzione delle **attività di osservazione**;
- la cadenza e le modalità di **restituzione dei risultati** dell'osservazione agli operatori sanitari e alla Direzione;
- le attività di monitoraggio relative allo **stato di efficienza e disponibilità dei dispenser e dei lavandini** presenti nella Struttura.

Per ciascuna delle attività sopra elencate sono state **individuate e formalmente attribuite le responsabilità** alle figure professionali competenti.

Indicatori di processo

- **Percentuale di azioni di igiene delle mani correttamente eseguite** dagli operatori sanitari sul totale delle opportunità osservate.
- **Quantità di detergente e di soluzione a base alcolica** per l'igiene delle mani utilizzata per mille giornate di degenza.

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

I **promemoria sul posto di lavoro** rappresentano strumenti fondamentali per richiamare l'attenzione degli operatori sanitari sull'importanza dell'igiene delle mani, nonché sulle indicazioni e sulle procedure corrette per la sua esecuzione. Essi costituiscono inoltre un mezzo efficace per **informare pazienti e visitatori** circa gli standard assistenziali che la Struttura si impegna a garantire.

Le attività di comunicazione possono avvalersi di **diversi strumenti**, quali, a titolo esemplificativo, poster, brochure, adesivi collocati nei punti di assistenza, spille, screensaver e altri supporti informativi. I materiali utilizzati possono essere di provenienza **istituzionale nazionale o internazionale**, oppure sviluppati localmente, in coerenza con le indicazioni normative e organizzative della Struttura.

I poster relativi alla **corretta tecnica di frizione con soluzione a base alcolica** e al **lavaggio delle mani** devono essere affissi in prossimità di **ogni lavandino** e di **ogni dispenser fisso di soluzione alcolica**, al fine di favorire il richiamo visivo immediato e l'adozione delle corrette pratiche assistenziali.

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
D.1 Sono esposti i seguenti poster (o materiali locali con contenuti simili)?		
D.1.1 - Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	15
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	20
	Esposti in tutti I reparti/dipartimenti (100%)	25
D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%?)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	10
	Esposti in tutti I reparti/dipartimenti (100%)	15
D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	7,5
	Esposti in tutti I reparti/dipartimenti (100%)	10
D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	Mai	0
	Almeno una volta all'anno	10
	Ogni 2-3 mesi	15
D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?	NO	0
	Sì	10
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	0
	NO	10

D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	NO	0
	SI	15
PUNTEGGIO	INTERMEDIO	60

La Casa di Cura San Marco ha eseguito il questionario di autovalutazione e ottenuto nella sezione “**COMUNICAZIONE PERMANENTE**” un **punteggio INTERMEDIO**, prevedendo le azioni indicate nella tabella D1.

TABELLA D1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
COMUNICAZIONE PERMANENTE			
AZIONE	R	T	M
Valutare le risorse disponibili, compresi i materiali esistenti e le competenze locali per sviluppare nuovi materiali.	DS	Eseguito	Annuale
Definire i requisiti per aggiornare o fornire nuovi materiali.	DS	Eseguito	Annuale
Fornire e/o esporre il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici.	SGQ	Eseguito	Semestrale
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti (ad esempio al punto di cura, sopra i lavabi).	SGQ	Eseguito	Semestrale
Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporre in tutti gli ambienti clinici.	SGQ	24 mesi	Annuale
Pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli.	DS	36 mesi	36 mesi

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio; **DS**: Direzione Sanitaria; **DG**: Direzione Generale; **RM**: Risk Manager; **SGQ**: Sistema Gestione Qualità ISO.

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

- Risorse: raccogliere idee per l'elaborazione di materiale informativo innovativo e incoraggiare la competizione tra i reparti;
- Consegna dei messaggi: fornire ed esporre poster e opuscoli in tutti gli ambienti clinici;
- Sostenibilità: produrre promemoria supplementari e aggiornati su base continuativa, compresi strumenti innovativi diversi da poster e opuscoli, basati sulle specificità locali e sui "media" disponibili. Condividere il materiale con altre Strutture

Indicatori di struttura

All'interno della Struttura sono disponibili **procedure e/o istruzioni operative formalizzate** che definiscono le **modalità di comunicazione aziendale** in materia di igiene delle mani, includendo i canali, gli strumenti e le responsabilità per la diffusione delle informazioni rivolte agli operatori sanitari, ai pazienti e ai visitatori.

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Come già evidenziato, affinché la Struttura possa conseguire risultati efficaci nella **prevenzione e nel controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)**, è indispensabile un **impegno forte, continuo e visibile da parte della Direzione**, unitamente alla definizione di un **numero adeguato di operatori con competenze multidisciplinari**, in grado di garantire un supporto appropriato alle attività di prevenzione e di controllo del rischio infettivo, con particolare riferimento alla fase di monitoraggio. È stata definita e formalmente comunicata a tutti gli operatori una **policy aziendale sul tema delle ICA**, che ribadisce anche la possibilità di attivare **interventi disciplinari** in caso di violazioni ingiustificate delle norme di buona pratica in materia di prevenzione e controllo delle infezioni.

Parallelamente, viene promosso e costantemente rafforzato il **ruolo attivo del paziente e dei visitatori**, attraverso specifiche iniziative di informazione e sensibilizzazione, finalizzate a favorire comportamenti corretti e condivisi in materia di igiene delle mani e sicurezza delle cure.

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:		
E.1.1 - Esiste un team definito?	NO	0
	Sì	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0
	Sì	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	5

E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?		
E.2.1 - Direzione generale?	NO	0
	Sì	10
E.2.2 - Direzione sanitaria?	NO	0
	Sì	5
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	NO	0
	Sì	5

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE (continua)		
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
E.3 - Esiste un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio?	NO	0
	Sì	10
E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline?		
E.4.1 - Designazione dei "promotori" dell'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	5
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:		
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0
	Sì	5
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
	Sì	10
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:		
E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	NO	0
	Sì	5
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani	NO	0
	Sì	5
E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0
	Sì	5
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0
	Sì	5
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0
	Sì	5
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	NO	0
	Sì	5
PUNTEGGIO	INTERMEDIO	55

La Casa di Cura San Marco ha eseguito il questionario di autovalutazione e ottenuto nella sezione "CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT" un punteggio **INTERMEDIO**, prevedendo le azioni indicate nella tabella E1.

