SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL LATINA

REGIONE LAZIO

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

della

ASL DI LATINA

INDICE

1. Contesto organizzativo pag. 4
1.1 Introduzione al PARS 2026 – Gestione del Rischio pag. 8
1.2 Gestione del rischio infettivo pag. 11
2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati pag. 15
2.1 Premessa normativa e metodologica pag. 15
2.2 Contesto organizzativo aziendale pag. 15
2.3 Eventi segnalati nell'anno 2025 pag. 16
2.4 Analisi qualitativa e criticità rilevate pag. 17
2.5 Sinistrosità e risarcimenti erogati (quinquennio 2021–2025) pag. 18
3. Descrizione della posizione assicurativa pag. 20
4. Resoconto delle attività del Piano precedente pag. 22
4.1 Resoconto della sezione "Gestione del Rischio" del PARS 2025 pag. 22
4.2 Resoconto della sezione "Gestione del Rischio infettivo" del Piano precedente (PARS 2025) pag. 24
5. Matrice delle responsabilità pag. 32
6. Obiettivi e attività per la Gestione del Rischio (PARS 2026) pag. 33
6.1 Obiettivi 2026 per la Gestione del Rischio pag. 33
6.2 Attività 2026 per la Gestione del Rischio pag. 34
7. Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo (PARS 2026) pag. 39
7.1 Obiettivi 2026 per la gestione del rischio infettivo pag. 39
7.2 Attività 2026 per la gestione del rischio infettivo pag. 39
8. Documenti allegati al PARS 2026 pag. 47

9. Modalità di diffusione del documento pag. 48
10.Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi pag. 49

Allegato 1. PALIM Piano di azione locale per l'Igiene delle mani degli Ospedali della ASL di Latina

Allegato 2. Programma di controllo della Legionellosi della ASL di Latina

Allegato 3. Report annuale del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) della ASL di Latina sulle Infezioni correlate all'assistenza

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Azienda sanitaria locale di Latina è un ente senza fini di lucro che ha la finalità di assicurare al proprio territorio di competenza la tutela della salute di tutta la popolazione.
Il territorio, è quello della Provincia di Latina, che è composto da diverse aree orografiche piane, collinari e montuose e dall'arcipelago delle isole pontine; l'età media della popolazione di riferimento è di 46.1, mentre l'indice di vecchiaia è 188.9.

La sede legale dell'Azienda è in viale Pier Luigi Nervi – Complesso Latina Fiori Torre 2G - Latina.
Il sito internet aziendale è all'indirizzo web: http://www.ausl.latina.it.

A livello territoriale l'Azienda è organizzata in 5 Distretti Sanitari

La rete ospedaliera aziendale è composta da 4 Ospedali a gestione diretta:

- Ospedale "S. M. Goretti" di Latina
- Ospedale "A. Fiorini" di Terracina
- Ospedale "S. Giovanni di Dio" di Fondi
- Ospedale "Dono Svizzero" di Formia

La ASL Latina ha 3.822 dipendenti (oltre a 19 unità di personale Universitario).

Dati di produzione

I dati relativi alle attività si riferiscono all'anno 2025 (dati non consolidati).

Tabella 1 – Presentazione dei dati di attività aggregati a livello aziendale

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE LATINA			
DATI STRUTTURALI			
Estensione territoriale	2.256 km^2	Popolazione residente	566.698
Distretti Sanitari	5	Ospedali Pubblici	4
Posti letto ordinari^	566	Medicina generale^	4 U.O., 114 p.l.
		Chirurgia generale^	3 U.O., 55 p.l.
		Ostetricia e Ginecologia	3 U.O., 34 p.l.
Posti letto diurni	91	Servizi Trasfusionali	2 U.O.
Blocchi Operatori	7	Sale Operatorie	18
		Sale prestazioni invasive	17
Terapie Intensive	2 U.O. 22 p.l.	UTIC	2 U.O., 16 p.l.
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE^			
Ricoveri ordinari	21.013	Ricoveri diurni	4.331
Accessi PS	144.966	Neonati o parti	1.549
Branche specialistiche	28	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici (escluse le analisi di laboratorio)	586.092

Dati forniti dalla UOC Controllo di gestione e governo clinico (non consolidati)

Tabella 2 – Presentazione dei dati di attività relativi al P.O. Nord – OSPEDALE S. M. GORETTI di Latina

P.O. NORD - OSPEDALE SANTA MARIA GORETTI DI LATINA			
DATI DI ATTIVITÀ PER SINGOLO P.O. ^			
Posti letto ordinari	346	Medicina generale	46 p.l.
		Chirurgia generale	17 p.l.
		Ostetricia e Ginecologia	14 p.l.
Posti letto diurni	52	Servizi Trasfusionali	1
Numero Blocchi Operatori	4	Numero Sale Operatorie	8
		Sale prestazioni invasive	8
Numero ricoveri ordinari	11.753	Numero ricoveri diurni	1.706
Numero accessi PS	52.526	Numero neonati o parti	750

^Dati forniti dalla UOC Controllo di gestione e governo clinico (non consolidati)

Tabella 3.1 – Presentazione dei dati di attività relativi al P.O. CENTRO – OSPEDALE FIORINI di Terracina

P.O. CENTRO - OSPEDALE ALFREDO FIORINI DI TERRACINA			
DATI DI ATTIVITÀ PER SINGOLO P.O. ^			
Posti letto ordinari	52	Medicina generale	22 p.l.
		Chirurgia generale	20 p.l.
		Ostetricia e Ginecologia	/
Posti letto diurni	13	Servizi Trasfusionali	/
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	4
		Sale prestazioni invasive	1
Numero ricoveri ordinari	2.145	Numero ricoveri diurni	608
Numero accessi PS	29.721	Numero neonati o parti	/

^Dati forniti dalla UOC Controllo di gestione e governo clinico (non consolidati)

Tabella 3.2 – Presentazione dei dati di attività realtivi al P.O. CENTRO – OSPEDALE S. Giovanni di DIO di Fondi

P.O. CENTRO – OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO DI FONDI			
DATI DI ATTIVITÀ PER SINGOLO P.O. ^			
Posti letto ordinari	40	Medicina generale	18 p.l.
		Chirurgia generale	/
		Ostetricia e Ginecologia	12 p.l.
Posti letto diurni	5	Servizi Trasfusionali	/
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	3
		Sale prestazioni invasive	3
Numero ricoveri ordinari	1.902	Numero ricoveri diurni	541
Numero accessi PS	21.349	Numero neonati o parti	489

^Dati forniti dalla UOC Controllo di gestione e governo clinico (non consolidati)

Tabella 4 – Presentazione dei dati di attività relativi al P.O. SUD – OSPEDALE DONO SVIZZERO di Formia

P.O. SUD - OSPEDALE DONO SVIZZERO DI FORMIA			
DATI DI ATTIVITÀ PER SINGOLO P.O. ^			
Posti letto ordinari	129	Medicina generale	28 p.l.
		Chirurgia generale	18 p.l.
		Ostetricia e Ginecologia	8 p.l.
Posti letto diurni	18	Servizi Trasfusionali	1
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	3
		Sale prestazioni invasive	5
Numero ricoveri ordinari	5.213	Numero ricoveri diurni	768
Numero accessi PS	41.325	Numero neonati o parti	310

^Dati forniti dalla UOC Controllo di gestione e governo clinico (non consolidati)

1.1 Introduzione al PARS 2026 – Gestione del Rischio

Introduzione

Il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2026 dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Latina è redatto in conformità alle indicazioni fornite dal Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Lazio (Tavolo tecnico del 15/12/2025), alla Nota Regione Lazio prot. U 0037825 del 15/01/2026 e alla Determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022, recante "Adozione del Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)".

Il presente documento si colloca nel solco evolutivo dei precedenti strumenti aziendali di programmazione in materia di sicurezza delle cure, integrando in una visione unitaria i contenuti già ricompresi nel PARM (Piano Annuale di Risk Management) e nel PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza). In tale prospettiva, il PARS 2026 consolida un approccio sistemico alla gestione del rischio sanitario, con particolare attenzione sia alle attività proprie del risk management sia alla prevenzione e al controllo del rischio infettivo.

In coerenza con le indicazioni regionali, sono allegati al presente Piano: il Piano di azione locale per l'igiene delle mani, il Programma di controllo della legionellosi e il Report annuale del CCICA sulle infezioni correlate all'assistenza, quali strumenti operativi e di monitoraggio a supporto delle strategie aziendali.

Gli obiettivi generali del PARS 2026 possono essere così sintetizzati:

- promuovere una visione unitaria e integrata del rischio sanitario;
- rafforzare la corretta gestione del rischio infettivo;
- dare attuazione alle azioni previste dal Piano regionale sull'igiene delle mani e dalle strategie di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

Il miglioramento continuo della pratica clinica e organizzativa rappresenta un obiettivo imprescindibile per l'Azienda. L'analisi dei sinistri e del contenzioso relativi all'ultimo quinquennio,

condotta dalla UOC Rischio Clinico, ha costituito un elemento centrale per l'individuazione delle priorità di intervento. Le iniziative programmate si fondano su processi attivi di miglioramento, orientati al rispetto delle evidenze scientifiche, dei criteri di qualità e dei principi di sicurezza delle cure.

La definizione delle azioni di miglioramento, a cura della UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità, è il risultato di un percorso strutturato di analisi, valutazione e confronto, svolto nell'ambito delle attività istituzionali di monitoraggio della qualità e della sicurezza. In particolare, è stata realizzata una raccolta sistematica dei dati provenienti dai principali flussi informativi aziendali, considerando gli indicatori di performance clinica e organizzativa, gli esiti degli audit, le segnalazioni di eventi avversi e quasi eventi, i reclami dell'utenza e gli elementi emersi dall'analisi medico-legale dei sinistri.

Le criticità rilevate sono state oggetto di approfondimento mediante momenti di confronto con le strutture coinvolte e attraverso l'utilizzo degli strumenti propri del risk management, finalizzati all'analisi delle cause profonde e dei fattori organizzativi, procedurali e comunicativi sottostanti.

Tale metodologia ha consentito di superare una lettura episodica degli eventi, orientando l'attenzione verso una valutazione sistemica dei processi e verso interventi strutturali di miglioramento.

Il PARS 2026 si inserisce pertanto in un percorso culturale e organizzativo di progressivo consolidamento della qualità e della sicurezza delle cure, in continuità con le precedenti pianificazioni aziendali. Risulta fondamentale un'azione di sistema che, a partire da un'analisi costante dei processi, dall'aggiornamento delle procedure e delle istruzioni operative, nonché dalla realizzazione di audit e Significant Event Review (SWR), conduca a un miglioramento oggettivo e misurabile dei processi organizzativi e decisionali.

Il ruolo del Rischio Clinico, in coerenza con le politiche della Direzione Generale, assume sempre più una dimensione di promozione attiva e trasversale, in stretta collaborazione con la Direzione Strategica.
Anche nel corso del 2025 è proseguito il percorso di sensibilizzazione del personale del comparto e della dirigenza, attraverso un'intensa attività formativa volta a diffondere la cultura della sicurezza e della segnalazione; Tutte le strutture aziendali ed anche un selezionato gruppo di infermieri hanno dato un contributo irrinunciabile a tale attività consentendo anche un pratico aggancio alla realtà organizzativa.

Alla luce delle analisi effettuate, il PARS 2026 individua i seguenti obiettivi di miglioramento:

- rafforzamento dei processi organizzativi e decisionali;
- incremento della comunicazione degli eventi avversi e dei quasi eventi dalle UOC e UOSD alla UOC Rischio Clinico, attraverso specifiche azioni di sensibilizzazione e incontri dedicati, finalizzati ad aumentare la partecipazione attiva delle strutture;
- prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, con particolare riferimento al monitoraggio e controllo delle infezioni del sito chirurgico, alla gestione della sepsi e alle misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici, in coerenza con le indicazioni regionali;
- prevenzione delle lesioni da pressione, mediante il rafforzamento della diffusione e dell'applicazione della procedura aziendale esistente, con interventi di sensibilizzazione mirati e piani specifici e individualizzati di prevenzione.

1.2 Gestione del rischio infettivo

L'Azienda Sanitaria Locale di Latina, con Deliberazione del Direttore Generale n. 360 del 23 Giugno 2011, ha istituito il Comitato per la Sorveglianza e il Controllo delle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.) con individuazione dei componenti; con deliberazione n. 541 del 29 settembre 2011 è stata deliberata l'integrazione dei componenti del CIO; con deliberazione n. 396 del 15/09/2016 è stato modificato il nome in Comitato per la Sorveglianza e il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) con adozione del Regolamento e rideterminazione della composizione; con deliberazioni n. 344 del C.S. del 24/04/2018, n. 1392 del D.G. del 10/12/2020 e n. 286 del 05/03/2024 è stata rideterminata la composizione del CC-ICA. Con quest'ultima delibera, inoltre, sono stati istituiti i gruppi operativi aziendali per le sorveglianze, la prevenzione e il controllo delle I.C.A. e nominati i relativi membri e referenti per il Presidio Nord, per il Presidio Sud, per il Territorio. Successivamente, con Delibera n. 1170 del 23/10/2025 è stata rideterminata la composizione del CC-ICA e dei componenti dei Gruppi Operativi Aziendali. Infine, con delibera n. 140 del 10/02/2026 è stato aggiornato il Regolamento del CC-ICA.

Il suddetto Comitato ha le seguenti funzioni:

- elaborare, monitorare ed implementare un programma annuale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (I.C.A.);
- promuovere e programmare gli interventi di formazione del personale;
- promuovere la raccolta dati sulla incidenza e prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza, sulla distribuzione delle antibiotico-resistenze e dei microrganismi multi farmaco resistenti;
- segnalare la comparsa di epidemie ed eventi sentinella associati alle pratiche assistenziali;
- validare e diffondere linee guida sull'utilizzo appropriato degli antibiotici, dei presidi e dei dispositivi medici e sulle procedure di disinfezione e sterilizzazione;
- avviare programmi di sorveglianza e controllo nelle aree di cura ad elevato rischio di I.C.A.;
- avviare programmi di prevenzione, monitoraggio e indagini di incidenza delle infezioni del sito chirurgico;
- validare e diffondere protocolli assistenziali mirati alla riduzione del rischio infettivo/biologico per assistiti, operatori ed altri soggetti coinvolti nel processo di cure
- monitorare l'applicazione delle linee guida e di protocolli mirati per il controllo delle ICA
- definire nell'ambito di specifiche tematiche, la formazione di gruppi operativi locali, le cui iniziative si coordinano con l'attività del CC-ICA.

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

- il miglioramento delle qualità dell'appropriatezza delle prestazioni erogate
- la riduzione del consumo di antibiotici
- la riduzione delle ICA e della durata di degenza
- la riduzione delle richieste di risarcimento.

Nel territorio della Azienda Sanitaria Locale di Latina insistono 4 Ospedali a gestione diretta: Ospedale "S. Maria Goretti" di Latina; Ospedale "A. Fiorini" di Terracina; Ospedale "S. Giovanni di Dio" di Fondi; Ospedale "Dono Svizzero" di Formia. Sono presenti, presso le Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero Nord e Sud dell'Azienda, delle Unità operative semplici di "Igiene e tecnica ospedaliera" e presso l'Ospedale S.M. Goretti di Latina è collocata la UOC di Malattie Infettive con stanze di isolamento.

I dispenser di gel idroalcolico sono posizionati in tutte le Unità Operative e negli spazi comuni, e precisamente: all'entrata delle stanze, lungo i corridoi, sui carrelli e in tasca agli operatori; durante la Giornata Mondiale sul "Lavaggio delle Mani" viene effettuato, tra l'altro, un SWR per verificare la presenza dei dispenser di gel idroalcolico mentre la Farmacia Ospedaliera calcola periodicamente la quantità di gel idroalcolico consumata dagli operatori sanitari e da tutti coloro che accedono alle unità di degenza.

Vengono effettuate inoltre tutte le attività previste dal Piano Regionale per l'Igiene delle mani, con elaborazione del Piano locale per l'Igiene delle mani per tutti i 4 Ospedali a gestione diretta della ASL, che vengono riportati come allegati al PARS. Ulteriore attività in fase di implementazione è la verifica della compliance della corretta igiene delle mani da parte degli operatori sanitari.

E' attivo il monitoraggio epidemiologico dei germi alert per tutti gli Ospedali della ASL e la sorveglianza attiva per la ricerca di Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) da tampone rettale. Sono attuate: la Sorveglianza delle batteriemie da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi e la Sorveglianza della resistenza verso ceftazidime/avibactam. Viene altresì monitorato il consumo di antibiotici in DDD e di soluzione idroalcolica, con partecipazione alla Sorveglianza nazionale CSIA, a cura della UOC Farmacia ospedaliera. Vengono elaborati, inoltre, dei report periodici sulla sorveglianza delle infezioni e sul monitoraggio dell'antimicrobico-resistenza.

Riguardo alla Formazione, sono stati organizzati corsi sulle I.C.A. sia a livello aziendale riguardanti l'appropriatezza della terapia antibiotica e le infezioni correlate all'assistenza, i modelli di gestione della Sepsi, l'antimicrobico-resistenza, sia a livello di Presidio con formazione sul campo per la gestione dei patogeni MDR (ad es. *Klebsiella pneumoniae*). Inoltre nel 2025 è stata effettuata una intensa attività formativa, culminata con l'organizzazione dell'Evento formativo, in collaborazione con INMI Spallanzani, svoltosi a Latina il 16/06/2025 e poi disponibile online per tutti gli operatori:

“Contrasto alle Infezioni correlate all’Assistenza nella ASL di Latina” (Modulo C PNRR Missione 6 Salute, Componente 2 – Investimento 2.2)

Sono state svolte e monitorate dalle competenti strutture aziendali le attività previste nella Delibera 302/2024 “Recepimento delle procedure e documenti, e di ulteriori iniziative necessarie alla prevenzione delle I.C.A., approvate dal CCICA il 07/02/2024 inerenti la prevenzione delle ICA in tutti gli Ospedali della ASL di Latina (Latina, Formia, Terracina, Fondi).

Al PARS 2026 sono allegati i seguenti documenti richiesti dalla Regione Lazio: il Piano di azione locale per l’Igiene delle mani (PALIM), il Programma di controllo della legionellosi, e il Report annuale del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (CC-ICA) della ASL dei Latina sulle Infezioni Correlate all’Assistenza.

