

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 1 di 39

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

**ISTITUTO FISIOTERAPICO
DI RIABILITAZIONE
"CLARA FRANCESCHINI"
DI SABAUDIA**

Al PARS sono allegati:

"Piano Azione Locale per l'igiene delle mani"

"Programma di controllo della Legionellosi"

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione “Clara Franceschini” di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 2 di 39

INDICE

1. Contesto organizzativo

1.1 Introduzione al PARS 2025. Gestione del Rischio

1.2 Gestione del rischio infettivo

2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

3. Descrizione della posizione assicurativa

4. Resoconto delle attività del Piano precedente

4.1 Resoconto delle attività del PARS “Gestione del Rischio” Anno 2024

4.2 Resoconto delle attività del PARS “Gestione del Rischio infettivo” Anno 2024

5. Matrice delle responsabilità

6. Obiettivi e attività per la Gestione del Rischio

6.1 Obiettivi

6.2 Attività

7. Obiettivi e attività per la Gestione del Rischio Infettivo

7.1 Obiettivi

7.2 Attività

8. Modalità di diffusione del documento

9. Riferimenti normativi, bibliografia e sitografia

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 3 di 39

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" ha iniziato la propria attività nel 1958, è situato nel Comune di Sabaudia, in località "Selvapiana" sulla riva meridionale del Lago di Paola, alle pendici del Monte Circeo e fa parte integrante del Parco Nazionale del Circeo.

Si trova al centro della Provincia di Latina sul cui territorio, esteso 2.256 Kmq, insistono 33 Comuni con una popolazione residente di **566.873** abitanti. L'ambito territoriale della provincia coincide con quello della omonima Azienda Sanitaria Locale.

All'Istituto afferiscono pazienti provenienti in prevalenza dai reparti per acuti dei Presidi Ospedalieri Nord, Centro e Sud della ASL di Latina ma anche da altri Ospedali e strutture private accreditate della Regione Lazio.

L'Istituto è parte integrante della rete dei servizi di riabilitazione della ASL Latina ed opera in stretta integrazione con le strutture di degenza del sistema ospedaliero per i pazienti provenienti dai reparti per acuti.

L'Istituto ha ottenuto la "conferma del titolo autorizzativo e il rilascio di accreditamento istituzionale definitivo" con DCA n. U00044 del 15/02/2013, modificato con DCA n. U00136 del 11/04/2014 ed è accreditato con il Servizio Sanitario Nazionale per la riabilitazione motoria e funzionale, in regime di ricovero ordinario ("Riabilitazione intensiva" - Cod. 56), rivolta a pazienti con patologie dell'apparato locomotore di natura neurologica (esiti di ictus cerebrale ischemico ed emorragico, traumi cerebrali, traumi midollari e vertebrali, traumi del sistema nervoso periferico, interventi neurochirurgici, affezioni degenerative e infiammatorie del SNC e del SNP) e ortopedica (esiti di interventi di impianti protesici articolari, lesioni traumatiche dell'apparato locomotore trattati chirurgicamente e non, interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale, amputazione

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 4 di 39

degli arti inferiori transfemorali e transtibiali, interventi chirurgici per malattie neoplastiche ossee).

L'Istituto è strutturato su tre piani, ha una superficie complessiva di 4.500 mq. ed una capacità recettiva di 96 posti letto autorizzati (di cui 77 accreditati con il SSN) per un totale di 50 camere di degenza con bagno dedicato (n. 10 camere ad un posto letto, n. 34 camere a due posti letto e n. 6 camere a tre posti letto). Dispone di quattro palestre per la fisioterapia e la riabilitazione delle funzioni neuro-motorie, di una piscina e di una vasca neurologica, di laboratorio di analisi cliniche, servizio di radiologia e servizio di urologia.

1.1 Introduzione al PARS 2025 – Gestione del Rischio

Il Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2025 è stato redatto secondo le indicazioni riportate nella Nota della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Prot. n. U.0079798 del 22/01/2025 e sulla base di quanto indicato nel "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)" approvato ed adottato con determina G00643 del 25/01/2022 della Regione Lazio che dal 2022 ha unificato in un unico documento il precedente Piano Annuale di Risk Management (PARM) e il Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) con l'obiettivo di favorire una visione unitaria del rischio sanitario.

La gestione del rischio clinico rappresenta l'insieme delle azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori attraverso il processo di identificazione ed analisi dei rischi, la valutazione del loro impatto potenziale, l'organizzazione delle azioni messe in atto per il controllo, la prevenzione e la gestione delle possibili conseguenze.

Il PARS è lo strumento attraverso il quale l'Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" definisce gli obiettivi per l'anno 2025 e pianifica, promuove e realizza le iniziative per la gestione del rischio, clinico e infettivo, al fine di migliorare la qualità delle cure, prevenire gli eventi avversi e garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori. Obiettivo del PARS è quello di monitorare e ridurre tutti gli eventi che possono arrecare, anche solo potenzialmente, un danno o un grave disagio al paziente durante la degenza nella struttura.

1.2 Gestione del rischio infettivo

La gestione del rischio infettivo riveste un ruolo primario nell'ambito della sicurezza delle cure. La prevenzione e la sorveglianza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) sono essenziali per promuovere la qualità dell'assistenza, riducendo il rischio di infezioni per i pazienti, gli operatori sanitari e i visitatori.

La Direzione dell'Istituto in data 24/04/2015 ha istituito il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) ed ha redatto apposito Regolamento per il suo funzionamento. In

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia	PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025	24/02/2025
		Rev. 0
		Pag. 5 di 39

data 16/03/2018 ed in data 26/10/2018, a seguito di modifiche intervenute nell'organico dell'Istituto, il Comitato è stato aggiornato nella sua composizione ed è attualmente composto da:

- Direttore Sanitario e Risk Manager: Dott. Raffaele Carnevale
- Responsabile Medico di Reparto: Dott. Tommaso Mattioli
- Responsabile Medico della Riabilitazione: Dott. Pierpaolo Antonucci
- Responsabile Laboratorio Analisi: Dott. Antonio Ilario
- Coordinatori Infermieristici: Sig. Giovanni Nallo e Sig.ra Sara Pappalardo
- Coordinatore dei Fisioterapisti: Sig. Luca Nunzio Campagna

In considerazione delle caratteristiche dell'Istituto e della presenza costante di tutti i rappresentanti all'interno dello stesso che consente la facile circolazione delle informazioni ed il coinvolgimento dei professionisti, i componenti del CC-ICA hanno un confronto quotidiano circa le problematiche della struttura. Di norma si riuniscono ordinariamente con cadenza trimestrale e comunque ogni qualvolta si renda necessario.

I componenti del Comitato hanno redatto numerose procedure operative per la prevenzione e la gestione delle patologie infettive in ambiente ospedaliero che hanno poi costituito il Manuale per la gestione del rischio clinico.

In ambito assistenziale una adeguata collocazione del paziente rappresenta una componente significativa delle misure di isolamento. L'Istituto è dotato di 10 camere singole che vengono utilizzate anche per l'isolamento protettivo di pazienti che sono sospetti o riconosciuti di essere infetti con patogeni trasmissibili per contatto e/o droplets e per i quali sono richieste ulteriori precauzioni oltre a quelle standard. In corso di sospetta o comprovata epidemia causata da microrganismi di provenienza intestinale con aumentata possibilità di contaminazione ambientale, l'uso di stanze singole con bagno limita le opportunità di trasmissione, soprattutto quando il paziente fonte ha incontinenza fecale o abitudini igieniche scadenti o non è in grado di contribuire per quel che lo riguarda al mantenimento delle misure di controllo delle infezioni (es. pazienti con stato mentale alterato).

D'intesa con i responsabili di reparto è stato implementato un programma per la corretta gestione e l'utilizzo responsabile degli antibiotici (Antimicrobial Stewardship) finalizzato al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in modo da uniformare e ottimizzare il trattamento delle infezioni, ridurre gli effetti collaterali avversi (es. diarrea da Clostridium difficile) e prevenire l'insorgenza di resistenze anche attraverso il monitoraggio del loro uso e consumo e la sorveglianza degli antimicrobici maggiormente associati al rischio di aumento di resistenze: Carbapenemi (KPC, Pseudomonas, Enterobacter), Chinoloni (MRSA, Pseudomonas, Enterobatteri, MDR-BK), Glicopeptidi (GISA, VRE, VREF), Cefalosporine III/IV gen (Gram-produttori di ESBL).

Per ottimizzare l'adesione alla pratica dell'igiene delle mani, all'interno dell'Istituto, i dispenser di gel idroalcolico sono posizionati nelle medicherie, nelle palestre, negli ambulatori, sui carrelli di terapia e distribuzione dei farmaci, sui carrelli di riordino e cambio biancheria, all'ingresso dei reparti e lungo i corridoi, nelle aree comuni di tutta la struttura e nelle sale d'attesa.

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 6 di 39

Particolare cura viene dedicata alle attività di sanificazione degli ambienti, di disinfezione e di sterilizzazione dello strumentario chirurgico di medicazione. In fase di ricovero il paziente e i familiari vengono informati dal personale medico e infermieristico sul rispetto di una condotta improntata alla prevenzione delle infezioni richiedendo, in particolare, frequenti lavaggi delle mani impiegando i prodotti antisettici e gel idroalcolici presenti in Istituto.

1.3 CONTESTO ORGANIZZATIVO

ISTITUTO FISIOTERAPICO DI RIABILITAZIONE "CLARA FRANCESCHINI"

RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE (COD. 56)

Sede Legale: Piazzale Clodio n. 18, 00195 ROMA

Sede Operativa: Via Selvapiana n. 2, 04016 SABAUDIA (LT)

Tel. 0773 5941 / Fax +39 0773 596175.

E-mail: info@istitutofranceschini.it

PEC: istitutofranceschini@pec.panservice.it

Sito web: www.istitutofranceschini.it

ASL di competenza: LATINA – Codice struttura SSR: 120.214

Ambito di attività: Riabilitazione Intensiva (Codice 56)

Titoli autorizzativi: DCA U00044 del 15/02/2013 – DCA U00136 del 11/04/2014.

Trasparenza: <http://www.istitutofranceschini.it/trasparenza/>

Tabella 4 – Dati strutturali e dati di attività

ISTITUTO FISIOTERAPICO DI RIABILITAZIONE "CLARA FRANCESCHINI"			
DATI STRUTTURALI (DCA n. U00044/2013)			
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE (COD. 56)			
Posti letto ordinari	n. 96	n. 77 Autorizzati e Accreditati	n. 19 Autorizzati
DATI DI ATTIVITÀ ^(A)			
Ricoveri ordinari	n. 733	Anno 2024	

(A): Indicare la fonte del dato e il periodo di riferimento. Ad es. Dati forniti dalla UO... e aggiornati al GG/MM/AAAA.

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 7 di 39

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Il rischio clinico è "la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte".

La Legge 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" persegue l'obiettivo della sicurezza delle cure, della gestione del rischio clinico e della trasparenza nei confronti del cittadino.

L'Istituto attraverso il Risk Manager ha provveduto ad implementare le misure per la prevenzione, la gestione ed il monitoraggio del rischio clinico e si è dotato di un Manuale per la gestione del Rischio Clinico, aggiornato annualmente, nel quale sono stati identificati i rischi che devono essere gestiti e monitorati e sono riportati in modo dettagliato i relativi percorsi clinico-assistenziali, le procedure e le istruzioni operative.

L'Istituto ha provveduto all'inserimento delle Raccomandazioni Ministeriali implementate ed applicabili sull'apposita piattaforma Agenas secondo quanto richiesto dal "Monitoraggio annuale AGENAS sulla implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella"; ha altresì provveduto alla "Compilazione del questionario riguardante la sicurezza e il rischio clinico sulla Piattaforma Informatica predisposta da Agenas, ai sensi del DM 19/12/2022".

Il Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario (PARS), in continuità con le azioni messe in atto nel PARS precedente, ha lo scopo di migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa elevando la soglia del verificarsi di near miss o di veri e propri eventi avversi attraverso l'analisi ed il governo dei principali processi clinico assistenziali e gestionali e l'adozione delle relative azioni preventive e/o correttive.

Le fonti informative utilizzate per l'elaborazione della presente relazione sono costituite dalle schede di Incident Reporting e dalle schede per la rilevazione delle cadute della persona assistita. La scheda rilevazione cadute, oltre a segnalare la caduta accidentale, prende in esame le cause che hanno contribuito al verificarsi dell'evento e le eventuali conseguenze. Per tutti i pazienti, all'ingresso in Istituto, oltre alla valutazione multidimensionale del grado di rischio caduta che rappresenta la base degli interventi assistenziali individuali ed ambientali che devono essere messi in atto da parte degli operatori sanitari per prevenire il rischio e i danni da caduta, viene redatta la Scala di Conley. Per ogni evento il personale medico ed infermieristico, presente in turno, procede all'analisi del caso predisponendo una dettagliata relazione.

In ottemperanza agli obblighi di trasparenza stabiliti dalla Legge 24/2017, al fine di consentire la corretta comprensione dei dati riportati nelle tabelle successive, è necessario precisare alcune definizioni. Si parla di:

- **Evento Evitato o Near miss o "quasi evento"**, quando un errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché viene intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione “Clara Franceschini” di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 8 di 39

- **Evento Avverso** quando un evento inatteso correlato al processo assistenziale determina un danno al paziente non intenzionale e indesiderabile, misurabile in termini di prolungamento della degenza o della disabilità al momento della dimissione.
- **Evento Sentinella** quando l’evento avverso è di particolare gravità tale da determinare un grave danno o morte del paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. L’evento sentinella è potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema. Per la loro gravità è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive. Gli eventi sentinella sono indicati nell'apposito elenco predisposto del Ministero della Salute. Dall’inizio del 2015 l’Istituto, come richiesto dalla Regione Lazio, ha attivato il flusso SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) che ha lo scopo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella, cioè agli eventi avversi di particolare gravità, e alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale.

Nel corso del 2024 si sono verificati n. 5 eventi caduta, regolarmente registrati sul portale regionale Sistema Regionale di Segnalazione (SI.RE.S.), tutti senza danno con prognosi di **0** giorni (cadute accidentali). Dall’analisi delle schede di segnalazione caduta è emerso che i fattori che hanno contribuito all’evento “caduta” sono riconducibili a fattori di rischio intrinseci alla tipologia dei pazienti ricoverati per le attività di riabilitazione intensiva (pazienti anziani, con instabilità posturale e mobilità ridotta e/o con comorbidità multiple) o sono state la conseguenza di imprudenza o di mancata adesione alle disposizioni interne. Nessuno degli eventi accaduti ha richiesto il prolungamento del periodo di degenza.

Tabella 5 – Eventi segnalati nel 2024 (ai sensi dell’art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti (B)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss(A) 1	5	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunicazione (%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunicazione (%)	Sistemi di reporting (100 %) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovigilanza (%) Dispositivo vig. (%) ICA (%) Ecc.
Eventi Avversi(A)	0			
Eventi Sentinella(A)	0			

(A): riportare le definizioni secondo il glossario del Ministero della Salute o come nota alla tabella o all’interno della narrativa. (B): I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi. Si rimanda al documento Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021

1. Rientrano nella categoria Near Miss le cadute accidentali senza danno

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione “Clara Franceschini” di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 9 di 39

Tabella 6 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio (art. 4, c. 3, L. 24/2017)

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2020	0	0	0
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0
2024	0	0	0
Totale	0	0	0

(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.)