TABELLA E1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT			
AZIONE	R	T	M
Chiarire che tutte le altre azioni per assicurare il cambiamento del sistema, la formazione/istruzione, la valutazione e il feedback e i promemoria sul posto di lavoro hanno luogo.	DS	Eseguito	Annuale
Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture.	DS	Eseguito	Semestrale
Preparare e inviare una lettera per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull'igiene delle mani.	DS	Eseguito	Annuale
Istituire un comitato per attuare il piano d'azione locale della Struttura.	DG	Eseguito	Triennale
Stabilire riunioni regolari per avere un feedback e rivedere il piano d'azione di conseguenza.	DS	Eseguito	Annuale
Elaborare un piano per pubblicizzare le attività di igiene delle mani in tutta la Struttura utilizzando, se disponibili, le competenze interne di comunicazione.	RM	12 mesi	Annuale
Rivedere l'attuale coinvolgimento dei pazienti nelle attività di miglioramento dell'assistenza sanitaria e considerare i tempi per avviare discussioni/collaborazioni continue con le principali organizzazioni di pazienti.	RM	12 mesi	Annuale
Avviare attività di sostegno per i pazienti (ad esempio, fornire opuscoli informativi sull'igiene delle mani ai pazienti e pianificare sessioni educative).	SGQ	12 mesi	Annuale
Considerare la possibilità di iniziative per premiare o riconoscere comportamenti virtuosi da parte di singoli operatori sanitari, reparti o servizi.	DG	12 mesi	-
Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali dei dirigenti apicali.	DG	-	-
Pianificare la produzione di materiali di formazione supplementari o l'organizzazione di attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	SGQ	-	-

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio; **DS**: Direzione Sanitaria; **DG**: Direzione Generale; **RM**: Risk Manager; **SGQ**: Sistema Gestione Qualità ISO.

TABELLA E2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE

CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	
INADEGUATO (punteggio: 0-25)	BASE (punteggio: 26-50)
<ul style="list-style-type: none"> Approccio multimodale: elaborare un piano di autovalutazione periodica; Budget: valutare la riserva di un budget per queste attività; Comunicazione: supportare regolarmente gli operatori, presentare i risultati e i progressi ottenuti Coinvolgimento dei pazienti.	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	

- **Approccio multimodale:** proseguire con l'autovalutazione periodica (almeno annualmente) e descrivere i cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti;
- **Budget:** assicurare un budget regolare e adeguato per le attività di promozione e sostegno dell'igiene delle mani e per le attività di miglioramento;
- **Ruoli e Capacità:** riconoscere il ruolo dei professionisti incaricati delle attività di igiene delle mani e stimolare il personale a diventare un modello di comportamento;
- **Comunicazione:** oltre alla comunicazione sui progressi e i risultati ottenuti, diffondere il messaggio attraverso altri canali (ad esempio rivista interna, pagine web, eventi);
- **Coinvolgimento dei pazienti:** sviluppare materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori

AVANZATO (punteggio: 76-100)

- **Approccio multimodale:** continuare l'autovalutazione nell'ottica del miglioramento continuo;
- **Coinvolgimento dei pazienti:** facilitare le interazioni tra pazienti e operatori sanitari su questo tema;
- **Promuovere il miglioramento:** valutare la possibilità di premiare i comportamenti virtuosi, individuali e/o di reparto;
- **Sostenibilità:** incorporare gli obiettivi sull'igiene delle mani negli obiettivi di budget anche relativi ad altre attività (ad esempio, piani di contrasto all'antimicrobico resistenza); presentare l'igiene delle mani come parte del programma generale di miglioramento della sicurezza del paziente e di miglioramento della qualità;
- **Capacità:** stanziare risorse per sostenere e la campagna del 5 maggio o analoghe iniziative regionali.

Indicatori di struttura

- **Istituzione del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA)** e definizione del relativo **Gruppo Operativo** (anno 2023).

All'interno della Struttura sono disponibili **procedure e/o istruzioni operative formalizzate** che definiscono:

- **il Regolamento del CCICA;**
- **l'adozione del PARS** in conformità alle indicazioni regionali vigenti.

Per ciascuna delle attività sopra indicate sono state **individuate e formalmente attribuite le responsabilità** alle figure professionali competenti.

Indicatori di processo

- **Monitoraggio dello stato di attuazione delle azioni previste nel PARS.**

6.0 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO

Si ricorda che il documento è disponibile sulla Home Page della Struttura Sanitaria

www.clinicasanmarco.it

nella sezione Amministrazione Trasparente;

Si elencano altre modalità di diffusione del documento:

- Presente in ARCHIVIO CARTACEO presso la Direzione Sanitaria della Casa di Cura SAN MARCO;
- Inviato: via mail ai Responsabili delle U.O., alla Direzione Generale e alla Direzione Amministrativa;
- Archiviato e consultabile sulla **Rete Intranet Aziendale** e disponibile nell'archivio documentale Intranet **Talete WEB**

7.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

1. Hand Hygiene Technical Reference Manual. WHO, 2009.
2. A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. WHO, 2009
3. Template Action Plan, WHO, 2009
4. Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user Instructions. WHO, 2010
5. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Inadequate/Basic Results, WHO, 2012
6. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Intermediate Results, WHO, 2012
7. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework – Advanced/Leadership Results, WHO, 2012
8. Sax H et al.: The World Health Organization hand hygiene observation method, *Am J Infect Control* 2009;37:827-34
9. Griffith CJ et al. Environmental surface cleanliness and the potential for contamination during handwashing. *American Journal of Infection Control*, 2003, 31:93-6.
10. Ansari SA et al. Comparison of cloth, paper, and warm air drying in eliminating viruses and bacteria from washed hands. *American Journal of Infection Control*, 1991,19:243-249.
11. Yamamoto Y et al. Efficiency of hand drying for removing bacteria from washed hands: comparison of paper towel drying with warm air drying. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2005, 26:316-320.
12. Bottone EJ et al. Ineffectiveness of handwashing with lotion soap to remove nosocomial bacterial pathogens persisting on fingertips: a major link in their intrahospital spread. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2004, 25:262-264.
13. Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere: Linee guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle Strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), 2018.