Nella ASL di Latina è funzionante l’attività di Antimicrobial stewardship. Nel 2025 è aumentato il numero di consulenze attive effettuate a cura della UOC Malattie infettive dell’Ospedale S.M. Goretti di Latina con svolgimento delle 4 azioni previste. La tematica dell’appropriatezza prescrittiva è stata tema del Corso di formazione aziendale “Antibioticoterapia nel paziente fragile in Ospedale e nel Territorio” e del Progetto Formativo Interdisciplinare “L’Appropriatezza prescrittiva come modello clinico” con resoconto dell’andamento della spesa farmaceutica nazionale, regionale e aziendale a cura della UOC Farmacia territoriale.

Nel corso degli anni 2020-2021, per fronteggiare la pandemia da SARS-CoV-2 sono state implementate attività e procedure destinate a prevenire e contenere il rischio di contagio. Negli anni seguenti sono state elaborate le Procedure previste dalla Determinazione Regione Lazio G16501 del 28/11/2022 “Documento di indirizzo sulle Buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni correlate all’assistenza (ICA)”.

Nel mese di novembre 2022, l’ASL di Latina ha partecipato all’Indagine Nazionale sulla prevalenza puntuale delle ICA e sull’utilizzo di antimicrobici, secondo il protocollo ECDC-PPS3, effettuata presso l’Ospedale S.M. Goretti di Latina. Nel 2023, nel 2024 e nel 2025 l’Azienda ha partecipato all’Indagine SPIN-UTI (Sorveglianza attiva Prospettica delle Infezioni Nosocomiali nelle Unità di Terapia Intensiva) (adempimenti PRP 2021-2025, PNCAR) con raccolta ed elaborazione dati sull’incidenza di Infezioni Correlate all’Assistenza nonché sull'uso di antimicrobici nelle Unità di Terapia Intensiva di Latina e di Formia e sulla resistenza antimicrobica nei microrganismi responsabili di tali infezioni.

Nel 2024 e nel 2025 l’ASL Latina ha partecipato all’Indagine di incidenza sulle Infezioni del sito chirurgico promossa a livello regionale e nazionale (protocollo Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico SNICh2) con il coinvolgimento di reparti chirurgici di tutti i 4 Ospedali a gestione diretta (Latina: UOC Chirurgia generale; UOC Neurochirurgia; Formia: UOC Chirurgia generale; UOC

Ortopedia e traumatologia, Terracina: UOC Chirurgia generale, Fondi: UOC Ostetricia e ginecologia).

L'ASL di Latina ha finora adottato ogni anno il Piano Aziendale della Prevenzione (PAP), che tra i suoi Programmi prevede il PP10 "Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-resistenza", che consta di numerose attività nel campo della Prevenzione e controllo delle I.C.A. e Antimicrobico-resistenza, alle quali partecipano le strutture aziendali interessate con il supporto del CC-ICA, seguendo la raccomandazione regionale di allineare le misure del PARS e quelle del PAP. Con Determinazione della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio del 23/12/2025 n. G17673 è stato approvato il "Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antibiotico-Resistenza (PARCA 2026-2028), alle cui indicazioni la ASL di Latina si sta uniformando.

Nel 2024 e nel 2025, così come previsto dalla DGR 460 del 28/06/2024, è stato prodotto il documento "Programma di controllo della legionellosi" a cura del gruppo di lavoro aziendale appositamente costituito e allegato al PARS.

Il presente documento per la gestione del rischio infettivo viene elaborato secondo le indicazioni del Centro Regionale del Rischio clinico (tavolo tecnico del 15/12/2025) e contenute nella Nota Regionale U. 0037825 del 15/01/2026 e secondo quanto previsto dalla Determinazione Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" e contiene le misure approvate dal CC-ICA della ASL di Latina nella riunione del 28/01/2026. In particolare, come già anticipato, in questo PARS, su indicazione regionale vengono predisposte, tra le altre, attività nei seguenti ambiti: monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico, gestione della terapia antibiotica empirica, gestione della sepsi, misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici, monitoraggio del consumo di antibiotici.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

2.1 Premessa normativa e metodologica

La presente relazione è redatta ai sensi della Legge 8 marzo 2017, n. 24, recante "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*", che prevede per le strutture sanitarie pubbliche e private la predisposizione annuale di una relazione consuntiva sulle attività di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario, nonché la pubblicazione dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio.

L'attività della UOC Rischio Clinico si fonda su un approccio sistemico alla sicurezza delle cure, attraverso strumenti reattivi e proattivi quali audit clinici, Significant Event Review (SWR), analisi dei *near miss*, revisione e aggiornamento delle procedure aziendali, nonché iniziative formative rivolte al personale sanitario e tecnico-amministrativo.

L'analisi integrata degli eventi avversi, dei quasi eventi e della sinistrosità dell'ultimo quinquennio consente una lettura sia sistemica sia puntuale delle principali aree di criticità, orientando interventi organizzativi e strategie di miglioramento coerenti con i principi del governo clinico.

2.2 Contesto organizzativo aziendale

La ASL Latina si configura come azienda sanitaria mista, articolata in quattro Presidi Ospedalieri e cinque Distretti territoriali, inseriti in un territorio esteso e morfologicamente eterogeneo, sviluppato per circa 150 km. Le strutture ospedaliere operano secondo un modello di rete delle patologie, caratterizzato da diversi livelli di complessità assistenziale.

In tale contesto, la funzione di gestione del rischio clinico assume una valenza trasversale e integrata, orientata a:

- promuovere la sicurezza del paziente;
- favorire l'uso appropriato delle risorse;
- ridurre l'incidenza degli eventi avversi.

Particolare rilievo ha assunto il percorso formativo aziendale volto alla creazione della rete dei "facilitatori", figure professionali dedicate a promuovere la cultura della sicurezza e a fungere da raccordo tra le unità operative e la UOC Rischio Clinico.

2.3 Eventi segnalati nell'anno 2025

Ai sensi dell'art. 2, comma 5, della L. 24/2017, nel corso del 2025 sono stati registrati complessivamente **196 eventi**, così suddivisi:

- ***Near Miss*:** 20 (10,2%)
- **Eventi Avversi:** 175 (89,3%)
- **Eventi Sentinella:** 1 (0,5%)

I dati provengono dai sistemi aziendali di incident reporting.

Near Miss

I 20 *near miss* segnalati rappresentano il 10,2% del totale degli eventi. All'interno di tale categoria, il 75% è riferibile a cadute intercettate prima del verificarsi del danno.

I principali fattori causali o contribuenti (relativi agli eventi sottoposti ad analisi) risultano così distribuiti:

- Fattori strutturali: 20%
- Fattori tecnologici: 10%
- Fattori organizzativi: 30%
- Criticità procedurali/comunicative: 40%

La distribuzione evidenzia la prevalenza di determinanti di natura organizzativa e comunicativa, confermando la necessità di interventi mirati sui processi e sul coordinamento tra professionisti.

Eventi Avversi

Gli eventi avversi segnalati sono stati 175 (89,3% del totale), con una quota di cadute pari al 14,3% all'interno della categoria.

Il dato complessivo si mantiene sostanzialmente costante rispetto all'anno precedente. Tale stabilità, in presenza di un'intensa attività formativa, può essere interpretata come segnale di progressivo consolidamento del sistema di segnalazione.

Eventi Sentinella

Nel 2025 è stato registrato un evento sentinella (0,5%), per il quale sono state attivate le procedure previste, comprensive di analisi approfondita e definizione di azioni correttive.

2.4 Analisi qualitativa e criticità rilevate

Una delle principali criticità riscontrate riguarda il numero ancora contenuto di schede di incident reporting provenienti da alcune UU.OO.CC., nonché la difficoltà oggettiva nell'intercettare e segnalare sistematicamente gli eventi. Tale fenomeno appare riconducibile non esclusivamente a una carenza di sensibilità, ma anche a fattori organizzativi e procedurali che possono ostacolare la segnalazione.

In quest'ottica, l'implementazione di sistemi informatizzati di reporting rappresenta uno strumento strategico per:

- semplificare il processo di segnalazione;
- favorire la partecipazione attiva dei professionisti;
- migliorare l'oggettività e la tracciabilità dei dati.

L'attività della UOC Rischio Clinico continua a fondarsi su audit, SWR e formazione continua, con l'obiettivo di:

- prevenire eventi indesiderati;
- identificare le cause profonde;
- rafforzare la consapevolezza della fallibilità umana;
- promuovere un approccio sistemico all'errore come opportunità di miglioramento;
- valorizzare il ruolo dei facilitatori aziendali

Tabella 5 – 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 (A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	20 (10.2%)	75 %	Strutturali (20%) Tecnologici (10%) Organizzativi (30%) Procedure/ Comunicazione 40(%)	Strutturali (20%) Tecnologiche (10%) Organizzative (30%) Procedure/ Comunicazione(40%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi	175 (89.3%)	14.3%			
Eventi Sentinella	1 (0.5%)	0			

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

2.5 Sinistrosità e risarcimenti erogati (quinquennio 2021–2025)

Ai sensi dell'art. 4, comma 3, della L. 24/2017, si riportano i dati relativi alla sinistrosità e ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, con esclusione dei danni di natura non sanitaria (dati a cura della UOC Affari Generali e Controllo Interno).

Nel periodo 2021–2025:

- **Sinistri aperti:** 337
- **Sinistri liquidati:** 125
- **Risarcimenti erogati:** € 22.838.570,11

Nel dettaglio, l'anno 2025 registra:

- 64 sinistri aperti
- 38 sinistri liquidati
- € 8.197.406,41 di risarcimenti erogati

L'incremento dell'importo liquidato nel 2025 è correlato alla definizione di pratiche riferite ad annualità precedenti.

L'analisi quinquennale consente una lettura più appropriata del fenomeno della sinistrosità, evidenziando la necessità di interventi strutturali e continui sui processi clinico-organizzativi.

Tabella 6 –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)
2021	83	30	5.148.542,46
2022	64	21	3.424.138,75
2023	69	14	3.649.566,22
2024	57	22	2.418.916,27
2025	64	38	8.197.406,41
Totale	337	125	22.838.570,11

(A): vanno riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.). Dati a cura della UOC Affari generali e controllo interno.

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La posizione assicurativa dell'Azienda nel quinquennio 2021–2025 evidenzia una significativa evoluzione del modello di gestione del rischio sanitario, con il progressivo passaggio da un sistema assicurativo tradizionale a un regime di autoassicurazione.

Nel periodo 30/06/2021 – 27/10/2022 la copertura del rischio sanitario è stata garantita mediante polizza assicurativa stipulata con la compagnia Berkshire Hathaway, con previsione di franchigia pari a € 330.000 per sinistro.

In particolare:

- **Anno 2021**: copertura assicurativa attiva dal 30/06/2021 al 30/06/2022, con premio pari a € 4.243.297,50 e franchigia di € 330.000.
- **Anno 2022**: copertura assicurativa con la medesima compagnia dal 01/01/2022 al 27/10/2022 (premio € 1.414.432,50; franchigia € 330.000).

A decorrere dal 28/10/2022 e fino al 31/12/2022, l'Azienda è transitata a regime di autoassicurazione.

A partire dall'anno **2023** e per gli anni **2024** e **2025**, la ASL Latina ha adottato un modello di **autoassicurazione**, con gestione diretta del rischio sanitario e dei sinistri, in coerenza con le strategie regionali di contenimento della spesa e di responsabilizzazione gestionale.

Il passaggio all'autoassicurazione ha comportato:

- assunzione diretta del rischio economico connesso alla responsabilità sanitaria;
- rafforzamento del ruolo del Comitato Valutazione Sinistri;
- integrazione più stretta tra funzione di risk management, UOC Affari Generali e Direzione Strategica;
- maggiore correlazione tra analisi degli eventi avversi e sostenibilità economica.

Tale modello consente una lettura puntuale del rapporto tra sinistrosità, qualità dei processi clinico-organizzativi e impatto finanziario, favorendo un approccio proattivo alla prevenzione del rischio.

L'autoassicurazione, infatti, rende ancora più centrale il ruolo della gestione del rischio clinico quale strumento di tutela non solo della sicurezza delle cure, ma anche dell'equilibrio economico aziendale.

In questo senso, l'analisi integrata di eventi avversi, contenzioso e costi dei risarcimenti costituisce elemento strategico per l'individuazione delle priorità di intervento e per l'orientamento delle politiche aziendali di prevenzione.

La posizione assicurativa si evince dalla presentazione sintetica dei dati sotto forma di tabella (Tabella 7).

Tabella 7 –Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2021	Dal 30/06/2021 al 30/06/2022	Berkshire Hathaway	4.243.297,50	330.000	
2022	Dal 01.01.2022 al 27.10.2022. Dal 28.10.2022 al 31.12.2022: autoassicurazione	Berkshire Hathaway	1.414.432,5	330.000	
2023	Autoassicurazione	Autoassicurazione	/	/	/
2024	Autoassicurazione	Autoassicurazione	/	/	/
2025	Autoassicurazione	Autoassicurazione	/	/	/

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

4.1 Resoconto della Sezione "Gestione del Rischio" del PARS 2025

Nella tabella seguente vengono descritte le attività svolte nell'anno 2025.

Tutte le attività previste sono state realizzate.

Tabella 8.1 –Resoconto delle attività del Piano precedente (sezione "Gestione del Rischio")

Obiettivo A – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione del "Corso di Formazione in Risk Management"	SÌ	E' stato realizzato un corso di formazione accreditato ECM su ambiti del Rischio clinico. E' stato effettuato un Corso su "Gestione del rischio clinico e importanza della prevenzione delle ICA" a cura della UOC Rischio clinico, (corso FAD online per 500 operatori). E' stato inoltre realizzato un Corso per la prevenzione delle aggressioni, con la partecipazione di 300 operatori. Effettuato inoltre corso formativo in occasione della giornata nazionale per la sicurezza delle cure.

Obiettivo B – Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 2 Monitoraggio semestrale check-list chirurgica	SÌ	Effettuato monitoraggio con ricezione di almeno 20 comunicazioni in merito ricevute dalle Direzioni mediche di presidio
Attività 3 Monitoraggio semestrale check-list caduta	SÌ	Effettuato monitoraggio con ricezione di almeno 20 comunicazioni in merito
Attività 4 Monitoraggio semestrale check-list caduta nelle strutture territoriali di Sezze e Cori	SÌ	Effettuato monitoraggio con ricezione di almeno 10 comunicazioni in merito

Attività 5 Monitoraggio semestrale SUT	SÌ	Effettuato monitoraggio con ricezione di almeno 20 comunicazioni in merito
Attività 6– Effettuazione di Safety Walk Round (SWR) presso le UU.OO.CC. dell'Azienda allo scopo di identificare situazioni di rischio e vulnerabilità ed incrementare la cultura della sicurezza di tutti gli operatori.	SÌ	Sono stati effettuati i previsti SWR presso le UU.OO.CC. dell'Azienda per identificare situazioni di rischio e vulnerabilità
Attività 7 - Processo di Audit	SÌ	Attività assolta. Sono stati organizzati e svolti, anche su richiesta della Direzione Generale, 20 Audit relativi a diverse tematiche, con considerazioni e proposte riorganizzative inviate ai vertici aziendali

Obiettivo C – Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 8 - Partecipazione alle attività regionali di Risk management	SÌ	Regolare partecipazione al tavolo permanente dei Risk manager della Regione Lazio
Attività 9 - Implementazione dell'attività della UOC Rischio clinico in seno al Comitato Valutazione Sinistri (CVS)	SÌ	Adempimenti amministrativi-informativi-Analisi del contenzioso-accantonamenti. Ogni tre mesi è stato realizzato il piano di previsione di accantonamento ed inviato alla UOC Affari generali. In relazione alla assoluta necessità di monitoraggio dei sinistri è stata effettuata una analisi dei sinistri degli ultimi 5 anni.
ATTIVITÀ 10 - Miglioramento dell'attività di Segnalazione e Rilevazione degli Eventi Avversi	SÌ	E' stato elaborato un Report sulle aggressioni e sulle cadute
ATTIVITÀ 11 - Miglioramento dell'attività di Prevenzione delle Lesioni da Pressione	SÌ	E' stata verificata l'aderenza alla corretta adozione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) per la prevenzione delle Lesioni da Pressione (elaborazione di una relazione da parte del Responsabile "Wound care")

4.2 Resoconto della sezione “Gestione del Rischio Infettivo” del Piano precedente (PARS 2025)

Le attività previste e realizzate sono mostrate nella tabella seguente.

