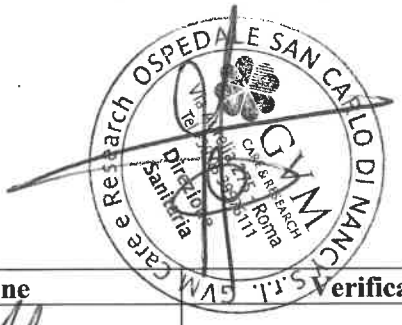
PIANO ANNUALE

PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO - PARS

OSPEDALE SAN CARLO DI NANCY

ANNO 2026



data	Redazione	Verifica	Approvazione
28/02/2026	RSPP Risk Manager	- Delegato alla sicurezza sul Lavoro -Direttore Sanitario -Direttore Risorse Umane	-Direttore sanitario -Delegato alla sicurezza sul Lavoro -Direttore Risorse Umane

INDICE:

1 - Contesto organizzativo 3

2 - Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati 5

3 - Descrizione della posizione assicurativa 5

4 - Resoconto delle attività del PARM precedente 6

5 - Matrice delle responsabilità 10

6 - Obiettivi e attività (escluso rischio infettivo) 10

7 - Obiettivi e attività correlate al rischio infettivo 14

8 - Programma di controllo della legionellosi 2026 19

9 - Modalità di diffusione 21

10 - Riferimenti normativi, bibliografia e sitografia 21

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'ospedale San Carlo è un ospedale classificato accreditato con il SSN (DCA n° 194 del 31/05/2016 e S.M.I.) ubicato nell'ambito del territorio NORD OVEST della ASL ROMA 1, in cui sono concentrate un notevole numero di strutture sanitarie afferenti alla Asl Roma 1.

L'Ospedale è una struttura autorizzata e accreditata come da DCA che eroga prestazioni di diagnosi e cura sia in regime di ricovero a ciclo continuativo per acuzie, sia diurno, dotato di n° 234 posti letto, di cui n° 173 accreditati e n° 61 autorizzati così ripartititi:

tipologia Chirurgica n° 162 posti letto di cui n° 148 posti letto ordinari e n° 14 posti letto day surgery.
tipologia Medica n° 53 posti letto di cui n° 45 ordinari e n° 8 posti letto di day hospital.
raggruppamento area critica n° 17 posti letto di cui n° 13 posti letto di terapia intensiva e n° 4 posti letto di unita terapia intensiva cardiologica.

L'Ospedale è provvisto di Pronto Soccorso, Servizio di Anestesia e Rianimazione, Servizio di Cardiologia Interventistica ed Emodinamica, Sezione di Diagnostica e per Immagini (eco, tac, rmn) e Radiologia Interventistica Ambulatoriale, Laboratorio di base con settore specializzato di Citologia-Istologia, Ambulatorio Chirurgico e Polispecialistico, Presidio di Recupero e riabilitazione funzionale, Frigoemoteca con convenzione con il SIMT dell'Ospedale Santo Spirito. In relazione al rischio infettivo nell'anno 2023 è stata rinnovata la Composizione dei componenti del CIO (COMITATO DI PREVENZIONE DELLE INFEZIONI) le cui attività principali consistono nel monitoraggio e prevenzione degli eventi infettivi in sala operatoria e nelle degenze ai fini di adottare i necessari provvedimenti e istaurare un'attività di prevenzione dei rischi infettivi , volta alla riduzione/eliminazione degli stessi, verifica dei protocolli e loro applicazione in materia, rilevazione del rapporto tra pazienti ricoverati e infezioni correlate, esame del consumo di antibiotici e della correlazione tra le patologie e le terapie antibiotiche somministrate.

DATI STRUTTURALI			
POSTI LETTO ORDINARI	**195**	ORTOPEDIA	33
		ORL	12
		UROLOGIA	22
		OCULISTICA	3
		GINECOLOGIA	18
		CHIRURGIA GENERALE	30
		NEUROLOGIA	2
		MEDICINA GENERALE	31
		CARDIOLOGIA	12
		CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	2
		CHIRURGIA PLASTICA	2
		PNEUMOLOGIA	2
		NEUROCHIRURGIA	2
		TORACICA	2
		VASCOLARE	2
		CARDIOCHIRUGIA	20
POSTI LETTO DIURNI	**22**	D.S. MULTISPECIALISTICO	**14**
		DH MEDICO	**8**
TERAPIA INTENSIVA	**13**		
UTIC	**4**		
PRONTO SOCCORSO	**1**		
FRIGOEMOTECA	**1**		
SALE OPERATORIE	**9**		
SALE CHIRURGICHE	**2**		
Presidio di Recupero e riabilitazione funzionale	**1**		

DATI DI ATTIVITÀ			
Ricoveri ordinari	7.272	**Ricoveri diurni**	2.015
Accessi PS	32.027		
Branche specialistiche	28	**Prestazioni ambulatoriali SSN erogate**	157.797
Chirurgia ambulatoriale	2.704		

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

In merito agli eventi segnalati, nella tabella sottostante e a seguito di Audit specifici, sono stati analizzati i fattori contribuenti agli eventi.
I principali fattori sono stati evidenziati nella mancata osservanza da parte dei pazienti delle indicazioni e informazioni relative al rischio caduta fornite dal personale sanitario ed in alcuni eventi a fattori organizzativi.
Le azioni di miglioramento apportate sono state l'introduzione della scala multidimensionale con la scheda di pianificazione assistenziale all'interno della cartella clinica elettronica nonché il costante monitoraggio di tutti i pazienti a rischio caduta da parte del personale sanitario e l'effettuazione di audit pianificati.