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Tabella 7 – Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (Scadenza)	Compagnia Assicurativa	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2019	Polizza n. 380796830 30/04/2019 - 30/04/2020	GENERALI ITALIA SPA	40.000,00	10.000,00	Di Bella
2020	Polizza n. 380796830 30/04/2020 - 30/04/2021	GENERALI ITALIA SPA	40.000,00	10.000,00	Di Bella – Exe Insurance Broker
2021	Polizza n. 380796830 30/04/2021 - 30/04/2022	GENERALI ITALIA SPA	40.000,00	10.000,00	Di Bella – Exe Insurance Broker
2022	Polizza n. 380796830 30/04/2022 - 30/04/2023	GENERALI ITALIA SPA	40.000,00	10.000,00	Di Bella – Exe Insurance Broker
2023	Polizza n. 380796830 30/04/2023 - 30/04/2024	GENERALI ITALIA SPA	40.000,00	10.000,00	Di Bella – Exe Insurance Broker
2024	Polizza n. 2024/07/6320523 30/04/2024 - 30/04/2025	ITALIANA ASSICURAZIONI	40.000,00	10.000,00	Benacquista

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS ANNO 2024

L’Istituto di Riabilitazione “Clara Franceschini” attraverso il PARS ha definito gli obiettivi per l’anno 2024 e le azioni da mettere in atto per migliorare la qualità, l’efficacia delle prestazioni sanitarie e l’efficienza organizzativa e gestionale (attività di formazione e di aggiornamento sulla sicurezza delle cure e sulla gestione del rischio clinico rivolta a tutto il personale, attività di audit per la

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione “Clara Franceschini” di Sabaudia	PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025	24/02/2025
		Rev. 0
		Pag. 10 di 39

verifica della corretta adesione ed applicazione delle procedure di Istituto, analisi sulla corretta tenuta e completezza della documentazione sanitaria per la sicurezza dei processi sanitari, analisi degli indicatori di monitoraggio di rischio clinico, implementazione e/o revisione ed aggiornamento delle procedure, analisi e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti sull'assistenza ricevuta) e per prevenire il verificarsi degli eventi avversi prevenibili ed aumentare il livello di sicurezza della struttura (sistema interno di incident reporting, Safety WalkRound per l'identificazione e l'analisi di eventuali situazioni di rischio, audit sui processi critici, verifica del corretto funzionamento dei dispositivi medici e delle apparecchiature, sicurezza degli operatori sanitari, analisi di eventuali reclami/suggerimenti di interesse per la gestione del rischio) al fine di rendere più sicuro il sistema di assistenza e di cura e perseguire gli obiettivi di appropriatezza, economicità e sostenibilità di gestione.

Di seguito sono riportate le attività approvate con il PARS del 2024 ed attuate nel corso dell'anno.

4.1 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS “GESTIONE DEL RISCHIO” ANNO 2024

Tabella 8 – Resoconto delle attività del PARS per la gestione del Rischio anno 2024

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1		
Progettazione ed esecuzione del corso di formazione "Corretta compilazione della documentazione sanitaria come strumento di controllo e gestione del rischio clinico e di prevenzione del contenzioso medico legale"	SI	Il corso di formazione sulla “Corretta compilazione della documentazione sanitaria” è stato erogato rispettivamente in data 25/11/2024 e in data 27/11/2024 con l'utilizzo della Procedura Gestionale di Istituto (PG n. 01), di allegati e di tutorial. Registrazione delle firme dei partecipanti sul registro interno di formazione
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 2		
Progettazione e realizzazione del corso di formazione “Prevenzione, gestione e segnalazione delle cadute della persona assistita in ospedale (Manuale per la gestione del Rischio Clinico MRC n. 16)”	SI	Il corso di formazione è stato erogato rispettivamente in data 16/12/2024 e in data 18/12/2024 con l'utilizzo della Procedura Gestionale di Istituto (MRC n. 16), documenti di indirizzo e di tutorial. Registrazione delle firme dei partecipanti sul registro interno di formazione
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 3		
Progettazione e realizzazione del corso di formazione “Riabilitazione del paziente	SI	Il corso di formazione è stato erogato rispettivamente in data 23/10/2024 e in data 25/10/2024 con l'utilizzo della Procedura Riabilitativo Assistenziale di Istituto (PRA n.

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 11 di 39

sottoposto ad intervento di amputazione di arto inferiore"		05), di allegati e di tutorial. Registrazione delle firme dei partecipanti sul registro interno di formazione
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 4		
Progettazione ed esecuzione del corso di formazione "Basic Life Support and Defibrillation - BLSD" esecutore per operatori sanitari	SI	Il Corso di formazione "Basic Life Support and Defibrillation - BLSD" esecutore per operatori sanitari, è stato erogato rispettivamente in data 22/03/2024, 11/04/2024 e 12/04/2024

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1		
Revisione della Procedura Gestionale "Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione" (Manuale per la gestione del Rischio Clinico MRC n. 06)	SI	La Procedura Gestionale MRC n. 06 del Manuale per la gestione del Rischio Clinico è stata rivista ed aggiornata sulla base del Documento del Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) del 1 luglio 2024. Il documento e i relativi allegati sono stati distribuiti a tutto il personale
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 2		
Revisione della Procedura Gestionale "Prevenzione del rischio nella gestione dei farmaci - Scheda Unica di Terapia (SUT)" (Manuale per la gestione del Rischio Clinico MRC n. 17)	SI	La Procedura Gestionale "Prevenzione del rischio nella gestione dei farmaci - Scheda Unica di Terapia (SUT)" (Manuale di gestione del rischio clinico MRC n. 17)" è stata rivista ed aggiornata ed il documento è stato distribuito a tutto il personale
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 3		
Realizzazione di n. 2 Audit di verifica della corretta applicazione della Procedura Gestionale "Lesioni da Pressione (LdP) - Prevenzione e trattamento" (Manuale di gestione del Rischio Clinico MRC n. 06)" e sul corretto utilizzo delle medicazioni avanzate	SI	In data 05/07/2024 e in data 18/12/2024 sono stati realizzati n. 2 Audit di verifica sulla corretta applicazione della Procedura Gestionale "Lesioni da Pressione (LdP) - Prevenzione e trattamento (Manuale di gestione del Rischio Clinico MRC n. 06)" e sul corretto utilizzo delle medicazioni avanzate
Attività	Realizzata	Stato di attuazione

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 12 di 39

Attività 4		
Monitoraggio ed analisi dell'attività di Riabilitazione Intensiva (Cod. 56) attraverso indicatori di esito (outcome)	SI	L'attività di Riabilitazione Intensiva è stata monitorata, con cadenza semestrale, sia per i pazienti ortopedici che per i pazienti neurologici, attraverso l'analisi degli indicatori di esito (differenza tra il punteggio medio dell'indice di Barthel in ingresso e in uscita), in riferimento al differenziale dei punteggi medi prestabiliti per l'anno 2024
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 5		
Realizzazione di n. 2 Audit di verifica della corretta compilazione e completezza delle cartelle cliniche "chiuse" secondo i criteri di qualità definiti nella Procedura Gestionale PG n. 01 "Cartella Clinica Integrata"	SI	In data 28/06/2024 e in data 18/12/2024 sono stati realizzati n. 2 Audit di verifica sulla corretta compilazione e completezza della documentazione clinica, con controllo a campione di n. 60 cartelle cliniche (n. 30 CC 1° Sem. + n. 30 CC 2° Sem.) relative ai dimessi nell'anno 2024, secondo i criteri di qualità definiti nella check list formalizzata di verifica. Verbali di audit sottoscritti dal Responsabile Medico di Reparto e dal Responsabile Medico della riabilitazione
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 6		
Realizzazione di n. 2 Audit di verifica della corretta codifica e congruità della SDO-R (Scheda Dimissione Ospedaliera-Riabilitazione), sulla base della Del. Regione Lazio 4 gennaio 2024, n. 2 "Sperimentazione dei nuovi criteri di appropriatezza per l'accesso ai ricoveri in riabilitazione ospedaliera ex art. 6 DM 5 agosto 2021"	SI	Sono stati realizzati n. 2 Audit di verifica, rispettivamente in data 05/12/2024 (controllo esterno da parte della U.O.C. Accreditamento Rete di Offerta della Azienda Sanitaria Locale Roma 1), e in data 11/12/2024 con controllo a campione di n. 60 cartelle cliniche relative ai dimessi anno 2024 (MDC 1 e MDC 8). Analisi della codifica ICD-9-CM delle SDO-R nei campi previsti per le diagnosi e le procedure. Verbali di audit sottoscritti dai Responsabili Medici di reparto e della Riabilitazione
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 7		
Monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti sull'assistenza ricevuta (Customer Satisfaction)	SI	Analisi dei questionari di gradimento ed elaborazione dei dati. Redazione di report annuale per la valutazione della qualità dell'assistenza prestata dalla struttura e condivisione dei risultati

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

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 13 di 39

Attività 1		
Mantenimento della certificazione di Ente terzo - Associazione Svizzera per Sistemi di Qualità e di Management (SQS) per la gestione della qualità (UNI EN ISO 9001:2008) e per il sistema di gestione della sicurezza e della salute dei lavoratori (UNI EN ISO 45001:2018)	SI	L'Associazione Svizzera per Sistemi di Qualità e di Management (SQS), nel periodo dal 10 ottobre 2024 e al 28 ottobre 2024, ha effettuato l'Audit per il mantenimento della certificazione UNI EN ISO 9001:2008 e UNI EN ISO 45001:2018 con esito positivo e rilascio di certificazione di conformità ai requisiti della norma. Rapporto di Audit/Assessment
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 2		
Progettazione e realizzazione del corso di formazione "Gestione della sicurezza e della riservatezza delle informazioni e dei dati (Regolamento Generale RGPD UE n. 679/2016 sulla Protezione dei dati personali e privacy)"	SI	Il corso di formazione è stato erogato rispettivamente in data 12/06/2024 e in data 19/06/2024. Registrazione delle firme dei partecipanti su registro interno di formazione

OBIETTIVO D) PARTECIPARE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1		
Partecipazione alle attività di Risk Management organizzate dal Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)	SI	Il Risk Manager ha partecipato a tutte le riunioni convocate dal Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)

Tabella 8 – Resoconto delle attività per la gestione del Rischio Infettivo anno 2024

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1		
Progettazione e realizzazione del corso di formazione "Prevenzione, sorveglianza, controllo della diffusione e gestione clinica delle Infezioni da	SI	Il corso di formazione è stato erogato rispettivamente in data 04/12/2024 e in data 06/12/2024 con l'utilizzo delle procedure operative interne, tutorial e video. Registrazione delle firme dei partecipanti su registro interno di formazione

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 14 di 39

Clostridium Difficile" (Documento di Indirizzo Regionale per la Prevenzione e il Controllo delle ICA – e Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 - Programma PP10 – PP10A3)		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 2		
Progettazione e realizzazione del corso di formazione obbligatorio "L'igiene delle mani nella prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)" rivolto al personale sanitario di nuova assunzione	SI	Il corso di formazione, rivolto al personale sanitario di nuova assunzione, è stato erogato rispettivamente in data 27/12/2024, in data 30/12/2024 con l'utilizzo di procedure operative interne, documenti di indirizzo, tutorial e video. Registrazione delle firme dei partecipanti su registro interno di formazione
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 3		
Progettazione e realizzazione del corso di formazione "Prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico" (Documento di Indirizzo Regionale per la Prevenzione e il Controllo delle ICA – e Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 - Programma PP10 – PP10A3)	SI	Il corso di formazione è stato erogato rispettivamente in data 11/12/2024 e in data 13/11/2024 con l'utilizzo di procedure operative interne, documenti di indirizzo, tutorial e video. Registrazione delle firme dei partecipanti su registro interno di formazione

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE 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 1		
Consolidamento degli obiettivi previsti nel "Piano di Azione Locale sull'Igiene delle mani 2024"	SI	Le attività previste nel cronoprogramma del "Piano di Azione locale sull'Igiene delle mani" sono state portate a termine entro il 31/12/2024 con il raggiungimento degli obiettivi previsti
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 2		
Aggiornamento dei formatori ed osservatori per il monitoraggio della corretta applicazione della	SI	Nell'ambito del piano per la formazione continua sono stati effettuati n. 2 incontri di aggiornamento, rispettivamente in data 26/06/2024 e 11/12/2024, con i

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 15 di 39

pratica per l'igiene delle mani nell'ambito del piano per la formazione continua		formatori ed osservatori per la corretta applicazione della pratica per l'igiene delle mani formalizzati attraverso verbali di riunione.
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 3		
Monitoraggio della corretta pratica dell'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta (Determinazione Regione Lazio n. G02044 del 26/02/2021)	SI	Gli osservatori hanno effettuato n. 2 sessioni di indagini semestrali di osservazione diretta (1° e 2° semestre) sulla adesione alla corretta pratica dell'igiene delle mani con registrazione dei dati sulla apposita Scheda di Osservazione
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 4		
Monitoraggio del consumo di prodotti antisettici e di soluzione a base alcolica per l'igiene delle mani, espresso in litri/1.000 giornate di degenza ordinaria, con i relativi costi sostenuti	SI	Elaborazione ed emissione con cadenza semestrale del report sui dati di consumo di prodotti antisettici e di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani, espresso in litri/1.000 giornate di degenza ordinaria, con i relativi costi sostenuti

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA CRE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1		
Esecuzione di una indagine di prevalenza puntuale delle ICA associabile alle prestazioni erogate nel 2024 (infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridium Difficile, infezioni del sito chirurgico)	SI	Sono state realizzate n. 2 indagini di prevalenza puntuale delle ICA associabili alle prestazioni erogate nel 2024 rispettivamente in data 06/05/2024 (1° Semestre) e in data 16/12/2024 (2° Semestre)
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 2		
Revisione della Procedura Gestionale "Prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni da Legionella" (Manuale per la gestione del Rischio Clinico MRC n. 14) in recepimento delle	SI	La Procedura Gestionale MRC n. 14 del Manuale del Rischio Clinico, finalizzata alla "Prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni da Legionella", è stata rivista ed aggiornata (Linee di Indirizzo Regione Lazio per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi - DGR_460_2024). Informazione e

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 16 di 39

Linee Guida Ministeriali		distribuzione del documento a tutto il personale
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 3		
Realizzazione di n. 2 Audit di verifica sulla corretta applicazione della Procedura Gestionale "Prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico" (Manuale per la gestione del Rischio Clinico MRC n. 10)	SI	Sono stati realizzati n. 2 Audit di verifica, rispettivamente in data 21/06/2024 e in data 04/12/2024, sulla corretta applicazione della Procedura Gestionale MRC n. 10 attraverso l'analisi di cartelle cliniche integrate con diagnosi secondaria di "Infezione sito chirurgico" esaminate secondo i criteri di qualità definiti nella check list di verifica. Verbali di audit sottoscritti dai Responsabili di reparto
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 4		
Consolidamento delle misure di sorveglianza attiva in ingresso, tramite tampone rettale / coprocultura, dei pazienti a rischio portatori di colonizzazione da CRE	SI	Effettuazione dello screening ai pazienti a rischio accettati per ricovero ordinario secondo i criteri stabiliti nella Procedura Gestionale di Istituto "Prevenzione, sorveglianza e controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE" (Manuale di gestione del Rischio Clinico MRC n. 08)
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 5		
Consolidamento della sorveglianza attiva delle infezioni da Clostridium Difficile; monitoraggio mediante screening dei pazienti diarroici ricoverati che presentano fattori di rischio	SI	E' stato realizzato il monitoraggio mediante screening ai pazienti diarroici che presentano fattori di rischio previsti dalla Procedura Gestionale di Istituto MRC n. 12 (età avanzata, precedenti e recenti ricoveri in ospedali per acuti e/o precedenti e recenti cicli di antibiotico terapia)
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 6		
Monitoraggio microbiologico ambientale sui punti critici per la valutazione dei processi di sanificazione ambientale	SI	Il Servizio Laboratorio Analisi, nell'ambito della sorveglianza epidemiologica delle ICA, ha provveduto con cadenza trimestrale al monitoraggio microbiologico ambientale sui punti critici individuati per la valutazione della contaminazione delle superfici
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 7		
Monitoraggio del consumo di antibiotici, espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg. di degenza), con indicazione del principio attivo, dosaggio e	SI	Elaborazione ed emissione con cadenza semestrale del report relativo al consumo degli antibiotici, espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg. di degenza), con indicazione del principio attivo, dosaggio e forma farmaceutica e dei relativi costi sostenuti

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 17 di 39

forma farmaceutica e dei relativi costi sostenuti		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 8		
Prevenzione e controllo della contaminazione da Legionella nell'impianto idrico e di condizionamento dell'Istituto	SI	In data 29/01/2024 e in data 10/04/2024 si è proceduto alla ricerca quali-quantitativa di Legionella Pneumophila su campioni di acqua (campionamenti programmati e mirati nei punti critici) analizzati da ARPA Lazio sede Territoriale di Latina con esito negativo
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 9		
Sorveglianza attiva dei casi di malattie infettive segnalati dal Responsabile medico di reparto e trasmissione delle schede di notifica obbligatoria di malattia infettiva (Aderenza al Piano Regionale Prevenzione Programma PP10 attività - PP10A6 Sorveglianza e Controllo delle ICA e PL11A5 Integrazione dei sistemi di sorveglianza)	SI	La Direzione Sanitaria ha provveduto alla trasmissione al Servizio Igiene Pubblica della ASL, entro 12 ore dalla comunicazione pervenuta da parte del Responsabile Medico di reparto, di tutte le schede di notifica di malattia infettiva Classe II e del Modulo MI/BASE

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Tabella 9 –Matrice delle responsabilità

AZIONE	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabili Medici Reparto (A)	Direttore Amministrativo	Amministratore Unico/Proprietà
Redazione PARS e proposta di deliberazione	R	R	C	C	C
Adozione PARS con deliberazione entro 28/02/2023	C	C	I	I	R
Monitoraggio PARS	R	R	C	C	I
Pubblicazione PARS sul sito web Trasparenza Istituto	C	C	C	C	R
Trasmissione PARS entro il 28/02/2023 al Centro Regionale Rischio Clinico	R	R	I	I	R

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 18 di 39

(crrc@regione.lazio.it).					
--------------------------	--	--	--	--	--

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

(A) dell'azienda/struttura

6. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO

6.1 Obiettivi per la Gestione del Rischio

L'Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia riconosce la sicurezza dei pazienti e degli operatori come uno dei fattori determinanti per la qualità delle cure e lo pone come primo obiettivo da perseguire. L'Istituto si è dotato di un Manuale per la gestione del Rischio Clinico che viene aggiornato annualmente, nel quale sono descritti gli strumenti, i criteri, le modalità, le responsabilità, gli indicatori messi in atto dall'Istituto e finalizzati alla prevenzione e gestione dei rischi associati alle prestazioni sanitarie erogate.