Tabella 8.2 – Resoconto delle attività per la gestione del rischio infettivo svolte nel 2025

Obiettivo 1) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 – Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al controllo e alla prevenzione delle ICA e/o Antimicrobico-resistenza	SI’	Sono stati effettuati diversi corsi formativi aziendali ECM sull’argomento. In particolare: - Evento formativo in collaborazione con INMI Spallanzani svoltosi a Latina il 16/06/2025 e poi disponibile online per tutti gli operatori: “Contrasto alle Infezioni correlate all’Assistenza nella ASL di Latina” (Modulo C PNRR Missione 6 Salute, Componente 2 – Investimento 2.2 - Evento formativo in collaborazione con INMI Spallanzani “Corso di Formazione sulle Infezioni ospedaliere – modulo B” fruito da oltre 1000 dipendenti ASL in modalità FAD - Gestione del rischio clinico e importanza della prevenzione delle ICA (a cura della UOC Rischio clinico, corso FAD online per 500 operatori) - Progetto Formativo Interdisciplinare “L’Appropriatezza prescrittiva come modello clinico” (a cura di UOC Farmaceutica territoriale e UOC Formazione” (varie date) - Progetto Formativo “Ripartiamo dal territorio 2025: il riordino della sanità territoriale e prospettive future” Confronto in un’ottica One Health con MMG e PLS e professionisti aziendali anche su Appropriatezza prescrittiva antibiotica. (varie date)

		Corso ECM "Antibioticoterapia nel paziente fragile in Ospedale e nel Territorio" svoltosi in data 18/12/2025

OBIETTIVO 2) 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		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 2 – Elaborazione del Piano di azione locale sull'Igiene delle mani riguardante gli Ospedali di Latina, Terracina, Fondi, Formia	SI'	Sono stati eseguiti a cura delle Direzioni Sanitarie di Presidio i 5 questionari di autovalutazione ed elaborati i Piani di azione locali e di miglioramento. In particolare, per il **presidio Nord Ospedale di Latina** i livelli raggiunti sono stati i seguenti: SEZIONE A: Avanzato SEZIONE B: Avanzato SEZIONE C: Intermedio SEZIONE D: Avanzato SEZIONE E: Avanzato Per il **Presidio Sud, Ospedale di Formia** i livelli raggiunti sono stati i seguenti: SEZIONE A: Avanzato SEZIONE B: Base SEZIONE C: Base SEZIONE D: Avanzato SEZIONE E: Base Per il **Presidio Centro, Ospedali di Terracina e Fondi,** i livelli raggiunti sono stati i seguenti: SEZIONE A: Avanzato SEZIONE B: Base SEZIONE C: Base SEZIONE D: Avanzato SEZIONE E: Base Sono stati inoltre inviati al Seresmi: il risultato del monitoraggio della Soluzione idroalcolica e il risultato del monitoraggio dell'osservazione della *compliance* dell'Igiene delle mani

OBIETTIVO 3) 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	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 3 - Consolidamento del modello di Sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE e della Sorveglianza delle batteriemie da CRE e di altri germi alert	SI'	E' stato consolidato il modello di Sorveglianza attiva di infezioni/colonizzazioni da CRE con prosecuzione dell'attività di sorveglianza attiva da tampone rettale nei reparti dell'Ospedale Goretti di Latina e nel reparto Rianimazione dell'Ospedale di Formia. Sono proseguite regolarmente nel 2025 la partecipazione alla Sorveglianza Nazionale delle Batteriemie da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (C.R.E.) e alla Sorveglianza regionale degli Enterobatteri resistenti a ceftazidime-avibactam. Sono state messe in atto le misure necessarie per il consolidamento della procedura per migliorare l'aderenza alla circolare ministeriale. E' stato implementato il sistema di segnalazione delle batteriemie da CRE con utilizzo del file pdf editabile e rendicontato attraverso lo "zero reporting". Sono stati elaborati dei Report mensili sul **monitoraggio di germi alert** in pazienti ricoverati nei reparti degli Ospedali della ASL di Latina (Latina, Formia, Terracina, Fondi). In particolare sono stati monitorati i germi alert da sangue/liquor (es. MRSA, VRSA, VRE, CRE, *Acintetobacter baumannii*), CRE da tampone rettale, *Legionella pneumophila*, *Clostridioides difficile*
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 4 - Elaborazione e diffusione dei Report estesi trimestrali sulla Sorveglianza delle Infezioni e sul monitoraggio dell'antimicrobico-resistenza, basati sui dati di Laboratorio, riguardanti gli Ospedali di Latina, Terracina, Fondi, Formia.	SI'	Sono stati elaborati 16 Report estesi di Sorveglianza epidemiologica delle Infezioni e monitoraggio della Antimicrobico-resistenza sulla base dei Dati di Laboratorio per tutti gli Ospedali della ASL di Latina (Latina, Formia, Terracina, Fondi). Sono state inoltre effettuate delle elaborazioni grafiche relative all'incidenza di germi alert da emocoltura/CVC in pazienti ricoverati presso l'Ospedale di Latina negli ultimi 5

		anni e all'andamento dell'Antimicrobico-resistenza nello stesso periodo temporale
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 5 - Monitoraggio del consumo di antibiotici negli Ospedali della ASL di Latina e nella popolazione della Asl di Latina	SI' Parzialmente	La UOC Farmacia ospedaliera ha raccolto ed elaborato i dati relativi ai consumi dei principali antibiotici nell'anno 2025, espressi in DDD per l'Ospedale S.M. Goretti (per trimestri). (Il report in DDD è stato effettuato solo per l'Ospedale S.M. Goretti di Latina). La UOC Farmacia territoriale ha raccolto ed elaborato i dati relativi ai consumi dei principali antibiotici nell'anno 2025 nel Territorio della ASL di Latina (espresso in DDD)
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 6 - Implementare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani negli Ospedali (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria) e partecipazione alla Sorveglianza nazionale CSIA	SI'	Sono stati elaborati report sul consumo ospedaliero di prodotti per l'igiene delle mani in particolare per l'Ospedale S.M. Goretti di Latina (per trimestri). E' proseguita la partecipazione alla Sorveglianza nazionale CSIA, a cura della referente aziendale, e con dati riferiti agli Ospedali di Latina, Terracina, Fondi, Formia. con report inviati al Seresmi
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 7– Sensibilizzazione al Lavaggio delle mani nelle Strutture Territoriali con Report su Consumo di Soluzione idroalcolica	SI	Effettuato report annuale sul Consumo di Soluzione idroalcolica per tutte le strutture territoriali.
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 8 - Report sulla compliance della corretta igiene delle mani degli operatori sanitari. Il report dovrà riportare una analisi dei dati disaggregata per area assistenziale ospedaliera (Medica; Chirurgica; Critica) e per i servizi territoriali residenziali	SI' parzialmente	E' stato prodotto un Report sulla compliance della corretta igiene delle mani degli operatori sanitari con analisi dei dati disaggregata per area assistenziale ospedaliera (Medica; Chirurgica; Critica) solo per l'Ospedale S.M. Goretti di Latina e inviato al Seresmi come richiesto.
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 9 - Adottare con atto formale un Programma aziendale	SI'	Con Delibera n. 396 del 09/04/2025 la ASL di Latina ha adottato il "Programma

di contrasto all'antibiotico-resistenza che declini a livello aziendale i principi del PNCAR 2022-2025 secondo un approccio One Health e nomina componenti gruppo		aziendale di contrasto all'antibiotico-resistenza e la costituzione del Gruppo aziendale per le politiche di Antimicrobial Stewardship"
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 10 - Ottemperare agli obiettivi di riduzione dei consumi previsti dal PNCAR 2022-2025 (pag. 41 azioni 2.1-2.3) in ambito territoriale, ospedaliero e nella popolazione pediatrica	SI' parzialmente	Sono stati prodotti, a cura della UOC Farmacia Territoriale, dei Report di verifica degli indicatori richiesti dal PNCAR su riduzione consumo inappropriato di antibiotici in ambito territoriale, e nella popolazione pediatrica. Non è stato prodotto il dato relativo all'ambito ospedaliero
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 11 - Implementare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship) con report su valutazione dell'appropriatezza prescrittiva degli antimicrobici in ambito ospedaliero	SI'	Nel corso del 2025 sono stati implementati gli Interventi di Antimicrobial stewardship E' aumentato il numero di consulenze attive effettuate nel 2025 a cura della UOC Malattie infettive dell'Ospedale S.M. Goretti di Latina con svolgimento delle 4 azioni previste. La tematica dell'appropriatezza prescrittiva è stata tema del Progetto Formativo Interdisciplinare "L'Appropriatezza prescrittiva come modello clinico" (a cura di UOC Farmaceutica territoriale e UOC Formazione") con resoconto dell'andamento della spesa farmaceutica nazionale, regionale e aziendale a cura della UOC Farmaceutica territoriale, con evidenziazione della variazione della spesa e dei consumi negli anni, in particolare per gli Antimicrobici. Inoltre, la UOC Farmacia territoriale ha implementato la reportistica trimestrale inviata a tutti i singoli MMG e PLS con indicatori specifici sull'utilizzo degli antibiotici. Per l'ambito ospedaliero, la UOC Farmacia ospedaliera ha curato la reportistica riguardante i consumi e l'appropriatezza.

		La tematica dell'appropriatezza prescrittiva è stata inoltre tema del Progetto Formativo "Ripartiamo dal territorio 2025: il riordino della sanità territoriale e prospettive future" confronto in un'ottica One Health con MMG e PLS e professionisti aziendali anche su Appropriatezza prescrittiva antibiotica. Inoltre è stato organizzato il Corso ECM "Antibioticoterapia nel paziente fragile in Ospedale e nel Territorio" svoltosi in data 18/12/2025. E' in fase di revisione la procedura aziendale sull'Antimicrobial stewardship.
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 12 - **Indagine sull'Incidenza delle Infezioni del sito chirurgico**	SI'	L'Azienda, anche nel 2025, ha partecipato alla Sorveglianza nazionale SNICh2 con il coinvolgimento di reparti chirurgici di tutti i 4 Ospedali a gestione diretta (Latina: UOC Chirurgia generale; UOC Neurochirurgia; Formia: UOC Chirurgia generale; UOC Ortopedia e traumatologia, Terracina: UOC Chirurgia generale, Fondi: UOC Ostetricia e ginecologia). E' in corso il periodo di follow-up e successivamente si procederà all'analisi e invio dei dati alla Regione Lazio. E' stata prodotta la relazione relativa all'anno 2024. In sintesi, per l'indagine di incidenza Snich2, annualità 2024, sono stati sorvegliati 216 pazienti (65 maschi, 151 femmine) per 4 categorie di procedure chirurgiche (Colecistectomia, Laminectomia, Protesi dell'anca, Taglio cesareo) in 6 reparti chirurgici dei 4 Ospedali della ASL di Latina. Nella popolazione sorvegliata il rischio complessivo di infezione del sito chirurgico è stato pari allo 0.46%. Sono stati inoltre raccolti i dati relativi agli Indicatori di struttura e di processo (ISP: consumo di soluzione idroalcolica, aderenza alla profilassi antibiotica perioperatoria, tricotomia, uso di soluzioni antisettiche, normotermia del paziente, monitoraggio

		intensivo del glucosio).
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 13 - Attuazione dei Protocolli aziendali di Terapia per la gestione della Sepsi	SI'	**INDICATORE** Verifica della corretta applicazione, da parte delle U.O., delle indicazioni contenute nel "PDTA Sepsi", anche nel corso di una giornata formativa Allo scopo è stata indetta una giornata dedicata formativa/di verifica in data 28/11/2025 dal titolo "LA SEPSI: uptodate 2025. Focus sulla terapia antibiotica empirica in particolari contesti" in cui gli operatori /professionisti aziendali hanno verificato e discusso sulla corretta applicazione, da parte delle U.O., delle indicazioni contenute nel "PDTA Sepsi" anche attraverso l'esame di casi clinici.
ALTRE ATTIVITÀ RILEVANTI SVOLTE NEL 2025 E NON INDICATE NEL PARS:		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
PARTECIPAZIONE ALL'INDAGINE NAZIONALE SPIN-UTI sull'Incidenza delle I.C.A. e ATBR nelle UOC Rianimazione di Latina e di Formia	SI'	Anche nel 2025 la ASL di Latina ha partecipato all'Indagine nazionale SPIN-UTI anche per l'anno 2024 (Sorveglianza attiva Prospettica delle Infezioni Nosocomiali nelle Unità di Terapia Intensiva) con raccolta ed elaborazione dati sull'incidenza di Infezioni Correlate all'Assistenza nonché sull'uso di antimicrobici nelle Unità di Terapia Intensiva di Latina e di Formia e sulla resistenza antimicrobica nei microrganismi responsabili di tali infezioni. Attualmente è in corso il mese di follow-up e successivamente si provvederà all'invio ed analisi dei dati. E' stata prodotta la relazione relativa all'anno 2024. In sintesi, riguardo l'indagine di incidenza nelle Terapie intensive SPIN-UTI emerge che l'incidenza di pz ICA è del 20% per la UOC Rianimazione di Latina e del 18,2% per la UOC Rianimazione di Formia (dato Spin-Uti nazionale: 18%), in diminuzione rispetto al 2023, così come la densità di incidenza. Le infezioni principalmente riportate sono state le Polmoniti (sia Latina che Formia) e i

		germi maggiormente isolati da ICA sono stati, come per il 2023, *Klebsiella pneumoniae* a Latina e *Acinetobacter baumannii* a Formia. Il tasso di polmonite associata ad intubazione è risultato in aumento rispetto all'anno precedente a Latina e in lieve diminuzione a Formia. E' da precisare che nel 2024 c'è stato un cambiamento nel sistema di raccolta dei dati.
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Monitoraggio attività previste dalla Delibera n. 302 del 07/03/2024 su Prevenzione ICA	SI'	Sono state svolte e monitorate dalle competenti strutture aziendali le attività previste nella Delibera ASL Latina 302/2024 "Recepimento delle procedure e documenti, e di ulteriori iniziative necessarie alla prevenzione delle I.C.A., approvate dal CCICA il 07/02/2024 inerenti la prevenzione delle ICA in tutti gli Ospedali della ASL di Latina (Latina, Formia, Terracina, Fondi)
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività relative al PP10 "Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-resistenza" del Piano Aziendale della Prevenzione (PAP) 2025	SI'	Sono state svolte le attività previste per il PP10 del Piano Aziendale della Prevenzione 2025 e rendicontate nella Piattaforma Regionale dedicata a cura dei Referenti aziendali.

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Nella tabella seguente viene riportata la matrice delle responsabilità, così come individuate dalle Linee guida regionali.

Tabella 9 –Matrice delle responsabilità

Azione	Direttore Sanitario Aziendale Presidente CCICA	Risk Manager	Responsabile UO Affari legali/generali	Direttore generale	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS (eccetto: tabella 6 del punto 2; punti 3 e 7)	C	R	C	C	C	-
Redazione tabella 6 del punto 2 e del punto 3	C	C	R	I	C	-
Redazione punto 7	R	C	I	I	I	-
Adozione PARS con deliberazione	C	I	I	R	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto il punto 7)	C	R	C	I	C	C
Monitoraggio punto 7	R	C	I	I	I	C

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO (PARS 2026)

Il presente documento definisce la strategia aziendale per la gestione del rischio sanitario, individuando obiettivi generali e strumenti operativi misurabili mediante indicatori appropriati. La finalità è promuovere una cultura condivisa della sicurezza delle cure, in grado di migliorare la risposta alla domanda di assistenza attraverso processi clinici e organizzativi condivisi, nonché sistemi di comunicazione efficaci tra professionisti.

Tale approccio consente, oltre alla tutela del paziente, la riduzione degli eventi avversi e, conseguentemente, del contenzioso legato a presunta responsabilità professionale, contribuendo a una gestione più efficiente e sostenibile delle risorse aziendali.

6.1 Obiettivi 2026 per la Gestione del Rischio

Gli obiettivi strategici definiti a livello regionale per il 2026 sono:

A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.

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

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

E, inoltre, vengono proposti in questo PARS i seguenti obiettivi di miglioramento, così come richiesto dal Centro regionale del Rischio clinico:

- Rilevazione eventi avversi: con incentivazione dei processi di comunicazione degli eventi avversi dalle UOC-UOSD aziendali alla UOC Rischio clinico.
- Prevenzione delle I.C.A.: nelle attività del CCICA sono previste le azioni presenti nel PARS nella sezione gestione del rischio infettivo che prevedono, per ogni attività, la matrice delle responsabilità, al fine di ridurre l'impatto aziendale delle ICA.
- Prevenzione Lesioni da Pressione: attivazione di processi ulteriori di comunicazione della procedura esistente al fine di ridurre gli impatti aziendali delle lesioni da pressione, con processi di sensibilizzazione delle unità interessate con piani specifici ed individuali di prevenzione ed interventi.

6.2 Attività 2026 per la Gestione del Rischio

Le attività previste per il 2026, sono elencate nella tabella 10.

Tabella 10 – Attività programmate per l'anno 2026.

Obiettivo A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione del "Corso di Formazione in Risk Management"		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2026		
STANDARD SI		
FONTE UOC Rischio clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Risk manager**	**UOC Formazione**
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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 2 – Monitoraggio semestrale check-list pre-operatoria				
INDICATORE Almeno 20 per Ospedale				
STANDARD SI				
FONTE Coordinatore Infermieristico/Direzioni di Presidio/ Referente CCE aziendale				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**Coordinatore Infermieristico Reparto Chirurgico**	**Direzioni Mediche di Presidio**	**Referente CCE aziendale**	**Risk manager**
Controllo check-list pre-operatoria I livello	R	I	I	I
Controllo check-list II livello	I	R	I	I
Controllo check-list III livello	I	I	R	I
Azioni di miglioramento	I	I	I	R

ATTIVITÀ 3 – Monitoraggio semestrale check-list di Sala operatoria				
INDICATORE Almeno 20 per Ospedale				
STANDARD SI				
FONTE Coordinatore S.O./Direzioni di Presidio/ Referente CCE aziendale				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**Coordinatore Infermieristico Sala Operatoria**	**Direzioni Mediche di Presidio**	**Referente CCE aziendale**	**Risk manager**
Controllo check-list S.O. I livello	R	I	I	I
Controllo check-list II livello	I	R	I	I
Controllo check-list III livello	I	I	R	I
Azioni di miglioramento	I	I	I	R

ATTIVITÀ 4 – Monitoraggio semestrale check-list caduta				
INDICATORE Almeno 20 per Ospedale				
STANDARD SI				
FONTE UOC Interessate/Direzioni di Presidio/ Referente CCE aziendale				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**Coordinatore Infermieristico U.O.C.**	**Direzioni Mediche di Presidio**	**Referente CCE aziendale**	**Risk manager**
Controllo check-list caduta I livello	R	I	I	I
Controllo check-list II livello	I	R	I	I
Controllo check-list III livello	I	I	R	I
Azioni di miglioramento	C	C	C	R

ATTIVITÀ 5 – Monitoraggio semestrale check-list caduta nelle strutture territoriali di Sezze e Cori		
INDICATORE Almeno 10 per Struttura		
STANDARD SI		
FONTE Strutture territoriali interessate/		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Risk manager**	**Strutture territoriali interessate**
Produzione check-list caduta	I	R
Controllo check-list	R	C
Azioni di miglioramento	C	R

ATTIVITÀ 6 – Monitoraggio semestrale Foglio Elettronico di Terapia				
INDICATORE Almeno 20 per Ospedale				
STANDARD SI				
FONTE UOC Interessate/Direzioni di Presidio/ Referente CCE aziendale				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**Direttore UOC/ Coordinatore Infermieristico U.O.C.**	**Direzioni Mediche di Presidio**	**Referente CCE UOC Prof. Sanitarie Osp.**	**Risk manager**
Controllo check-list FET I livello	R	I	I	I
Controllo check-list II livello	I	R	I	I
Controllo check-list III livello	I	I	R	I
Azioni di miglioramento	C	C	C	R

ATTIVITÀ 7 – Effettuazione di Safety Walk Round (SWR) presso le UU.OO.CC. dell'Azienda allo scopo di identificare situazioni di rischio e vulnerabilità ed incrementare la cultura della sicurezza di tutti gli operatori.		
INDICATORE Esecuzione di almeno 5 SWR		
STANDARD SI		
FONTE UOC Rischio clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Risk manager**	**UOC interessate**
Progettazione SWR	R	I
Effettuazione SWR	R	C
Azioni di Miglioramento	C	R

ATTIVITÀ 8 – Processo di Audit		
INDICATORE Esecuzione di audit attivi e proattivi		
STANDARD SI		
FONTE UOC Rischio clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Risk manager**	**UOC Interessate**
Organizzazione Audit	R	C
Effettuazione Audit	R	C
Azioni di miglioramento	C	R

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

ATTIVITÀ 9 – Partecipazione alle attività regionali di Risk management		
INDICATORE Partecipazione al tavolo permanente dei Risk manager della Regione Lazio		
STANDARD SI		
FONTE UOC Rischio clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Risk manager**	
Partecipazione al tavolo permanente	R	
Azioni di miglioramento	R	

ATTIVITÀ 10 – Revisione e standardizzazione della modulistica del consenso informato e della relativa informativa al paziente sulla base degli elementi emersi dall'analisi medico-legale dei sinistri e del contenzioso		
INDICATORE Percentuale dei moduli aggiornati e standardizzati rispetto alla totalità della modulistica esistente		
STANDARD SI		
FONTE UOC Rischio clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Risk manager**	**Avvocatura/Affari generali**
Revisione modulistica del consenso informato e informativa paziente	R	I
Azioni di miglioramento	R	C

ATTIVITÀ 11 Miglioramento dell'attività di Segnalazione e Rilevazione degli Eventi Avversi		
INDICATORE Report sulle aggressioni e sulle cadute		
STANDARD SI		
FONTE Resp. Funz. Org. Qualità e Risk management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Risk manager**	**Resp. Funz. Org. Qualità e Risk management**
Elaborazione report	C	R
Azioni di miglioramento	R	C

ATTIVITÀ 12 Miglioramento dell'attività di Prevenzione delle Lesioni da Pressione		
INDICATORE verifica dell'aderenza alla corretta adozione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) per la prevenzione delle Lesioni da Pressione (Relazione)		
STANDARD SI		
FONTE Responsabile "Wound care"		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Risk manager**	**Responsabile "Wound care"**
Verifica attività Prevenzione LdP	C	R
Azioni di miglioramento	R	C

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO PROGRAMMATE PER il 2026

7.1 Obiettivi 2026 per la Gestione del rischio infettivo

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

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

B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;

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

E, inoltre, sono stati inseriti gli obiettivi strategici stabiliti a livello regionale (Nota Regione Lazio U 0037825 del 15/01/2026). In particolare, come già anticipato, in questo PARS, su indicazione regionale vengono predisposte, tra le altre, attività nei seguenti ambiti: monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico (compresa la profilassi antibiotica perioperatoria), gestione della terapia antibiotica empirica, gestione della sepsi, misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici, monitoraggio del consumo di antibiotici secondo la classificazione AWARE.