Tabella 1 –Eventi segnalati anno 2025

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti[A]	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	4	0%	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (40%) Procedure/ Comunicazione (60%)	Strutturali (%) Tecnologiche (50%) Organizzative (20%) Procedure/ Comunicazione (30%)	Sistemi di reporting (100%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%) ecc.
Eventi Avversi	33	100%			
Eventi Sentinella	0	0%			

Tabella 2 –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]
2025	23	0	0
2024	19	0	0
2023	29	0	0
2022	16	0	0
2021	21	3	5400
2020	20	0	0
2019	30	5	126.897
Totale	116	8	132.297

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Tabella 3 –Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2025	20.02.2029	RELYENS	550000	400000	
2024	28.02.2029	RELYENS	550000	400000	
2023	31.7.2024	SHAM	550000	400000	
2022	31.7.2024	SHAM	550000	400000	
2021	31.7.2024	SHAM	550000	400000	
2020	31.1.2021	Am trust	594000	400000	
2019	31.1.2021	Am trust	540000	400000	

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Monitoraggio degli eventi sentinella, eventi avversi e dei near miss:

- Per ogni singolo evento, sia quelli in cui si è verificato un danno per il paziente che quelli senza danno, viene eseguita una raccolta documentale completa (relazioni, documentazione medica, scheda per la valutazione multidimensionale del rischio di caduta, interventi assistenziali per l'utente a rischio, informativa cadute...). Se il paziente ha riportato un danno severo (esempio: frattura femore), vengono monitorate le sue condizioni di salute. Vengono esaminate le cause dell'evento con l'adozione di eventuali nuove misure di prevenzione.

Gestione dei sinistri e monitoraggio dei dati a cura dell'ufficio preposto.

- Svolgimento di attività di valutazione dei sinistri (frequenza, cause e circostanze, valutazione dei danni riportati...) con elaborazione periodica di relazione riassuntiva. Eventuale adozione di idonee misure di prevenzione. Esecuzione di audit interni in caso di segnalazioni di eventi che richiedono degli approfondimenti.

- **Controllo periodico ed implementazione del consenso informato e dei vari consensi in uso,** nonché della modulistica di segnalazione degli eventi avversi. Il personale sensibilizza continuamente i pazienti sul corretto comportamento da adottare per limitare il rischio cadute attraverso l'elaborazione del piano assistenziale. Inoltre è stata implementata la scheda descrizione caduta che viene correttamente compilata ed analizzata per il sistema di reporting In occasione della giornata mondiale della sicurezza del paziente sono stati organizzati incontri organizzativi con le varie U.O. e con i referenti della qualità relativamente all'applicazione della corretta procedura sulla somministrazione e acquisizione del consenso informato. Nel corso dell'anno 2025 a seguito dell'Audit interno regionale sono state revisionate le procedure legate alle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza del paziente.
- Inoltre viene periodicamente eseguito il controllo della qualità, chiarezza e completezza delle cartelle cliniche.
- Nell'ambito delle attività del Servizio di Prevenzione e Protezione si è proceduto alla corretta applicazione di tutte le misure previste dal D.Lgs. 81/08 in termini di:
    - Sopralluoghi periodici;
    - Valutazione del Rischio;
    - Formazione e informazione dei lavoratori.

- Il Comitato per il Controllo delle Infezioni (CIO) ha vigilato e presiede tutti gli aspetti relativi alla sorveglianza e al controllo delle infezioni trasmissibili in ambito assistenziale .Sono stati verificati tutti i casi rilevati dal settore microbiologia del Laboratorio Analisi, dai sistemi di sorveglianza attiva (messi in essere secondo protocolli specifici presso alcune aree di ricovero), nonché dai sistemi di sorveglianza obbligatori, previsti da circolari ministeriali, quali la sorveglianza della Tubercolosi, della Legionellosi e delle infezioni causate da alcuni germi multiresistenti .

I risultati di tale attività consentono di individuare gli interventi di miglioramento più idonei a contrastare il fenomeno, nonché valutare gli esiti di eventuali azioni preventive.

I dati rilevati vengono, inoltre, comunicati al personale medico e infermieristico e rappresentano uno strumento per la redazione di documenti di indirizzo, protocolli e procedure per il contenimento del fenomeno.

Il CIO svolge anche una specifica attività di contrasto al fenomeno dell'antibiotico resistenza, con lo scopo di promuovere un corretto uso degli antibiotici nei diversi contesti assistenziali.

Per quanto riguarda e attività relative al lavaggio delle mani è stata effettuata la formazione a tutto il personale sanitario ed e' stato eseguito un monitoraggio sul campo mediante l'utilizzo della scheda elaborata dal dal Centro Regionale Rischio Clinico. Le rilevazioni sono state effettuate da un team di rilevatori appositamente formato ed incaricato di effettuare le rilevazioni presso tutte le UU.OO. I risultati del monitoraggio sono stati presentati alle varie UU.OO..

Tabella 4 –Resoconto delle attività del Piano precedente

Obiettivo A		
Attività	**Realizzata[B]**	**Stato di attuazione**
ATTIVITA' 1: - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione rischio clinico	SÌ	Il corso accreditato ECM è stato effettuato in due date 6 novembre e 7 novembre 2025
Attività 2- esecuzione di almeno una edizione di un corso relativo al percorso sepsi	SÌ	Effettuato in data 11/11/2205

Obiettivo B		
Attività	Realizzata[B]	Stato di attuazione
ATTIVITA' 1: - Controllo periodico della qualità delle check list operatorie	SÌ	Verifica effettuata sul campione del 5% del totale
ATTIVITA' 2: - Organizzazione di Audit clinici in caso di eventi critici	SI	Attività completamente realizzata - 100% dei casi
Attività 3- Monitoraggio semestrale schede LDP	SI	Attività completamente realizzata: è stata analizzato il 100% delle schede