Il Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario del 2025 intende proseguire e rafforzare le azioni avviate negli anni precedenti per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure. Obiettivo del PARS è quello di monitorare i risultati dei processi implementati e di prevenire e ridurre gli eventi che possono arrecare, anche solo potenzialmente, un danno o un grave disagio al paziente durante la sua degenza in Istituto.

A tal fine vengono considerati strategici gli obiettivi indicati nella Determina Regionale n. G00643 del 25 gennaio 2022, con la quale è stato adottato il "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 11 del 01/02/2022, che sono indirizzati a:

- 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 al 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.
- D.** Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management

6.2 Attività per la Gestione del Rischio

Di seguito vengono elencate le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi definiti al punto precedente.

Tabella 10 – Declinazione attività programmate per l'anno 2025

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
ATTIVITÀ 1 – Progettazione e realizzazione del corso di formazione "Prevenzione e trattamento delle

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 19 di 39

Lesioni da pressione (LDP)" (Manuale per la Gestione del Rischio Clinico MRC n. 06)			
INDICATORE			
Realizzazione di n. 2 edizioni del corso di formazione entro il 31/12/2025			
STANDARD			
Valore atteso: partecipazione del 90% del personale. Registrazione delle firme dei partecipanti sul registro interno di formazione			
FONTE			
Direzione Sanitaria; Risk Manager; Responsabile della formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	R	R
Esecuzione del corso	R	R	C

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
ATTIVITÀ 2 – Progettazione e realizzazione del corso di formazione "Le Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli errori in terapia farmacologica" (Manuale per la gestione del Rischio Clinico MRC n. 17)			
INDICATORE			
Realizzazione di n. 2 edizioni del corso di formazione entro il 31/12/2025			
STANDARD			
Valore atteso: partecipazione del 90% del personale. Registrazione delle firme dei partecipanti sul registro interno di formazione			
FONTE			
Direzione Sanitaria; Risk Manager; Responsabile della formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	R	R
Esecuzione del corso	R	R	C

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
ATTIVITÀ 3 – Progettazione e realizzazione del corso di formazione "Gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure. Prevenzione e gestione degli eventi avversi" per il personale neo-assunto			
INDICATORE			
Realizzazione di n. 2 edizioni del corso di formazione entro il 31/12/2025			
STANDARD			
Valore atteso: partecipazione del 90% del personale. Registrazione delle firme dei partecipanti sul registro			

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 20 di 39

interno di formazione			
FONTE			
Direzione Sanitaria; Risk Manager; Responsabile della formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	R	R
Esecuzione del corso	R	R	C

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI - RISK ANALYSIS				
ATTIVITÀ 1 – Revisione della Procedura Gestionale "Prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (PG N. 09)" (Raccomandazione Ministeriale N. 8; Documento di indirizzo 6 settembre 2021 CRRC Regione Lazio)				
INDICATORE				
Revisione della Procedura Gestionale PG N. 09 (Documento di indirizzo CRRC Regione Lazio)				
STANDARD				
Revisione della Procedura Gestionale entro il 31/12/2025. Valore atteso: 100%				
FONTE				
Direzione Sanitaria; Risk Manager; Responsabili Medici di Reparto; Coordinatori Infermieristici e Riabilitazione				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Responsabili Medici	Coordinatori Inf
Revisione Procedura	R	C	R	C
Diffusione	R	C	R	R
Verifica applicazione	R	C	R	R

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI - RISK ANALYSIS				
ATTIVITÀ 2 – Revisione del Percorso Riabilitativo Assistenziale "Gestione del paziente affetto da esiti di Sclerosi Multipla" (PRA N. 07)				
INDICATORE				
Revisione del Percorso Riabilitativo Assistenziale (PRA N. 07)				
STANDARD				
Revisione Procedura Gestionale entro il 31/12/2025. Valore atteso: 100%				

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 21 di 39

FONTE				
Direzione Sanitaria; Risk Manager; Responsabili Medici di Reparto; Coordinatori Infermieristici e Riabilitazione				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Responsabili Medici	Coordinatori Inf
Revisione Procedura	R	C	R	C
Diffusione	R	C	R	R
Verifica applicazione	R	C	R	R

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.				
ATTIVITÀ 3 – Realizzazione di n. 2 Safety Walk Round per identificare eventuali situazioni di rischio e valutare il livello di applicazione delle principali procedure organizzativo-gestionali finalizzate al miglioramento della sicurezza e della qualità delle cure				
INDICATORE				
Esecuzione di n. 2 Safety Walk Round nel 2025 (area degenza medica ed area riabilitativa-palestre) con elaborazione di report con eventuali azioni di miglioramento				
STANDARD				
Verballi di SWR sottoscritti dal Responsabile Medico di Reparto e dai Coordinatori Infermieristici e della Riabilitazione. Valore atteso 100%				
FONTE				
Direzione Sanitaria; Risk Manager; Responsabili Medici di Reparto; Coordinatori Infermieristici e Riabilitazione				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Responsabili Medici	Coordinatori Inf
Progettazione Attività	R	C	C	C
Esecuzione Attività	R	C	R	R
Analisi Risultati	R	C	R	R
Comunicazione Risultati	R	C	C	C

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.				
ATTIVITÀ 4 – Monitoraggio ed analisi dell'efficacia dell'attività di Riabilitazione Intensiva (Cod. 56) attraverso indicatori di esito (outcome)				
INDICATORE				
Verifica dell'indice di recupero, espresso dalla differenza tra il punteggio medio dell'indice di Barthel in				

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 22 di 39

ingresso (BarthelIN) e dell'indice di Barthel in uscita (BarthelOUT), valutato sia per i pazienti ortopedici che per i pazienti neurologici, in riferimento al differenziale dei punteggi medi prestabiliti per l'anno 2025

STANDARD

Emissione di n. 2 report sull'attività riabilitativa con cadenza semestrale. Valore atteso: 100%

FONTE

Direzione Sanitaria; Risk Manager; Responsabili Medici di Reparto; Coordinatori Infermieristici e Riabilitazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Responsabili Medici	Coordinatori Inf
Progettazione Attività	R	C	C	C
Esecuzione Attività	R	C	R	R
Analisi Risultati	R	C	R	R
Comunicazione Risultati	R	C	C	C

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI - RISK ASSESSMENT

ATTIVITÀ 5 – Realizzazione di n. 2 Audit di verifica della corretta compilazione e completezza della cartella infermieristica e della Scheda Unica di Terapia Farmacologica (S.U.T.) secondo i criteri di qualità definiti nella Procedura Gestionale PG n. 01 "Cartella Clinica Integrata"

INDICATORE

N. 2 Audit di verifica con controllo a campione di n. 60 cartelle cliniche (n. 30 CC 1° Sem. + n. 30 CC 2° Sem.) relative ai dimessi nell'anno 2025. N. di cartelle cliniche integrate esaminate/N. di cartelle cliniche redatte correttamente secondo i criteri di qualità definiti nella check list formalizzata di verifica. Valore atteso > 95%

STANDARD

Verbal di audit sottoscritti dal Responsabile di Reparto e dal Coordinatore Infermieristico. Valore atteso 100%

FONTE

Direzione Sanitaria; Risk Manager; Responsabile Medico di Reparto; Coordinatori Infermieristici

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Responsabili Medici	Coordinatori Inf
Progettazione Attività	R	C	C	C
Esecuzione Attività	R	C	R	R
Analisi Risultati	R	C	R	R
Comunicazione Risultati	R	C	C	C

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 23 di 39

E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI - RISK ASSESSMENT				
ATTIVITÀ 6 – Realizzazione di n. 2 Audit di verifica della corretta codifica e congruità della SDO-R (Scheda Dimissione Ospedaliera-Riabilitazione), sulla base della Deliberazione Regione Lazio 4 gennaio 2024, n. 2 "Sperimentazione dei nuovi criteri di appropriatezza per l'accesso ai ricoveri in riabilitazione ospedaliera ex art. 6 DM 5 agosto 2021"				
INDICATORE N. 2 Audit di verifica con controllo a campione di n. 60 cartelle cliniche relative ai dimessi anno 2025 (MDC 1 e MDC 8). SDO-R senza errori di codifica ICD-9-CM nei campi previsti per le diagnosi e le procedure. Valore atteso > 90%				
STANDARD Verbal di audit sottoscritti dal Responsabile Medico di Reparto e della Riabilitazione				
FONTE Direzione Sanitaria; Risk Manager; Responsabili Medici di Reparto; Coordinatori Infermieristici e Riabilitazione				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Respons. Medico	Resp. Riabilitazione
Progettazione Attività	R	C	C	C
Esecuzione Attività	R	C	R	R
Analisi Risultati	R	C	R	R
Comunicazione Risultati	R	C	C	C
Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato				

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.			
ATTIVITÀ 7 – Monitoraggio e valutazione del grado di soddisfazione e della qualità percepita da parte degli utenti sull'assistenza ricevuta (Customer Satisfaction)			
INDICATORE Analisi dei questionari di gradimento ed elaborazione dei dati anno 2025. Valore atteso 100%.			
STANDARD Report annuale per la valutazione della qualità dell'assistenza prestata dalla struttura; pubblicazione sulla Carta dei Servizi e sul sito web istituzionale.			
FONTE Direzione Sanitaria; Risk Manager; Responsabile Qualità RSGQ			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Responsabile Qualità
Progettazione dell'attività	R	C	R
Esecuzione dell'attività	R	C	R
Analisi risultati	R	C	R

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 24 di 39

Comunicazione risultati	R	C	C
-------------------------	---	---	---

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

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE			
ATTIVITÀ 1 – Mantenimento della certificazione di Ente terzo - Associazione Svizzera per Sistemi di Qualità e di Management (SQS) per la gestione della qualità (EN ISO 9001:2008) e per il sistema di gestione della sicurezza e della salute dei lavoratori (UNI EN ISO 45001:2018)			
INDICATORE Esito positivo della verifica di mantenimento della certificazione entro 31/12/2025			
STANDARD Presenza della certificazione dell'Ente terzo SQS. Rapporto di Audit/Assessment			
FONTE Direzione Sanitaria; Risk Manager; Ente Terzo SQS; Amministratore Delegato			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Ente Terzo SQS	Direzione Sanitaria	Amministratore Delegato
Programmazione Audit	R	C	R
Riesame Direzione	R	C	R
Audit Certificazione	R	C	C

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

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE			
ATTIVITÀ 2 – Progettazione e realizzazione del corso di formazione "Gestione della sicurezza e della riservatezza delle informazioni e dei dati (Regolamento Generale RGPD UE n. 679/2016 sulla Protezione dei dati personali e privacy)"			
INDICATORE Esecuzione di N. 1 edizione del corso di formazione entro il 31/12/2025			
STANDARD Registrazione delle firme dei partecipanti sul registro interno di formazione. Valore atteso: 100%			
FONTE Direzione Sanitaria; Risk Manager; Responsabile della formazione; Responsabile protezione dati			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	Respons. Protezione Dati	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	R	R
Esecuzione del corso	R	R	R

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

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 25 di 39

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE			
ATTIVITÀ 3 – Progettazione e realizzazione di una indagine sul benessere organizzativo attraverso la somministrazione di questionario anonimo ai dipendenti			
INDICATORE Esecuzione dell'indagine sul benessere organizzativo entro il 31/12/2025			
STANDARD Analisi risultati dell'indagine e trasmissione del report ai Responsabili di Reparto. Valore atteso: 100%			
FONTE Direzione Sanitaria; Risk Manager; Responsabile Qualità RSGQ, Responsabile della Formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	Responsabile Qualità RSGQ	Responsabile Formazione
Progettazione Indagine	R	R	C
Esecuzione Indagine	R	R	R
Analisi risultati	R	R	C
Comunicazione risultati	R	C	C
Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato			

OBIETTIVO D) PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT.			
ATTIVITÀ 1 – Partecipazione alle attività di Risk Management organizzate dal Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)			
INDICATORE Numero di presenze alle riunioni organizzate dal CRRC/Numero di riunioni convocate dal CRRC			
STANDARD Partecipazione alle riunioni nel corso dell'anno 2025. Valore atteso: 100%			
FONTE Direzione Sanitaria; Risk Manager; Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC); Ufficio Risorse Umane Istituto			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Centro Regionale Rischio Clinico	Risorse Umane
Convocazione riunione	C	R	I
Partecipazione riunione	R	C	I
Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato			

7. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

7.1 Obiettivi per la gestione del rischio infettivo

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 26 di 39

Il Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario 2025 intende proseguire e rafforzare le azioni avviate negli anni precedenti finalizzate al miglioramento della sicurezza delle cure attraverso la prevenzione, la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali.

Vengono considerati strategici gli obiettivi indicati nella Determina Regionale n. G00643 del 25 gennaio 2022, Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" pubblicata sul BURL n. 11 del 01/02/2022. Gli obiettivi strategici regionali sono stati definiti in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico- Resistenza (PNCAR) e prevedono:

- A)** Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B)** Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- C)** Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

7.2 Attività per la gestione del rischio infettivo

- A)** Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo:
 - 1. (FR) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA;
 - 2. (FR) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici;
- B)** Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi:
 - 1. (M) Allegare il Piano di Azione locale relativo all'anno di interesse;
- C)** Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE:
 - 1. (FR) Definizione/implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE;

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 27 di 39

2. Definizione/implementazione/consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE;
3. (M) Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE;
4. (FR) Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert;
5. (FR) Implementazione delle linee guida sull'antibiotico-profilassi peri-operatoria;
6. Elaborazione di report su:
 - a. Diffusione a livello delle UU.OO. ospedaliere delle colonizzazioni/infezioni da CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento;
 - b. Patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi e dei relativi costi sostenuti.
7. Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento a:
 - a. Prevenzione e controllo delle infezioni da Clostridium difficile;
 - b. Prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico;
 - c. Prevenzione e controllo delle infezioni da catetere urinario;
 - d. Prevenzione e controllo delle infezioni da catetere venoso centrale (CVC);
8. Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA;
9. (M) Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship).

Al fine di raggiungere gli obiettivi strategici stabiliti a livello regionale, l'Istituto per l'anno 2025 ha programmato di svolgere le attività riportate nella Tabella 11.