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

Al fine del raggiungimento degli obiettivi strategici stabiliti a livello regionale (Nota Regione Lazio U 0037825 del 15/01/2026), la ASL di Latina ha programmato per il 2026 le seguenti attività, così come approvate dal CC-ICA nella seduta del 28/01/2026 (tabella successiva).

Tabella 11 – Attività programmate per l'anno 2026

Obiettivo 1) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.

ATTIVITÀ 1 – Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al controllo e alla prevenzione delle I.C.A. e/o Antimicrobico resistenza		
INDICATORE Esecuzione attività formativa/informativa su controllo e prevenzione delle ICA e/o Antimicrobico resistenza		
STANDARD SI		
FONTE UOC Malattie Infettive con la collaborazione di altre UOC quali Rischio clinico, Farmacia , ecc.		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**UOC Malattie Infettive e altre UOC**	**CCICA**
Progettazione delle attività	R	C
Esecuzione delle attività	R	C
Azioni di miglioramento	C	R

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato; NC = Non coinvolto.

OBIETTIVO 2) 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 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi

ATTIVITÀ 2 – Elaborazione del PALIM: Piano locale sull'Igiene delle mani riguardante gli Ospedali di Latina, Terracina, Fondi, Formia			
INDICATORE Elaborazione del Piano 2026 con analisi dei risultati dei questionari di autovalutazione per ogni Presidio Ospedaliero, con l'evidenza dell'invio al Seresmi del risultato del monitoraggio della Soluzione idroalcolica e del risultato del monitoraggio dell'osservazione della *compliance* dell'Igiene delle mani			
STANDARD SI			
FONTE Direzioni Sanitarie di Presidio – UOC Farmacia ospedaliera			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Direzioni di Presidio**	**UOC Farmacia ospedaliera**	**CCICA**
Compilazione e Analisi dei 5 questionari di autovalutazione	R	I	I
Monitoraggio dell'osservazione della *compliance* dell'Igiene delle mani (come da indicazioni Seresmi)	R	I	I
Monitoraggio del consumo di Soluzione idroalcolica (SIA) secondo le indicazioni Seresmi	I	R	I
Azioni di Miglioramento	R	I	C
Elaborazione del Piano di azione locale	R	I	I

OBIETTIVO 3) 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 - Consolidamento del modello di Sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE e della Sorveglianza delle batteriemie da CRE e di altri germi alert				
INDICATORE Prosecuzione e implementazione della sorveglianza attiva nei reparti e della sorveglianza delle batteriemie da CRE e di altri germi alert negli Ospedali della ASL di Latina				
STANDARD SI				
FONTE CCICA				
	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CCICA**	**Direttori UOC Ospedali/ Coordinatori**	**UOC Patologia clinica**	**IAP Epidemiologia Rischio clinico**
Consolidamento modello	R	C	C	C
Segnalazione CRE e altri germi alert	I	I	R	I
Report periodico Monitoraggio epidemiologico germi/pazienti basato sui dati di Laboratorio	I	I	I	R
Sorveglianza attiva nei reparti	C	R	I	I
Azioni di miglioramento	R	C	C	C

ATTIVITÀ 4 – Elaborazione e diffusione dei Report estesi trimestrali sulla Sorveglianza delle Infezioni e sul monitoraggio dell'antimicrobico-resistenza, basati sui dati di Laboratorio, riguardanti gli Ospedali di Latina, Terracina, Fondi, Formia.			
INDICATORE 16 report nell'anno 2026			
STANDARD 100%			
FONTE Servizi di Patologia clinica – IAP Epidemiologia Rischio clinico			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CCICA**	**UOC Patologia clinica**	**I.A.P. Epidemiologia Rischio clinico**
Esami microbiologici	I	R	I
Elaborazione Report	I	I	R
Verifica Report	R	I	I
Azioni di miglioramento	R	I	C

ATTIVITÀ 5 - **Monitoraggio del consumo di antibiotici negli Ospedali della ASL di Latina e nella popolazione della Asl di Latina** (secondo la classificazione AWARE disaggregato per area assistenziale (Medica, Chirurgica, Critica)
INDICATORE Almeno 1 Report su consumo di antibiotici per Ospedale (Latina, Terracina, Fondi, Formia) espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg degenza (disaggregato per aree assistenziali) 1 Report per consumo Territorio (espresso in DDD/abitanti)
STANDARD 100%
FONTE UOC Farmacia ospedaliera – UOC Farmacia territoriale

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CCICA**	**UOC Farmacia ospedaliera**	**UOC Farmacia Territoriale**
Produzione Report Ospedali	I	R	I
Produzione Report Territorio	I	I	R
Verifica Report	R	I	I
Azioni di miglioramento	R	C	C

ATTIVITÀ 6 – Implementare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani negli Ospedali (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria) e partecipazione alla Sorveglianza nazionale CSIA con invio dei dati al Seresmi
INDICATORE Almeno 1 Report per Ospedale su consumo prodotti idroalcolici e partecipazione alla Sorveglianza CSIA con invio dei dati, secondo le modalità richieste, al Seresmi
STANDARD SI
FONTE UOC Farmacia ospedaliera

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CCICA**	**UOC Farmacia ospedaliera**	**Direzioni Mediche di Presidio**
Produzione Report e invio al Seresmi	I	R	I/C
Verifica Report	R	I	I
Azioni di miglioramento	R	C	C

ATTIVITÀ 7 - Sensibilizzazione al Lavaggio delle mani nelle Strutture Territoriali con Report su Consumo di Soluzione idroalcolica
INDICATORE Consumo di Soluzione idroalcolica nelle Strutture territoriali (almeno un report annuale)
STANDARD 100%
FONTE Resp. Funz. Org. Professioni Sanitarie Territoriali

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CCICA**	**Resp. Funz. Org Professioni Sanitarie Territoriali**	**UOC Professioni sanitarie Rete non Ospedaliera**
Azioni di sensibilizzazione al Lavaggio delle mani	C	C	R
Report Consumo soluzione idroalcolica	I	R	I
Azioni di miglioramento	R	C	C

ATTIVITÀ 8 – Report sulla compliance della corretta igiene delle mani degli operatori sanitari. Il report dovrà riportare una analisi dei dati disaggregata per area assistenziale ospedaliera (Medica; Chirurgica; Critica) con analisi dell'andamento rispetto all'anno precedente
INDICATORE Almeno 1 Report per Presidio ospedaliero
STANDARD SI
FONTE Direzioni Presidio/UOC Professioni Sanitarie

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CCICA**	**Direzioni Mediche di Presidio/ UOS Igiene**	**UOC Professioni sanitarie Rete Osp. / Resp. Funz. Org. ICA**
Report Aderenza lavaggio mani Ospedali	I	R	R
Azioni di miglioramento	R	C	C

ATTIVITÀ 9 – Gestione della terapia antibiotica empirica. Aggiornamento Procedura Antimicrobial Stewardship aziendale		
INDICATORE Aggiornamento della Procedura aziendale di Antimicrobial Stewardship		
STANDARD SI		
FONTE CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**CCICA**	**UOC Malattie infettive/UOC Rischio clinico**
Aggiornamento Procedura AS	I	R
Azioni di miglioramento	R	C

ATTIVITÀ 10 – Misure di contrasto alla resistenza agli antibiotici. Implementare programmi di buon uso degli antimicrobici in ambito ospedaliero e territoriale per la riduzione del consumo inappropriato (obiettivo PNCAR)				
INDICATORE Attività aziendali di Antimicrobial stewardship con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza prescrittiva e ridurre il consumo inappropriato di antibiotici in ambito territoriale, ospedaliero e nella popolazione pediatrica (report)				
STANDARD SI				
FONTE UOC Malattie infettive - UOC Farmacia ospedaliera – UOC Farmacia territoriale				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**CCICA**	**UOC Malattie infettive**	**UOC Farmacia ospedaliera**	**UOC Farmacia Territoriale**
Attività di Antimicrobial Stewardship	C	R	C	C
Report Verifica Indicatori consumo in ambito Territoriale	I	I	I	R
Report Verifica Indicatori consumo nella popolazione Pediatrica	I	I	I	R
Report Verifica Indicatori consumo in ambito Ospedaliero	I	I	R	I
Azioni di miglioramento	R	C	C	C

ATTIVITÀ 11 - Indagine sull'Incidenza delle Infezioni del sito chirurgico
INDICATORE Esecuzione di una Indagine di Incidenza delle Infezioni del sito chirurgico in alcune UOC dei Dipartimenti di Area Chirurgica della ASL di Latina (Protocollo SNICh2) anche con verifica aderenza della corretta aderenza alla profilassi antibiotica perioperatoria
STANDARD SI
FONTE UOC Area Chirurgica - CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	**CC-ICA**	**UOC Dip. Area Chirurgica**	**Resp. Funz . Org.Percorso chirurgico**	**Resp. Funz. Org Qualità e Risk Management**	**UOC Flussi informativi**	**I.A.P. Epidemiologia Rischio clinico**
Compilazione scheda Infezioni, dati pazienti (incluso follow-up), Indicatori Struttura e Processo (ISP) tra cui aderenza corretta profilassi antibiotica perioperatoria	I	R	C	I	NC	I
Controllo e Raccolta schede pazienti/infezioni/indicatori con invio alla UOC Rischio clinico	I	C/R	R	C	NC	I
Fornitura dati su giornate degenza Pazienti e altri dati del Sistema Informativo necessari	I	I	I	I	R	I
Controllo ed Elaborazione dati epidemiologici per Indicatori sulle Infezioni del Sito Chirurgico (ISC)	I	I	I	I	NC	R
Organizzazione, Verifica e Azioni di miglioramento	R	C	C	C	I	C

ATTIVITÀ 12 - Attuazione dei Protocolli aziendali di Terapia per la gestione della Sepsi
INDICATORE Verifica della corretta applicazione, da parte delle U.O., delle indicazioni contenute nel "PDTA Sepsi", anche nel corso di una giornata formativa
STANDARD 100%
FONTE UOC Malattie infettive

	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	
Azione	**CCICA**	**UOC Malattie infettive**
Verifica corretta applicazione Protocolli terapia Sepsi	C	R
Azioni di miglioramento	R	C

8. DOCUMENTI ALLEGATI AL PARS 2026

Vengono allegati al presente Piano i seguenti documenti:

1) PALIM Piano di azione locale per l'Igiene delle mani degli ospedali della ASL di Latina

2) Programma di controllo della legionellosi della ASL di Latina. Relazione sintetica anno 2025

3) Report annuale del Comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA) della ASL di Latina sulle Infezioni correlate all'assistenza

9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

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

1) Presentazione del Piano all'interno del Collegio di Direzione;

2) Pubblicazione del PARS sulla Home page del Sito Aziendale;

3) Presentazione del PARS durante lo svolgimento di riunioni Aziendali e di Presidio;

4) Presentazione del PARS in occasione dei SWR;

5) Presentazione del PARS durante le attività formative e condivisione con i facilitatori

6) Invio del PARS entro il 28/02/2026 in formato pdf nativo all'indirizzo crrc@regione.lazio.it per il caricamento sul cloud regionale.

10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

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

RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante “Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131”;

9. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del documento recante ‘Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”;
10. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti’”;
11. 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”;
12. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
13. Determinazione Regionale n. G09765 del 31 luglio 2018 recante “Revisione del ‘Documento di indirizzo per l’implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi’”;
14. 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”;
15. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
16. 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”;
17. Deliberazione di Giunta della Regione Lazio del 21/12/2021 n. 970 recante: “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025”;
18. Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2021-2025;
19. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2022 - 2020 data. Disponibile all’URL: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2022-2020-data
20. Determinazione Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”
21 Determinazione Regione Lazio n. 16501 del 28/11/2022 “Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".
22. Nota Regione Lazio 0037825 del 15/01/2026 avente ad oggetto “Piano annuale di gestione del Rischio Sanitario 2026 (PARS)”

ALLEGATO 1

AL PARS 2026 DELLA ASL DI LATINA

PALIM
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI DEGLI OSPEDALI DELLA ASL DI LATINA

contiene

a. Risultati questionario autovalutazione, confronto con anno precedente e azioni di mantenimento/miglioramento previste

b. Risultati Monitoraggio SIA (inviati al Seresmi)

c. Risultati Osservazione Igiene Mani (inviati al Seresmi)

OSPEDALE "S. M. GORETTI" DI LATINA

OSPEDALE "DONO SVIZZERO" DI FORMIA

OSPEDALE "ALFREDO FIORINI" DI TERRACINA

OSPEDALE "SAN GIOVANNI DI DIO" DI FONDI

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL LATINA

REGIONE LAZIO

Direzione Medica Ospedale "S.M. Goretti" di Latina
UOC Direzione Medica DEA ||
Tel. 0773/6553514 – 3503 Fax. 0773/655350
e-mail: direzione.smgoretti@ausl.latina.it
Pec: amministrazione@pec.ausl.latina.it

Alla UOC Rischio Clinico

Oggetto: Piano intervento regionale igiene delle mani.

Si trasmette in allegato il piano di intervento regionale sull'igiene delle mani dell'Ospedale S.M.Goretti condotto nel corso del 2025.

ASL LATINA
Ospedale "S. M. GORETTI" Latina
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DEA II
DIRETTORE MEDICO f.f.
Dott.ssa TERESA CECILIA COLUZZI

Direttore UOS Igiene
Dott. R.Marrone

ASL LATINA
Ospedale "S. M. GORETTI" Latina
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DEA II
RESPONSABILE UOS DIREZIONE TECNICA OSPEDALIERA DEA II
Dott. RICCARDO MARRONE
111 110631 99 0 2965

ArOP Processi Infettivi
Dott.ssa L.De Marchis

Dott.ssa L.Alibardi
Direzione Medica/ UOS Igiene

Direzione Medica Ospedale "S.M. Goretti" di Latina
UOC Direzione Medica DEA II
UOS Igiene
Ufficio Igiene
Tel. 07736553514 -6128
direzionesmgoretti@ausl.latina.it
ufficioigiene.ponord@ausl.latina.it

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI , OSPEDALE S.M.GORETTI DI LATINA

In ottemperanza al Piano Regionale sono stati compilati i questionari di autovalutazione al fine di consentire la determinazione del livello di implementazione delle misure necessarie ed è stato elaborato il piano d'azione locale.

PIANO D'AZIONE LOCALE

SEZIONE A- REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI.

Il punteggio ottenuto al questionario di autovalutazione è di ***95= livello avanzato.***
La disponibilità di gel idroalcolico e le postazioni sono adeguate per garantire la corretta igiene delle mani da parte degli operatori.
Ogni lavandino è servito di sapone e salviette monouso fornite dalla ditta in outsourcing.

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE.

Il punteggio ottenuto al questionario di autovalutazione è ***80=livello avanzato.***
La UOS Igiene in collaborazione con la UOS Malattie Infettive e l'ArOP Processi Infettivi per l'anno 2025 ha organizzato:

- *In occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio un evento formativo con divulgazione di poster, opuscoli e fornitura per ogni dipendente di gel idroalcolico da 100 ml con la collaborazione della UOS Farmacia.*
- *un corso aziendale dal titolo "La sepsi: uptodate 2025 focus sulla terapia antibiotica empirica e particolari contenuti".*
- *corso per formatori per l'igiene delle mani' attraverso l'osservazione diretta secondo le linee guida dell'OMS di numero 2 operatori*
- *Corso di formazione sulle Infezioni Correlate all'Assistenza Moduli A,B,C e D del PNRR M6 in ambito ospedaliero.*

SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK.

Il punteggio ottenuto al questionario di autovalutazione è ***75=livello intermedio***
La futura formazione di osservatori sulla pratica dell'igiene delle mani favorirà un corretto e adeguato monitoraggio delle aderenze e delle competenze.
Si propone inoltre l'istituzione di una piattaforma gestionale dei dati per permettere una raccolta fluida e la

possibilità di restituire feedback immediati agli interessati.
La fornitura del sapone è effettuata dalla ditta in outsourcing ed il monitoraggio per ogni unità operativa al momento non è attuabile.