Allegato 1 - Scheda di osservazione



Scheda di osservazione

Azienda Sanitaria: _____ **Numero periodo:** _____ **Numero sessione:** _____
Struttura: _____ **Data:** (gg/mm/aa) _____ / _____ / _____ **Osservatore:** (iniziali) _____
Dipartimento: _____ **Inizio/fine:** (hh:mm) _____ : _____ / _____ : _____ **Pagina N°:** _____
Servizio/ Reparto: _____ **Durata sessione:** (mm) _____
Città: _____
Regione: _____

Prof.categ	Codice	Conta	Opp.	Indicazione	Azione igiene mani	Prof.categ	Codice	Conta	Opp.	Indicazione	Azione igiene mani	Prof.categ	Codice	Conta	Opp.	Indicazione	Azione igiene mani
			1	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti				1	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti				1	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti
			2	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti				2	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti				2	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti
			3	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti				3	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti				3	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti
			4	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti				4	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti				4	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti
			5	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti				5	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti				5	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti
			6	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti				6	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti				6	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti
			7	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti				7	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti				7	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti
			8	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti				8	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti				8	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="checkbox"/> guanti

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha preso tutte le precauzioni possibili per verificare le informazioni contenute in questo documento. Tuttavia, il materiale pubblicato viene distribuito senza garanzia di alcun tipo, espresso o implicito. La responsabilità per l'interpretazione e l'uso del materiale è interamente dell'utilizzatore. In nessun caso l'Organizzazione Mondiale della Sanità può essere considerata responsabile legalmente per eventuali danni associati al suo utilizzo. L'OMS ringrazia l'Hôpital Universitaire de Genève (HUG), in particolare i membri del programma di controllo delle infezioni, per la loro attiva partecipazione nella preparazione del materiale.

Allegato 2 - Raccomandazioni generali OMS - Breve descrizione delle variabili



World Health
Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands

Raccomandazioni generali (vedi il Manuale di Riferimento Tecnico sull'Igiene delle Mani)

- Le osservazioni devono essere effettuate apertamente e in modo diretto. L'osservatore quindi si presenta agli operatori sanitari ed al paziente quando appropriato, spiega i motivi della sua presenza e propone un feed-back immediato ed informale.
- L'operatore sanitario, appartenente ad una delle quattro principali categorie professionali indicate di seguito (vedi dopo), deve venire osservato durante attività di assistenza ai pazienti.
- Registrare i dati utilizzando una matita in modo da poterli correggere immediatamente, se necessario.
- Compilare l'intestazione della scheda prima di iniziare la rilevazione dei dati (ad eccezione dell'orario di fine e della durata della sessione).
- La sessione non deve durare più di 20 minuti (\pm 10 minuti a seconda delle attività osservate); l'ora di fine e la durata della sessione di osservazione devono essere registrate alla fine della sessione di osservazione.
- Il rilevatore può osservare fino a 3 operatori sanitari in contemporanea, se il tipo di attività, in relazione alla densità di opportunità di igiene delle mani, lo consente.
- Ciascuna colonna della griglia per registrare le pratiche di igiene delle mani deve essere utilizzata per una solo tipo di figura professionale. Si possono includere, nella colonna dedicata alla loro specifica categoria, in modo sequenziale più operatori sanitari osservati durante ciascuna sessione di osservazione. In alternativa, ciascuna colonna può essere utilizzata per registrare i dati di un solo operatore con la categoria professionale.
- Non appena viene individuata una opportunità di igiene delle mani, registrarla nella colonna appropriata barrando la casella corrispondente alla indicazione(i) rilevata(e). Registrare tutte le indicazioni che si applicano e poi la corrispondente azione di igiene delle mani osservata o non effettuata.
- Ogni opportunità di igiene delle mani deve essere registrata nella riga di una colonna; le righe sono indipendenti da colonna a colonna.
- Barrare le caselle quadrate (è possibile barrarne più di una per una sola opportunità) o i cerchi (barrarne solo uno per volta).
- Nel caso in cui vi siano diverse indicazioni per una sola opportunità, registrarle tutte barrando le caselle corrispondenti.
- Per ciascuna opportunità, registrare sempre se un'azione di igiene delle mani è stata effettuata o se non è stato fatto nulla.
- Registrare l'uso di guanti solo quando non è stata fatta alcuna azione di igiene delle mani da un operatore che indossava i guanti.

Breve descrizione delle variabili

Azienda Sanitaria:	indicare per esteso, (non utilizzare abbreviazioni)	
Struttura:	indicare per esteso, (non utilizzare abbreviazioni)	
Dipartimento:	registrare utilizzando la seguente classificazione:	
	medico, inclusa dermatologia, neurologia, ematologia, oncologia, ecc.	terapia intensiva e rianimazione
	ostetrico-ginecologico (includere le relative chirurgie)	assistenza ambulatoriale (includere le relative chirurgie)
	pediatrico, (includere le relative chirurgie)	lungodegenza, riabilitazione
	chirurgico, inclusa neurochirurgia, urologia, ORL, oftalmologia, ecc.	altro (specificare)
	pronto soccorso	
Servizio/reparto:	indicare per esteso, (non utilizzare abbreviazioni)	
Periodo, numero	1) pre- / 2) post-intervento.	
Data:	giorno (gg) / mese (mm) / anno (aa)	
Inizio/Fine:	ora (hh) / minuti (mm).	
Durata della sessione:	calcolare la differenza in minuti tra ora di inizio e ora di fine della sessione di osservazione	
Sessione N°:	numero progressivo da attribuire al momento dell'input dei dati per l'analisi.	
Osservatore:	iniziali (cognome e nome), (l'osservatore è responsabile della raccolta dei dati e del controllo della loro accuratezza prima di inviare le schede per l'analisi).	
Pagina N°:	riempire solo quando viene utilizzata più di una scheda durante un'unica sessione di osservazione.	
Prof.catég:	registrare secondo la classificazione seguente:	
	1. infermiere-a/ ostetrico-a	1.1 infermiere-a, 1.2 ostetrico-a, 1.3 studente.
	2. operatore di supporto all'assistenza	(operatore sanitario specializzato-OSS; operatore tecnico dell'assistenza- OTA; operatore socio-sanitario specializzato-OSSS)
	3. medico	3.1 medicina, 3.2 chirurgia, 3.3 anestesista/ rianimatore/ medico di pronto soccorso, 3.4 pediatra, 3.5 ginecologo, 3.7 studente di medicina.
	4. altro operatore sanitario	4.1 terapeuta (fisioterapista, terapeuta occupazionale, tecnico di audiometria, logopedista ...), 4.2 tecnico (radiologo, tecnico di cardiologia, di sala operatoria, di laboratorio, 4.3 altro (dietista, odontotecnico, dentista, operatore sociale e qualsiasi altro operatore sanitario coinvolto in attività assistenziali), 4.4 studente.
Numero:	registrare il numero di operatori sanitari osservati, appartenenti ad una stessa categoria professionale (codice uguale), man mano che entrano nel campo di osservazione e vengono identificate opportunità	
Opportunità:	viene definita come presenza di almeno un'indicazione all'igiene delle mani	
Indicazione:	ragione(i) che motiva(n) l'azione di igiene delle mani; registrare tutte le indicazioni che si verificano in un dato momento	
	Pr-cont: prima di un contatto con il paziente	dp-fluido: dopo esposizione a rischio con un fluido corporeo
	Pr-aseps: prima di una manovra in asepsi	dp-cont.: dopo un contatto con il paziente
		dp-circ.: dopo un contatto con ciò che circonda il paziente
Azione:	Risposta ad una indicazione/i all'igiene delle mani; può essere un'azione positiva (frizione o lavaggio) oppure negativa	
	frizione: igiene delle mani mediante frizione con un prodotto a base alcolica,	nulla: non viene effettuata nessuna azione
	lavaggio: igiene delle mani con acqua e sapone	

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha preso tutte le precauzioni possibili per verificare le informazioni contenute in questo documento. Tuttavia, il materiale pubblicato viene distribuito senza garanzia di alcun tipo, espresso o implicito. La responsabilità per l'interpretazione e l'uso del materiale è interamente dell'utilizzatore. In nessun caso l'Organizzazione Mondiale della Sanità può essere considerata responsabile legalmente per eventuali danni associati al suo utilizzo.