Tabella 11 – Declinazione attività programmate per l'anno 2025

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO
ATTIVITÀ 1 – Progettazione e realizzazione del corso di formazione "Infezioni di Protesi Articolari o peri-protesiche: percorso diagnostico in riabilitazione intensiva" (Documento di Indirizzo Regionale per la Prevenzione e il Controllo delle ICA e Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 - Programma PP10 – PP10A3 attività formazione sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA - Sorveglianza ISC)
INDICATORE Esecuzione di n. 2 edizioni del corso di formazione entro il 31/12/2025
STANDARD Valore atteso: partecipazione del 90% del personale. Registrazione delle firme dei partecipanti sul registro interno di formazione
FONTE Direzione Sanitaria; CC-ICA; Responsabile Formazione

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 28 di 39

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	CC-ICA	Direzione Sanitaria	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	R	R
Esecuzione del corso	R	R	C

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO			
ATTIVITÀ 2 – Progettazione e realizzazione del corso di formazione obbligatorio "L'igiene delle mani nella prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)" rivolto al personale sanitario di nuova assunzione			
INDICATORE Esecuzione di n. 2 edizioni del corso di formazione entro il 31/12/2025			
STANDARD Valore atteso: partecipazione del 90% del personale. Registrazione delle firme dei partecipanti sul registro interno di formazione			
FONTE Direzione Sanitaria; CC-ICA; Responsabile Formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	CC-ICA	Direzione Sanitaria	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	R	R
Esecuzione del corso	R	R	C

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO			
ATTIVITÀ 3 – Progettazione e realizzazione del corso di formazione "Prevenzione, sorveglianza e controllo delle Infezioni da Legionella" (Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi Deliberazione Giunta n. 460 del 28/06/2024)			
INDICATORE Esecuzione di n. 2 edizioni del Corso di formazione entro il 31/12/2025			
STANDARD Valore atteso: partecipazione del 90% del personale. Registrazione delle firme dei partecipanti sul registro interno di formazione			
FONTE Direzione Sanitaria; CC-ICA; Responsabile Formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	CC-ICA	Direzione Sanitaria	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	R	R

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 29 di 39

Esecuzione del corso	R	R	C
----------------------	---	---	---

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

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE 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 1 – Piano di Azione Locale per l'Igiene delle Mani anno 2025 e consolidamento degli obiettivi previsti nel "Piano di Azione Locale sull'Igiene delle mani 2021-2023"			
INDICATORE Esecuzione attività previste nel "Piano di Azione locale sull'Igiene delle mani 2025" entro il 31/12/2025			
STANDARD Adesione al cronoprogramma del "Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani". Valore atteso: 100%			
FONTE Direzione Sanitaria; CC-ICA; Direzione di Istituto; Coordinatori Infermieristici e Riabilitazione, Osservatori			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	CC-ICA	Risk Manager
Analisi autovalutazione	R	R	C
Consolidamento Piano Azione	R	R	C
Azioni di miglioramento	R	R	C

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

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE 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 2 – Aggiornamento dei formatori ed osservatori nell'ambito del piano per la formazione continua, per verificare ed aggiornare le competenze acquisite per rilevare correttamente e riportare nella Scheda di Osservazione le opportunità secondo il metodo OMS dei cinque momenti			
INDICATORE N. 2 incontri di aggiornamento con i formatori ed osservatori per verificare ed aggiornare le competenze acquisite per rilevare correttamente e riportare nella Scheda di Osservazione le opportunità secondo il metodo OMS dei cinque momenti entro il 31/12/2025			
STANDARD Verbali riunioni di aggiornamento sottoscritti dai formatori ed osservatori. Valore atteso: 100%			
FONTE Direzione Sanitaria; CC-ICA; Coordinatori Infermieristici e della Riabilitazione, Osservatori			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 30 di 39

Azione	Direzione Sanitaria	CC-ICA	Coordinatori Inf.	Osservatori
Progettazione dell'attività	R	R	I	I
Esecuzione dell'attività	R	R	C	C

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

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE 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 3 – Monitoraggio del livello di adesione alla corretta pratica dell'igiene delle mani mediante l'attività di osservazione diretta con registrazione delle opportunità osservate nella Scheda di Osservazione				
INDICATORE Effettuazione indagine semestrale di osservazione diretta con registrazione dei dati sulla Scheda di Osservazione				
STANDARD Emissione n. 2 report entro il 31/12/2025. Valore atteso: 100%				
FONTE Direzione Sanitaria; CC-ICA; Coordinatori Infermieristici e della Riabilitazione; Osservatori				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Direzione Sanitaria	CC-ICA	Coordinatori Inf.	Osservatori
Prog. piano monitoraggio	R	R	I	C
Osservazioni sul campo	C	C	C	R
Realizzazione report finale	R	C	I	R

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

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE 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 4 – Monitoraggio del consumo di prodotti antisettici e di soluzione a base alcolica per l'igiene delle mani, espresso in litri/1.000 giornate di degenza ordinaria, con i relativi costi sostenuti				
INDICATORE Elaborazione con cadenza semestrale del report sui dati di consumo e sui relativi costi sostenuti				
STANDARD Emissione di n. 2 report entro il 31/12/2025. Valore atteso: 100%				
FONTE Direzione Sanitaria; CC-ICA; Responsabile Servizio Economato				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Direzione Sanitaria	CC-ICA	Servizio Economato	

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 31 di 39

Progettazione dell'attività	R	R	C
Esecuzione dell'attività	C	C	R

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

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE-CRE)

ATTIVITÀ 1 – Esecuzione di due indagini di prevalenza puntuale delle ICA associabili alle prestazioni erogate nel 2025 (Infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridium Difficile, infezioni del sito chirurgico)

INDICATORE

Realizzazione, con apposita scheda di rilevazione, di n. 2 rilevazioni puntuali: la prima nel secondo trimestre dell'anno 2025 e la seconda nel quarto trimestre del 2025

STANDARD

Emissione n. 2 report entro il 31/12/2025. Valore atteso: 100%

FONTE

Direzione Sanitaria; CC-ICA; Responsabili Medici di Reparto; Coordinatori Infermieristici

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CC-ICA	Direzione Sanitaria	Responsabili Medici	Coord. Inferm.
Programma e disegno indagine	C	R	C	I
Effettuazione rilevazioni	C	C	R	C
Analisi risultati	R	C	C	C

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

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE-CRE)

ATTIVITÀ 2 – Revisione ed aggiornamento della Procedura Gestionale "Gestione dei Rifiuti Sanitari pericolosi a rischio infettivo" (PG N. 20). RENTRI - Registro Elettronico Nazionale per la Tracciabilità dei Rifiuti

INDICATORE

Revisione ed aggiornamento della Procedura Gestionale PG N. 20

STANDARD

Revisione della procedura entro il 31/12/2025. Valore atteso: 100%

FONTE

Direzione Sanitaria; CC-ICA; Responsabili Medici di Reparto; Coordinatori Infermieristici

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CC-ICA	Direzione Sanitaria	Responsabili Medici	Coordinatori Inf
Revisione Procedura	C	R	R	C

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 32 di 39

Diffusione	C	C	R	R
Verifica applicazione	C	C	R	R

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

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE-CRE)

ATTIVITÀ 3 – Realizzazione di n. 2 Audit di verifica sulla corretta applicazione della Procedura Gestionale "Prevenzione e controllo delle Infezioni del Sito Chirurgico" (Manuale gestione del Rischio Clinico MRC n. 10)

INDICATORE

N. 2 Audit con verifica di N. 6 cartelle cliniche integrate con diagnosi secondaria di Infezione sito chirurgico e reazione infiammatoria da protesi articolari interne (ICD9 CM 998.59, 86.89, 996.66, 996.67) esaminate secondo i criteri di qualità definiti nella check list di verifica. Valore atteso > 95%

STANDARD

Verbal di audit sottoscritti dai Responsabile Medico di Reparto e dai Coordinatori Infermieristici

FONTE

Direzione Sanitaria; CC-ICA; Responsabili Medici; Coordinatori Infermieristici; Responsabile Laboratorio Analisi

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CC-ICA	Direzione Sanitaria	Responsabili Medici	Coordinatori Inf
Progettazione Attività	R	R	C	C
Esecuzione Attività	C	R	R	R
Analisi Risultati	C	R	R	R
Comunicazione Risultati	C	R	R	R

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

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE-CRE)

ATTIVITÀ 4 – Mantenimento delle misure di sorveglianza attiva in ingresso, tramite tampone rettale/coprocoltura, dei pazienti a rischio portatori di colonizzazione da Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE)

INDICATORE

Effettuazione dello screening ai pazienti a rischio accettati per ricovero ordinario eleggibili secondo i criteri stabiliti nella Procedura Gestionale di Istituto MRC n. 06 "Prevenzione, sorveglianza e controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE"

STANDARD

Mantenimento delle misure di sorveglianza attiva nel corso dell'anno 2025. Valore atteso: 100%

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 33 di 39

Fonte				
Direzione Sanitaria; CC-ICA; Responsabile Laboratorio Analisi; Responsabile Medico di Reparto				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Direzione Sanitaria	CC-ICA	Laboratorio Analisi	Responsabili Medici
Progettazione Attività	R	C	R	R
Esecuzione Attività	C	C	R	C

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

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE-CRE)				
ATTIVITÀ 5 – Consolidamento della sorveglianza attiva delle Infezioni da Clostridium Difficile				
INDICATORE Monitoraggio mediante screening dei pazienti diarroici ricoverati che presentano fattori di rischio (età avanzata, precedenti e recenti ricoveri in ospedali per acuti e/o precedenti e recenti cicli di antibiotico terapia con Beta Lattamici, Cefalosporine o Chinolonici)				
STANDARD Report semestrale sorveglianza attiva infezioni da Clostridium Difficile. Valore atteso: 100%				
Fonte Direzione Sanitaria; CC-ICA; Responsabile Laboratorio Analisi; Responsabile Medico di Reparto				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Direzione Sanitaria	CC-ICA	Laboratorio Analisi	Responsabili Medici
Progettazione Attività	R	C	R	C
Esecuzione Attività	C	C	R	R

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

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA CRE - ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP				
ATTIVITÀ 6 – Monitoraggio microbiologico ambientale sui punti critici per la valutazione dei processi di sanificazione ambientale				
INDICATORE Monitoraggio microbiologico con cadenza trimestrale. Sorveglianza ICA				
STANDARD Emissione di Report con cadenza trimestrale. Valore atteso: 100%				
Fonte Direzione Sanitaria; CC-ICA; Responsabile Laboratorio Analisi				

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 34 di 39

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	CC-ICA	Responsabile Lab. Analisi
Progettazione dell'attività	R	R	R
Esecuzione dell'attività	C	C	R

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

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE-CRE)			
ATTIVITÀ 7 – Monitoraggio del consumo di antibiotici, espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg. di degenza, con indicazione del principio attivo, dose e forma farmaceutica e dei relativi costi sostenuti			
INDICATORE Elaborazione di report semestrale sui dati di consumo degli antibiotici			
STANDARD Emissione n. 2 report entro il 31/12/2025. Valore atteso: 100%			
FONTE Direzione Sanitaria; CCICA; Responsabile Deposito Farmaceutico			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	CC-ICA	Responsabile Dep. Farmaci
Progettazione dell'attività	R	R	C
Esecuzione dell'attività	R	C	R

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

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE-CRE)			
ATTIVITÀ 8 – Consolidamento delle misure di prevenzione e controllo della contaminazione da Legionella nell'impianto idrico e di condizionamento dell'Istituto secondo il "Piano di autocontrollo locale del rischio di Legionellosi". Immissione costante di biossido di cloro stabile nell'impianto idrico.			
INDICATORE Campionamenti programmati e mirati di acqua nei punti critici per la ricerca di Legionella. Invio per analisi ad ARPA Lazio. Valutazione dei dati microbiologici			
STANDARD Mantenimento della contaminazione entro i limiti previsti dalla legge (< 100 UFC/L). Risultati dei campionamenti periodici			
FONTE Direzione Sanitaria; CC-ICA			

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 35 di 39

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Direzione Sanitaria	CC-ICA
Progettazione dell'attività	R	C
Esecuzione dell'attività	R	C

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE-CRE)			
ATTIVITÀ 9 – Sorveglianza attiva dei casi di malattie infettive segnalati dal Responsabile medico di reparto e trasmissione delle schede di notifica obbligatoria di malattia infettiva (Aderenza al Piano Regionale Prevenzione Programma PP10 attività - PP10A6 Sorveglianza e Controllo delle ICA e PL11A5 Integrazione dei sistemi di sorveglianza)			
INDICATORE Trasmissione schede di notifica al Servizio Igiene Pubblica ASL entro 12 ore dalla comunicazione da parte del Responsabile Medico di reparto			
STANDARD Valore atteso: 100%			
FONTE Direzione Sanitaria; CCICA; Responsabile Medico di Reparto; Coordinatori Infermieristici			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	CC-ICA	Responsabile Medico Rep.
Progettazione dell'attività	R	C	R
Esecuzione dell'attività	R	C	I

8. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario - PARS 2025 viene approvato e trasmesso al Centro Regionale Rischio Clinico, all'indirizzo crcc@regione.lazio.it, in formato pdf nativo, entro il 28 Febbraio dell'anno solare al quale il documento si riferisce.

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione dell'Istituto assicura la diffusione del documento attraverso la:

- pubblicazione del PARS sul sito internet aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente;
- trasmissione ai Responsabili Medici del Reparto e della Riabilitazione e ai Coordinatori Infermieristici e dei Fisioterapisti per la diffusione a tutti gli operatori sanitari;
- presentazione durante lo svolgimento delle riunioni di Istituto;

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 36 di 39

- presentazione durante i corsi di formazione e di aggiornamento del personale.

9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "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 "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. Circolare Ministero della Salute n. 52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere"
4. Circolare Ministero della Salute n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
5. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
6. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità - il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003
7. EpiCentro (ISS). Infezioni correlate all'assistenza. Moro M L, Nascetti S, Coordinamento inter-regionale del Progetto INF-OSS. Infezioni correlate all'assistenza sanitaria, il progetto INF-OSS. Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere. 2006; (13): 4.
8. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro"
9. Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 "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"
10. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità - SIMES"
11. Ministero della Salute. Circolare n. 0004968 del 02/02/2013 "Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)"
12. Determinazione Regione Lazio n. G01424 del 10/02/2014 Istituzione Gruppo di Lavoro "Comitato Tecnico di Coordinamento Rischio Clinico".
13. Determinazione Regione Lazio n. G04112 del 01/04/2014 "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)"
14. Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03/02/2015 "Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio"

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 37 di 39

15. Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta n. U00563 del 24/11/2015 "Istituzione del Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle ICA (CR-CCICA)"
16. Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23/02/2015 "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti"
17. Regione Lazio. Direzione Salute e Politiche Sociali. Registro Ufficiale U.0388434 del 22/07/2016 "Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Attuativi per i Comitati di controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza della Regione Lazio"
18. Determinazione Regione Lazio n. G12355 del 25/10/2016 "Approvazione del documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella"
19. Determinazione Regione Lazio G12356 del 25/10/2016 "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti'"
20. Decreto Commissario ad Acta Regione Lazio n. U00328 del 04/11/2016 "Approvazione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)";
21. Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"
22. Ministero della Salute. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020 (24 ottobre 2017)
23. Regione Lazio Determinazione n. G16829 del 06/12/2017 "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017"
24. Regione Lazio Decreto del Commissario ad Acta n. U00400 del 29/10/2018 "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico"
25. Regione Lazio Determinazione n. G01226 del 02/02/2018 "Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017"
26. Regione Lazio Direzione Salute e Integrazione socio-sanitaria Determinazione n. G00163 del 11/01/2019 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)".
27. Regione Lazio Direzione Salute e Integrazione socio-sanitaria Determinazione n. G00164 del 11/01/2019 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
28. Ministero della Salute Circolare n. 0035470 del 06/12/2019 "Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).
29. Regione Lazio Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria Nota Registro Ufficiale U.0063179 del 23/01/2020 "Comunicazioni relative all'elaborazione del PARM 2020"

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 38 di 39

30. Regione Lazio Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria Nota Registro Ufficiale U.0884417 del 15/10/2020 avente ad oggetto "Comunicazioni relative all'elaborazione del PARM 2021";
31. Regione Lazio Direzione Salute e Integrazione socio-sanitaria Determinazione n. G02044 del 26/02/2021, Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani". BURL n. 22 Suppl. n. 2 del 02/03/2021
32. Regione Lazio Deliberazione n. 970 del 21/12/2021 "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025". BURL N. 121 del 28/12/2021
33. Regione Lazio. Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione n. G00642 del 25/01/2022 "Adozione del documento di indirizzo sul Consenso Informato".
34. Direzione Regionale Salute e integrazione socio-sanitaria Regione Lazio. Determinazione n. G00643 del 25/01/2022 "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" BURL n. 11 del 01/02/2022.
35. Regione Lazio. Determinazione n. G16501 del 28 novembre 2022, Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)"
36. 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
37. Regione Lazio Centro Regionale Rischio Clinico <https://www.regione.lazio.it/enti/salute/centro-regionale-rischio-clinico>
38. Ministero della Salute. Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure <https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/homeSicurezzaCure.jsp>
39. AGENAS Rischio clinico e sicurezza del paziente. <https://pne2017.agenas.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente>
40. Ministero della Salute – Nuovo coronavirus <http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus>
41. ISS per Covid-19 <https://www.iss.it/en/coronavirus>
42. Rapporti ISS COVID-19 <https://www.iss.it/en/rapporti-covid-19>
43. Regione Lazio Deliberazione 4 gennaio 2024, n. 2 "Recepimento Accordo ex art. 4, co.1, D.Lgs n. 281/1997 e s.m.i., tra il Governo, le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, sul documento recante "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" (Rep. atti n. 124/CSR/2021). Sperimentazione dei nuovi criteri di appropriatezza per l'accesso ai ricoveri in riabilitazione ospedaliera ex art. 6 DM 5 agosto 2021 e approvazione nuovo "Modulo unico per la richiesta di trasferimento in post-acuzie" (Bollettino Ufficiale Regione Lazio n. 3 del 09/01/2024)
44. Regione Lazio. DGR n. 460 del 28/06/2024 "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della Legionellosi"