SEZIONE D- COMUNICAZIONE PERMANENTE

Il punteggio ottenuto al questionario di autovalutazione è ***95=livello avanzato***
La UOS Igiene in collaborazione con ArOP Processo di prevenzione e controllo ICA e la UOC di Malattie Infettive ha predisposto poster e opuscoli informativi sull'igiene delle mani, sulla prevenzione/trattamento del morbillo e legionella pneumophila.

SEZIONE E- CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT.

Il punteggio ottenuto al questionario di autovalutazione è 80= ***livello avanzato***
La futura formazione di osservatori sulla pratica dell'igiene delle mani, come da procedura aziendale permetterà di riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani, designandoli come promotori dell'igiene delle mani.

Direttore Medico DEA II
Dott.ssa T.C.Coluzzi
ASL LATINA
Ospedale "S. M. GORETTI" Latina
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DEA II
DIRETTORE MEDICO f.f.
Dott.ssa TERESA CECILIA COLUZZI

Direttore UOS Igiene
Dott. R.Marrone

ASL LATINA
Ospedale "S. M. GORETTI" Latina
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DEA II
RESPONSABILE UOS IGIENE E TECNICA OSPEDALIERA DEA II
Dott. RICCARDO MARRONE
T I d 10631 99 0 2965

ArOP Processo di prevenzione e controllo ICA
Dott.ssa De Marchis Loredana

UOS Igiene Direzione Medica DEA II
Dott.ssa Alibardi Luana

CRRC REGIONE LAZIO

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

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
DOMANDE	**RISPOSTE**	**PUNTEGGIO**
A.1 - Nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani?	Non disponibile	0
	Disponibile solo in alcuni reparti o in modo discontinuo	5
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo	10
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza nella maggior parte dei reparti	30
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo in ogni punto di assistenza	50
A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?	Meno di 1:10	0
	Almeno 1:10 nella maggior parte dei reparti (almeno il 75 % dei reparti)	5
	Almeno 1:10 nell'intera Struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento e in terapia intensiva	10
A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?	NO	0
	SÌ	10
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	NO	0
	SÌ	15
A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	15

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

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE		
DOMANDE	**RISPOSTE**	**PUNTEGGIO**
B.1 Formazione degli operatori sanitari		
B.1.1 Nella Struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull'igiene delle mani?	Mai	0
	Una tantum	5
	Formazione continua per il personale infermieristico e medico o per tutte le categorie professionali almeno una volta all'anno	10
	Formazione obbligatoria per tutte le categorie professionali di neoassunti e successive formazione continua periodica almeno una volta all'anno	20
B.1.2 - Esiste un Sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	NO	0
	SÌ	20
B.2 - Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali		
B.2.1 Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale	NO	0
	SÌ	5
B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
B.2.4 Poster informativi	NO	0
	SÌ	5
B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	15
B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	NO	0
	SÌ	15
B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	10

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

SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK		
DOMANDE	**RISPOSTE**	**PUNTEGGIO**
C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)	NO	0
	SÌ	10
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani		
C.3.1 Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SÌ	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SÌ	5
C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0
	SÌ	5
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani **NB**: Rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale		
C.4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai	0
	Irregolarmente	5
	Annualmente	10
	Ogni 3 mesi o meno	15
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≤ 30%	0
	31-40%	5
	41-50%	10
	51-60%	15
	61-70%	20
	71-80%	25
	≥ 81%	30
C.5 Feedback		
C.5.1 Feedback immediato: al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	0
	SÌ	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
	SÌ	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
	SÌ	7.5

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

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
	SÌ	10
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	NO	0
	SÌ	15

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

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT		
DOMANDE	**RISPOSTE**	**PUNTEGGIO**
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:		
E.1.1 - Esiste un team definito?	NO	0
	SÌ	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0
	SÌ	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?		
E.2.1 - Direzione generale?	NO	0
	SÌ	10
E.2.2 - Direzione sanitaria?	NO	0
	SÌ	5
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	NO	0
	SÌ	5
E.3 - Esiste un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio?	NO	0
	SÌ	10
E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline?		
E.4.1 - Designazione dei "promotori" dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:		
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0
	SÌ	5
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
	SÌ	10
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:		
E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo istituzionale da raggiungere sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0
	SÌ	5
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0
	SÌ	5
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0
	SÌ	5
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	NO	0
	SÌ	5

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

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL LATINA

REGIONE LAZIO

UOC Direzione Medica DEA I e Terracina - Fondi
Sede di Terracina
Tel. 0773/708501-708511 fax 0773/708506
Pec: Amministrazione@pec.ausl.latina.it
Mail: direzionemedica.pocentro@ausl.latina.it

OGGETTO: Adozione del " PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI" - Anno 2026

PRESIDI OSPEDALIERI DI TERRACINA E FONDI

Come dall'oggetto, previsto dalla Determinazione Regionale del 26 Febbraio 2021, è stata effettuata per i **Presidi Ospedalieri di Terracina e Fondi**, l'autovalutazione tramite i questionari previsti dal Piano per ognuno delle 5 Sezione, sulla base dei risultati è stato elaborato un Piano di Azioni locale di miglioramento di seguito descritte:

- SEZIONE "A": REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI"
  risultato punteggio=**100 (AVANZATO)** -
  Azione locale di miglioramento :
  nessuna

- SEZIONE "B": FORMAZIONE DEL PERSONALE"
  risultato punteggio= **30 (BASE)**
  Azione locale di miglioramento :

- pianificare la formazione sull'igiene delle mani incentrata sul "Piano di Intervento"
- formazione degli Operatori Sanitari: progettare un programma di formazione obbligatoria per tutte le categorie professionali almeno una volta l'anno e realizzare un sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione.

- SEZIONE "C": VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK
  risultato punteggio= **40(BASE)**
  Azione locale di miglioramento :

- rivedere le attività di valutazione e feedback: osservazione della compliance sull'igiene delle mani ;
- definizione della cadenza e delle modalità di esecuzione delle attività di osservazione;
- definire un sistema per registrare e riportare i risultati al personale sanitario.

- SEZIONE"D": COMUNICAZIONE PERMANENTE"

  risultato punteggio=**80 (AVANZATO)**

  Azione locale di miglioramento :

  nessuna

➢ SEZIONE "E": CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT

  risultato punteggio=**45 (BASE)**

  Azione locale di miglioramento :

- istituire un team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani e per attuare il piano d'azione locale della struttura.

UOSD Direzione Medica Terracina e Fondi

Dott. Fabrizio Turchetta

A.S.L. LATINA
UOSD Direzione Medica
Fondi - Terracina
Direttore Sostituto
Dott. Fabrizio Turchetta

allegati

P.O. CENTRO TERRACINA - FONDI

- Nel caso in cui si opti per il lavaggio con acqua e sapone, i rubinetti dovrebbero essere attivabili senza mani. Il sapone dovrebbe essere collocato in *dispenser* che non devono mai essere rabboccati né travasati. Devono essere disponibili salviette monouso per asciugare le mani. Inoltre dovrebbe essere disponibile nelle vicinanze del lavandino un timer/orologio per consentire agli operatori di rispettare i tempi necessari per un lavaggio efficace.

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
	SÌ	(10)
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	NO	0
	SÌ	(15)
A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	(15)

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.			
Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: • Indagine sui singoli Reparti/Servizi; • Indagine sul consumo di soluzione alcolica.			
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.			
Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura.			

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

TOT = 100

A.S.L. LATINA
UOSD Direzione Medica
Fondi - Terracina
Direttore Sostituto
Dott. Fabrizio Turchetta

P.O. CENTRO TERRACINA - FONDI

TABELLA A2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	
INADEGUATO (punteggio: 0-25)	**BASE (punteggio: 26-50)**
• **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

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Definizione di un piano che preveda:
  - Modalità di approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani;
  - Modalità di immagazzinamento e di distribuzione dei prodotti per l'igiene delle mani;
  - Modalità di manutenzione dei lavandini e dei *dispenser*;
  - Modalità di segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture;
  - Distribuzione dei *dispenser* all'interno della Struttura;

  NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

NB: in base alle specifiche esigenze locali, le Strutture potranno integrare gli indicatori sopra elencati con altri (di struttura, di processo e di esito), purché sia garantito il rispetto dei contenuti del documento.

P. O. CENTRO TERRACINA - FONDI

osservatori, infine, dovrebbe essere riconosciuto dalla Struttura sanitaria, definendo una quota oraria specifica da dedicare a queste attività.

c. **Operatori sanitari**

Contenuti minimi della formazione:

- Definizione e impatto delle ICA;
- Principali modalità di trasmissione delle infezioni;
- La prevenzione delle ICA e il ruolo fondamentale dell'igiene delle mani;
- L'approccio secondo i cinque momenti dell'igiene delle mani;
- Strategie e strumenti di 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)
	SÌ	20
B.2 - Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali		
B.2.1 Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	(5)
B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale	NO	(0)
	SÌ	5
B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani: quando, come e perchè	NO	0
	SÌ	(5)
B.2.4 Poster informativi	NO	0
	SÌ	(5)
B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?	NO	(0)
	SÌ	15
B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	NO	(0)
	SÌ	15
B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	(10)

TOT = 30

A.S.L. LATINA
UOSD Direzione Medica
Fondi - Terracina
Direttore Sostituto
Dott. Fabrizio Turchetta

P.O. CENTRO TERRACINA - FONDI

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.			
Rivedere/progettare un programma di formazione sulla base del Piano di Intervento Regionale.			
Identificare i formatori (almeno uno per struttura).			
Identificare gli osservatori (almeno uno ogni 200 posti letto).			
Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati.			
Effettuare la formazione dei formatori e degli osservatori: formatori e osservatori possono ricevere la stessa formazione di base, ma gli osservatori ricevano una formazione specifica aggiuntiva che preveda un addestramento sul campo sotto la supervisione di un tutor esperto.			
Definire il piano formativo, compreso il calendario, per avviare, condurre e valutare la formazione obbligatoria di tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai nuovi assunti.			
Definire un piano d'azione per affrontare la scarsa o mancata partecipazione alla formazione da parte degli operatori.			
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare le competenze dei formatori e degli osservatori (ad esempio annualmente).			
Definire un sistema per aggiornare la formazione e i verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari (ad esempio annualmente).			
Organizzare attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.			
Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione a la sostituzione di quello obsoleto.			

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

TABELLA B2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE
FORMAZIONE DEL PERSONALE
INADEGUATO (punteggio: 0-25) — **BASE (punteggio: 26-50)**
• **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)
• **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)
• **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;

P.O. CENTRO TERRACINA - FONDI

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
	SÌ	(10)
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	(5)
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0
	SÌ	(5)
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani		
C.3.1 Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SÌ	(5)
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SÌ	(5)
C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0
	SÌ	(5)
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani **NB**: Rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale		
C.4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai	0
	Irregolarmente	(5)
	Annualmente	10
	Ogni 3 mesi o meno	15
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≤ 30%	(0)
	31-40%	5
	41-50%	10
	51-60%	15
	61-70%	20
	71-80%	25
	≥ 81%	30
C.5 Feedback		
C.5.1 Feedback immediato: al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	(0)
	SÌ	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)
	SÌ	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)
	SÌ	7.5

TOT = 40

A.S.L. LATINA
UOSD Direzione Medica
Fondi - Terracina
Direttore Sostituto
Dott. Fabrizio Turchetta

P.O. CENTRO FERRACINA - FONDI

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.			
Stabilire il piano/calendario, per l'avvio delle attività di valutazione e feedback e diffonderlo a tutta la Struttura			
Identificare le competenze di supporto eventualmente necessarie (ad esempio, epidemiologo, statistico).			
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.			
Identificare i candidati per essere osservatori (se non lo si è già fatto).			
Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori (ad esempio, annualmente).			
Condurre valutazioni di base e dare un ritorno al personale sanitario.			
Diffondere a tutta la struttura il piano per le osservazioni in corso secondo un programma concordato (ad esempio annualmente, ma idealmente ogni due mesi).			
Presentare i risultati delle osservazioni ogni trimestre o secondo un programma concordato con il team di implementazione dell'igiene delle mani e il CCICA.			
Stabilire obiettivi annuali per il miglioramento della conformità all'igiene delle mani tenendo conto dei dati di partenza.			
Valutare le informazioni sui tassi di ICA nella Struttura.			
Definire un sistema per monitorare i tassi di ICA su base continuativa insieme al livello di compliance dell'igiene delle mani.			
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

TABELLA C2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
MONITORAGGIO E FEEDBACK	
INADEGUATO (punteggio: 0-25)	**BASE (punteggio: 26-50)**
• **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)	
• **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

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Definizione delle attività di monitoraggio della *compliance* degli operatori sull'igiene delle mani:
- Definizione e formazione di una rete di osservatori
- Definizione della cadenza e delle modalità di esecuzione delle attività di osservazione
- Definizione della cadenza e delle modalità di restituzione dei risultati dell'osservazione agli operatori e alla Direzione
- Definizione delle attività di monitoraggio sullo stato dei dispenser e dei lavandini presenti nella struttura

  NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

INDICATORI DI PROCESSO

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

NB: in base alle specifiche esigenze locali, le Strutture potranno integrare gli indicatori sopra elencati con altri (di struttura, di processo e di esito), purché sia garantito il rispetto dei contenuti del documento.

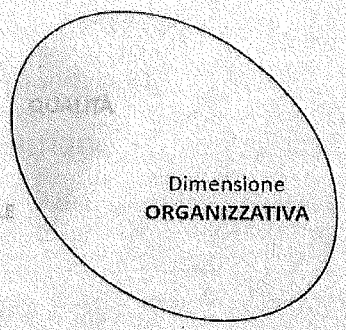
P.O CENTRO TERRACINA - FONDI

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

I promemoria sul posto di lavoro sono strumenti importanti per ricordare agli operatori sanitari l'importanza dell'igiene delle mani e le indicazioni e le procedure appropriate per la sua esecuzione. Sono anche mezzi per informare i pazienti e i visitatori dello standard di assistenza che dovrebbero aspettarsi.

La comunicazione può utilizzare diversi strumenti (ad es.: poster; brochure, adesivi affissi al punto di assistenza, spille, screensaver, ecc.) e può utilizzare materiale istituzionale nazionale o internazionale oppure sviluppato localmente.

I poster sulla corretta tecnica di frizione con soluzione alcolica o di lavaggio delle mani, dovrebbero essere affissi in prossimità di ogni lavandino e di ogni *dispenser* fisso di soluzione alcolica.



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.?	SÌ	0
	NO	(15)

A.S.L. LATINA
UOSD Direzione Medica
Fondi - Terracina
Direttore Sostituto
Dott. Fabrizio Turchetta

P.O. CENTRO TERRACINA - FONDI

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.			
Definire i requisiti per aggiornare o fornire nuovi materiali.			
Fornire e/o esporre il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici.			
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti (ad esempio al punto di cura, sopra i lavabi).			
Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporli in tutti gli ambienti clinici.			
Pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli.			

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

TABELLA D2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE
COMUNICAZIONE PERMANENTE
INADEGUATO (punteggio: 0-25) / **BASE (punteggio: 26-50)**
• **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)
• **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

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

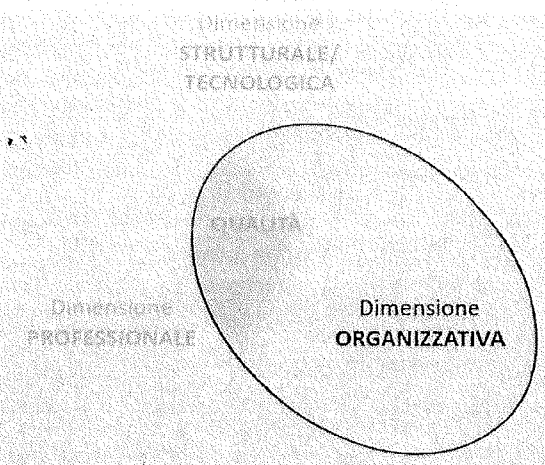
- Modalità di comunicazione della struttura sull'igiene delle mani.
  NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

NB: in base alle specifiche esigenze locali, le Strutture potranno integrare gli indicatori sopra elencati con altri (di struttura, di processo e di esito), purché sia garantito il rispetto dei contenuti del documento.

PO CENTRO TERRACINA - FONDI

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT

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



Il *committment* deve far leva anche su azioni esplicite che stimolino gli operatori a un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani. È opportuno che sia definita e comunicata a tutti gli operatori la policy sul tema delle ICA che chiarisca anche la possibilità di interventi disciplinari in caso di ingiustificata violazione delle norme di buona pratica sul tema.

Va rafforzato anche il ruolo del paziente e dei visitatori attraverso opportune iniziative per il loro *empowerment*. La responsabilità della sicurezza del paziente è in capo alle Strutture, ma pazienti attenti e informati sull'importanza dell'igiene delle mani possono rappresentare una barriera di sicurezza e uno stimolo per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni. Il loro coinvolgimento dovrebbe essere adeguatamente evidenziato all'interno della strategia multimodale per l'igiene delle mani.

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT		
DOMANDE	**RISPOSTE**	**PUNTEGGIO**
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:		
E.1.1 - Esiste un team definito?	NO	(0)
	SÌ	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	(0)
	SÌ	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	NO	(0)
	SÌ	5
E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?		
E.2.1 - Direzione generale?	NO	0
	SÌ	(10)
E.2.2 - Direzione sanitaria?	NO	0
	SÌ	(5)
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	NO	0
	SÌ	(5)

TOT = 20 + 25 = 45

A.S.L. LATINA
UOSD Direzione Medica
Fondi - Terracina
Direttore Sostituto
Dott. Fabrizio Turchetta

P.O. CENTRO TERRACINA - FONDI

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE *(continua)*		
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT		
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

TOT = 25

TABELLA E1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT			
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.			
Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture.			
Preparare e inviare una lettera per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull'igiene delle mani.			
Istituire un comitato per attuare il piano d'azione locale della Struttura.			
Stabilire riunioni regolari per avere un feedback e rivedere il piano d'azione di conseguenza.			
Elaborare un piano per pubblicizzare le attività di igiene delle mani in tutta la Struttura utilizzando, se disponibili, le competenze interne di comunicazione.			
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.			
Avviare attività di sostegno per i pazienti (ad esempio, fornire opuscoli informativi sull'igiene delle mani ai pazienti e pianificare sessioni educative).			
Considerare la possibilità di iniziative per premiare o riconoscere comportamenti virtuosi da parte di singoli operatori sanitari, reparti o servizi.			
Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali dei dirigenti apicali.			
Pianificare la produzione di materiali di formazione supplementari o l'organizzazione di attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.			