Obiettivo C		
Attività	Realizzata[B]	Stato di attuazione
attività 1- progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione la gestione dei rifiuti speciali all'interno della struttura sanitaria	SI	Effettuato in data 02/04/2025 e 09/04/2025
attività 2- progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione sulla gestione delle aggressioni e delle conflittualità	SI	Edizione di formazione accreditata ECM realizzata in data 6/11/2025

Tabella 5 –Resoconto delle attività per la gestione del rischio infettivo del Piano precedente

Obiettivo A		
Attività	**Realizzata[B]**	**Stato di attuazione**
Attività 1- Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di corsi di formazione in relazione all'igiene delle mani	SI	E' stata effettuato il corso di formazione in modalità FAD
Attività 2- prevenzione e gestione sepsi – implementazione procedura sepsi	SÌ	La procedura è stata implementata
Attività 3- impiego di protettori di parete in chirurgia addominale in regime di urgenza.	NO	Lo studio è stato sospeso da parte dell'Azienda Ospedaliera proponente

Obiettivo B		
Attività	**Realizzata[B]**	**Stato di attuazione**
Attività 1- Monitoraggio e feedback Igiene Mani	SÌ	Il monitoraggio è stato condotto a Gennaio 2025 utilizzando un nuovo applicativo informatico dedicato. Il report relativo è riportato nel PALIM
Attività 2- Monitoraggio consumo gel idroalcolico	SÌ	I risultati del monitoraggio sono riportati in allegato

Obiettivo C		
Attività	**Realizzata[B]**	**Stato di attuazione**
Attività1 SORVEGLIANZA ALERT ORGANISM MULTIRESISTENTI E BATTEREMIE DA CPE/CRE	SÌ	Sono stati realizzati report trimestrali discussi nelle riunioni del CICA
Attività 2- Sorveglianza epidemiologica del tasso di	SI	I dati sono stati presentati ad una riunione del CICA

infezione intervento chirurgia miniinvasiva valvola mitralica		
Attività 3- Monitoraggio consumo antibiotici	SI	È stato predisposto un report sul consumo di antibiotici del 2025 in confronto con il consumo 2024

5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

Tabella 9 –Matrice delle responsabilità

Azione	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA	*RSPP Risk Manager*	Responsabile UO	Direttore Generale	Direttore Sanitario (1)	Direttore Delegato sicurezza
Redazione PARS	C	R	I	C	C	C
Redazione *Punto. 2-3*	C	R	I	I	C	R
Redazione *Punto.7*	R	R	C	I	R	I
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	C
Monitoraggio PARS	C	R	C	C	C	C
Monitoraggio *Punto.7*	R	C	C	I	C	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.
(1) Ove non coincida con il Presidente CCICA.

6-OBIETTIVI E ATTIVITÀ (ad esclusione del rischio infettivo)

6.1 Obiettivi

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

6.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

Attività 1- Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione rischio clinico			
Indicatore Esecuzione di almeno una edizione di un corso sul Consenso Informato entro il 31/12/2026			
Standard SI			
Fonte Piano di formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Responsabili del personale**	**Area Formazione Responsabili di struttura**	**Risk Manager Direzioen Sanitaria**
esecuzione del corso	**R**	**C**	**I**

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
Attività 2- esecuzione di almeno una edizione di un corso relativo al percorso sepsi			
Indicatore Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2026			
Standard SI			
Fonte Piano di formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Responsabili del personale**	**Area Formazione Responsabili di struttura**	**Risk Manager Direzioen Sanitaria**
esecuzione del corso	**R**	**C**	**I**

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.
Attività 1- Controllo periodico della qualità delle check list operatorie
Indicatore Analisi di almeno il 5 % del totale
Standard SI
Fonte Documentazione clinica
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttori sanitari	Responsabili di struttura	Risk Manager
Analisi delle cartelle	**R**	**C**	**I**

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.			
Attività 2- Organizzazione di Audit clinici in caso di eventi critici			
Indicatore Effettuazione di audit in caso di eventi avversi segnalati meritevoli di approfondimento			
Standard Numero di Audit effettuati =100%			
Fonte DOCUMENTAZIONE CLINICA, SEGNALAZIONI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Risk Manager**	**Direzioen Sanitaria**	**Responsabili di struttura**
Effettuazione Audit - azioni di miglioramento	**R**	**C**	**I**

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.			
Attività 3- Monitoraggio semestrale LDP			
Indicatore **Analisi e reportistica delle schede di registrazioni**			
Standard SI			
Fonte Documentazione clinica			
Azione	**Responsabile di struttura (R.U)**	**Risk Manager**	**Direzione Sanitaria**
Effettuazione indagine e raccolta dati-condivisione-azioni di miglioramento	**R**	**I**	**I**

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE			
attività 1- progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione la gestione dei rifiuti speciali e smaltimento taglienti all'interno della struttura			
Indicatore Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2026			
Standard SI			
Fonte Piano di formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Responsabili del personale/**	**Area formazione Responsabili di struttura**	**Risk Manager Direzione Sanitaria**
Progettazione e esecuzione del corso	**R**	**C**	**I**

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE			
attività 2- progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione sulla gestione delle aggressioni e delle conflittualità			
Indicatore Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2026			
Standard SI			
Fonte Area Formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Responsabili del personale**	**Responsabili di struttura** **Area formazione**	**Risk Manager**
Progettazione e esecuzione del corso	**R**	**C**	**I**

7- OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

7.1 Obiettivi

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).