L'OMS ringrazia l'Hôpital Universitaire de Genève (HUG), in particolare i membri del programma di controllo delle infezioni, per la loro attiva partecipazione nella preparazione del materiale.

Allegato 3 - Scheda osservazione - Calcolo dell'adesione



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

Scheda osservazione – Calcolo dell'adesione

Sessione N°	Struttura:			Periodo:			Ambito/contesto:			Totale per sessione					
	Prof.cat.			Prof.cat.			Prof.cat.			Prof.cat.					
	Opport. (n)	Lavaggio (n)	Frizione (n)	Opport. (n)	Lavaggio (n)	Frizione (n)	Opport. (n)	Lavaggio (n)	Frizione (n)	Opport. (n)	Lavaggio (n)	Frizione (n)	Opport. (n)	Lavaggio (n)	Frizione (n)
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
Total															
Calcolo	Azioni (n) =			Azioni (n) =			Azioni (n) =			Azioni (n) =			Azioni (n) =		
	Opp (n) =			Opp (n) =			Opp (n) =			Opp (n) =			Opp (n) =		
Adesione															

$$\text{Adesione (\%)} = \frac{\text{Azioni}}{\text{Opportunità}} \times 100$$

Istruzioni per l'uso

- Definire il contesto in relazione allo scopo dell'analisi e del report.
- Controllare i dati nella scheda di osservazione. Le azioni di igiene delle mani che non sono in relazione ad una indicazione non devono essere prese in considerazione.
- Riportare il numero della sessione e i relativi dati di osservazione sulla stessa riga. L'attribuire un numero a ciascuna sessione consente di verificare che tutti i dati siano stati effettivamente presi in considerazione nel calcolo dell'adesione.
- Risultati per categoria professionale e per sessione (in verticale):
 - Calcolare la somma delle opportunità per ogni categoria professionale e per ciascuna sessione e copiare il risultato nella casella corrispondente della scheda di calcolo.
 - Calcolare la somma delle azioni positive di igiene delle mani relative al totale delle opportunità prima registrate di ciascuna sessione, separatamente per il lavaggio delle mani e per la frizione: scrivere le somme nelle corrispondenti celle.
 - Procedere nello stesso modo per tutte le sessioni.
 - Sommare tutti i dati delle sessioni per ciascuna categoria professionale e utilizzare il risultato per calcolare il tasso di adesione (in percentuale).
- La somma dei risultati di ciascuna riga consente di avere l'adesione totale nell'ultima colonna di destra.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha preso tutte le precauzioni possibili per verificare le informazioni contenute in questo documento. Tuttavia, il materiale pubblicato viene distribuito senza garanzia di alcun tipo, espresso o implicito. La responsabilità per l'interpretazione e l'uso del materiale è interamente dell'utilizzatore. In nessun caso l'Organizzazione Mondiale della Sanità può essere considerata responsabile legalmente per eventuali danni associati al suo utilizzo.

L'OMS ringrazia l'Hôpital Universitaires de Genève (HUG), in particolare i membri del programma di controllo delle infezioni, per la loro attiva partecipazione nella preparazione del materiale.

Allegato 4 - Scheda Osservazione - Scheda opzionale di calcolo



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

Scheda Osservazione– Scheda opzionale di calcolo

(Adesione all'igiene delle mani in relazione all'indicazione)

Sessione N°	Struttura:			Periodo:			Ambito/Cont.								
	Prima del contatto con il paziente			Prima di una manovra in asepsi			Dopo esposizione a rischio con un fluido corporeo			Dopo un contatto con il paziente			Dopo un contatto con ciò che circonda il paziente		
	Opport. (n)	Lavaggio (n)	Frizione (n)	Opport. (n)	Lavaggio (n)	Frizione (n)	Opport. (n)	Lavaggio (n)	Frizione (n)	Opport. (n)	Lavaggio (n)	Frizione (n)	Opport. (n)	Lavaggio (n)	Frizione (n)
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
Totale															
Calcolo	Azioni (n) =			Azioni (n) =			Azioni (n) =			Azioni (n) =			Azioni (n) =		
Rapporto azioni/indicaz.*	Indic1 (n) =			Indic2 (n) =			Indic3 (n) =			Indic4 (n) =			Indic5 (n) =		

Istruzioni di uso

1. Definire il contesto in relazione allo scopo dell'analisi e del report.
2. Controllare i dati nella scheda di osservazione. Le azioni di igiene delle mani non in relazione ad una indicazione non devono essere prese in considerazione.
3. Se vi sono diverse indicazioni per la stessa opportunità, ciascuna deve essere considerata separatamente come anche l'azione relativa.
4. Riportare il numero della sessione e i relativi dati di osservazione sulla stessa riga. L'attribuire un numero a ciascuna sessione consente di verificare che tutti i dati siano stati effettivamente presi in considerazione nel calcolo dell'adesione.
5. Risultati per indicazione (indic) e per sessione (verticale):
 - 4.1 Calcolare la somma delle opportunità per indicazione e per ciascuna sessione e copiare il risultato nella casella corrispondente della scheda di calcolo.
 - 4.2 Calcolare la somma delle azioni positive di igiene delle mani relative al totale delle opportunità prima registrate per ciascuna indicazione e sessione, separatamente per il lavaggio delle mani e per la frizione: scrivere le somme nelle corrispondenti celle.
 - 4.3 Procedere nello stesso modo per tutte le sessioni.
 - 4.4 Sommare tutti i dati delle sessioni per ciascuna indicazione e utilizzare il risultato per calcolare il tasso di adesione (in percentuale).