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2025
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2025		24/02/2025
			Rev. 0
			Pag. 39 di 39

45. Regione Lazio. Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica. Nota Prot. 0079798 del 22/01/2025 "Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2025 (PARS);

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		15/02/2025
	redatto ai sensi del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)		Rev. 03
			Pag. 1 di 20

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNI 2025

Redatto ai sensi del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani, adottato con
Determinazione del 26 febbraio 2021, n. G02044 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)

ISTITUTO FISIOTERAPICO DI RIABILITAZIONE "CLARA FRANCESCHINI" DI SABAUDIA

Allegato al "Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)" ANNO 2025

Revisione del "Piano Azione Locale per l'igiene delle mani" Anni 2021-2023

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione “Clara Franceschini” di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L’IGIENE DELLE MANI		15/02/2025
	redatto ai sensi del “Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani” adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)		Rev. 03
			Pag. 2 di 20

INDICE

1. Premessa
2. Complessità organizzativa ed intensità assistenziale
3. Scopo e campo di applicazione
4. Acronimi, Termini e Definizioni
5. Metodologia di elaborazione del Piano
6. PIANO DI AZIONE LOCALE PER L’IGIENE DELLE MANI PER L’ANNO 2024 - RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ SVOLTE E RISULTATI RAGGIUNTI
6. Interventi, Azioni, Cronologia, Indicatori ANNO 2024
 - 6.1 A – Ambito dei Requisiti Strutturali e Tecnologici
 - 6.2 B – Ambito della Formazione del Personale
 - 6.3 C – Ambito del Monitoraggio e Feedback
 - 6.4 D – Ambito della Comunicazione permanente
 - 6.5 E – Ambito del Clima Organizzativo e Commitment
 - 6.6 Questionario di Autovalutazione
7. PIANO DI AZIONE LOCALE PER L’IGIENE DELLE MANI PER L’ANNO 2025
7. Interventi, Azioni, Cronologia, Indicatori ANNO 2025
 - 7.1 A – Ambito dei Requisiti Strutturali e Tecnologici
 - 7.2 B – Ambito della Formazione del Personale
 - 7.3 C – Ambito del Monitoraggio e Feedback
 - 7.4 D – Ambito della Comunicazione permanente
 - 7.5 E – Ambito del Clima Organizzativo e Commitment
8. Diffusione, verifica e revisione della procedura
9. Riferimenti Normativi
 - 9.1 Normativa di Riferimento
 - 9.2 Bibliografia

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		15/02/2025
	redatto ai sensi del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)		Rev. 03
			Pag. 3 di 20

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

ANNO 2025

redatto ai sensi del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani, adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021, n. G02044 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)

1. PREMESSA

Il Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Lazio ha predisposto il "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" che la Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria ha adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021, n. G02044 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021).

Il provvedimento dispone che tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale effettuino una autovalutazione ed elaborino un Piano di Azione Locale, basato sugli esiti della autovalutazione, entro il termine di quattro mesi dalla data di adozione. Le misure di attuazione dello stesso, a partire dal 2022, dovranno essere inserite fra le attività previste dal PARS.

Il "Piano di Azione Locale per l'igiene delle mani" rappresenta per l'Istituto "Clara Franceschini" la sistematizzazione di un percorso di formazione, sensibilizzazione e monitoraggio già in parte implementato dalla Direzione Sanitaria della struttura e si integra con quanto svolto dal Comitato per il Controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza (CCICA) attivo all'interno della struttura.

Il Piano di Azione Locale è finalizzato alla tutela degli assistiti, degli operatori sanitari e della Struttura e le azioni previste interessano qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo.

Con il termine di Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) o alle Pratiche Assistenziali (ICPA), conosciute anche come infezioni nosocomiali o ospedaliere, si definiscono le infezioni che si verificano in un paziente **durante il processo assistenziale** in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria e che NON erano manifeste clinicamente, né erano in incubazione al momento dell'ingresso in ospedale e che insorgono almeno 48 ore dopo il ricovero in ospedale, entro 30 giorni dopo un intervento chirurgico, entro i 3 giorni successivi alle dimissioni e fino a 1 anno in caso di impianto protesico permanente.

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

Le ICA sono l'evento avverso più frequente nell'assistenza sanitaria, rappresentano uno dei principali problemi per la sicurezza dei pazienti ed hanno un impatto clinico ed economico

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		15/02/2025
	redatto ai sensi del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)		Rev. 03
			Pag. 4 di 20

rilevante per i servizi sanitari, per i pazienti e per le loro famiglie, dal momento che provocano malattie più severe e sono responsabili di prolungamento della durata della degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, significativa mortalità in eccesso, consumo di risorse economiche aggiuntive per costi di ospedalizzazione e per i costi assistenziali (maggior utilizzo di antibiotici, maggior ricorso agli esami di laboratorio, possibile ricovero in terapia intensiva ecc.).

Non tutte le ICA sono prevenibili, ma si ritiene che con l'utilizzo di opportune misure di controllo e di prevenzione associate ad una costante implementazione delle attività di formazione del personale, è possibile prevenire circa il 50% delle stesse. Tra le misure di prevenzione e di controllo in grado di ridurre drasticamente il rischio di contrarre ICA la **corretta igiene delle mani** rappresenta la misura più efficace per prevenire la trasmissione crociata di microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro.

2. COMPLESSITÀ ORGANIZZATIVA ED INTENSITÀ ASSISTENZIALE

L'Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" ha iniziato la propria attività nel 1958, è situato nel Comune di Sabaudia, in località "Selvapiana" sulla riva meridionale del Lago di Paola, alle pendici del Monte Circeo e fa parte integrante del Parco Nazionale del Circeo.

Si trova al centro della Provincia di Latina sul cui territorio, esteso 2.256 Km², insistono 33 Comuni con una popolazione residente di 566.996 abitanti. L'ambito territoriale della provincia coincide con quello della omonima Azienda Sanitaria Locale.

All'Istituto afferiscono pazienti provenienti in prevalenza dai reparti per acuti dei Presidi Ospedalieri Nord, Centro e Sud della ASL di Latina ma anche da altri Ospedali e strutture private accreditate della Regione Lazio e del territorio nazionale.

L'Istituto è parte integrante della rete dei servizi di riabilitazione della ASL Latina ed opera in stretta integrazione con le strutture di degenza del sistema ospedaliero per i pazienti provenienti dai reparti per acuti.

L'Istituto ha ottenuto la "conferma del titolo autorizzativo e il rilascio di accreditamento istituzionale definitivo" con DCA n. U00044 del 15/02/2013, modificato con DCA n. U00136 del 11/04/2014 ed è accreditato con il Servizio Sanitario Nazionale per la riabilitazione motoria e funzionale, in regime di ricovero ordinario ("Riabilitazione intensiva" - Cod. 56), rivolta a pazienti con patologie dell'apparato locomotore di natura neurologica (esiti di ictus cerebrale ischemico ed emorragico, traumi cerebrali, traumi midollari e vertebrali, traumi del sistema nervoso periferico, interventi neurochirurgici, affezioni degenerative e infiammatorie del SNC e del SNP) e ortopedica (esiti di interventi di impianti protesici articolari, lesioni traumatiche dell'apparato locomotore trattati chirurgicamente e non, interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale, amputazione degli arti inferiori transfemorali e transtibiali, interventi chirurgici per malattie neoplastiche ossee).

L'Istituto è strutturato su tre piani, ha una superficie complessiva di 4.500 mq. ed una capacità recettiva di 96 posti letto autorizzati (di cui 77 accreditati con il SSN) per un totale di 50 camere di

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		15/02/2025
	redatto ai sensi del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)		Rev. 03
			Pag. 5 di 20

degenza tutte con bagno dedicato (n. 10 camere ad un posto letto, n. 34 camere a due posti letto e n. 6 camere a tre posti letto). Dispone di quattro palestre per la fisioterapia e la riabilitazione delle funzioni neuro-motorie, di una piscina e di una vasca neurologica, di laboratorio di analisi cliniche, servizio di radiologia e servizio di urologia.

3. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Nel documento, necessaria prosecuzione e completamento delle azioni previste nel "Piano di Azione locale per l'Igiene delle mani" del triennio 2021-2023 e dell'anno 2024, vengono individuate le principali attività e gli obiettivi per l'anno 2025 relativi al miglioramento della buona pratica dell'igiene delle mani come strumento di prevenzione delle ICA all'interno dell'Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia.

I contenuti del documento sono prescrittivi per tutti gli operatori sanitari, in riferimento a qualsiasi fase del processo clinico assistenziale nel quale possa essere presente un rischio infettivo ed è finalizzato alla tutela dei pazienti, dei lavoratori e dell'organizzazione.

4. ACRONIMI, TERMINI E DEFINIZIONI

ACRONIMI	
CCICA	Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza
CRRC	Centro Regionale Rischio Clinico
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
ICPA	Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PAICA	Piano Annuale per le Infezioni Correlate all'Assistenza
PARM	Piano Annuale di Risk Management
PARS	Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario

TERMINI E DEFINIZIONI	
Antisepsi delle mani	Riduzione o inibizione della crescita di microrganismi a seguito di lavaggio antisettico e di frizione antisettica delle mani. Nel primo caso l'operazione richiede l'impiego di un antisettico da applicare sulle mani insieme all'acqua, nel secondo caso di soluzione/gel idroalcolica
Agente antisettico	Sostanza antimicrobica che riduce o inibisce la crescita dei microrganismi sui tessuti viventi. Gli esempi includono alcol, gluconato di clorexidina, derivati del cloro, iodio, cloroxilenolo (PCMX), composti dell'ammonio quaternario e triclosan.
Bundle	Un bundle è definito come un insieme contenuto (da 3 a 5) di pratiche basate sulle

	Istituito Fisioterapico di Riabilitazione “Clara Franceschini” di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		15/02/2025
	redatto ai sensi del “Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani” adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)		Rev. 03
			Pag. 6 di 20

	evidenze scientifiche che, applicate congiuntamente e in modo adeguato, migliorano la qualità e l'esito dei processi con un effetto maggiore di quello che le stesse determinerebbero se fossero attuate separatamente. Nello specifico si tratta di una serie di poche azioni che, se applicate in maniera congiunta e corretta, abbattano il rischio di insorgenza di infezioni correlate all'assistenza. Un bundle ha successo solo se tutte le sue componenti vengono applicate.
Colonizzazione	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o altri siti senza evidenza d'invasione tissutale o di reazione infiammatoria loco regionale e/o sistemica e/o risposta dell'ospite.
Contaminazione	Presenza di microrganismi su materiale inanimato, o sulla superficie corporea senza che vi sia attività moltiplicativa, invasione dei tessuti, e reazione immunitaria.
Disinfezione	Procedimento chimico o fisico che comporta l'eliminazione di tutte le forme patogene e del maggior numero di microrganismi presenti in un ambiente o su di un substrato, ad eccezione delle spore.
Gold Standard	Il Gold Standard o lo Standard di Riferimento in medicina è il metodo migliore, rispetto a tutti gli altri esistenti, in un determinato campo.
Flora residente	Popolazione microbica commensale che compie il proprio ciclo vitale sulla cute, ne trae nutrimento e la difende da infezioni di batteri patogeni; colonizza normalmente gli strati profondi dell'epidermide, gli annessi pilosebacei e sudoripari. E' costituita da microrganismi opportunisti normalmente presenti e che raramente causano infezioni (es. Corynebatteri saprofiti, Stafilococchi epidermidis, Streptococchi di gruppo A, Micobatteri, ecc.).
Flora transitoria	Popolazione microbica che contamina lo stato superficiale della cute al di sotto del film idrolipidico. Di facile rimozione tramite l'igiene delle mani con acqua e sapone; è costituita da microrganismi che provengono dall'ambiente. Tali microrganismi, acquisiti con il contatto diretto o indiretto, sono soprattutto opportunisti, ma anche patogeni e talora antibiotico-resistenti (es., Enterococchi, Stafilococchi, Escherichia coli, Klebsiella spp, Miceti, ecc.).
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza. Infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria e che non era manifesta né in incubazione al momento del ricovero. Ciò vale anche per le infezioni contratte in ospedale, ma che si manifestano dopo la dimissione e per le infezioni occupazionali tra il personale della struttura
Igiene delle mani con acqua e sapone	Ha la finalità di rimuovere meccanicamente lo sporco e la flora transitoria acquisita di recente, rispettando il tempo di contatto di 15-30 secondi tra sapone e mani.
Igiene delle mani con acqua e soluzione antisettica	Consente la riduzione della flora transitoria acquisita di recente e diminuisce ulteriormente la flora microbica residente che colonizza gli strati del derma, rispettando il tempo di contatto di 40-60 secondi tra antisettico e mani.
Igiene delle mani con soluzione/gel a base alcolica	Frizione delle mani con soluzione/gel alcolica ad azione antisettica volta a ridurre la flora microbica transitoria, ma non necessariamente quella residente senza ricorrere a fonti idriche esterne e senza risciacquo né asciugatura con asciugamani o altro. La durata dell'operazione è di 20-30 sec. in relazione al prodotto impiegato. La frizione antisettica è indicata per procedure a rischio infettivo basso

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione “Clara Franceschini” di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		15/02/2025
	redatto ai sensi del “Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani” adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)		Rev. 03
			Pag. 7 di 20

	o intermedio: igiene di routine e procedure asettiche di livello intermedio.
Infezione	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o in altri siti con evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria.; prevede l'invasione, la moltiplicazione e la risposta loco regionale e/o sistemica dell'ospite.
Microrganismi commensali	Microorganismi che vivono sui tegumenti (pelle, mucose dell'apparato respiratorio, digerente, commensali genito- urinario, congiuntive).
Microrganismi opportunisti	Microorganismi abitualmente non patogeni, appartenenti a specie ambientali o commensali, che possono diventare patogeni quando si creano circostanze tali da consentire il loro arrivo ed il loro impianto in distretti o in tessuti normalmente sterili o quando i poteri di difesa dell'ospite sono notevolmente abbassati.
Microrganismi sporigeni	Batteri che, in condizioni di scarsa nutrizione e di un ambiente sfavorevole, sono in grado di produrre spore, cioè una particolare cellula caratterizzata da un rivestimento che la rende estremamente resistente anche a marcate variazioni termiche o ai disinfettanti. Tipicamente si tratta di bacilli Gram positivi e di Clostridi (es. Clostridium difficile). In questo caso per la rimozione di questo agente microbico dalle mani è indispensabile l'azione meccanica del lavaggio con acqua e sapone ed è sconsigliato l'uso della soluzione alcolica.
Microrganismi multiresistenti	Si definiscono tali i batteri resistenti a tre o più antibiotici appartenenti a classi diverse. Per colonizzazione si intende la presenza di un batterio sulla cute o sulle mucose in assenza di segni e di sintomi dell'infezione, mentre in caso di infezione si ha la presenza di segni e di sintomi che determinano la manifestazione clinica.
Punto di assistenza	Il Punto di assistenza indica il luogo fisico in cui si trovano contemporaneamente il paziente e l'operatore sanitario e in cui si effettua la cura o il trattamento con contatto del paziente. Il concetto si riferisce a un prodotto per l'igiene delle mani, come una soluzione per mani a base alcolica, facilmente accessibile al personale perché a portata di mano rispetto al luogo in cui avviene il contatto con il paziente, senza allontanarsi dalla zona in cui si effettua la cura/il trattamento. Il personale può così soddisfare quanto specificato nei Cinque momenti per l'igiene delle mani. Rispondono a tali requisiti i dispenser fissati ai carrelli o ai dispositivi medici trasportati presso i pazienti.