7.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO
Attività 1- Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di corsi di formazione del personale in relazione all'igiene delle mani
Indicatore Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2026
Standard SI
Fonte Piano formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Responsabili del personale**	**Responsabili di struttura Area di formazione**	**Risk Manager Direzoione Sanitaria**
Progettazione e esecuzione del corso	**R**	**C**	**I**

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO
Attività 2- prevenzione e gestione Infezione da Clostridium Difficile
Indicatore: Realizzazione del corso di formazione sull'infezione da Clostridium Difficile
Standard SI
Fonte Piano di formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Formazione**	**CIO**	**Risk Manager Direzione Sanitaria**
revisione procedura	**R**	**C**	**I**

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO
Attività 3- Monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica.
Indicatore Produzione di reportistica sull'implementazione dello screening nasale per Staphylococcus Aureus e successiva decontaminazione
Standard Produzione di report sul primo semestre 2026
Fonte DOCUMENTAZIONE CLINICA – ESAMI LABORATORIO

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CIO**	**UO ORTOPEDIA**	**Risk Manager DirezioNE sanitaria**
Effettuazione del monitoraggio, presentazione e valutazione dei risultati	**C**	**R**	**I**

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO			
Attività 3-			
Indicatore Realizzazione di un corso di formazione sull'Antimicrobial Stewardship			
Standard SI			
Fonte Piano di formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CIO**	**Formazione**	**Risk Manager Direzione sanitaria**
Progettazione ed effettuazione del corso	**C**	**R**	**I**

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE.			
Attività 1- MONITORAGGIO E FEEDBACK IGIENE DELLE MANI			
Indicatore Aumento della compliance all'igiene delle mani misurata mediante osservazioni sul campo			
Standard SI			
Fonte Piano aziendale igiene delle mani			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Direttore Sanitario**	**CIO**	**Risk Manager**
Survey igiene delle mani	**R**	**C**	**I**

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE.			
Attività 2 – MONITORAGGIO CONSUMO SOLUZIONE IDROALCOLICA IGIENE DELLE MANI (l/1000 GG DEGENZA)			
Indicatore: **ELABORAZIONE REPORT ANNUALE**			
Standard SI			
Fonte Farmacia			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Farmacia**	**CIO**	**Risk Manager Direzioen sanitaria**
Monitoraggio	**R**	**C**	**I**

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)			
Attività 1: SORVEGLIANZA ALERT ORGANISM MULTIRESISTENTI E BATTEREMIE DA CPE/CRE			
Indicatore SEGNALAZIONE ISOLAMENTO AMR –CRE - REPORT TRIMESTRALI GERMI SENTINELLA			
Standard SI			
Fonte SCHEDE DI SEGNALAZIONI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**LABORATORIO MICROBIOLOGIA**	**CIO**	**Risk Manager Direzione Sanitaria**
Sorveglianza laboratorio microbiologia	**R**	**C**	**I**

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)
attività 2 - Monitoraggio corretto uso antibiotici
Indicatore Durante il 2026 almeno una riunione del CICA di verifica intermedia sul consumo di antibiotici
Standard SI
Fonte Pncar 2022-2025 manuale antibiotici aware

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Responsabili di struttura**	**Farmacia**	**Risk Manager**
Monitoraggio	**C**	**R**	**I**

8 PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI 2026 OSCN

A) Costituzione del Gruppo di lavoro multidisciplinare

La Direzione Sanitaria dell'OSCN, In ottemperanza al DGR Lazio n. 460 del 28.06.2024, ha istituito formalmente nel mese di Marzo 2025 un Gruppo di Lavoro multidisciplinare per la prevenzione e il controllo della legionellosi.

Il Gruppo di Lavoro è composto da:

- il Direttore Sanitario (coordinatore del gruppo)
- il Presidente CC-ICA
- il Risk Manager,
- il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione,
- il Responsabile del Servizio Tecnico-Manutentivo,
- il Responsabile del Laboratorio di Microbiologia
- il Rappresentante dell'area clinica.

Il gruppo multidisciplinare si è riunito quadrimestralmente, analizzando i risultati ottenuti dall'attività di monitoraggio.

Inoltre, nel 2025 il gruppo ha provveduto ad aggiornare il programma di controllo della legionellosi relativo all'anno 2026.

B) **Realizzazione della piattaforma documentale**

La Struttura Sanitaria garantisce l'istituzione e il mantenimento di un sistema documentale strutturato e tracciabile, dedicato alla gestione del rischio legionellosi e integrato nella documentazione aziendale per la sicurezza e il rischio clinico.

Tutta la documentazione è aggiornata, datata, firmata dai responsabili competenti e resa prontamente disponibile in caso di verifiche da parte degli organi di vigilanza.

E' stata realizzata una cartella aziendale condivisa (PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI) per condividere in tempo reale documenti, linee guida, risultati dei controlli sull'acqua, azioni correttive, disposizioni aziendali, etc.

C) Modalità di esecuzione e tempi della valutazione del rischio e indicazione sintetica delle misure di controllo previste

Per l'anno 2026 viene adottato il "Nuovo Protocollo di Controllo del Rischio Legionellosi elaborato dal RSPP della Struttura Dott. Emanuele Moriconi e validato dal gruppo di lavoro multidisciplinare.

La Struttura Sanitaria attua un **monitoraggio operativo continuativo** finalizzato a verificare la corretta applicazione e l'efficacia delle misure di prevenzione e controllo previste dal presente Programma.

Il monitoraggio comprende controlli periodici dei parametri di esercizio degli impianti idrico-sanitari, la verifica della regolare esecuzione delle attività di manutenzione e flussaggio, nonché l'esecuzione di campionamenti microbiologici programmati dell'acqua, con frequenza definita in funzione del livello di rischio e con particolare attenzione alle aree assistenziali più sensibili.

La cadenza dei sopracitati controlli è definita nel Programma di Controllo del Rischio Legionellosi.