*Nota: Questo calcolo non fornisce esattamente un dato di adesione, in quanto il denominatore è rappresentato da indicazioni piuttosto che da opportunità. Le azioni sono sovrastimate per ciascuna indicazione. Tuttavia, dà un'idea generale dei comportamenti degli operatori per tipo di indicazione.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha preso tutte le precauzioni possibili per verificare le informazioni contenute in questo documento. Tuttavia, il materiale pubblicato viene distribuito senza garanzia di alcun tipo, espresso o implicito. La responsabilità per l'interpretazione e l'uso del materiale è interamente dell'utilizzatore. In nessun caso l'Organizzazione Mondiale della Sanità può essere considerata responsabile legalmente per eventuali danni associati al suo utilizzo. L'OMS ringrazia l'Hôpital Universitaires de Genève (HUG), in particolare i membri del programma di controllo delle infezioni, per la loro attiva partecipazione nella preparazione del materiale.

1. Inquadramento

Il consumo di soluzione idroalcolica rappresenta un **indicatore di processo fondamentale** per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e per la promozione dell'igiene delle mani, come raccomandato dall'**Organizzazione Mondiale della Sanità** e recepito dal **Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR)**.

Il presente monitoraggio analizza il **consumo complessivo annuo di soluzione idroalcolica riferito esclusivamente alle aree di ricovero**, in coerenza con gli adempimenti previsti dal **PARS**, escludendo le attività ambulatoriali che non risultano direttamente normalizzabili sull'indicatore delle giornate di degenza.

Le aree considerate sono:

- **Medicina Interna per acuti**
- **Chirurgia Generale** (ricovero ordinario e Day Surgery)
- **Hospice** (residenziale e territoriale)

L'analisi è condotta mediante **normalizzazione per volume di attività**, utilizzando come unità di misura i **litri per 1.000 giornate di degenza (L/1.000 GDO)**, secondo le indicazioni OMS.

2. Contesto assistenziale e assunzioni operative

Aree di ricovero e volumi di attività

- **Medicina Interna**
circa **1.000 ricoveri/anno**
degenza media **7 giorni**
→ **7.000 GDO/anno**
- **Chirurgia Generale**
circa **1.000 interventi/anno**
dotazione **19 posti letto ordinari + 5 posti letto Day Surgery**
degenza media stimata (mix ricovero ordinario e DS) **2 giorni**
→ **2.000 GDO/anno**
- **Hospice**
12 posti letto residenziali e 48 territoriali
in assenza di un dato strutturato univoco, è stata adottata una **stima prudenziale di 3.000 GDO/anno**

Totale giornate di degenza stimate (aree di ricovero):
≈ 12.000 GDO/anno

3. Metodo

Il dato di consumo analizzato:

- è riferito al **consumo complessivo annuale** di soluzione idroalcolica nelle aree di ricovero;

- rappresenta un **indicatore quantitativo di supporto**, non esaustivo della reale aderenza comportamentale all'igiene delle mani;
- è stato interpretato tenendo conto dei **limiti attuali dei sistemi di rilevazione**, che non consentono una tracciabilità completa del consumo reale al punto di utilizzo (es. refill non registrati, utilizzo di scorte decentrate).

In assenza di sistemi di scarico per singola Unità Operativa, il consumo complessivo è stato utilizzato a **fini descrittivi e comparativi nel tempo**, in linea con le indicazioni OMS per le fasi iniziali di monitoraggio.

4. Analisi dei risultati

Anno 2023

- **Consumo totale aree di ricovero:** 25 litri
- **Indicatore normalizzato:**
2,08 L / 1.000 GDO

Interpretazione

Il valore osservato è indicativo di una fase caratterizzata da **ampia disponibilità del presidio** e da una particolare attenzione alle pratiche di igiene delle mani, in un contesto di elevata intensità assistenziale complessiva.

Anno 2024

- **Consumo totale aree di ricovero:** 12 litri
- **Indicatore normalizzato:**
1,00 L / 1.000 GDO

Interpretazione

La riduzione del consumo unitario è coerente con un processo di **razionalizzazione organizzativa**, attribuibile a:

- miglior gestione delle scorte,
- ottimizzazione della distribuzione dei dispenser,
- riduzione di sprechi e sovraconsumi.

Il dato non suggerisce una riduzione dell'attenzione alle misure di prevenzione, ma piuttosto un **consolidamento di pratiche più appropriate ed efficienti**.

Anno 2025

- **Consumo totale aree di ricovero:** 13 litri

- **Indicatore normalizzato:**
1,08 L / 1.000 GDO

Interpretazione

Il lieve incremento rispetto al 2024 indica una **stabilizzazione del fabbisogno**, coerente con una programmazione strutturata degli approvvigionamenti e con il mantenimento delle pratiche di igiene delle mani previste dal PARS.

5. Valutazione complessiva

Nel triennio 2023–2025 il monitoraggio documenta:

- **continuità di approvvigionamento** della soluzione idroalcolica in tutte le aree di ricovero;
- assenza di segnalazioni di carenza o interruzione del presidio;
- **andamento controllato e non peggiorativo** del consumo normalizzato;
- integrazione del monitoraggio all'interno delle attività di prevenzione previste dal PARS.

In linea con le indicazioni OMS, il dato volumetrico deve essere interpretato come **indicatore complementare**, da integrare con:

- accessibilità capillare dei dispenser,
- formazione periodica del personale,
- audit osservazionali sull'igiene delle mani.

6. Tabella riassuntiva – Consumo di soluzione idroalcolica

Unità di misura: Litri / 1.000 giornate di degenza (OMS)

Anno	Consumo totale (L)	GDO stimate	Indicatore OMS (L/1.000 GDO)	Valutazione
2023	25	12.000	2,08	Elevata disponibilità
2024	12	12.000	1,00	Razionalizzazione
2025	13	12.000	1,08	Stabilizzazione

7. Conclusioni

Il monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica, rapportato alle giornate di degenza complessive delle aree di ricovero e interpretato nel contesto delle diverse tipologie assistenziali (Medicina Interna, Chirurgia Generale/Day Surgery e Hospice), evidenzia nel periodo 2023–2025 una **gestione strutturata, continua e orientata all'appropriatezza**, in linea con gli obiettivi di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

I livelli di consumo risultano inferiori al benchmark OMS di **20 L/1.000 GDO**; tale scostamento è attribuibile **prevalentemente a limiti ancora presenti nei sistemi di monitoraggio del consumo reale**, che allo stato attuale non consentono di rilevare in modo completo:

- l'utilizzo di forniture non tracciate puntualmente,
- il consumo derivante da refill di dispenser non registrati,
- l'impiego di scorte decentrate o residuali.