5. METODOLOGIA DI ELABORAZIONE DEL PIANO

In **Italia** la frequenza media di pazienti con una infezione contratta durante la degenza è pari a 6,3 ogni 100 pazienti presenti in ospedale. L'incidenza media è “tra il 5% e l'8% dei ricoveri, pari a 450.000/700.000 casi, con circa 7 mila decessi/anno ed un costo di 1 miliardo di Euro. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità nel 2005 a fronte di circa 9.500.000 pazienti ricoverati all'anno, 533.000 sono stati colpiti da un'infezione contratta in ospedale che ha causato 3.730.000 giornate di degenza in più. La prevalenza di ICA negli ospedali per acuti è stata calcolata variare dal 3% al 10% circa in base alla tipologia di ospedale, con picchi superiori al 20% in alcuni reparti di terapia intensiva (Circolare Ministero della Salute Maggio 2021). La prevalenza di ICA nei **reparti di Riabilitazione** è dell'8,58%. L'applicazione di un efficace piano integrato di prevenzione,

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		15/02/2025
	redatto ai sensi del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)		Rev. 03
			Pag. 8 di 20

sorveglianza e controllo può ridurre fino al 50% la frequenza delle infezioni ospedaliere, vale a dire, prevenire annualmente l'insorgenza di 135.000-210.000 infezioni e di 1.350 - 2.100 decessi.

Le **mani** sono il principale veicolo di trasmissione di infezione dagli operatori sanitari ai pazienti e la corretta igiene delle mani rappresenta la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmettere microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro all'interno delle strutture sanitarie, in grado da sola di ridurre drasticamente il rischio di contrarre ICA.

L'igiene delle mani degli operatori sanitari è considerata dall'OMS l'unica misura che, utilizzata singolarmente, è in grado di determinare una notevole riduzione dell'incidenza delle ICA.

La corretta pratica dell'igiene delle mani contribuisce, infatti, a prevenire o a ridurre:

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

Ogni contatto è una potenziale fonte di contaminazione "da o verso" le mani dell'operatore sanitario, pertanto tutti gli operatori sanitari, per tutte le attività sanitarie, sono tenuti a praticare in maniera efficace una corretta igiene delle mani. Le indicazioni per l'igiene delle mani corrispondono a momenti precisi nella cura dell'utente/ospite.

Per limitare la trasmissione dei microrganismi l'**OMS ha stabilito cinque momenti in cui è necessario effettuare l'igiene delle mani**, di seguito specificati:

1. **Prima** del contatto con il paziente
2. **Prima** di una manovra asettica
3. **Dopo** esposizione a un liquido biologico
4. **Dopo** il contatto con il paziente
5. **Dopo** il contatto con ciò che sta attorno al paziente.

Due dei cinque momenti si verificano "**PRIMA**" del contatto con il paziente o dell'esecuzione di una procedura sanitaria, e hanno lo scopo di proteggere il paziente dal rischio di trasmissione di microrganismi; le azioni corrispondenti a queste indicazioni **proteggono il paziente**.

Gli altri tre momenti si verificano "**DOPO**" il contatto con il paziente o l'esposizione a liquidi biologici, e hanno lo scopo di prevenire il rischio di trasmissione microbica all'operatore sanitario, agli altri pazienti e all'ambiente circostante; le azioni corrispondenti a queste indicazioni **proteggono gli operatori sanitari e l'ambiente sanitario**.

Lo scopo della routine dell'igiene delle mani in questi cinque momenti è quello di rimuovere dalle mani dell'operatore la contaminazione microbica (con la frizione idroalcolica) e lo sporco (se viene eseguito il lavaggio con acqua e sapone), acquisiti dal contatto con i pazienti o con l'ambiente.

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		15/02/2025
	redatto ai sensi del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)		Rev. 03
			Pag. 9 di 20

Ai fini della elaborazione del Piano di azione locale, in accordo con quanto indicato nel "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani", sono state sottoposte ad autovalutazione le condizioni esistenti nella struttura riferite ai seguenti ambiti:

- Ambito dei **Requisiti Strutturali e Tecnologici** con riferimento a:
 - rapporto lavandini/utenti;
 - esistenza di percorsi sporco/pulito;
 - presenza di specifiche procedure per la sanificazione;
 - disponibilità dei dispenser per la soluzione idroalcolica nei punti di assistenza
- Ambito della **Formazione del Personale** con riferimento a:
 - esistenza di programmi di formazione del personale;
 - attuazione del monitoraggio e verifica della formazione del personale;
 - disponibilità di materiale formativo
- Ambito del **Monitoraggio e Feedback**, con riferimento ai seguenti aspetti principali:
 - formazione degli operatori sanitari in materia di igiene delle mani e ICA
 - corretta pratica dell'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta
 - quantità e qualità dei dispenser di soluzione antisettica ed idroalcolica e dei lavandini all'interno della struttura
 - consumo di soluzione idroalcolica e di sapone antisettico all'interno dell'Istituto
- Ambito della **Comunicazione permanente**, con riferimento a:
 - disponibilità di materiale informativo (locandine, brochure) a disposizione del personale e dei visitatori ed aggiornamento dello stesso
- Ambito del **Clima organizzativo e Commitment**, con riferimento a:
 - esistenza di un team per la promozione e implementazione della pratica dell'igiene delle mani ed al coinvolgimento della Direzione sull'argomento.

6. PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2024 - RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ SVOLTE (INTERVENTI, AZIONI, INDICATORI) E RISULTATI RAGGIUNTI

Come riportato nel "Piano di Azione Locale per l'Igiene delle Mani" per l'anno 2024, l'obiettivo da raggiungere era il consolidamento dei risultati raggiunti nel triennio 2021-2023 nell'ambito della Formazione del Personale, del Monitoraggio e Feedback e della Comunicazione permanente (livello avanzato) attraverso l'adesione ottimale ai programmi per l'igiene delle mani ed un ulteriore miglioramento nell'ambito dei "Requisiti Strutturali e Tecnologici" e nell'ambito del "Clima Organizzativo e Commitment" (livello intermedio).

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		15/02/2025
	redatto ai sensi del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)		Rev. 03
			Pag. 10 di 20

A seguito della autovalutazione effettuata attraverso il "Questionario di autovalutazione", definito dal Documento Regionale G2004/2021, in ciascuno dei 5 ambiti esaminati, gli **obiettivi fissati per l'anno 2024 sono stati raggiunti**.

6.1 SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Nell'ambito dei "**Requisiti Strutturali e Tecnologici**" la valutazione dei requisiti esistenti ha consentito di rilevare il punteggio di: 80/100 - Livello Avanzato.

In questo ambito sono stati **migliorati** i risultati raggiunti nel corso dell'anno 2023.

Nel corso dell'anno 2024:

- sono stati consolidati i risultati ottenuti nel corso del triennio 2021-2023 e sono stati ulteriormente migliorati i singoli items degli ambiti valutati attraverso l'adesione ottimale ai programmi per l'igiene delle mani
- è stata mantenuta l'efficienza dei servizi igienici e dei lavandini, presenti in tutte le stanze di degenza ed in tutte le palestre, attraverso un programma di manutenzione ordinaria (presa in carico immediata delle segnalazioni di eventuali guasti) e di manutenzione periodica programmata
- è stato ampliato il numero di punti di assistenza dotati di dispenser di soluzione alcolica (dispenser a muro, dispenser sui carrelli). Per ottimizzare l'adesione alla pratica dell'igiene delle mani, all'interno dell'Istituto, i dispenser di gel idroalcolico sono posizionati nelle medicherie, negli ambulatori, nelle palestre, sui carrelli di terapia e di distribuzione dei farmaci, sui carrelli di riordino e cambio biancheria, all'ingresso dei reparti, lungo i corridoi in vicinanza degli ascensori, nelle aree comuni e nelle sale d'attesa
- è stata verificata la continua dotazione e disponibilità dei prodotti per l'igiene delle mani attraverso l'approvvigionamento continuativo
- sono stati messi in funzione ulteriori n. 2 asciugamani elettrici ad aria calda
- è stata valutata la tollerabilità dei prodotti antisettici e della soluzione idroalcolica in uso per l'igiene delle mani e di quelli di nuova acquisizione; le schede tecniche e di sicurezza dei prodotti in uso sono disponibili presso il servizio economato ed il servizio farmaceutico che procedono all'approvvigionamento dei prodotti

6.2 SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE

Nell'ambito della "**Formazione del Personale**" la valutazione dei requisiti esistenti ha consentito di **confermare** il punteggio di: 90/100 - Livello Avanzato

Nell'ambito della formazione sono stati consolidati i risultati raggiunti nel corso dell'anno 2023 e precedenti (nomina e formazione delle figure dei Formatori ed Osservatori per l'osservazione della

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia	PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI	15/02/2025
	redatto ai sensi del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)	Rev. 03
		Pag. 11 di 20

corretta igiene delle mani nella pratica clinico-assistenziale, disponibilità per il personale del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani" e del "Piano di Azione Locale sull'Igiene delle mani", corso di formazione sulla prevenzione, monitoraggio e controllo delle ICA, corso di formazione individuale avanzato per i Formatori ed Osservatori che oltre ai contenuti della formazione obbligatoria di base ha previsto una formazione specifica aggiuntiva finalizzata a promuovere il corretto comportamento sull'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari ed il successivo addestramento sul campo del personale, corso di formazione obbligatoria per tutti gli operatori sanitari con specifico riferimento all'approccio secondo "i cinque momenti dell'igiene delle mani".

Nel corso dell'anno 2024:

- sono state realizzate due edizioni del corso di formazione obbligatorio per il personale sanitario di nuova assunzione "L'igiene delle mani nella prevenzione delle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali (IPCA)" con specifico riferimento all'approccio secondo "i cinque momenti dell'igiene delle mani" ed alla definizione della "zona paziente", "zona assistenziale" e "punto di assistenza"
- è stata realizzata una edizione del corso di formazione obbligatorio specifico sull'igiene delle mani dedicato agli Operatori Socio Sanitari di nuova assunzione. Tutto il personale sanitario dell'Istituto ha partecipato ai corsi di formazione e ad ognuno di essi singolarmente è stato consegnato il materiale didattico utilizzato nelle sessioni formative oltre alla procedura di Istituto "Igiene delle mani nell'assistenza sanitaria" (Manuale di gestione del Rischio Clinico MRC n. 05) con allegato il "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani". Le attività formative sono documentate e tracciabili. L'efficacia dei corsi di formazione viene monitorata periodicamente nell'ambito delle riunioni del CC-ICA
- sono stati effettuati, nell'ambito del piano per la formazione continua e come richiesto dal "Piano di Intervento Regionale", due incontri con gli osservatori per verificare ed aggiornare le competenze acquisite. Gli osservatori hanno svolto nel corso dell'anno un numero appropriato di attività di osservazioni sul campo tale da mantenere adeguato il proprio indice di performance
- è stata effettuata attività di formazione pratica sul campo sulla corretta igiene delle mani rivolta agli studenti del Corso di Laurea in Fisioterapia inviati presso l'Istituto dall'Università di Roma La Sapienza-Polo Pontino per il Tirocinio Obbligatorio
- sono state valutate periodicamente le conoscenze degli operatori sanitari sull'igiene delle mani
- sono state realizzate e messe a disposizione brochure sulla corretta igienizzazione delle mani.
- è stato messo in atto, in tutte le procedure e le istruzioni operative nelle quali era applicabile, un rimando specifico all'igiene delle mani

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		15/02/2025
	redatto ai sensi del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)		Rev. 03
			Pag. 12 di 20

Nell'ambito del "**Monitoraggio e Feedback**" la valutazione dei requisiti esistenti ha consentito di **confermare** il punteggio di: 90/100 - Livello Avanzato

L'osservazione diretta rappresenta il gold standard per il monitoraggio dell'adesione alla corretta pratica di igiene delle mani e si prefigge lo scopo di valutare il grado di rispetto di tale attività tra gli operatori sanitari, di stimarne l'adesione, identificare le eventuali criticità e attuare le azioni di miglioramento.

Sono stati consolidati i risultati raggiunti nel corso dell'anno 2023 (definizione della frequenza e delle modalità di effettuazione del monitoraggio dell'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta semestrale con raccolta e analisi dei dati; verifica del livello di compliance alla corretta pratica dell'igiene delle mani mediante l'attività di osservazione diretta con registrazione delle opportunità osservate nella Scheda di Osservazione; restituzione dei risultati dell'osservazione diretta con cadenza semestrale alla Direzione dell'Istituto e ai responsabili dei reparti nel corso delle riunioni periodiche del CCICA; monitoraggio semestrale del consumo di prodotti per l'igiene delle mani quale indicatore indiretto di risultato).

Nel corso dell'anno 2024:

- sono state valutate le conoscenze degli operatori sanitari relativamente alle indicazioni e alla corretta tecnica per l'igiene delle mani
- sono state effettuate, secondo un calendario preordinato, nel corso di entrambi i semestri dell'anno 2024, più sessioni di osservazione diretta della compliance alla corretta pratica dell'igiene delle mani, con registrazione nella Scheda di Osservazione del numero di azioni di igiene delle mani eseguite e il numero di azioni di igiene delle mani richieste (200 opportunità); il feedback del risultato dell'attività di osservazione diretta è stato immediato nei confronti del personale osservato
- sono stati restituiti con cadenza semestrale i risultati dell'indagine di osservazione diretta alla Direzione dell'Istituto e ai Responsabili di Reparto nel corso delle riunioni periodiche del CC-ICA
- è stato continuato il monitoraggio del consumo di prodotti antisettici e di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani.

6.4

SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE

Nell'ambito della "**Comunicazione permanente**" la valutazione dei requisiti esistenti ha consentito di **confermare** il punteggio di: 82,5/100 - Livello Avanzato

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 oltre che mezzi per informare i pazienti e i visitatori.

In questo ambito sono stati consolidati i risultati raggiunti nel corso dell'anno 2023 (esposizione di poster con le istruzioni operative per la corretta tecnica del lavaggio e frizione delle mani negli

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		15/02/2025
	redatto ai sensi del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)		Rev. 03
			Pag. 13 di 20

ambienti deputati all'assistenza, disponibilità di opuscoli informativi e materiali educativi sull'igiene delle mani per gli assistiti, i familiari e i visitatori).

Nel corso dell'anno 2024:

- è stata promossa l'igiene delle mani attraverso il regolare aggiornamento di poster con le istruzioni operative per il lavaggio delle mani negli ambienti deputati all'assistenza; sono presenti, in maniera ben visibile, nelle sale di attesa, nella sala di accoglienza dei pazienti per il ricovero, nei saloni-mensa e ricevimento dei familiari e visitatori, nei corridoi delle palestre, poster riguardanti la corretta modalità del lavaggio delle mani sia con acqua sapone che con la soluzione alcolica e relativi ai 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani (World Health Organization). Nelle infermerie dei reparti sono affissi poster per la corretta igiene delle mani nell'assistenza al paziente con catetere urinario, con ferita chirurgica, portatore di catetere venoso periferico, portatore di catetere venoso centrale. Nei servizi igienici delle medicherie e delle infermerie sono presenti specifici cartelli per sensibilizzare gli operatori sanitari ad una corretta e assidua igiene delle mani.
- è stato verificato che i poster per gli assistiti, i familiari e i visitatori, nei quali sono illustrate le istruzioni operative su come lavare le mani e/o frizionarle con gel idroalcolico fossero in buone condizioni. Il materiale informativo è disponibile nelle sale di attesa.

6.5

SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT

Nell'ambito del "**Clima Organizzativo e Commitment**" la valutazione dei requisiti esistenti ha consentito di rilevare il punteggio di: 80/100 - Livello Avanzato

In questo ambito sono stati **migliorati** i risultati raggiunti nel corso dell'anno 2023.

Nel corso dell'anno 2024:

- è stato realizzato un programma di autovalutazione periodica attraverso il questionario regionale nell'ottica del miglioramento continuo registrando i cambiamenti ottenuti rispetto alla autovalutazione precedente
- è stato diffuso il materiale educativo sull'igiene delle mani progettato e realizzato per i pazienti, i familiari e i visitatori
- sono stati direttamente coinvolti i pazienti e i caregiver sull'importanza della corretta pratica dell'igiene delle mani nella prevenzione delle ICA, nell'ambito del Programma Riabilitativo Individuale in modo da facilitare l'interazione paziente-operatore sanitario
- le attività di promozione dell'igiene delle mani sono svolte da professionisti designati riconosciuti come modelli positivi dagli operatori sanitari, i quali hanno posto in essere azioni esplicite di stimolo per gli operatori a un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani
- è stata riesaminata la documentazione esistente sulla corretta pratica di igiene delle mani per gli assistiti (opuscoli informativi) ed è stata individuata la modalità di informazione e di

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		15/02/2025
	redatto ai sensi del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)		Rev. 03
			Pag. 14 di 20

consegna più opportuna al momento del ricovero risultati raggiunti nel corso dell'anno 2024 sono riportati nel questionario di autovalutazione allegato.