D) Risultato sintetico degli esiti del monitoraggio operativo di verifica sull'efficacia delle misure di controllo in atto

Nel corso dell'anno 2025, nelle attività di campionamento programmato, sono stati eseguiti 128 campionamenti d'acqua per la ricerca di Legionella e a seguito del riscontro di positività in alcuni campioni sono stati eseguiti interventi di manutenzione straordinaria compresi flussaggio e disincrostazione con sostituzione filtri specifici anti legionella.

Nel corso dell'anno 2025 non si sono riscontrati casi di legionella ospedaliera nei pazienti ricoverati.

Sempre nell'anno 2025 si sono effettuati a scopo diagnostico n° 78 test di laboratorio (antigene urinario) su pazienti acceduti presso l'ospedale San Carlo- soltanto in n° 2 pazienti acceduti in pronto soccorso è stata rilevata la posività all'antigene urinario a cui è seguita segnalazione di notifica .

E) Pianificazione delle azioni di supporto previste

Sulla base degli esiti della valutazione del rischio e del monitoraggio operativo, il Gruppo di Lavoro definisce e aggiorna un Piano di Miglioramento, finalizzato al progressivo incremento dei livelli di sicurezza degli impianti e dei processi gestionali.

9 MODALITÀ DI DIFFUSIONE

Il PARS, una volta approvato, verrà pubblicato sulla *home page* del sito internet della struttura e condiviso con tutte le figure coinvolte nella sua elaborazione e approvazione.

10 RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";
- Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
- Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti?");
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";
- Determinazione Regionale n. 616829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
- Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: "Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari";
- 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";

- D.C.A. U00034 del 23/01/2019 con oggetto: "Conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale definitivo al Policlinico Casilino, gestito dalla società Eurosanità spa (P. IVA 0672891002), sito in via Casilina 1049- Roma. Conclusione del procedimento di riconduzione del rapporto convenzionale nell'ambito di quanto regolamentato dall'art. 8 bis del D. Lgs. 502 del 1992"
- Determinazione n. G01226 del 02/02/2018 Approvazione documento recante "Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017"
- D.C.A. U00476 del 26/11/2019 con oggetto "Modifica al Decreto del Commissario ad Acta n. U00034 23/01/2019 concernente *"Conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale definitivo del Policlinico Casilino, gestito dalla società Eurosanità S.p.a. (P. I.V.A. 0672891002), sito in via Casilina 1049- Roma. Conclusione del procedimento di riconduzione del rapporto convenzionale nell'ambito di quanto regolamentato dall'art. 8 bis del D. Lgs. 502 del 1992".* Autorizzazione all'esercizio per ampliamento funzionale di branche specialistiche ambulatoriali. Variazione del Direttore Sanitario"
- Determinazione n. G00164 dell'11/01/2019 Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
- Nota Regione Lazio con oggetto "Comunicazioni relative all'elaborazione del PARM 2021"prot. n. 884417 del 15.10.2020.
- Determinazione G00643 del 25 gennaio 2022: Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".
- DETERMINAZIONE N. G16501 del28/11/2022 "Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)"
- DETERMINAZIONE N G15198 del 06/11/2022Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016.
- Determinazione Regionale n. G15665 del 23 novembre 2023 recante l'Approvazione del "Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" in sostituzione delle "Linee Guida regionali per la gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" (Determinazione n. G09535 del 02 luglio 2014);
- Circolare Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria della Regione Lazio n. U.0091714.22-01-2024 recante indicazioni in merito al "Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARS)".
- Deliberazione Giunta Regione Lazio n.460 del 28/06/2024 "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi".

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità - il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- WHO - World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
- Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
  http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=911&area=qualita&menu=formazione;
  Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza ; -http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=contenuti Dettaglio&id=311.

Piano di azione locale 2026 San Carlo di Nancy

Con la Determinazione G02044 del 26/02/2021 è stato adottato il documento "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani".
Così come da Nota della Regione Lazio U. 0124752 del 02/02/2023, il presente documento viene redatto al fine di rappresentare quanto già posto in essere dalla Struttura nell'ambito del Piano e, soprattutto, quanto programmato per raggiungere il livello INTERMEDIO che *"Rappresenta il livello minimo da garantire, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura"* (**Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani**).

1.0 Introduzione

Le Infezioni Correlate all' Assistenza sanitaria (ICA) sono infezioni che si verificano in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale o in un' altra struttura sanitaria e che non erano manifeste né in incubazione al momento del ricovero. Comprendono anche le infezioni contratte in ospedale, ma che si manifestano dopo la dimissione e le infezioni tra i visitatori e il personale della Struttura. Costituiscono la complicanza più frequente e grave dell' assistenza sanitaria e possono verificarsi in ogni ambito assistenziale: ospedali per acuti, day hospital/day surgery, strutture di lungodegenza, strutture residenziali territoriali, ecc. Le ICA possono essere causate da microrganismi già presenti sulla cute e sulle mucose del paziente (infezioni endogene) o da microrganismi trasmessi tramite un altro paziente, un operatore sanitario l' ambiente (infezioni esogene). Le cause sono molteplici, fra le principali ricordiamo:

- la progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, con l' uso prolungato di dispositivi
- medici invasivi;
- gli interventi chirurgici complessi, che, pur migliorando le possibilità terapeutiche e l' esito della malattia, possono favorire l' ingresso di microrganismi in sedi corporee normalmente sterili;
- l' indebolimento del sistema di difesa dell' organismo (immunodepressione) o la presenza di altre
- gravi patologie concomitanti;
- la scarsa applicazione di misure di igiene ambientale e di prevenzione e controllo delle infezioni
- in ambito assistenziale;

l' emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, dovuta soprattutto all' uso scorretto o eccessivo di questi farmaci, che complica ulteriormente il decorso di molte ICA.
Le ICA rappresentano uno dei principali problemi per la sicurezza dei pazienti, e hanno un impatto clinico ed economico rilevante per i servizi sanitari, i pazienti e le loro famiglie, in quanto provocano: prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, una significativa mortalità in eccesso. In Europa, le ICA provocano ogni anno:

- 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza;
- 37.000 decessi attribuibili;
- 110.000 decessi per i quali l' infezione rappresenta una concausa;

costi stimati in approssimativamente 7 miliardi di Euro, includendo solo i costi diretti.