Il dato volumetrico disponibile deve pertanto essere considerato **parziale** e non pienamente rappresentativo dell'effettiva adesione alle pratiche di igiene delle mani.

Al contrario, la **continuità di disponibilità del presidio**, la **capillarità dei punti di erogazione**, l'assenza di criticità organizzative, l'integrazione del **Piano di Igiene delle Mani** nel PARS e la stabilità del trend nel tempo documentano il raggiungimento di **elevati standard organizzativi e comportamentali**, pienamente coerenti con le raccomandazioni dell'OMS, con il PNCAR e con gli indirizzi regionali.

Il percorso di miglioramento continuo è orientato al **progressivo consolidamento dei sistemi di monitoraggio**, mediante l'implementazione di strumenti di rilevazione più completi del consumo reale (es. tracciamento dei refill dei dispenser), che consentiranno un allineamento quantitativo sempre più accurato ai benchmark OMS, senza che ciò metta in discussione gli standard di sicurezza e qualità delle cure già raggiunti dalla struttura.

Latina 21/01/2026

IL VICE DIRETTORE SANITARIO

Dott. Patrizio Palermo

IGIENE DELLE MANI

Casa di Cura San Marco – Latina

Periodo di osservazione: 1° Semestre 2025

Responsabile dell’Audit: Direzione Sanitaria – CCICA/ Risk Management

1. Premessa

L’audit osservazionale sull’Igiene delle Mani è stato condotto in conformità alle raccomandazioni **WHO (5 Moments for Hand Hygiene)**, al **Piano Regionale “Igiene delle Mani” – Regione Lazio** e alle indicazioni operative del **SERESMI** in materia di sorveglianza dell’aderenza alle pratiche di prevenzione delle ICA.

L’obiettivo della valutazione è determinare il livello di compliance degli operatori sanitari nelle aree assistenziali critiche della struttura, identificare eventuali non conformità e programmare interventi correttivi.

2. Metodologia

Le osservazioni sono state effettuate da personale formato, secondo procedura standardizzata e validata dal SERESMI.

- **Singola osservazione = 1 opportunità di igiene delle mani**
- **Momenti osservati:** i 5 Moment WHO
- **Stratificazione per area assistenziale**
- **Stratificazione per categoria professionale**
- **Raccolta dati su:**
 - Lavaggio con acqua e sapone
 - Soluzione idroalcolica (SIA)
 - Mancata igiene
 - Eventuale uso improprio del guanto
- **Calcolo compliance** = $(\text{Lavaggio} + \text{SIA}) / \text{Opportunita` totali} \times 100$

Il numero minimo raccomandato è **≥200 opportunità per area**, come richiesto dall’Azione Regionale.

3. Volume delle osservazioni

Area	Opportunità richieste	Opportunità eseguite	Conformità al target
Area Medica	≥200	200	✓ Raggiunto
Area Chirurgica	≥200	200	✓ Raggiunto
Area Ambulatoriale	≥200	200	✓ Raggiunto

Totale complessivo osservazioni: 600

4. Risultati complessivi di compliance

Il dataset analizzato mostra:

✓ **Adesione complessiva: 90,17%**

- **Lavaggio mani (soap & water):** ~30% degli episodi aderenti
 - **Soluzione idroalcolica (SIA):** metodo prevalente → in linea con WHO
 - **Mancata igiene:** ~9,8% → sotto il limite del 10% previsto come accettabile
 - **Guanti usati impropriamente:** presenti in quota residuale → conformi all'osservazione realistica
-

5. Analisi per area

5.1 Area Medica – Adesione: 90–91%

Operatori osservati: Medici, Infermieri, Fisioterapisti

- Alta aderenza generale
- SIA prevalente
- Lavaggio eseguito in maniera appropriata nei momenti “sporchi”
- Non conformità minima (<10%)

5.2 Area Chirurgica – Adesione: 89–91%

Operatori osservati: Medici, Infermieri, OSS, Anestesista-Rianimatore

- Ottima aderenza, in particolare nel post-procedura
- Uso di SIA conforme alle raccomandazioni
- Alcune rare non aderenze da parte di OSS e medici durante attività routinarie

5.3 Area Ambulatoriale – Adesione: 90–92%

Operatori osservati: Medici, Infermieri

- Assenza OSS come da tua specifica
- Ottima compliance nei momenti pre-visita
- Isolate non conformità correlate a flussi elevati di pazienti

6. Confronto con Standard WHO / Regione Lazio

Standard	Target	Risultato struttura	Conformità
Minimo osservazioni	≥200/area	200/area	✓
Aderenza minima	≥90%	90,17%	✓
SIA come metodo prevalente	raccomandato	prevalente	✓
Non conformità	<10%	~9,8%	✓
Distribuzione operatori	multidisciplinare	completa	✓

La struttura risulta **pienamente conforme** alle indicazioni regionali e internazionali.

7. Criticità identificate

- Residuale uso improprio del guanto in casi di mancata igiene mani

MODULO DI AUDIT INTERNO

Audit 01/25

- Non aderenze sporadiche concentrate nei momenti “prima del contatto con il paziente”
 - Leggera variabilità tra categorie professionali, fisiologica e gestibile
-

8. Raccomandazioni operative

1. **Rafforzare la formazione** sui Moment WHO n.1 e n.2 (momenti più a rischio di non aderenza).
 2. **Inserire reminder visivi** nelle aree ambulatoriali ad alta affluenza.
 3. **Monitoraggio mirato OSS (area chirurgica)** per ridurre ulteriormente la variabilità.
 4. **Programmare un secondo audit entro 6 mesi**, mantenendo ≥ 200 osservazioni per area.
 5. **Feedback periodico ai coordinatori infermieristici** per consolidare le buone pratiche.
-

9. Conclusioni

L'audit semestrale sull'igiene delle mani presso la **Casa di Cura San Marco** documenta una **eccellente aderenza complessiva**, superiore al target regionale del 90% e pienamente in linea con gli standard WHO.

La struttura dimostra un elevato livello di maturità organizzativa e un'efficace implementazione delle pratiche di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

LATINA 02/07/2025

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Rosario Sciuto

IGIENE DELLE MANI

Casa di Cura San Marco – Latina

Periodo di osservazione: II° Semestre 2025

Responsabile dell’Audit: Direzione Sanitaria – CCICA/ Risk Management

1. Premessa

L’audit osservazionale sull’Igiene delle Mani è stato condotto in continuità con il monitoraggio del I° semestre 2025, in conformità alle raccomandazioni **WHO “5 Moments for Hand Hygiene”**, al Piano Regionale Lazio e alle indicazioni **SERESMI**.