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

A.S.L. LATINA
UOSD Direzione Medica
Fondi - Terracina
Direttore Sostituto
Fabrizio Turchetta

TABELLA E2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE
CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT
INADEGUATO (punteggio: 0-25) — **BASE (punteggio: 26-50)**
• **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'antimicrobicoresistenza); 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 di un CCICA e definizione del suo Gruppo Operativo

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Regolamento del CCICA
- Adozione del PAICA secondo le indicazioni regionali

  NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

INDICATORI DI PROCESSO

- Monitoraggio delle azioni previste nel PAICA

NB: in base alle specifiche esigenze locali, le Strutture potranno integrare gli indicatori sopra elencati con altri (di struttura, di processo e di esito), purché sia garantito il rispetto dei contenuti del documento.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
LATINA

REGIONE
LAZIO

Dipartimento di Governance della Rete Ospedaliera e Area Critica
UOC Direzione Medica di Presidio Dea I
Sede di Formia
Tel. 0771/779501 Fax 0771/320016
Mail: direzionemedica.posud@ausl.latina.it
Pec: amministrazione@pec.ausl.latina.it

Oggetto: Adozione del "PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI" - Anno 2026

Ospedale Dono Svizzero di Formia

Come dall'oggetto, previsto dalla Determinazione Regionale del 26 Febbraio 2021, è stata effettuata l'autovalutazione tramite i questionari previsti dal Piano per ognuno delle 5 Sezione, sulla base dei risultati è stato elaborato un Piano di Azioni locale di miglioramento di seguito descritte:

- SEZIONE "A". REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI"
  risultato punteggio = **100 (AVANZATO)**-
  Azione locale di miglioramento:
  nessuna

- SEZIONE "B": FORMAZIONE DEL PERSONALE"
  risultato punteggio= **45 (BASE)**
  Azione locale di miglioramento
  - pianificare la formazione sull'igiene delle mani incentrata sul Piano di Intervento"
  - formazione degli Operatori Sanitari: progettare un programma di formazione obbligatoria per tutte le categorie professionali almeno una volta l'anno e realizzare un sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione.

- SEZIONE "C" VALUTAZIONE:, MONITORAGGIO E FEEDBACK
  risultato punteggio= **35 (BASE)**
  Azione locale di miglioramento:
  rivedere le attività di valutazione e feedback: osservazione della compliance sull'igiene delle mani; definizione della cadenza e delle modalità di esecuzione delle attività di osservazione;
  definire un sistema per registrare e riportare i risultati al personale sanitario.

- **SEZIONE "D": COMUNICAZIONI PERMANENTE**
  risultato punteggio **= 80 (AVANZATO)**
  Azione locale di miglioramento:
  nessuna

- **SEZIONE "E": CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT**
  risultato punteggio **= 50 (BASE)**
  Azione locale di miglioramento:
  istituire un team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani e per attuare il piano d'azione locale della struttura

Direttore Medico Sostituto
UOC Direzione Medica Dea I Formia
Dott.Nunzio Maria Manciagli

AZIENDA USL LATINA
DEA I Formia
UOC Direzione Medica
Dott. Nunzio Maria Manciagli
Direttore Medico Sostituto

CRRC REGIONE LAZIO

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE PER LE STRUTTURE

P.O. SUD - FORMIA -

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
DOMANDE	**RISPOSTE**	**PUNTEGGIO**
A.1 - Nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani?	Non disponibile	0
	Disponibile solo in alcuni reparti o in modo discontinuo	5
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo	10
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza nella maggior parte dei reparti	30
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo in ogni punto di assistenza	(50)
A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?	Meno di 1:10	0
	Almeno 1:10 nella maggior parte dei reparti (almeno il 75 % dei reparti)	5
	Almeno 1:10 nell'intera Struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento e in terapia intensiva	(10)
A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?	NO	0
	SÌ	(10)
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	NO	0
	SÌ	(15)
A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	(15)

TOT. 100

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

AZIENDA USL LATINA
DEA I Formia
UOC Direzione Medica
Dott. Nunzio Maria Manciagli
Direttore Medico Sostituto

P.O. SUD - FORMIA

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE		
DOMANDE	**RISPOSTE**	**PUNTEGGIO**
B.1 Formazione degli operatori sanitari		
B.1.1 Nella Struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull'igiene delle mani?	Mai	0
	Una tantum	(5)
	Formazione continua per il personale infermieristico e medico o per tutte le categorie professionali almeno una volta all'anno	10
	Formazione obbligatoria per tutte le categorie professionali di neoassunti e successive formazione continua periodica almeno una volta all'anno	20
B.1.2 - Esiste un Sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	NO	(0)
	SÌ	20
B.2 - Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali		
B.2.1 Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	(5)
B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale	NO	(0)
	SÌ	5
B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani	NO	0
	(SÌ)	(5)
B.2.4 Poster informativi	NO	0
	SÌ	(5)
B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	(SÌ)	(15)
B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	NO	(0)
	SÌ	15
B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	(10)

Tot. 45

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

AZIENDA USL LATINA
DEA I Formia
UOC Direzione Medica
Dott. Nunzio Maria Manciagli
Direttore Medico Sostituto

P.O. SUD – FORMIA

SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK		
DOMANDE	**RISPOSTE**	**PUNTEGGIO**
C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)	NO	0
	SÌ	10
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani		
C.3.1 Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SÌ	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SÌ	5
C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0
	SÌ	5
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani **NB**: Rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale		
C.4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai	0
	Irregolarmente	5
	Annualmente	10
	Ogni 3 mesi o meno	15
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≤ 30%	0
	31-40%	5
	41-50%	10
	51-60%	15
	61-70%	20
	71-80%	25
	≥ 81%	30
C.5 Feedback		
C.5.1 Feedback immediato: al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	0
	SÌ	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
	SÌ	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
	SÌ	7.5

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

TOT. = 35

AZIENDA USL LATINA
DEA I Formia
UOC Direzione Medica
Dott. Nunzio Maria Manciagli
Direttore Medico Sostituto

P.O. SUD - FORMIA

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)
	SÌ	10
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	NO	0
	SÌ	(15)

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

TOT. = 80

AZIENDA USL LATINA
DEA I Formia
UOC Direzione Medica
Dott. Nunzio Maria Manciagli
Direttore Medico Sostituto

P.O. S.J.D. - FORMIA

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT		
DOMANDE	**RISPOSTE**	**PUNTEGGIO**
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:		
E.1.1 - Esiste un team definito?	NO	0
	SÌ	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0
	SÌ	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?		
E.2.1 - Direzione generale?	NO	0
	SÌ	10
E.2.2 - Direzione sanitaria?	NO	0
	SÌ	5
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	NO	0
	SÌ	5
E.3 - Esiste un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio?	NO	0
	SÌ	10
E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline?		
E.4.1 - Designazione dei "promotori" dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:		
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0
	SÌ	5
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
	SÌ	10
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:		
E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo istituzionale da raggiungere sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0
	SÌ	5
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0
	SÌ	5
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0
	SÌ	5
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	NO	0
	SÌ	5

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

TOT = 50

AZIENDA USL LATINA
DEA I Formia
UOC Direzione Medica
Dott. Nunzio Maria Manciagli
Direttore Medico Sostituto

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL LATINA

REGIONE LAZIO

Presidio Ospedaliero DEA II Livello
U.O.C. Assistenza Farmaceutica
Tel.: 0773/6553073- 3075- 3079 Fax.: 0773/6553074.

Spett.le SERESMI

Oggetto: trasmissione dati sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica ASL Latina I semestre 2025

Si trasmettono i dati in oggetto

Il Dirigente Farmacista
Dott.ssa Valentina Isgrò
F.to

PRESIDIO OSPEDALIERO NORD LATINA GORETTI	TOTALE LITRI SIMPLY	GIORNATE DI DEGENZA
Aree di degenza totale	686 litri	49203
Area Medica	305,5 litri	30147
Area Chirurgica	352 litri	11614
Terapia Intensiva	230,5 litri	4690
Ortopedico Traumatologia	32 litri	2528
Tutte le altre aree	26 litri	224
Aree di non degenza	197,5 litri	0
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRO TERRACINA FIORINI	**TOTALE LITRI SIMPLY**	**GIORNATE DI DEGENZA**
UOC CHIRURGIA GENERALE (U) (TERRACINA-FONDI) - OSP.TERRACINA - RICOVERO ORDINARIO	22,5	3216
UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DEA I - OSP.TERRACINA - RICOVERO ORDINARIO	22,5	2116
UOC MEDICINA GENERALE (TERRACINA-FONDI) - OSP.TERRACINA - RICOVERO ORDINARIO	39,5	3978
Aree di non degenza	dati non ricevuti	
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRO FONDI SAN GIOVANNI DI DIO	**TOTALE LITRI SIMPLY**	**GIORNATE DI DEGENZA**
UOSD OSTETRICIA GINECOLOGIA OSP.FONDI - RICOVERO ORDINARIO	6,1	1209
UOC MEDICINA GENERALE (TERRACINA-FONDI) - OSP.FONDI - RICOVERO ORDINARIO	10	3159
Aree di non degenza	dati non ricevuti	
PRESIDIO OSPEDALIERO SUD FORMIA DONO SVIZZERO	**TOTALE LITRI SIMPLY**	**GIORNATE DI DEGENZA**
Aree di degenza	dati non ricevuti	dati non ricevuti
Aree di non degenza	dati non ricevuti	

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
LATINA

REGIONE
LAZIO

Direzione Medica Ospedale "S.M. Goretti" di Latina
UOC Direzione Medica DEA II
UOS Igiene
Ufficio Igiene
Tel. 07736553514 -6128
direzionesmgoretti@ausl.latina.it
ufficioigiene.ponord@ausl.latina.it

Seresmi@pec.inmi.it

Oggetto: *Monitoraggio adesione alla buona pratica di igiene delle mani ASL Latina/Ospedale S.M.Goretti.*

Su indicazione del responsabile del Rischio Clinico Aziendale si trasmette monitoraggio adesione alla buona pratica dell'igiene delle mani ASL Latina/Ospedale S.M.Goretti per l'anno 2025.

Cordiali saluti

Direttore Medico DEA II
Dottssa T.C.Coluzzi

ASL LATINA
Ospedale "S. M. GORETTI" Latina
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DEA II
DIRETTORE MEDICO f.f.
Dott.ssa TERESA CECILIA COLUZZI

Direttore UOS Igiene
Dott. R.Marrone

ASL LATINA
Ospedale "S. M. GORETTI" Latina
U.O.C. DIREZIONE MEDICA DEA II
DIRIGENTE MEDICO
Dott. RICCARDO MARRONE

Dott.ssa L.Alibardi
UOS Igiene

STRUTTURA /ASL	PRESIDIO	AREA	CATEGORIA PROFESSIONALE	MOMENTO OSSERVATO	OPPORTUNITÀ OSSERVATE (N.)	LAVAGGIO (N.)	SIA (N.)	NESSUNA (N.)	SE NESSUNA	COMPLIANCE
ASL LATINA	PRESIDIO NORD S.M.GORETTI	AREA MEDICA	3.1 Medicina		56	30		26		53,6
			1.1 Infermiere-a		207	105		102		50,7
			2. Operatore di Supporto all'Assistenza (OSS; OTA; OS		74	47		27		63,5
			1.3 Studente (Infermieristica/Ostetricia)		201	123		24		61,2
										#DIV/0!
		AREA INTENSIVA	3.1 Medicina		9	7		2		77,8
			1.1 Infermiere-a		64	36		28		56,3
			2. Operatore di Supporto all'Assistenza (OSS; OTA; OS		61	24		39		39,3
			1.3 Studente (Infermieristica/Ostetricia)		82	40		42		48,8
										#DIV/0!
										#DIV/0!
										#DIV/0!
										#DIV/0!
										#DIV/0!
										#DIV/0!

ALLEGATO 2

AL PARS 2026 DELLA ASL DI LATINA

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI DELLA ASL DI LATINA

Relazione sintetica anno 2025

Latina, 26 gennaio 2026

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI anno 2025

Relazione sintetica a cura del Gruppo di lavoro aziendale “Legionellosi” DGR 460/2024

Direttore Sanitario Aziendale

A) Costituzione del TEAM

Direttore UOC Rischio Clinico

Direttore Dipartimento di Prevenzione

Direttore UOSD SIAN

Direttore SISP

Dirigente TPALL

Direttore UOC Direzione Medica DEA 2

Responsabili UUOOSS Igiene Ospedaliera

Direttore UOC Prof. San. Rete ospedaliera

Direttore UOC Tecnico e Patrimonio

Direttore Dip. Funzione Territoriale

Direttore DSM

RSPP

Direttore UOC Malattie Infettive

Direttore UOC Patologia Clinica

B) Realizzazione della piattaforma documentale

E’ stata realizzata una piattaforma condivisa documentale (continuamente aggiornata) sulla quale vengono caricati puntualmente gli aggiornamenti relativi alle normative, gli esiti analitici, le attività svolte nei reparti eventualmente coinvolti e la corrispondenza tra i servizi. Tale piattaforma è condivisa tra i servizi coinvolti (Direzione Medica, Rischio Clinico, Ufficio Igiene).

```
[InternetShortcut]
URL=file://srvdfslt/fs/Asl-Latina/Legionella%20-
%20Prevenzione%20e%20sorveglianza/
```

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

La valutazione del rischio legionellosi è condotta secondo un approccio sistematico e multidisciplinare, in linea con le Linee Guida nazionali 2015, D.Lgs. 18/2023 e D.G.R. Lazio 460/2024.

L’analisi considera caratteristiche impiantistiche, tipologia della popolazione assistita, precedenti epidemiologici e prestazioni erogate. Include sopralluoghi, censimento dei punti critici, analisi di probabilità/magnitudo e attribuzione di livelli di rischio.

La revisione è annuale, con aggiornamento immediato in caso di:

- modifiche impiantistiche rilevanti;
- variazione della tipologia di utenza assistita;
- positività ricorrenti da Legionella;
- eventi clinici sospetti o accertati.

Misure di controllo principali:

- mantenimento della temperatura ACS ≥60°C nei boiler e circuiti sanitari;
- flussaggi regolari dei punti a basso utilizzo (minimo settimanale);
- disinfezione chimica in continuo (perossido di idrogeno + sali d’argento)
- manutenzione ordinaria e straordinaria impianti idrici e aeraulici, rimozione tratti morti, pulizia di incrostazioni e sedimenti;
- monitoraggio microbiologico periodico, con cadenze trimestrale/semestrale/annuale in base al rischio;
- documentazione sistematica su registri condivisi con Direzione Medica, Ufficio Tecnico, Rischio Clinico.

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

Il monitoraggio ambientale e microbiologico segue il piano di campionamento 2025:

- campioni d'acqua e biofilm prelevati in modalità pre e post-usage flushing dai punti critici, dai rubinetti terminali, dai serbatoi e dai dispositivi per ossigenoterapia;
- frequenze: trimestrale per reparti ad alto rischio, semestrale per rischio medio, annuale per rischio basso/assente; campionamenti ripetuti trimestralmente per un anno dopo positività prima di tornare alla routine.

I risultati, annotati nei registri ufficiali e condivisi con Ufficio Tecnico, Rischio Clinico e Direzione Medica, mostrano che le misure di controllo mantengono generalmente la Legionella entro limiti accettabili. Eventuali positività sono gestite con interventi immediati, inclusi shock chimici (impianto e boyler), termici (boyler), flussaggi intensivi e sostituzione dei filtri terminali. Il protocollo prevede la ripetizione dei campionamenti fino a negativizzazione certificata.

In estrema sintesi:

1. Quadro generale *- La stragrande maggioranza dei campioni (acqua calda e fredda, terminali e centrali) risulta:*

- *NEGATIVA (per PCR)*
- *oppure con valori <10 UFC/L (metodo colturale), quindi non significativa secondo le linee guida. Questo indica che l'impianto idrico è globalmente sotto controllo e che esiste un programma di monitoraggio regolare e capillare.*

2. ***Episodi puntuali di positività*** *- Ci sono poche positività isolate, tutte ben circoscritte. In tutti i casi:*

- *non c'è coinvolgimento sistemico dell'impianto*
- *non si osserva persistenza nel tempo (i controlli successivi risultano negativi).*

Questo suggerisce che gli interventi correttivi sono efficaci (flussaggi, shock termico/chimico)e, di conseguenza, una buona gestione del rischio Legionella

Conclusione complessiva

- *L'ospedale presenta un sistema di controllo Legionella ben strutturato*
- *Le positività sono rare, localizzate e non persistenti*
- *Non emerge un rischio diffuso né una colonizzazione stabile dell'impianto*
- *Il profilo è compatibile con una situazione sotto controllo sanitario, con sorveglianza adeguata e interventi tempestivi*

Integrazione clinico-epidemiologica e sistema di sorveglianza PREMAL

Il sistema di gestione integra sorveglianza clinica e ambientale, conforme al D.M. 07/03/2022 (PREMAL) e D.Lgs. 18/2023.

Obiettivi:

- intercettare precocemente casi sospetti o accertati di legionellosi;
- monitorare appropriatezza diagnostica nelle polmoniti;
- correlare tempestivamente dati clinici e ambientali.

La sorveglianza clinica prevede analisi annuale dei casi di polmonite con test specifici, segnalazione immediata entro 12h al Servizio di Igiene tramite PREMAL e attivazione di indagini ambientali.

In caso di cluster o positività persistente, il monitoraggio ambientale è intensificato, con coordinamento tra Direzione Medica, UOC Rischio Clinico, Laboratorio Microbiologia e Ufficio Tecnico.

Questo approccio dinamico garantisce un controllo continuo e documentato del rischio, con misure proporzionate e tempestive per proteggere pazienti e operatori.

E) Sintesi del piano di miglioramento e azioni correttive

Il piano di miglioramento include:

- aggiornamento del censimento impiantistico;
- aggiornamento continuo (e, comunque, almeno annuale) del documento di Analisi del Rischio da Legionella;
- riduzione dei ristagni e ottimizzazione dei tratti morti;
- revisione delle procedure di manutenzione e pulizia dei dispositivi a rischio aerosol (ossigenoterapia e umidificatori);
- affinamento del piano di campionamento per i siti critici.

Le azioni correttive, applicate in caso di positività, comprendono:

- shock chimici/termici mirati;
- flussaggi intensivi;
- filtri terminali temporanei;
- ripetizione dei campionamenti fino a negativizzazione confermata.