Uno studio nazionale di prevalenza condotto nel 2018 utilizzando il protocollo dell' ECDC, ha rilevato una frequenza media di pazienti con una infezione contratta durante la degenza pari a 6,3 ogni 100 pazienti presenti in ospedale; nell' assistenza domiciliare 1 paziente ogni 100 contrae una ICA.
I microrganismi coinvolti possono essere virus, funghi o miceti, parassiti e, più frequentemente, batteri. Fino all' inizio degli anni '80, le ICA erano dovute principalmente a batteri gram-negativi (per esempio, E. coli e Klebsiella pneumoniae). Poi, per effetto della pressione antibiotica e del maggiore utilizzo di presidi sanitari in materiale plastico, sono aumentate le infezioni sostenute da batteri gram-positivi (soprattutto Enterococchi e Stafilococcus epidermidis) e quelle da miceti (soprattutto Candida), mentre sono diminuite quelle sostenute da batteri gram-negativi. Tuttavia, recentemente, alcuni batteri gram-negativi, come gli enterobatteri resistenti alle carbapenemasi (CRE) e l' Acinetobacter spp., responsabili di gravi infezioni, sono diventati molto frequenti in ambito assistenziale ospedaliero.
La maggior parte delle ICA interessa il tratto urinario, l' apparato respiratorio, le ferite chirurgiche, le infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie). Le più frequenti sono le infezioni urinarie, che da sole rappresentano il 35-40% di tutte le infezioni ospedaliere.
Dalla definizione si desume chiaramente che le ICA sono correlate all' erogazione delle prestazioni sanitarie, e possono insorgere come conseguenza di criticità di tipo strutturale e tecnologico, di carenze nelle procedure assistenziali o di comportamenti non corretti da parte degli operatori. Non tutte le ICA sono prevenibili, ma si stima che con le opportune misure di controllo e prevenzione (Infection Prevention and Control, IPC), si possano ridurre in una quota che può arrivare al 50%. Fra questi interventi la corretta igiene delle mani rappresenta la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmettere microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all' altro. Molti studi hanno infatti dimostrato che, quando viene garantita una corretta igiene delle mani e degli ambienti assistenziali, il rischio di contrarre ICA si riduce drasticamente.
Purtroppo il livello di adesione a questa pratica è, spesso, inaccettabilmente, basso. In letteratura è riportata un' adesione inferiore al 40% nelle strutture sanitarie in cui non sono stati implementati appositi programmi di sensibilizzazione. Questo valore scende sotto il 20% nelle strutture residenziali per anziani. La corretta igiene delle mani è una delle azioni fondamentali non solo delle cosiddette " precauzioni standard" , ma anche nel caso in cui sia necessario adottare precauzioni ulteriori, come quelle da contatto o droplet. La sua importanza è ulteriormente sottolineata dal fatto che è un intervento che fa parte di tutti i bundle relativi al rischio infettivo (prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, di quelle legate a catetere venoso e vescicale, della polmonite associata al ventilatore).
La corretta pratica dell' igiene delle mani contribuisce a prevenire o ridurre:

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

L' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato una strategia multimodale la cui implementazione favorisce l' adesione a tale pratica attraverso azioni articolate sul piano trutturale/tecnologico, organizzativo e professionale, le quali, in ossequio alla legge del "tutto o nulla" dei bundle (vedi Capitolo 5.0), debbono essere adottate integralmente. La loro applicazione si estende a tutti i pazienti che ricevono cure, indipendentemente dalla loro diagnosi, dai fattori di rischio e dal presunto stato infettivo, riducendo il rischio per il paziente e per il personale di contrarre un ' infezione.

Anche nella gestione dell' emergenza pandemica da SARS-Cov-2, l' igiene delle mani, associata al distanziamento fisico e all' etichetta respiratoria, rappresenta un elemento di cruciale importanza per ridurre la trasmissione del virus in tutti gli ambiti, professionali e no. In ambito lavorativo, in particolare, i dispositivi medici e i dispositivi di protezione individuale sono efficaci per la protezione degli operatori solo se inseriti all' interno di un più ampio insieme d' interventi che comprende controlli amministrativi e procedurali, ambientali, organizzativi e tecnici, tra i quali quelli relativi all' igiene delle mani.

2.0 Obiettivi del Piano

L' obiettivo del piano è quello di governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell'igiene delle mani sulla base dei documenti OMS1.

3.0 Ambito di Applicazione

A CHI	Il documento è rivolto alla Direzione della Struttura e agli operatori sanitari.
DOVE	Il documento trova applicazione in tutta la Struttura.
PER CHI	Il documento è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti e gli operatori sanitari
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.
- 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.
- 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 Resoconto azioni 2025

Si riporta di seguito il resoconto delle azioni inserite nel piano di azione locale 2025:

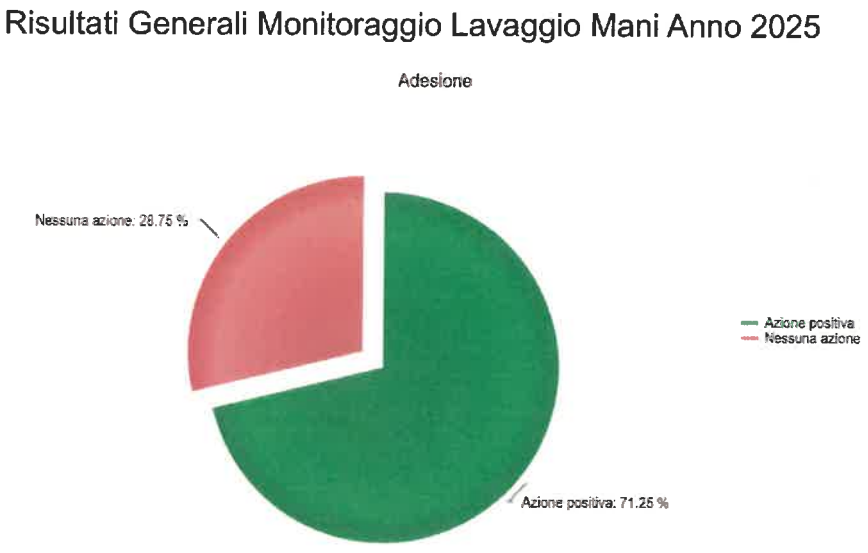
AZIONI	RESPONSABILE	DATA	MONITORAGGIO
Autovalutazione periodica e descrizione dei cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti. In considerazione dei miglioramenti ottenuti si programmano Attività ulteriori al fine di mantenere un livello di valutazione almeno INTERMEDIO in tutti gli items osservati	Direzione sanitaria	31/12/2025	Il Questionario è stato compilato dalla Direzione Sanitaria ed i risultati sono riportati nella tabella successiva
Organizzazione di un corso di formazione	Direzione sanitaria	31/12/2025	Il Corso è stato effettuato il 9 gennaio 2025
Esecuzione Audit sulla conoscenza delle indicazioni e della tecnica dell'igiene delle mani degli operatori sanitari	Direzione Sanitaria SGQ	31/12/2025	In programma nel 2026
Indagine sulla compliance relativa all'Igiene delle Mani attraverso l'osservazione degli operatori	Osservatore Igiene delle Mani Direzione Sanitaria	31/12/2025	L'indagine si è svolta nel mese di Gennaio 2025 tramite applicativo informatico dedicato, i risultati sono riportati più avanti
Riunioni periodiche del CIO (almeno 1 volta l'anno) per aggiornamento piano di azione locale igiene delle mani – monitoraggio obiettivi	Direzione Sanitaria	31/12/2025	Sono state condotte riunioni del CIO trimestrali
Verifica materiale informativo sull'Igiene delle mani e relativo aggiornamento	Direzione sanitaria SGQ	31/12/2025	Il materiale informativo è stato aggiornato in occasione della giornata mondiale sul lavaggio delle mani
Monitoraggio consumo gel idroalcolico	Direzione Sanitaria Farmacia	31/12/2025	E' stato realizzato ed il report consuntivo 2024

AZIONI	RESPONSABILE	DATA	MONITORAGGIO
			prodotto dalla Farmacia mostra un incremento di consumo di gel idroalcolico del 47%
Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari	Direzione Sanitaria Coordinatori infermieristici SGQ	31/12/2025	Eseguite in occasione della giornata mondiale del lavaggio delle mani 2025

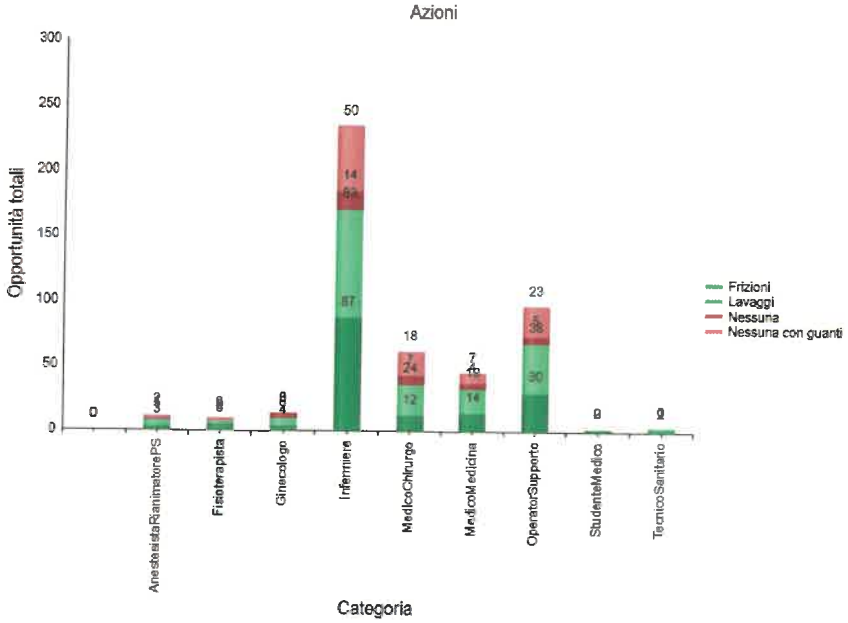
6.0 Monitoraggio e osservazione della compliance al corretto lavaggio delle mani

Il monitoraggio è stato condotto mediante osservazioni sul campo effettuate nel mese di Gennaio 2025. Le osservazioni sono state condotte in tutti i Reparti e Servizi dell'Ospedale SCN utilizzando le schede di monitoraggio OMS così come riportate nel "Piano Regionale di Intervento sull'Igiene delle Mani" della Regione Lazio. Le schede sono state informatizzate all'interno dell'applicativo di Gestione del Rischio Clinico dell'Ospedale SCN e compilate direttamente su palmare al momento dell'Osservazione diretta. Le osservazioni sono state effettuate dai Coordinatori Infermieristici già correttamente formati sull'utilizzo delle schede OMS in occasione dei precedenti monitoraggi; in aggiunta è stata condotta in occasione dei questa rilevazione anche la formazione sull'utilizzo dell'applicativo dedicato.