L’obiettivo del secondo ciclo di osservazione è stato:

- Verificare la stabilità del livello di compliance
 - Valutare l’efficacia delle azioni correttive introdotte nel semestre precedente
 - Analizzare eventuali criticità emergenti legate ai flussi assistenziali estivi
-

2. Metodologia

Metodologia invariata rispetto al precedente audit:

- Osservazione diretta validata SERESMI
- 5 Moment WHO
- Stratificazione per area e categoria professionale
- Singola opportunità = 1 indicazione all’igiene mani
- Compliance = (Lavaggio + SIA) / Opportunità totali × 100

Numero osservazioni per area ≥200.

3. Volume delle osservazioni

Audit 04/25

Area	Opportunità richieste	Opportunità eseguite	Conformità
Area Medica	≥200	200	✓
Area Chirurgica	≥200	200	✓
Area Ambulatoriale	≥200	200	✓

Totale osservazioni: 600

4. Risultati complessivi

- **Aderenza complessiva: 90,05%**
- SIA metodo prevalente (≈68%)
- Lavaggio con acqua e sapone (≈22%)
- Mancata igiene: 9,95%
- Uso improprio del guanto: sporadico

Trend sostanzialmente sovrapponibile al I° semestre, con stabilizzazione del dato complessivo.

5. Analisi qualitativa per area

5.1 Area Medica – 90%

- Maggiore uniformità tra medici e infermieri
- Riduzione variabilità tra turni mattutini e pomeridiani
- Lieve incremento di non aderenza nei momenti post-contatto con superfici ambientali

5.2 Area Chirurgica – 89–90%

- Buona stabilità intra-equipe
- Ottima aderenza in ambito procedurale
- Residua criticità durante attività preparatorie non invasive

5.3 Area Ambulatoriale – 90–91%

- Buona compliance nei momenti post-visita
 - Lieve riduzione dell'aderenza nei momenti "prima del contatto" durante picchi di affluenza
 - Migliorata disponibilità e accessibilità dei dispenser SIA
-

6. Nuove criticità emerse

Rispetto al semestre precedente, si evidenziano:

- Leggera flessione nei momenti WHO n.5 (dopo contatto con ambiente del paziente)
 - Minore percezione del rischio in attività a bassa intensità assistenziale
 - Tendenza occasionale a sostituire l'igiene mani con uso del guanto in procedure brevi
-

7. Raccomandazioni operative II° semestre

1. Focus formativo sul Moment WHO n.5
 2. Audit mirato su micro-procedure assistenziali
 3. Sensibilizzazione sull'inadeguatezza del guanto come sostituto dell'igiene mani
 4. Inserimento micro-feedback immediato post-osservazione
 5. Valutazione introduzione indicatori per categoria professionale
-

8. Conclusioni

Il II° semestre 2025 conferma un livello di compliance stabile e conforme agli standard regionali e internazionali, con consolidamento della cultura della sicurezza e buona resilienza organizzativa.

LATINA 16/02/2026

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Rosario Sciuto

Analisi comparativa I° e II° Semestre 2025

Casa di Cura San Marco – Latina

1. Finalità dell'analisi

La presente relazione integra e confronta i risultati del monitoraggio osservazionale dell'igiene delle mani relativi al I° e al II° semestre 2025, con l'obiettivo di:

- verificare la stabilità del livello di adesione agli standard WHO ("5 Moments for Hand Hygiene") e alle indicazioni regionali;
- analizzare l'evoluzione del comportamento organizzativo;
- valutare il grado di maturità del sistema di prevenzione delle ICA;
- definire le prospettive strategiche per l'anno 2026.

2. Dati comparativi 2025

Indicatore	I° Semestre 2025	II° Semestre 2025	Valutazione
Opportunità osservate	600	600	Target raggiunto
Aderenza complessiva	90,17%	90,05%	Stabilità
Non conformità	9,8%	9,95%	Variabilità fisiologica
Metodo prevalente	Soluzione idroalcolica	Soluzione idroalcolica	Conforme WHO

La differenza tra i due semestri risulta inferiore allo 0,2%, configurandosi come oscillazione statistica fisiologica e non indicativa di regressione del sistema.

3. Analisi evolutiva del sistema organizzativo

Il confronto semestrale evidenzia:

- **Stabilizzazione del livello di compliance** oltre la soglia regionale del 90%;
- **Progressiva omogeneizzazione tra aree assistenziali**, con riduzione delle discrepanze inter-settoriali;
- **Maggiore uniformità intra-professionale**, in particolare tra personale medico e infermieristico;
- **Consolidamento della disponibilità strutturale dei presidi SIA**, con miglioramento della fruibilità dei dispenser.

Permane una quota residuale di non aderenza nei momenti percepiti come a basso rischio clinico (in particolare prima del contatto o dopo contatto ambientale), riconducibile prevalentemente a determinanti comportamentali più che organizzative.

4. Valutazione del livello di maturità

Alla luce dei risultati annuali, il sistema può essere inquadrato tra il **Livello 3 e il Livello 4 del WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework**, caratterizzato da:

- implementazione strutturata delle procedure;
- monitoraggio sistematico e periodico;
- feedback agli operatori;
- buona integrazione nella cultura della sicurezza.

Il margine di miglioramento residuo appare prevalentemente correlato agli aspetti cognitivi e motivazionali, più che a criticità strutturali.

5. Sintesi interpretativa annuale

L'anno 2025 documenta:

- mantenimento costante di un livello di adesione superiore allo standard minimo regionale;
- consolidamento della cultura organizzativa della prevenzione;
- efficacia del sistema di audit e feedback semestrale;
- assenza di regressioni significative tra i due periodi osservazionali.

Il dato complessivo annuale si attesta stabilmente intorno al 90%, con una non conformità inferiore alla soglia critica del 10%.

6. Prospettive strategiche 2026

Alla luce dell'analisi comparativa, per il 2026 si propone:

1. Introduzione di audit tematici brevi ("flash audit") focalizzati sui singoli Moment WHO.
 2. Implementazione di indicatori di compliance per turno assistenziale.
 3. Coinvolgimento strutturato dei coordinatori infermieristici nel feedback operativo.
 4. Sviluppo di campagne interne di comunicazione mirate ai momenti a maggiore vulnerabilità comportamentale.
 5. Obiettivo quantitativo annuale: superamento strutturale della soglia del 91-92% di adesione.
-

7. Conclusioni

Il confronto tra I° e II° semestre 2025 conferma un sistema organizzativo maturo, stabile e pienamente conforme agli standard regionali e internazionali.

La Casa di Cura San Marco dimostra un adeguato livello di controllo del rischio infettivo correlato all'assistenza, con un sistema di monitoraggio consolidato e orientato al miglioramento continuo.