F) Pianificazione delle azioni di supporto previste

Azioni di supporto strutturate e continuative:

- formazione e aggiornamento periodico del personale tecnico e sanitario;
- informazione operativa su buone pratiche (flussaggi, manutenzione dispositivi);
- audit periodici almeno annuali, condotti dal TEAM ed Auditor interni, con eventuale consulenza tecnica esterna;
- documentazione e conservazione dei rapporti presso Direzione Medica e Ufficio Tecnico;
- riesame dei risultati per ottimizzazione continua delle procedure.

ALLEGATO 3

AL PARS 2026 DELLA ASL DI LATINA

REPORT ANNUALE DEL COMITATO PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) DELLA ASL DI LATINA SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL LATINA

REGIONE LAZIO

REPORT ANNUALE DEL COMITATO PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA) DELLA ASL DI LATINA SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Rendicontazione attività svolte nell'anno 2025

Programmazione attività per l'anno 2026

Approvato dal CC-ICA della ASL di Latina nella seduta del 28/01/2026

INDICE

1. Introduzione e situazione attuale dell'attività di prevenzione, sorveglianza e controllo delle ICA nella ASL di Latina pag. 3

2. Resoconto delle attività per la gestione del rischio infettivo svolte nell'anno precedente pag. 8

3. Obiettivi e attività per la gestione del Rischio infettivo programmate per l'anno in corso pag. 16

1. INTRODUZIONE E SITUAZIONE ATTUALE DELL'ATTIVITÀ DI PREVENZIONE, SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE I.C.A. NELLA ASL DI LATINA

L'Azienda Sanitaria Locale di Latina, con Deliberazione del Direttore Generale n. 360 del 23 Giugno 2011, ha istituito il Comitato per la Sorveglianza e il Controllo delle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.) con individuazione dei componenti; con deliberazione n. 541 del 29 settembre 2011 è stata deliberata l'integrazione dei componenti del CIO; con deliberazione n. 396 del 15/09/2016 è stato modificato il nome in Comitato per la Sorveglianza e il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) con adozione del Regolamento e rideterminazione della composizione; con deliberazioni n. 344 del C.S. del 24/04/2018, n. 1392 del D.G. del 10/12/2020 e n. 286 del 05/03/2024 è stata rideterminata la composizione del CC-ICA. Con quest'ultima delibera, inoltre, sono stati istituiti i gruppi operativi aziendali per le sorveglianze, la prevenzione e il controllo delle I.C.A. e nominati i relativi membri e referenti per il Presidio Nord, per il Presidio Sud, per il Territorio. Successivamente, con Delibera n. 1170 del 23/10/2025 è stata rideterminata la composizione del CC-ICA e dei componenti dei Gruppi Operativi Aziendali. Infine, con delibera n. 140 del 10/02/2026 è stato aggiornato il Regolamento del CC-ICA.

Il suddetto Comitato ha le seguenti funzioni:

- elaborare, monitorare ed implementare un programma annuale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (I.C.A.);

- promuovere e programmare gli interventi di formazione del personale;

- promuovere la raccolta dati sulla incidenza e prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza, sulla distribuzione delle antibiotico-resistenze e dei microrganismi multi farmaco resistenti;

- segnalare la comparsa di epidemie ed eventi sentinella associati alle pratiche assistenziali;

- validare e diffondere linee guida sull'utilizzo appropriato degli antibiotici, dei presidi e dei dispositivi medici e sulle procedure di disinfezione e sterilizzazione;

- avviare programmi di sorveglianza e controllo nelle aree di cura ad elevato rischio di I.C.A.;

- avviare programmi di prevenzione, monitoraggio e indagini di incidenza delle infezioni del sito chirurgico;

- validare e diffondere protocolli assistenziali mirati alla riduzione del rischio infettivo/biologico per assistiti, operatori ed altri soggetti coinvolti nel processo di cure

- monitorare l'applicazione delle linee guida e di protocolli mirati per il controllo delle ICA

- definire nell'ambito di specifiche tematiche, la formazione di gruppi operativi locali, le cui iniziative si coordinano con l'attività del CC-ICA.

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

- il miglioramento delle qualità dell'appropriatezza delle prestazioni erogate
- la riduzione del consumo di antibiotici
- la riduzione delle ICA e della durata di degenza
- la riduzione delle richieste di risarcimento.

Nel territorio della Azienda Sanitaria Locale di Latina insistono 4 Ospedali a gestione diretta: Ospedale "S. Maria Goretti" di Latina; Ospedale "A. Fiorini" di Terracina; Ospedale "S. Giovanni di Dio" di Fondi; Ospedale "Dono Svizzero" di Formia. Sono presenti, presso le Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero Nord e Sud dell'Azienda, delle Unità operative semplici di "Igiene e tecnica ospedaliera" e presso l'Ospedale S.M. Goretti di Latina è collocata la UOC di Malattie Infettive con stanze di isolamento.

I dispenser di gel idroalcolico sono posizionati in tutte le Unità Operative e negli spazi comuni, e precisamente: all'entrata delle stanze, lungo i corridoi, sui carrelli e in tasca agli operatori; durante la Giornata Mondiale sul "Lavaggio delle Mani" viene effettuato, tra l'altro, un SWR per verificare la presenza dei dispenser di gel idroalcolico mentre la Farmacia Ospedaliera calcola periodicamente la quantità di gel idroalcolico consumata dagli operatori sanitari e da tutti coloro che accedono alle unità di degenza.

Vengono effettuate inoltre tutte le attività previste dal Piano Regionale per l'Igiene delle mani, con elaborazione del Piano locale per l'Igiene delle mani per tutti i 4 Ospedali a gestione diretta della ASL, che vengono riportati come allegati al PARS.

Ulteriore attività in fase di implementazione è la verifica della compliance della corretta igiene delle mani da parte degli operatori sanitari.

E' attivo il monitoraggio epidemiologico dei germi alert per tutti gli Ospedali della ASL e la sorveglianza attiva per la ricerca di Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) da tampone rettale. Sono attuate: la Sorveglianza delle batteriemie da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi e la Sorveglianza della resistenza verso ceftazidime/avibactam. Viene altresì monitorato il consumo di antibiotici in DDD e di soluzione idroalcolica, con partecipazione alla Sorveglianza nazionale CSIA, a cura della UOC Farmacia ospedaliera. Vengono elaborati, inoltre, dei report periodici sulla sorveglianza delle infezioni e sul monitoraggio dell'antimicrobico-resistenza.

Riguardo alla Formazione, sono stati organizzati corsi sulle I.C.A. sia a livello aziendale riguardanti l'appropriatezza della terapia antibiotica e le infezioni correlate all'assistenza, i modelli di gestione della Sepsi, l'antimicrobico-resistenza, sia a livello di Presidio con formazione sul campo per la gestione dei patogeni MDR (ad es. *Klebsiella pneumoniae*). Inoltre nel 2025 è stata effettuata una intensa attività formativa, culminata con l'organizzazione dell'Evento formativo, in collaborazione con INMI Spallanzani, svoltosi a Latina il 16/06/2025 e poi disponibile online per tutti gli operatori: "Contrasto alle Infezioni correlate all'Assistenza nella ASL di Latina" (Modulo C PNRR Missione 6 Salute, Componente 2 – Investimento 2.2)

Sono state svolte e monitorate dalle competenti strutture aziendali le attività previste nella Delibera 302/2024 "Recepimento delle procedure e documenti, e di ulteriori iniziative necessarie alla prevenzione delle I.C.A., approvate dal CCICA il 07/02/2024 inerenti la prevenzione delle ICA in tutti gli Ospedali della ASL di Latina (Latina, Formia, Terracina, Fondi).

Al PARS 2026 sono allegati i seguenti documenti richiesti dalla Regione Lazio: il Piano di azione locale per l'Igiene delle mani (PALIM), il Programma di controllo della legionellosi, e il Report annuale del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) della ASL dei Latina sulle Infezioni Correlate all'Assistenza.

Nella ASL di Latina è funzionante l'attività di Antimicrobial stewardship. Nel 2025 è aumentato il numero di consulenze attive effettuate a cura della UOC Malattie infettive dell'Ospedale S.M. Goretti di Latina con svolgimento delle 4 azioni previste. La tematica dell'appropriatezza prescrittiva è stata tema del Corso di formazione aziendale "Antibioticoterapia nel paziente fragile in Ospedale e nel Territorio" e del Progetto Formativo Interdisciplinare "L'Appropriatezza prescrittiva come modello

clinico” con resoconto dell’andamento della spesa farmaceutica nazionale, regionale e aziendale a cura della UOC Farmacia territoriale.

Nel corso degli anni 2020-2021, per fronteggiare la pandemia da SARS-CoV-2 sono state implementate attività e procedure destinate a prevenire e contenere il rischio di contagio. Negli anni seguenti sono state elaborate le Procedure previste dalla Determinazione Regione Lazio G16501 del 28/11/2022 “Documento di indirizzo sulle Buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni correlate all’assistenza (ICA)”.

Nel mese di novembre 2022, l’ASL di Latina ha partecipato all’Indagine Nazionale sulla prevalenza puntuale delle ICA e sull’utilizzo di antimicrobici, secondo il protocollo ECDC-PPS3, effettuata presso l’Ospedale S.M. Goretti di Latina. Nel 2023, nel 2024 e nel 2025 l’Azienda ha partecipato all’Indagine SPIN-UTI (Sorveglianza attiva Prospettica delle Infezioni Nosocomiali nelle Unità di Terapia Intensiva) (adempimenti PRP 2021-2025, PNCAR) con raccolta ed elaborazione dati sull’incidenza di Infezioni Correlate all’Assistenza nonché sull'uso di antimicrobici nelle Unità di Terapia Intensiva di Latina e di Formia e sulla resistenza antimicrobica nei microrganismi responsabili di tali infezioni.

Nel 2024 e nel 2025 l’ASL Latina ha partecipato all’Indagine di incidenza sulle Infezioni del sito chirurgico promossa a livello regionale e nazionale (protocollo Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico SNICh2) con il coinvolgimento di reparti chirurgici di tutti i 4 Ospedali a gestione diretta (Latina: UOC Chirurgia generale; UOC Neurochirurgia; Formia: UOC Chirurgia generale; UOC Ortopedia e traumatologia, Terracina: UOC Chirurgia generale, Fondi: UOC Ostetricia e ginecologia).

L’ASL di Latina ha finora adottato ogni anno il Piano Aziendale della Prevenzione (PAP), che tra i suoi Programmi prevede il PP10 “Misure per il contrasto dell’Antimicrobico-resistenza”, che consta di numerose attività nel campo della Prevenzione e controllo delle I.C.A. e Antimicrobico-resistenza, alle quali partecipano le strutture aziendali interessate con il supporto del CC-ICA, seguendo la raccomandazione regionale di allineare le misure del PARS e quelle del PAP. Con Determinazione della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio del 23/12/2025 n. G17673 è stato approvato il “Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell’Antibiotico-Resistenza (PARCA 2026-2028), alle cui indicazioni la ASL di Latina si sta uniformando.

Nel 2024 e nel 2025, così come previsto dalla DGR 460 del 28/06/2024, è stato prodotto il documento “Programma di controllo della legionellosi” a cura del gruppo di lavoro aziendale appositamente costituito e allegato al PARS.

Il presente documento per la gestione del rischio infettivo viene elaborato secondo le indicazioni del Centro Regionale del Rischio clinico (tavolo tecnico del 15/12/2025) e contenute nella Nota Regionale U. 0037825 del 15/01/2026 e secondo quanto previsto dalla Determinazione Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)” e contiene le misure approvate dal CC-ICA della ASL di Latina nella riunione del 28/01/2026. In particolare, come già anticipato, in questo PARS, su indicazione regionale vengono predisposte, tra le altre, attività nei seguenti ambiti: monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico, gestione della terapia antibiotica empirica, gestione della sepsi, misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici, monitoraggio del consumo di antibiotici.

2. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO SVOLTE NELL'ANNO PRECEDENTE

Le attività previste e realizzate sono mostrate nella tabella seguente.

Tabella – Resoconto delle attività per la gestione del rischio infettivo svolte nel 2025

Obiettivo 1) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 – Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al controllo e alla prevenzione delle ICA e/o Antimicrobico-resistenza	SI'	Sono stati effettuati diversi corsi formativi aziendali ECM sull'argomento. In particolare: - Evento formativo in collaborazione con INMI Spallanzani svoltosi a Latina il 16/06/2025 e poi disponibile online per tutti gli operatori: "Contrasto alle Infezioni correlate all'Assistenza nella ASL di Latina" (Modulo C PNRR Missione 6 Salute, Componente 2 – Investimento 2.2 - Evento formativo in collaborazione con INMI Spallanzani "Corso di Formazione sulle Infezioni ospedaliere – modulo B" fruito da oltre 1000 dipendenti ASL in modalità FAD - Gestione del rischio clinico e importanza della prevenzione delle ICA (a cura della UOC Rischio clinico, corso FAD online per 500 operatori) - Progetto Formativo Interdisciplinare "L'Appropriatezza prescrittiva come modello clinico" (a cura di UOC Farmaceutica territoriale e UOC Formazione" (varie date) - Progetto Formativo "Ripartiamo dal territorio 2025: il riordino della sanità territoriale e prospettive future" Confronto in un'ottica One Health con MMG e PLS e professionisti aziendali anche su Appropriatezza prescrittiva antibiotica. (varie date)

		Corso ECM “Antibioticoterapia nel paziente fragile in Ospedale e nel Territorio” svoltosi in data 18/12/2025

OBIETTIVO 2) 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		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 2 – Elaborazione del Piano di azione locale sull’Igiene delle mani riguardante gli Ospedali di Latina, Terracina, Fondi, Formia	SI’	Sono stati eseguiti a cura delle Direzioni Sanitarie di Presidio i 5 questionari di autovalutazione ed elaborati i Piani di azione locali e di miglioramento. In particolare, per il **presidio Nord Ospedale di Latina** i livelli raggiunti sono stati i seguenti: SEZIONE A: Avanzato SEZIONE B: Avanzato SEZIONE C: Intermedio SEZIONE D: Avanzato SEZIONE E: Avanzato Per il **Presidio Sud, Ospedale di Formia** i livelli raggiunti sono stati i seguenti: SEZIONE A: Avanzato SEZIONE B: Base SEZIONE C: Base SEZIONE D: Avanzato SEZIONE E: Base Per il **Presidio Centro, Ospedali di Terracina e Fondi,** i livelli raggiunti sono stati i seguenti: SEZIONE A: Avanzato SEZIONE B: Base SEZIONE C: Base SEZIONE D: Avanzato SEZIONE E: Base Sono stati inoltre inviati al Seresmi: il risultato del monitoraggio della Soluzione idroalcolica e il risultato del monitoraggio dell’osservazione della *compliance* dell’Igiene delle mani

OBIETTIVO 3) 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	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 3 - Consolidamento del modello di Sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE e della Sorveglianza delle batteriemie da CRE e di altri germi alert	SI'	E' stato consolidato il modello di Sorveglianza attiva di infezioni/colonizzazioni da CRE con prosecuzione dell'attività di sorveglianza attiva da tampone rettale nei reparti dell'Ospedale Goretti di Latina e nel reparto Rianimazione dell'Ospedale di Formia. Sono proseguite regolarmente nel 2025 la partecipazione alla Sorveglianza Nazionale delle Batteriemie da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (C.R.E.) e alla Sorveglianza regionale degli Enterobatteri resistenti a ceftazidime-avibactam. Sono state messe in atto le misure necessarie per il consolidamento della procedura per migliorare l'aderenza alla circolare ministeriale. E' stato implementato il sistema di segnalazione delle batteriemie da CRE con utilizzo del file pdf editabile e rendicontato attraverso lo "zero reporting". Sono stati elaborati dei Report mensili sul **monitoraggio di germi alert** in pazienti ricoverati nei reparti degli Ospedali della ASL di Latina (Latina, Formia, Terracina, Fondi). In particolare sono stati monitorati i germi alert da sangue/liquor (es. MRSA, VRSA, VRE, CRE, *Acintetobacter baumannii*), CRE da tampone rettale, *Legionella pneumophila*, *Clostridioides difficile*
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 4 - Elaborazione e diffusione dei Report estesi trimestrali sulla Sorveglianza delle Infezioni e sul monitoraggio dell'antimicrobico-resistenza, basati sui dati di Laboratorio, riguardanti gli Ospedali di Latina, Terracina, Fondi, Formia.	SI'	Sono stati elaborati 16 Report estesi di Sorveglianza epidemiologica delle Infezioni e monitoraggio della Antimicrobico-resistenza sulla base dei Dati di Laboratorio per tutti gli Ospedali della ASL di Latina (Latina, Formia, Terracina, Fondi). Sono state inoltre effettuate delle elaborazioni grafiche relative all'incidenza di germi alert da emocoltura/CVC in pazienti ricoverati

		presso l'Ospedale di Latina negli ultimi 5 anni e all'andamento dell'Antimicrobico-resistenza nello stesso periodo temporale
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 5 - Monitoraggio del consumo di antibiotici negli Ospedali della ASL di Latina e nella popolazione della Asl di Latina	SI' Parzialmente	La UOC Farmacia ospedaliera ha raccolto ed elaborato i dati relativi ai consumi dei principali antibiotici nell'anno 2025, espressi in DDD per l'Ospedale S.M. Goretti (per trimestri). (Il report in DDD è stato effettuato solo per l'Ospedale S.M. Goretti di Latina). La UOC Farmacia territoriale ha raccolto ed elaborato i dati relativi ai consumi dei principali antibiotici nell'anno 2025 nel Territorio della ASL di Latina (espresso in DDD)
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 6 - Implementare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani negli Ospedali (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria) e partecipazione alla Sorveglianza nazionale CSIA	SI'	Sono stati elaborati report sul consumo ospedaliero di prodotti per l'igiene delle mani in particolare per l'Ospedale S.M. Goretti di Latina (per trimestri). E' proseguita la partecipazione alla Sorveglianza nazionale CSIA, a cura della referente aziendale, e con dati riferiti agli Ospedali di Latina, Terracina, Fondi, Formia. con report inviati al Seresmi
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 7– Sensibilizzazione al Lavaggio delle mani nelle Strutture Territoriali con Report su Consumo di Soluzione idroalcolica	SI	Effettuato report annuale sul Consumo di Soluzione idroalcolica per tutte le strutture territoriali.
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 8 - Report sulla compliance della corretta igiene delle mani degli operatori sanitari. Il report dovrà riportare una analisi dei dati disaggregata per area assistenziale ospedaliera (Medica; Chirurgica; Critica) e per i servizi territoriali residenziali	SI' parzialmente	E' stato prodotto un Report sulla compliance della corretta igiene delle mani degli operatori sanitari con analisi dei dati disaggregata per area assistenziale ospedaliera (Medica; Chirurgica; Critica) solo per l'Ospedale S.M. Goretti di Latina e inviato al Seresmi come richiesto.
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 9 - Adottare con atto	SI'	Con Delibera n. 396 del 09/04/2025 la ASL