I risultati delle osservazioni del 2025 sono riportati nelle figure seguenti:



Risultati Monitoraggio Lavaggio Mani per Categoria Professionale Anno 2025



7.0 Autovalutazione 2025 e azioni 2026

L'Ospedale San Carlo di Nancy ha svolto, tramite la Direzione Sanitaria coadiuvata da auditor interno, l'Autovalutazione relativa all'igiene delle mani prevista nel Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani.

I punti analizzati Durante gli audit sono stati i seguenti:

N.	*Dimensione indagata*	*Punteggio autovalutazione*	*Attualità del livello*	*Standard avanzato*	*Standard Intermedio*	*Standard Base*	*Standard Inadeguato*
1	Requisiti strutturali e tecnologici	85	avanzato	*76 - 100*	*51 - 75*	*26 - 50*	*0 - 25*
2	Formazione del Personale	75	intermedio	*76 - 100*	*51 - 75*	*26 - 50*	*0 - 25*

3	Valutazione e monitoraggio /feedback	75	intermedio	*76 - 100*	*51 - 75*	*26 - 50*	*0 - 25*
4	Comunicazione permanente	75	intermedio	*76 - 100*	*51 - 75*	*26 - 50*	*0 - 25*
5	Clima organizzativo commitment	80	avanzato	*76 - 100*	*51 - 75*	*26 - 50*	*0 - 25*

Rispetto all'autovalutazione condotta nel 2025 si rileva il mantenimento del livello intemedio raggiunto nel 2025 per le dimensioni 2,3,e 4 e del livello avanzato per le dimensioni 1 e 4.

In base a quanto emerso l'OSNC stabilisce le seguenti azioni di miglioramento:

AZIONI	RESPONSABILE	DATA	MONITORAGGIO
Autovalutazione periodica e descrizione dei cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti. In considerazione dei miglioramenti ottenuti si programmano Attività ulteriori al fine di mantenere un livello di valutazione livello AVANZATO in 2 items ed il livello INTERMEDIO in tutti gli altri items osservati	Direzione sanitaria	31/12/2026	ANNUALE
Organizzazione di un corso di formazione per gli operatori	Direzione sanitaria	31/12/2026	ANNUALE
Esecuzione Audit sulla conoscenza delle indicazioni e della tecnica dell'igiene delle mani degli operatori sanitari	Direzione Sanitaria SGQ	31/12/2026	ANNUALE
Indagine sulla compliance relativa all'Igiene delle Mani attraverso l'osservazione degli operatori	Osservatore Igiene delle Mani Direzione Sanitaria	31/12/2026	ANNUALE
Riunioni periodiche del CIO (almeno 2 volte l'anno) per aggiornamento piano di azione locale igiene delle mani – monitoraggio obiettivi	Direzione Sanitaria	31/12/2026	SEMESTRALE
Verifica materiale informativo sull'Igiene delle mani e relativo aggiornamento	Direzione sanitaria SGQ	31/12/2026	ANNUALE
Monitoraggio consumo gel idroalcolico	Direzione Sanitaria Farmacia	31/12/2026	SEMESTRALE
Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari	Direzione Sanitaria Coordinatori	31/12/2025	ANNUALE

AZIONI	RESPONSABILE	DATA	MONITORAGGIO
	infermieristici SGQ		

8.0 Modalità di Diffusione del Piano

Il presente Piano è parte integrante del PARS e segue le regole di diffusione del documento a cui è allegato.

9.0 Riferimenti Bibliografici

1. Hand Hygiene Technical Reference Manual. WHO, 2009.
2. Guide to Implementation: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. WHO, 2009
3. Template Action Plan, WHO, 2009
4. Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user Instructions. WHO, 2010
5. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Inadequate/Basic Results, WHO, 2012
6. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Intermediate Results, WHO, 2012
7. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Advanced/Leadership Results, WHO, 2012
8. Sax H et al.: The World Health Organization hand hygiene observation method, Am J Infect Control 2009;37:827-34
9. Secondo studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all' assistenza e sull' uso di antibiotici negli ospedali per acuti - Protocollo ECDC" . Dipartimento Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. 2018.
10. Griffith CJ et al. Environmental surface cleanliness and the potential for contamination during handwashing. American Journal of Infection Control, 2003, 31:93-6.
11. Ansari SA et al. Comparison of cloth, paper, and warm air drying in eliminating viruses and bacteria from washed hands. American Journal of Infection Control, 1991,19:243-249.
12. Yamamoto Y et al. Efficiency of hand drying for removing bacteria from washed hands: comparison of paper towel drying with warm air drying. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2005, 26:316-320.
13. Bottone EJ et al. Ineffectiveness of handwashing with lotion soap to remove nosocomial bacterial pathogens persisting on fingertips: a major link in their intrahospital spread. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2004, 25:262-264.
14. Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere: Linee guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle Strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all ' assistenza (ICA), 2018.
15. Colasanti P., Martini L., Raffaele B., Vizio M., ANIPIO: La prevenzione delle infezioni ospedaliere. Carocci Faber, 2009.
16.http://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica (data ultima consultazione: 2 dicembre 2020).

17. Cimon K, Featherstone R. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017 Mar 3. PMID: 29533568.
18. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Inf ection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines. Ottawa: CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health); 2017 Mar.
19. Wałaszek MZ, et al., Nail microbial colonization following hand disinfection: a qualitative pilot study, Journal of Hospital Infection (2018), https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.06.023

Roma 28 Febbraio 2026

Direzione Sanitaria

OSPEDALE SAN CARLO DI NANCY
GVM CARE & RESEARCH
Direzione Sanitaria
Via Aurelia 275 - ROMA
Tel. +39 06 33971711