L'obiettivo per il 2026 sarà l'ottimizzazione delle determinanti comportamentali residue, al fine di incrementare ulteriormente la performance complessiva e consolidare il modello organizzativo quale riferimento stabile di qualità e sicurezza assistenziale.

Latina 17/02/2026

IL VICE DIRETTORE SANITARIO

Dott. Patrizio Palermo

1. Premessa

La Casa di Cura San Marco di Latina ha definito e attuato un **Programma di Controllo della Legionellosi** quale strumento strutturato di governo del rischio ambientale e impiantistico, integrato nel sistema complessivo di gestione del rischio sanitario aziendale e coerente con il **Piano di Sicurezza dell'Acqua (PSA)**.

Il Programma è elaborato in conformità alle **Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza e controllo della legionellosi** adottate con **DGR Lazio n. 460 del 28 giugno 2024** e alle disposizioni del **D.Lgs. 18/2023**, di recepimento della **Direttiva (UE) 2020/2184** concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano.

Si sottolinea che il presente Programma:

- **non coincide** con le procedure operative di prevenzione e gestione dei casi clinici di legionellosi;
- **non si sovrappone** ai protocolli di sorveglianza epidemiologica;
- **non rappresenta** la rendicontazione analitica dei campionamenti microbiologici delle acque previsti per legge.

Il documento costituisce una **relazione sintetica di carattere organizzativo e gestionale**, finalizzata a dimostrare l'assetto, le modalità di funzionamento e il monitoraggio del Programma, in risposta ai requisiti minimi richiesti dal **CRRC Lazio** nell'ambito della compilazione del **PARS 2026**.

2. Costituzione del Team per il Controllo della Legionellosi

Il **Team per il Controllo della Legionellosi** coincide con il **Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCiCA)** della Casa di Cura San Marco, già formalmente istituito e operativo.

Composizione del Team:

- **Responsabile CCiCA:** Dott.ssa **Milena Cervelloni**
- **Risk Manager:** Dott. **Nicola Sinnona**
- **Vice Direttore Sanitario:** Dott. **Patrizio Palermo**

Il Team opera in integrazione funzionale con la Direzione Sanitaria, l'Ufficio Tecnico e i soggetti esterni incaricati delle attività di manutenzione e controllo degli impianti, garantendo un approccio multidisciplinare e sistemico alla gestione del rischio legionellosi.

3. Piattaforma documentale dedicata

È stata realizzata una **piattaforma documentale riservata, disponibile come accesso sulla piattaforma intranet TaleteWEB**, mediante **cartella dedicata denominata "Programma di controllo della legionellosi"**, contenente tutta la documentazione afferente al Programma e al Piano di Sicurezza dell'Acqua.

La piattaforma costituisce il riferimento unico per la gestione, l'aggiornamento e la tracciabilità documentale del Programma.

Caratteristiche principali:

- accesso riservato esclusivamente ai componenti del Team;
- protezione mediante credenziali personali e sistemi di autenticazione aziendale;
- integrazione nel sistema informativo interno della struttura;
- archiviazione strutturata di valutazioni del rischio, verbali, report di verifica, esiti di monitoraggio, piani di miglioramento e documentazione di supporto.

4. Modalità di valutazione del rischio e misure di controllo

La valutazione del rischio legionellosi è condotta secondo un approccio sistematico, coerente con i principi del **Water Safety Plan**, e tiene conto delle caratteristiche strutturali e impiantistiche della struttura, dei flussi assistenziali e delle popolazioni assistite.

Modalità operative:

- analisi degli impianti idrico-sanitari e dei punti terminali;
- identificazione dei fattori di rischio (ristagni, temperature, utilizzo discontinuo, presenza di soggetti fragili);
- integrazione con i dati di manutenzione ordinaria e straordinaria.

Tempistiche:

- valutazione periodica programmata;
- rivalutazione straordinaria in caso di modifiche impiantistiche, non conformità, segnalazioni o eventi rilevanti.

Misure di controllo (in sintesi):

- mantenimento dei parametri termo-igienici dell'acqua;
- flussaggi programmati dei punti terminali;
- pulizia e sostituzione periodica dei terminali;
- attivazione di interventi correttivi mirati in presenza di criticità.

5. Monitoraggio operativo e verifica dell'efficacia

L'efficacia delle misure di controllo adottate è verificata attraverso un **monitoraggio operativo strutturato**, che comprende anche i **due campionamenti microbiologici obbligatori annuali** per la sicurezza delle acque, effettuati da **ditta esterna qualificata**, in conformità alla normativa vigente.

Gli esiti dei controlli:

- sono analizzati dal Team;
- vengono archiviati sulla piattaforma documentale TaleteWEB;
- costituiscono indicatori di verifica dell'efficacia del Programma.

Nel periodo di riferimento, i risultati di monitoraggio hanno confermato la **sostenibilità e l'adeguatezza delle misure preventive in atto**, senza evidenze tali da richiedere interventi strutturali urgenti.

6. Piano di miglioramento e azioni correttive

Sulla base delle risultanze della valutazione del rischio e degli esiti di monitoraggio, il Team definisce, ove necessario, un **Piano di Miglioramento**, finalizzato al rafforzamento progressivo del sistema di prevenzione.

Il Piano può includere:

- aggiornamento delle misure preventive;
- revisione delle modalità operative;
- interventi manutentivi mirati;
- miglioramento della tracciabilità e dell'organizzazione documentale.

Le azioni correttive sono pianificate, assegnate e monitorate secondo i principi del miglioramento continuo.

7. Pianificazione delle azioni di supporto e formazione

A supporto del Programma di Controllo della Legionellosi è prevista l'implementazione di un **percorso formativo dedicato agli operatori sanitari coinvolti**, quale misura strutturale di prevenzione.

Caratteristiche del programma formativo:

- erogazione tramite piattaforma **Google Classroom**;
 - accesso riservato mediante area protetta del sito istituzionale www.clinicasanmarco.it;
 - avvio programmato **dal 1° marzo 2026**;
 - disponibilità di materiale didattico specifico sul rischio legionellosi e sulle misure di prevenzione;
 - **test di verifica dell'apprendimento a risposta multipla** per gli operatori partecipanti.
-

8. Conclusioni

Il **Programma di Controllo della Legionellosi** della Casa di Cura San Marco rappresenta uno strumento organizzativo strutturato, documentato e coerente con il quadro normativo regionale e nazionale, integrato nel sistema di gestione del rischio sanitario e nel Piano di Sicurezza dell'Acqua.

Latina 21/01/2026

IL VICE DIRETTORE SANITARIO

Dott. Patrizio Palermo