formale un Programma aziendale di contrasto all'antibiotico-resistenza che declini a livello aziendale i principi del PNCAR 2022-2025 secondo un approccio One Health e nomina componenti gruppo		di Latina ha adottato il "Programma aziendale di contrasto all'antibiotico-resistenza e la costituzione del Gruppo aziendale per le politiche di Antimicrobial Stewardship"
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 10 - Ottemperare agli obiettivi di riduzione dei consumi previsti dal PNCAR 2022-2025 (pag. 41 azioni 2.1-2.3) in ambito territoriale, ospedaliero e nella popolazione pediatrica	SI' parzialmente	Sono stati prodotti, a cura della UOC Farmacia Territoriale, dei Report di verifica degli indicatori richiesti dal PNCAR su riduzione consumo inappropriato di antibiotici in ambito territoriale, e nella popolazione pediatrica. Non è stato prodotto il dato relativo all'ambito ospedaliero
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 11 - Implementare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship) con report su valutazione dell'appropriatezza prescrittiva degli antimicrobici in ambito ospedaliero	SI'	Nel corso del 2025 sono stati implementati gli Interventi di Antimicrobial stewardship E' aumentato il numero di consulenze attive effettuate nel 2025 a cura della UOC Malattie infettive dell'Ospedale S.M. Goretti di Latina con svolgimento delle 4 azioni previste. La tematica dell'appropriatezza prescrittiva è stata tema del Progetto Formativo Interdisciplinare "L'Appropriatezza prescrittiva come modello clinico" (a cura di UOC Farmaceutica territoriale e UOC Formazione") con resoconto dell'andamento della spesa farmaceutica nazionale, regionale e aziendale a cura della UOC Farmaceutica territoriale, con evidenziazione della variazione della spesa e dei consumi negli anni, in particolare per gli Antimicrobici. Inoltre, la UOC Farmacia territoriale ha implementato la reportistica trimestrale inviata a tutti i singoli MMG e PLS con indicatori specifici sull'utilizzo degli antibiotici. Per l'ambito ospedaliero, la UOC Farmacia ospedaliera ha curato la reportistica

		riguardante i consumi e l'appropriatezza. La tematica dell'appropriatezza prescrittiva è stata inoltre tema del Progetto Formativo "Ripartiamo dal territorio 2025: il riordino della sanità territoriale e prospettive future" confronto in un'ottica One Health con MMG e PLS e professionisti aziendali anche su Appropriatezza prescrittiva antibiotica. Inoltre è stato organizzato il Corso ECM "Antibioticoterapia nel paziente fragile in Ospedale e nel Territorio" svoltosi in data 18/12/2025. E' in fase di revisione la procedura aziendale sull'Antimicrobial stewardship.
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 12 - **Indagine sull'Incidenza delle Infezioni del sito chirurgico**	SI'	L'Azienda, anche nel 2025, ha partecipato alla Sorveglianza nazionale SNICh2 con il coinvolgimento di reparti chirurgici di tutti i 4 Ospedali a gestione diretta (Latina: UOC Chirurgia generale; UOC Neurochirurgia; Formia: UOC Chirurgia generale; UOC Ortopedia e traumatologia, Terracina: UOC Chirurgia generale, Fondi: UOC Ostetricia e ginecologia). E' in corso il periodo di follow-up e successivamente si procederà all'analisi e invio dei dati alla Regione Lazio. E' stata prodotta la relazione relativa all'anno 2024. In sintesi, per l'indagine di incidenza Snich2, annualità 2024, sono stati sorvegliati 216 pazienti (65 maschi, 151 femmine) per 4 categorie di procedure chirurgiche (Colecistectomia, Laminectomia, Protesi dell'anca, Taglio cesareo) in 6 reparti chirurgici dei 4 Ospedali della ASL di Latina. Nella popolazione sorvegliata il rischio complessivo di infezione del sito chirurgico è stato pari allo 0.46%. Sono stati inoltre raccolti i dati relativi agli Indicatori di struttura e di processo (ISP: consumo di soluzione idroalcolica, aderenza alla profilassi antibiotica perioperatoria, tricotomia, uso di soluzioni antisettiche,

		normotermia del paziente, monitoraggio intensivo del glucosio).
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 13 - Attuazione dei Protocolli aziendali di Terapia per la gestione della Sepsi	SI'	**INDICATORE** Verifica della corretta applicazione, da parte delle U.O., delle indicazioni contenute nel "PDTA Sepsi", anche nel corso di una giornata formativa Allo scopo è stata indetta una giornata dedicata formativa/di verifica in data 28/11/2025 dal titolo "LA SEPSI: uptodate 2025. Focus sulla terapia antibiotica empirica in particolari contesti" in cui gli operatori /professionisti aziendali hanno verificato e discusso sulla corretta applicazione, da parte delle U.O., delle indicazioni contenute nel "PDTA Sepsi" anche attraverso l'esame di casi clinici.
ALTRE ATTIVITÀ RILEVANTI SVOLTE NEL 2025 E NON INDICATE NEL PARS:		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
PARTECIPAZIONE ALL'INDAGINE NAZIONALE SPIN-UTI sull'Incidenza delle I.C.A. e ATBR nelle UOC Rianimazione di Latina e di Formia	SI'	Anche nel 2025 la ASL di Latina ha partecipato all'Indagine nazionale SPIN-UTI anche per l'anno 2024 (Sorveglianza attiva Prospettica delle Infezioni Nosocomiali nelle Unità di Terapia Intensiva) con raccolta ed elaborazione dati sull'incidenza di Infezioni Correlate all'Assistenza nonché sull'uso di antimicrobici nelle Unità di Terapia Intensiva di Latina e di Formia e sulla resistenza antimicrobica nei microrganismi responsabili di tali infezioni. Attualmente è in corso il mese di follow-up e successivamente si provvederà all'invio ed analisi dei dati. E' stata prodotta la relazione relativa all'anno 2024. In sintesi, riguardo l'indagine di incidenza nelle Terapie intensive SPIN-UTI emerge che l'incidenza di pz ICA è del 20% per la UOC Rianimazione di Latina e del 18,2% per la UOC Rianimazione di Formia (dato Spin-Uti nazionale: 18%), in diminuzione rispetto al 2023, così come la densità di incidenza. Le infezioni principalmente riportate sono

		state le Polmoniti (sia Latina che Formia) e i germi maggiormente isolati da ICA sono stati, come per il 2023, *Klebsiella pneumoniae* a Latina e *Acinetobacter baumannii* a Formia. Il tasso di polmonite associata ad intubazione è risultato in aumento rispetto all'anno precedente a Latina e in lieve diminuzione a Formia. E' da precisare che nel 2024 c'è stato un cambiamento nel sistema di raccolta dei dati.
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Monitoraggio attività previste dalla Delibera n. 302 del 07/03/2024 su Prevenzione ICA	SI'	Sono state svolte e monitorate dalle competenti strutture aziendali le attività previste nella Delibera ASL Latina 302/2024 "Recepimento delle procedure e documenti, e di ulteriori iniziative necessarie alla prevenzione delle I.C.A., approvate dal CCICA il 07/02/2024 inerenti la prevenzione delle ICA in tutti gli Ospedali della ASL di Latina (Latina, Formia, Terracina, Fondi)
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività relative al PP10 "Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-resistenza" del Piano Aziendale della Prevenzione (PAP) 2025	SI'	Sono state svolte le attività previste per il PP10 del Piano Aziendale della Prevenzione 2025 e rendicontate nella Piattaforma Regionale dedicata a cura dei Referenti aziendali.

3. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO PROGRAMMATE PER L'ANNO IN CORSO

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

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

B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;

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

E, inoltre, sono stati inseriti gli obiettivi strategici stabiliti a livello regionale (Nota Regione Lazio U 0037825 del 15/01/2026). In particolare, come già anticipato, in questo PARS, su indicazione regionale vengono predisposte, tra le altre, attività nei seguenti ambiti: monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico (compresa la profilassi antibiotica perioperatoria), gestione della terapia antibiotica empirica, gestione della sepsi, misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici, monitoraggio del consumo di antibiotici secondo la classificazione AWARE.

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

Al fine del raggiungimento degli obiettivi strategici stabiliti a livello regionale (Nota Regione Lazio U 0037825 del 15/01/2026), la ASL di Latina ha programmato per il 2026 le seguenti attività, così come approvate dal CC-ICA nella seduta del 28/01/2026 (tabella successiva).

Tabella – Attività programmate per l'anno 2026

Obiettivo 1) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.

ATTIVITÀ 1 – Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al controllo e alla prevenzione delle I.C.A. e/o Antimicrobico resistenza		
INDICATORE Esecuzione attività formativa/informativa su controllo e prevenzione delle ICA e/o Antimicrobico resistenza		
STANDARD SI		
FONTE UOC Malattie Infettive con la collaborazione di altre UOC quali Rischio clinico, Farmacia , ecc.		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**UOC Malattie Infettive e altre UOC**	**CCICA**
Progettazione delle attività	R	C
Esecuzione delle attività	R	C
Azioni di miglioramento	C	R

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato; NC = Non coinvolto.

OBIETTIVO 2) 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 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi

ATTIVITÀ 2 – Elaborazione del PALIM: Piano locale sull'Igiene delle mani riguardante gli Ospedali di Latina, Terracina, Fondi, Formia			
INDICATORE Elaborazione del Piano 2026 con analisi dei risultati dei questionari di autovalutazione per ogni Presidio Ospedaliero, con l'evidenza dell'invio al Seresmi del risultato del monitoraggio della Soluzione idroalcolica e del risultato del monitoraggio dell'osservazione della *compliance* dell'Igiene delle mani			
STANDARD SI			
FONTE Direzioni Sanitarie di Presidio – UOC Farmacia ospedaliera			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Direzioni di Presidio**	**UOC Farmacia ospedaliera**	**CCICA**
Compilazione e Analisi dei 5 questionari di autovalutazione	R	I	I
Monitoraggio dell'osservazione della *compliance* dell'Igiene delle mani (come da indicazioni Seresmi)	R	I	I
Monitoraggio del consumo di Soluzione idroalcolica (SIA) secondo le indicazioni Seresmi	I	R	I
Azioni di Miglioramento	R	I	C
Elaborazione del Piano di azione locale	R	I	I

OBIETTIVO 3) 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 - Consolidamento del modello di Sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE e della Sorveglianza delle batteriemie da CRE e di altri germi alert
INDICATORE Prosecuzione e implementazione della sorveglianza attiva nei reparti e della sorveglianza delle batteriemie da CRE e di altri germi alert negli Ospedali della ASL di Latina
STANDARD SI
FONTE CCICA

	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CCICA**	**Direttori UOC Ospedali/ Coordinatori**	**UOC Patologia clinica**	**IAP Epidemiologia Rischio clinico**
Consolidamento modello	R	C	C	C
Segnalazione CRE e altri germi alert	I	I	R	I
Report periodico Monitoraggio epidemiologico germi/pazienti basato sui dati di Laboratorio	I	I	I	R
Sorveglianza attiva nei reparti	C	R	I	I
Azioni di miglioramento	R	C	C	C

ATTIVITÀ 4 – Elaborazione e diffusione dei Report estesi trimestrali sulla Sorveglianza delle Infezioni e sul monitoraggio dell'antimicrobico-resistenza, basati sui dati di Laboratorio, riguardanti gli Ospedali di Latina, Terracina, Fondi, Formia.
INDICATORE 16 report nell'anno 2026
STANDARD 100%
FONTE Servizi di Patologia clinica – IAP Epidemiologia Rischio clinico

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CCICA**	**UOC Patologia clinica**	**I.A.P. Epidemiologia Rischio clinico**
Esami microbiologici	I	R	I
Elaborazione Report	I	I	R
Verifica Report	R	I	I
Azioni di miglioramento	R	I	C

ATTIVITÀ 5 - **Monitoraggio del consumo di antibiotici negli Ospedali della ASL di Latina e nella popolazione della Asl di Latina** (secondo la classificazione AWARE disaggregato per area assistenziale (Medica, Chirurgica, Critica)
INDICATORE Almeno 1 Report su consumo di antibiotici per Ospedale (Latina, Terracina, Fondi, Formia) espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg degenza (disaggregato per aree assistenziali) 1 Report per consumo Territorio (espresso in DDD/abitanti)
STANDARD 100%
FONTE UOC Farmacia ospedaliera – UOC Farmacia territoriale

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CCICA**	**UOC Farmacia ospedaliera**	**UOC Farmacia Territoriale**
Produzione Report Ospedali	I	R	I
Produzione Report Territorio	I	I	R
Verifica Report	R	I	I
Azioni di miglioramento	R	C	C

ATTIVITÀ 6 – Implementare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani negli Ospedali (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria) e partecipazione alla Sorveglianza nazionale CSIA con invio dei dati al Seresmi
INDICATORE Almeno 1 Report per Ospedale su consumo prodotti idroalcolici e partecipazione alla Sorveglianza CSIA con invio dei dati, secondo le modalità richieste, al Seresmi
STANDARD SI
FONTE UOC Farmacia ospedaliera

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CCICA**	**UOC Farmacia ospedaliera**	**Direzioni Mediche di Presidio**
Produzione Report e invio al Seresmi	I	R	I/C
Verifica Report	R	I	I
Azioni di miglioramento	R	C	C

ATTIVITÀ 7 - Sensibilizzazione al Lavaggio delle mani nelle Strutture Territoriali con Report su Consumo di Soluzione idroalcolica
INDICATORE Consumo di Soluzione idroalcolica nelle Strutture territoriali (almeno un report annuale)
STANDARD 100%
FONTE Resp. Funz. Org. Professioni Sanitarie Territoriali

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CCICA**	**Resp. Funz. Org Professioni Sanitarie Territoriali**	**UOC Professioni sanitarie Rete non Ospedaliera**
Azioni di sensibilizzazione al Lavaggio delle mani	C	C	R
Report Consumo soluzione idroalcolica	I	R	I
Azioni di miglioramento	R	C	C

ATTIVITÀ 8 – Report sulla compliance della corretta igiene delle mani degli operatori sanitari. Il report dovrà riportare una analisi dei dati disaggregata per area assistenziale ospedaliera (Medica; Chirurgica; Critica) con analisi dell'andamento rispetto all'anno precedente
INDICATORE Almeno 1 Report per Presidio ospedaliero
STANDARD SI
FONTE Direzioni Presidio/UOC Professioni Sanitarie

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CCICA**	**Direzioni Mediche di Presidio/ UOS Igiene**	**UOC Professioni sanitarie Rete Osp. / Resp. Funz. Org. ICA**
Report Aderenza lavaggio mani Ospedali	I	R	R
Azioni di miglioramento	R	C	C

ATTIVITÀ 9 – Gestione della terapia antibiotica empirica. Aggiornamento Procedura Antimicrobial Stewardship aziendale		
INDICATORE Aggiornamento della Procedura aziendale di Antimicrobial Stewardship		
STANDARD SI		
FONTE CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**CCICA**	**UOC Malattie infettive/UOC Rischio clinico**
Aggiornamento Procedura AS	I	R
Azioni di miglioramento	R	C

ATTIVITÀ 10 – Misure di contrasto alla resistenza agli antibiotici. Implementare programmi di buon uso degli antimicrobici in ambito ospedaliero e territoriale per la riduzione del consumo inappropriato (obiettivo PNCAR)				
INDICATORE Attività aziendali di Antimicrobial stewardship con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza prescrittiva e ridurre il consumo inappropriato di antibiotici in ambito territoriale, ospedaliero e nella popolazione pediatrica (report)				
STANDARD SI				
FONTE UOC Malattie infettive - UOC Farmacia ospedaliera – UOC Farmacia territoriale				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**CCICA**	**UOC Malattie infettive**	**UOC Farmacia ospedaliera**	**UOC Farmacia Territoriale**
Attività di Antimicrobial Stewardship	C	R	C	C
Report Verifica Indicatori consumo in ambito Territoriale	I	I	I	R
Report Verifica Indicatori consumo nella popolazione Pediatrica	I	I	I	R
Report Verifica Indicatori consumo in ambito Ospedaliero	I	I	R	I
Azioni di miglioramento	R	C	C	C

ATTIVITÀ 11 - Indagine sull'Incidenza delle Infezioni del sito chirurgico
INDICATORE Esecuzione di una Indagine di Incidenza delle Infezioni del sito chirurgico in alcune UOC dei Dipartimenti di Area Chirurgica della ASL di Latina (Protocollo SNICh2) anche con verifica aderenza della corretta aderenza alla profilassi antibiotica perioperatoria
STANDARD SI
FONTE UOC Area Chirurgica - CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	**CC-ICA**	**UOC Dip. Area Chirurgica**	**Resp. Funz . Org.Percorso chirurgico**	**Resp. Funz. Org Qualità e Risk Management**	**UOC Flussi informativi**	**I.A.P. Epidemiologia Rischio clinico**
Compilazione scheda Infezioni, dati pazienti (incluso follow-up), Indicatori Struttura e Processo (ISP) tra cui aderenza corretta profilassi antibiotica perioperatoria	I	R	C	I	NC	I
Controllo e Raccolta schede pazienti/infezioni/indicatori con invio alla UOC Rischio clinico	I	C/R	R	C	NC	I
Fornitura dati su giornate degenza Pazienti e altri dati del Sistema Informativo necessari	I	I	I	I	R	I
Controllo ed Elaborazione dati epidemiologici per Indicatori sulle Infezioni del Sito Chirurgico (ISC)	I	I	I	I	NC	R
Organizzazione, Verifica e Azioni di miglioramento	R	C	C	C	I	C

ATTIVITÀ 12 - Attuazione dei Protocolli aziendali di Terapia per la gestione della Sepsi
INDICATORE Verifica della corretta applicazione, da parte delle U.O., delle indicazioni contenute nel "PDTA Sepsi", anche nel corso di una giornata formativa
STANDARD 100%
FONTE UOC Malattie infettive

	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	
Azione	**CCICA**	**UOC Malattie infettive**
Verifica corretta applicazione Protocolli terapia Sepsi	C	R
Azioni di miglioramento	R	C