I risultati raggiunti nel corso dell'anno **2024** sono riportati di seguito nel **questionario di autovalutazione allegato**.

7. PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI PER L'ANNO 2025

Il Piano di Azione Locale per Igiene delle mani per l'anno **2025** prevede il consolidamento dei risultati raggiunti nell'anno 2024 e nel triennio 2021-2023 e, se possibile, un ulteriore miglioramento.

Le attività pianificate rappresentano la necessaria prosecuzione ed il completamento delle azioni realizzate in applicazione del "Piano di Intervento Regionale".

Sono riportate di seguito le azioni di miglioramento programmate per l'anno 2025 riferite a ciascuno dei 5 ambiti esaminati nel processo di autovalutazione.

INTERVENTI, AZIONI, INDICATORI PREVISTI PER L'ANNO 2025

7.1 SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

- Rivalutare il questionario di autovalutazione in rapporto alle attività svolte nel corso dell'anno 2024 e nel triennio 2021-2023 con l'obiettivo per l'anno 2025 di consolidare i risultati ottenuti e di migliorare ulteriormente i singoli items degli ambiti valutati attraverso l'adesione ottimale ai programmi per l'igiene delle mani
- Mantenere l'efficienza dei lavandini e dei dispenser, attraverso un programma di manutenzione periodica programmata
- Verificare la continua dotazione e disponibilità dei prodotti per l'igiene delle mani attraverso l'approvvigionamento continuativo
- Valutare la tollerabilità dei prodotti antisettici e della soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani in uso e di quelli di nuova acquisizione

7.2 SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE

- Consolidare le conoscenze degli operatori sanitari sulla prevenzione, monitoraggio e controllo delle ICA e, nello specifico, sulle indicazioni e sulla corretta tecnica per l'igiene delle mani promuovendo un comportamento corretto ed aumentando la consapevolezza dell'importanza di questa misura preventiva
- Continuare la formazione specifica sull'igiene delle mani attraverso la realizzazione di:

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		15/02/2025
	redatto ai sensi del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)		Rev. 03
			Pag. 15 di 20

- due edizioni del corso di formazione obbligatorio "L'igiene delle mani nella prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)" rivolto al personale sanitario di nuova assunzione
- due incontri di aggiornamento con i formatori e gli osservatori, nell'ambito del piano per la formazione continua, per verificare ed aggiornare le competenze acquisite per rilevare correttamente e riportare nella Scheda di Osservazione le opportunità secondo il metodo OMS dei cinque momenti e garantire il miglioramento continuo della qualità
- attività di formazione pratica sul campo sulla corretta igiene delle mani rivolta agli studenti del Corso di Laurea in Fisioterapia inviati presso l'Istituto dall'Università di Roma La Sapienza-Polo Pontino per effettuare il Tirocinio Obbligatorio
- Prevedere in tutte le procedure e le istruzioni operative, nelle quali sia applicabile, un rimando specifico all'igiene delle mani

7.3 SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK

- Continuare le attività di osservazione diretta della compliance alla corretta pratica dell'igiene delle mani, secondo un calendario preordinato, con registrazione delle opportunità osservate nella Scheda di Osservazione e feedback immediato del risultato dell'attività di osservazione nei confronti del personale osservato.
- Continuare il monitoraggio con cadenza semestrale del consumo di prodotti antisettici e di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani, quale indicatore di risultato
- Restituire con cadenza semestrale i risultati delle sessioni di indagine di osservazione diretta al personale sanitario e alla Direzione dell'Istituto nel corso delle riunioni periodiche del CC-ICA

7.4 SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE

- Riesaminare ed aggiornare regolarmente il materiale informativo esistente (poster, brochure, opuscoli ecc.) e verificare che i poster con le istruzioni operative per il lavaggio delle mani siano in buone condizioni sostituendo il materiale deteriorato e/o obsoleto

7.5 SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT

- Dare attuazione al piano di azione di miglioramento continuo attraverso il monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività programmate utilizzando quale autovalutazione periodica il questionario regionale registrando i cambiamenti ottenuti rispetto alla autovalutazione precedente

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		15/02/2025
	redatto ai sensi del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)		Rev. 03
			Pag. 16 di 20

- Continuare nel coinvolgimento diretto dei pazienti e dei caregiver sull'importanza della corretta pratica dell'igiene delle mani nella prevenzione delle ICA, nell'ambito del Programma Riabilitativo Individuale in modo da facilitare l'interazione paziente-operatore sanitario
- Porre in essere azioni esplicite che stimolino gli operatori a un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Il presente Piano è stato consegnato dalla Direzione, per la puntuale osservanza, al Responsabile Medico di Reparto, al Responsabile Medico della Riabilitazione, ai Coordinatori Infermieristici e al Coordinatore dei Fisioterapisti.

La responsabilità della diffusione dei contenuti del documento a tutti gli operatori sanitari interessati e della corretta applicazione nella pratica assistenziale è dei Responsabili Medici, dei Coordinatori Infermieristici e del Coordinatore dei Fisioterapisti, ognuno per la parte di competenza.

La diffusione del documento tra gli operatori avverrà inoltre mediante incontri formativi programmati nell'ambito del piano formativo aziendale.

Il Piano di Azione Locale è disponibile ed immediatamente consultabile nei luoghi di utilizzo.

Al presente piano di azione locale sono allegati: All. n. 1 - "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani"; All. n. 2 - "I 5 momenti fondamentali per l'Igiene delle Mani"; All. n. 3 - "Frizione delle mani con soluzione alcolica"; All. n. 4 - "Lavaggio delle mani con acqua e sapone"; All. n. 5 - "Brochure sull'igiene delle mani: quando, come perché"; All. n. 6 - "I 5 momenti - Assistenza al paziente con catetere urinario"; All. n. 7 - "I 5 momenti - Assistenza al paziente con ferita chirurgica"; All. n. 8 - "I 5 momenti - Assistenza al paziente portatore di catetere venoso periferico"; All. n. 9 - "I 5 momenti - Assistenza al paziente portatore di catetere venoso centrale"; All. n. 10 - "I 5 momenti - Assistenza al paziente portatore di tubo endotracheale"; All. n. 11 - "Igiene delle mani e uso dei guanti"; All. n. 12 - "Scheda osservazione Igiene delle Mani"; All. n. 13 - Programma Corso di Formazione Avanzato per Formatori ed Osservatori; All. n. 14 - Programma Corso obbligatorio per operatori sanitari

ANNO 2025

PIANO DI AZIONE LOCALE - ATTIVITÀ PREVISTE E DA ATTUARE NELL'ANNO 2025
A – AMBITO DEI REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI
Rivalutare il questionario di autovalutazione in rapporto alle attività svolte nel corso dell'anno 2024 e nel triennio 2021-2023 con l'obiettivo per l'anno 2025 di consolidare i risultati ottenuti e di migliorare ulteriormente i singoli items degli ambiti valutati attraverso l'adesione ottimale ai programmi per l'igiene delle mani
Mantenere l'efficienza dei lavandini e dei dispenser, attraverso un programma di manutenzione periodica

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		15/02/2025
	redatto ai sensi del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)		Rev. 03
			Pag. 17 di 20

programmata
Verificare la continua dotazione e disponibilità dei prodotti per l'igiene delle mani attraverso l'approvvigionamento continuativo
Valutare la tollerabilità dei prodotti antisettici e della soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani in uso e di quelli di nuova acquisizione
B – AMBITO DELLA FORMAZIONE DEL PERSONALE
Consolidare le conoscenze degli operatori sanitari sulla prevenzione, monitoraggio e controllo delle ICA e, nello specifico, sulle indicazioni e sulla corretta tecnica per l'igiene delle mani promuovendo un comportamento corretto ed aumentando la consapevolezza dell'importanza di questa misura preventiva
Continuare la formazione specifica sull'igiene delle mani attraverso la realizzazione di: - due edizioni del corso di formazione obbligatorio "L'igiene delle mani nella prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)" rivolto al personale sanitario di nuova assunzione - due incontri di aggiornamento con i formatori e gli osservatori, nell'ambito del piano per la formazione continua, per verificare ed aggiornare le competenze acquisite per rilevare correttamente e riportare nella Scheda di Osservazione le opportunità secondo il metodo OMS dei cinque momenti e garantire il miglioramento continuo della qualità - attività di formazione pratica sul campo sulla corretta igiene delle mani rivolta agli studenti del Corso di Laurea in Fisioterapia inviati presso l'Istituto dall'Università di Roma La Sapienza-Polo Pontino per effettuare il Tirocinio Obbligatorio
Prevedere in tutte le procedure e le istruzioni operative, nelle quali sia applicabile, un rimando specifico all'igiene delle mani
C - AMBITO DEL MONITORAGGIO E FEEDBACK
Continuare le attività di osservazione diretta della compliance alla corretta pratica dell'igiene delle mani, secondo un calendario preordinato, con registrazione delle opportunità osservate nella Scheda di Osservazione e feedback immediato del risultato dell'attività di osservazione nei confronti del personale osservato
Continuare il monitoraggio con cadenza semestrale del consumo di prodotti antisettici e di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani, quale indicatore di risultato
Restituire con cadenza semestrale i risultati dell'indagine di osservazione diretta al personale sanitario e alla Direzione dell'Istituto nel corso delle riunioni periodiche del CC-ICA
D - AMBITO DELLA COMUNICAZIONE PERMANENTE
Riesaminare ed aggiornare regolarmente il materiale informativo esistente (poster, brochure, opuscoli ecc.) e verificare che i poster con le istruzioni operative per il lavaggio delle mani siano in buone condizioni e sostituire il materiale deteriorato e/o obsoleto
E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT
Dare attuazione al piano di azione di miglioramento continuo attraverso il monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività programmate utilizzando quale autovalutazione periodica il questionario regionale registrando i cambiamenti ottenuti rispetto alla autovalutazione precedente

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		15/02/2025
	redatto ai sensi del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)		Rev. 03
			Pag. 18 di 20

Continuare nel coinvolgimento diretto dei pazienti e dei caregiver sull'importanza della corretta pratica dell'igiene delle mani nella prevenzione delle ICA, nell'ambito del Programma Riabilitativo Individuale in modo da facilitare l'interazione paziente-operatore sanitario
Porre in essere azioni esplicite che stimolino gli operatori a un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani

9. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

- Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Emilia-Romagna. "Cure pulite sono cure più sicure". Rapporto finale della campagna nazionale OMS. Dossier 189-2010.
- ANMDO Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (2018) Linee guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle Strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), 2018.
- CDC Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force 2002
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC 2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices. Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA. Hand Hygiene Task Force. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) October 25, 2002 / Vol. 51 / No. RR-16.
- Circolare Ministero della Sanità n°52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere"
- Circolare Ministero della Sanità n°8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
- Consiglio dell'Unione Europea "Raccomandazione del Consiglio sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione, e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria". Fascicolo inter-costituzionale 2009/0003
- ISSN 1591-223X DOSSIER 189-2010 "Cure pulite sono cure più sicure" Rapporto finale della campagna nazionale OMS
- Ministero della Salute. Circolare n. 0004968 del 02/02/2013 "Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)"
- Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta n. U00563 del 24/11/2015 "Istituzione del Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle ICA (CR-CCICA)"
- Regione Lazio. Direzione Salute e Politiche Sociali. Registro Ufficiale U.0388434 del 22/07/2016 "Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Attuativi per i Comitati di controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza della Regione Lazio"
- Decreto Commissario ad Acta Regione Lazio n. U00328 del 04/11/2016 "Approvazione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)";
- DCA n. U00328 del 4 novembre 2016, Progetto 7.3 "contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici".

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		15/02/2025
	redatto ai sensi del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)		Rev. 03
			Pag. 19 di 20

- Ministero della Salute. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020 (24 ottobre 2017)
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017"
- Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico";
- Regione Lazio Direzione Salute e Integrazione socio-sanitaria Determinazione n. G00163 del 11/01/2019 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)".
- Regione Lazio Direzione Salute e Integrazione socio-sanitaria Determinazione n. G00164 del 11/01/2019 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
- Determina regionale G00163 dell'11 gennaio 2019 "Approvazione ed adozione del documento "Linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)".
- Ministero della Salute Circolare n. 0035470 del 06/12/2019 "Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).
- Circolare Regione Lazio prot. 63667 del 23/01/2020 "Comunicazioni relative all'elaborazione del PAICA 2020".
- Ordinanza Presidente Regione Lazio N. Z00034 del 18/04/2020 "Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019: prevenzione, contenimento e gestione dei focolai da SARS-CoV-2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali.
- Rapporto ISS COVID-19 -n. 20/2020 Rev. 2 Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2. Versione del 7 luglio 2020 (versione del 07 luglio 2020)
- Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2 "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali" - Versione del 24 agosto 2020.
- Regione Lazio Direzione Salute e Integrazione socio-sanitaria Determinazione n. G02044 del 26/02/2021, Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani". BURL n. 22 Suppl. n. 2 del 02/03/2021
- Regione Lazio Deliberazione n. 970 del 21/12/2021 "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025". BURL N. 121 del 28/12/2021
- Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		15/02/2025
	redatto ai sensi del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021 (BURL n. 22 Supplemento n. 2 del 02/03/2021)		Rev. 03
			Pag. 20 di 20

- Direzione Regionale Salute e integrazione socio-sanitaria Regione Lazio. Determinazione n. G00643 del 25/01/2022 "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" BURL n. 11 del 01/02/2022."
- World Health Organization. WHO (2007). Alleanza Mondiale per la Sicurezza del Paziente - "Manuale per gli Osservatori" - Strategia multimodale dell'OMS mirata al miglioramento dell'igiene delle mani" - Cure pulite sono più sicure - Organizzazione Mondiale della Sanità 2007
- World Health Organization. WHO (2009). WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge: clean care is safer care. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Patient Safety; 2009.
- World Health Organization. WHO (2012). Hand Hygiene in Outpatient and Home-based Care and Long-term Care Facilities. A Guide to the Application of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy and the "My Five Moments for Hand Hygiene" Approach. 2012. <http://www.who.int/gpsc/en>

ALLEGATI AL PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI TRIENNIO 2021-2023

Allegato n. 1 - I 5 momenti fondamentali per l'Igiene delle Mani

Allegato n. 2 - Frizione delle mani con soluzione alcolica

Allegato n. 3 - Lavaggio delle mani con acqua e sapone

Allegato n. 4 - Brochure sull'igiene delle mani: quando, come perchè

Allegato n. 5 - I 5 momenti - Assistenza al paziente con catetere urinario

Allegato n. 6 - I 5 momenti - Assistenza al paziente con ferita chirurgica

Allegato n. 7 - I 5 momenti - Assistenza al paziente portatore di catetere venoso periferico

Allegato n. 8 - I 5 momenti - Assistenza al paziente portatore di catetere venoso centrale

Allegato n. 9 - I 5 momenti - Assistenza al paziente portatore di tubo endotracheale

Allegato n. 10 - Igiene delle mani e uso dei guanti

Allegato n. 11 - Scheda osservazione Igiene delle Mani

Allegato n. 12 - Programma Corso di Formazione Avanzato per Formatori ed Osservatori

Allegato n. 13 - Programma Corso obbligatorio per operatori sanitari

Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI			Pag. 1 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA GENNAIO 2024	

ISTITUTO FISIOTERAPICO DI RIABILITAZIONE

CLARA FRANCESCHINI

S.r.l.

Sabaudia (LT)

DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

Riferimento Normativo:

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO - PROVVEDIMENTO 13 gennaio 2005

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della salute e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano avente ad oggetto «linee guida recanti indicazioni sulla legionellosi per i gestori di strutture turistico-ricettive e termali». (Gazzetta Ufficiale n. 51 del 3/3/2005)

4.2.2. ...

"In base ai risultati complessivi dell'analisi del rischio, è quindi opportuno preparare, con l'ausilio di personale tecnico qualificato, un protocollo scritto per il controllo e la manutenzione degli impianti che specifichi gli interventi (fisici o chimici) da mettere in atto, le procedure di pulizia e disinfezione e la loro periodicità."

Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI			Pag. 2 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA GENNAIO 2024	

INDICE

1	AZIENDA	3
1.1	Denominazione	3
1.2	Ubicazione	3
1.5	Riferimenti di Legge	3
1.6	Legale Rappresentante	3
1.7	Attività svolta	3
1.8	Ubicazione Esercizio	3
1.9	Numero posti letto/capacità ricettiva	3
1.10	Addetti	3
2	ORGANIGRAMMA	4
3	DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ	5
4	RESPONSABILITÀ PER ATTUAZIONE PRATICA	5
5	AUTORE DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO (DVR)	6
6	OBIETTIVI DEL MANUALE	6
7	PUBBLICITÀ E CUSTODIA DEL MANUALE	6
8	DESCRIZIONE DEI LOCALI E DEGLI IMPIANTI	7
8.1	Identificazione planimetrica	7
8.2	Elenco degli impianti	7
8.3	Destinazione dei locali e fattori di rischio	7
9	FATTORI DI RISCHIO	8
10	APPROVVIGIONAMENTO IDRICO E TRATTAMENTI	11
11	RILIEVI IN CORSO DI VERIFICA ISPETTIVA	13
12	VERIFICA E MANUTENZIONE IMPIANTI IDRICI	14
13	IMPIANTO DI CONDIZIONAMENTO ARIA	15
14	VERIFICA E MANUTENZIONE DEGLI IMPIANTI AEREAULICI	18
15	QUALITÀ DELL'ARIA	20
16	CONSIDERAZIONI	22
17	SISTEMA ANTINCENDIO	23
18	IMPIANTO DI IRRIGAZIONE GIARDINO	24
19	IMPIANTO PISCINA COPERTA	25
20	FONTANA DECORATIVA	28
21	VALUTAZIONE DEL RISCHIO ED INTERVENTI	29
22	RELAZIONE SULLA VALUTAZIONE DEI RISCHI	30
23	LISTE DI CONTROLLO	31
24	DOCUMENTAZIONE TECNICA	31
25	PROTOCOLLO DI VALUTAZIONE E CONTROLLO DEI PUNTI A RISCHIO	32
26	ELENCO IMPIANTI E DEI RELATIVI PUNTI "CRITICI"	33
27	MANUTENZIONE DEGLI IMPIANTI	36
28	QUALIFICAZIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE	36
29	PROGRAMMA DI CONTROLLO E MANUTENZIONE	37
30	P.O.S. (PROCEDURE OPERATIVE STANDARD)	37
31	AZIONI CORRETTIVE	37

Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI				Pag. 3 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA	GENNAIO 2024	

1 AZIENDA

1.1 Denominazione

ISTITUTO FISIOTERAPICO "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l.		
Tel.: 0773 5941		Fax : 0773 596175

1.2 Ubicazione

VIA SELVAPIANA, 2
04016 – SABAUDIA (LT)

1.3 Proprietario della struttura

ISTITUTO FISIOTERAPICO "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. P. LE CLODIO, 18 – 00195(ROMA)
--

1.4 Gestore della struttura

ISTITUTO FISIOTERAPICO "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. P. LE CLODIO, 18 – 00195 (ROMA)

1.5 Riferimenti di Legge

Partita I.V.A. 01080381005	Codice Fiscale: 02575900580
----------------------------	-----------------------------

1.6 Legale Rappresentante

DE GIORGI LUIGIA		
Nata a SALICE SALENTINO (LECCE)	in data 21.04.1956	
Residente a SABAUDIA (LT)	c.a.p.	04016
Indirizzo: Via SELVAPIANA	n°	2

1.7 Attività svolta

ISTITUTO FISIOTERAPICO DI RIABILITAZIONE
--

Licenza annuale.

L'attività viene sospesa per il solo periodo: non ricorre il caso.

1.8 Ubicazione Esercizio

VIA SELVAPIANA, 2 – 04016 SABAUDIA (LT)

1.9 Numero posti letto/capacità ricettiva

N° CAMERE: 54	N° POSTI LETTO: 96
---------------	--------------------

1.10 Addetti

L'elenco nominativo del Personale con le relative qualifiche è riportato in Libro unico del lavoro.

Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI				Pag. 4 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA	GENNAIO 2024	

2 ORGANIGRAMMA

Nell'ambito della struttura vengono individuate le seguenti figure:

Responsabile per la prevenzione ed il controllo delle legionellosi

DE GIORGI LUIGIA

Addetti all'Autocontrollo

Dott. CARNEVALE RAFFAELE

Responsabile tenuta Registro Autocontrollo Legionellosi

Dott. CARNEVALE RAFFAELE

Addetto alla manutenzione degli impianti

PERSONALE INTERNO

Come risulta dal Libro Unico del Lavoro

Coordinatore del Personale addetto alla manutenzione

Dott. CARNEVALE RAFFAELE

Consulenti esterni

Dott. GAETANO COLANTUONO - Biologo

Laboratorio di Analisi

A.R.P.A. LAZIO

su campioni prelevati da:

Laboratorio esterno

Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI				Pag. 5 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA	GENNAIO 2024	

3 DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il Legale Rappresentante della Ditta in intestazione

DE GIORGI LUIGIA

si impegna a prendere tutte le misure necessarie per assicurare nella propria struttura la prevenzione ed il controllo delle legionellosi e risolvere le possibili non conformità.

Firma Legale rappresentante

4 RESPONSABILITÀ PER ATTUAZIONE PRATICA

Per:

- l'attuazione pratica dell'autocontrollo
- la tenuta del Registro
- rappresentare La Ditta in occasione di Verifiche Ispettive dell'Autorità preposta al controllo ufficiale

è stata individuata una persona responsabile per l'identificazione e la valutazione del rischio potenziale di infezione da *Legionella*, che:

- è esperto e comprende l'importanza della prevenzione e dell'applicazione delle misure di controllo
- conosce il piano di attuazione dell'Autocontrollo
- provvede alla sua applicazione nella Ditta con il contributo delle diverse Maestranze.

Il nominativo del Responsabile è di seguito riportato:

Dott. CARNEVALE RAFFAELE

Firma per accettazione

Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI			Pag. 6 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA GENNAIO 2024	

5 AUTORE DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO (DVR)

È stato redatto dal Legale Rappresentante, in collaborazione con:

- il consulente della Ditta: [Dott. G. Colantuono, in qualità di tecnico esterno.](#)

Data di emissione del Manuale: [07.06.2010](#)

Revisione del Manuale: [N° 3 – Gennaio 2024](#)

6 OBIETTIVI DEL MANUALE

Le disposizioni contenute nel presente DVR si applicano ai sensi del punto 1) dell'Accordo Stato - Regioni 13 gennaio 2005 (nel proseguo detto semplicemente "Accordo"), ai gestori di strutture turistico-ricettive. Tali disposizioni riguardano i criteri per la prevenzione ed il controllo delle legionellosi, ai fini della tutela igienico-sanitaria e della sicurezza degli **utenti** e dei **lavoratori** della struttura.

Il presente DVR è stato redatto ai sensi del punto 3 dell'Accordo; pertanto esso riguarda:

- [l'individuazione, nella propria attività, di ogni punto che potrebbe rivelarsi critico, dal punto di vista del rischio di legionellosi;](#)
- [la descrizione delle misure e del programma di prevenzione/protezione, a prescindere dall'applicazione di tutte le norme vigenti in materia di igiene e sicurezza delle strutture turistico-ricettive e termali \(es. D. Lgs. 81/2008, antincendio, HACCP, autocontrollo piscine, ecc.\). La verifica dell'applicazione di tali norme non è quindi oggetto del presente Manuale.](#)

7 PUBBLICITÀ E CUSTODIA DEL MANUALE

Il presente DVR è custodito presso la struttura.

Viene inoltrato al Responsabile per la prevenzione ed il controllo delle legionellosi, detto anche nel proseguo Responsabile Autocontrollo Legionellosi (o semplicemente "Responsabile Autocontrollo").

È a disposizione dell'Azienda Sanitaria Locale competente.

Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI				Pag. 7 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA	GENNAIO 2024	

8 DESCRIZIONE DEI LOCALI E DEGLI IMPIANTI

8.1 Identificazione planimetrica

Le aree ed i locali della Struttura sono individuati nella planimetria allegata.

In esse sono evidenziate, per ogni area locale, la presenza di impianti che potrebbero rappresentare un ipotetico fattore di rischio, come risultano dall'elenco riportato al punto successivo.

8.2 Elenco degli impianti

L'elenco degli impianti ai fini del controllo delle legionellosi è il seguente:

- impianto idrico-sanitario
- impianto di condizionamento aria ambienti confinati

8.3 Destinazione dei locali e fattori di rischio

(la dicitura "presente" oppure "assente" identifica ogni fattore di rischio in relazione ai locali individuati)

LOCALI E/O AMBIENTI	FATTORE DI RISCHIO						
	Impianto idrico sanitario (*)	Impianto climatizzazione (*)	Torri raffreddamento evaporative (*)	Impianto antincendio con splinker ad acqua (*)	Impianto di irrigazione (*)	Scroscio d'acqua (*)	Doccia (*)
Atrio/reception		X					
Bar interno	X	X					
Cucina	X						
Dispensa	X						
Corridoi		X					
Vano scale							
Camere	X	X					X
Centro fisiocinesiterapico	X	X					
Piscina	X	X					X
Servizi igienici ospiti	X						
Servizi igienici personale	X						
Spogliatoi	X						X
Locali tecnologici	X						
Giardini (settore A-B)					X	X(**)	

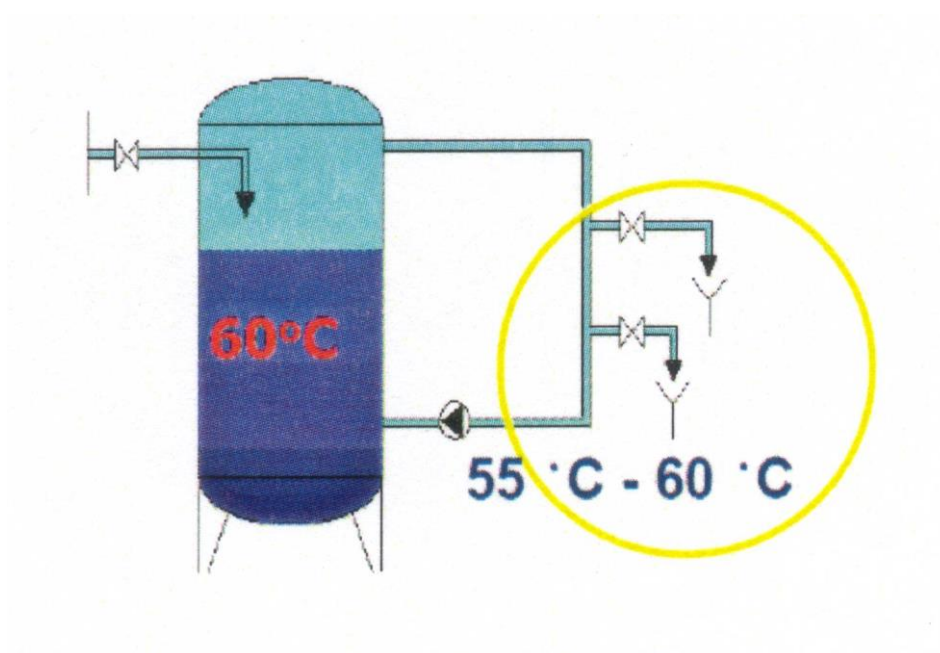
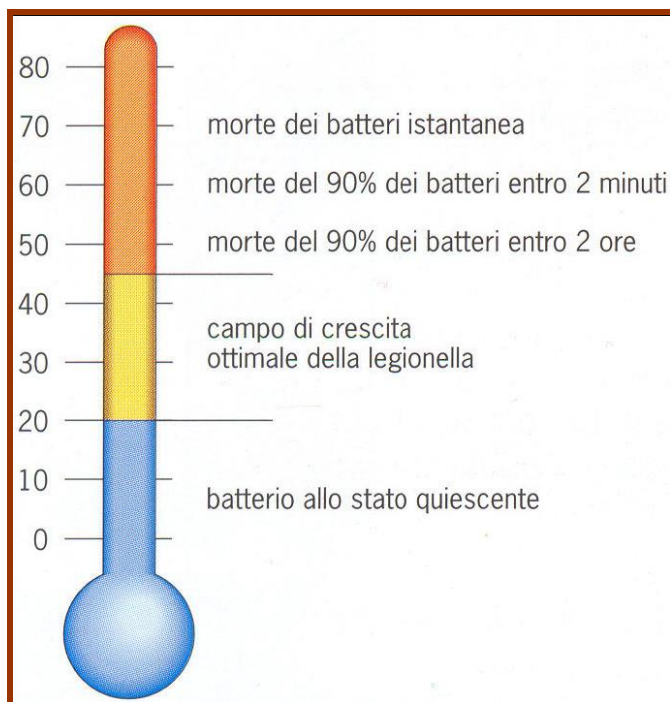
(*) = suscettibile/i di formare aerosol

(**) = fontana decorativa

9 FATTORI DI RISCHIO

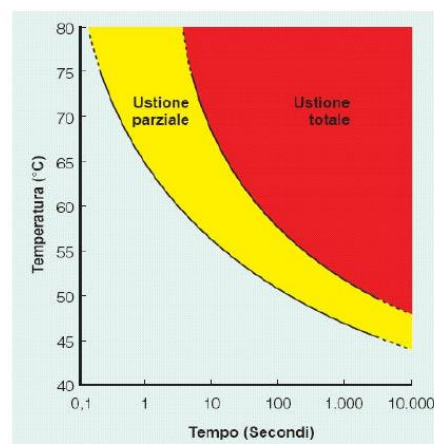
→ Degenti defedati che, in base alle statistiche, sono più inclini a contrarre la legionellosi.

→ La temperatura dell'acqua calda sanitaria; per tale motivo la temperatura viene mantenuta sempre a valori di circa **+60 °C nel boiler e di +55-60 °C nella rete di distribuzione dell'acqua calda.**



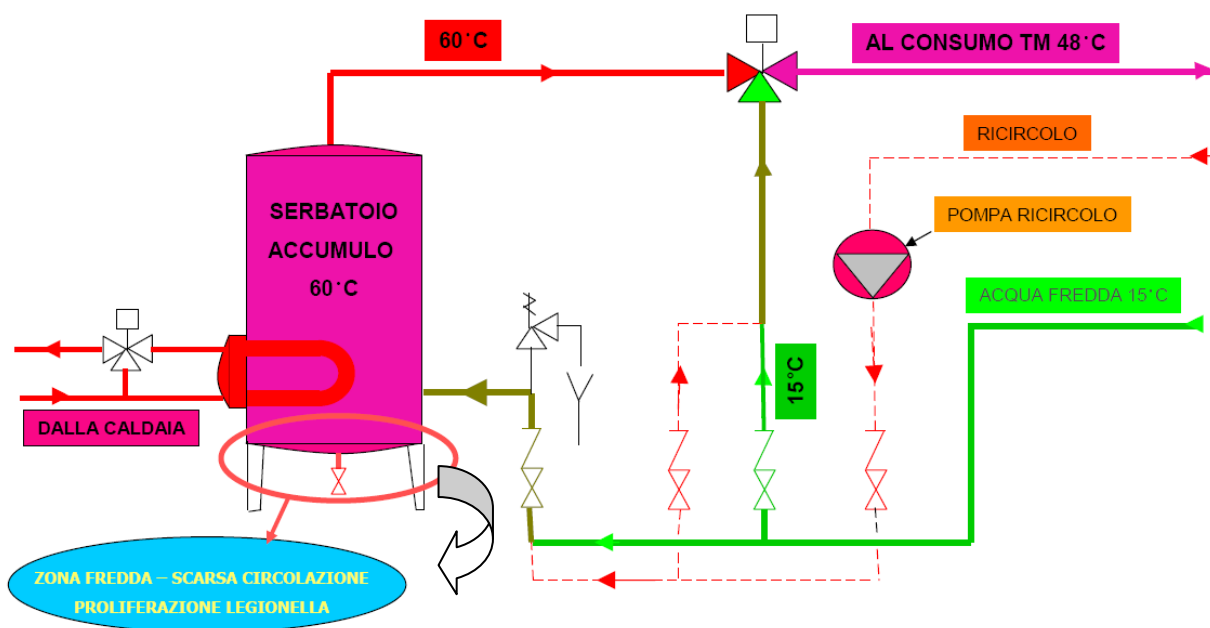
Temperatura	Adulti	Bambini 0-5 anni
70°C	1 sec	--
65°C	2 sec	0,5 sec
60°C	5 sec	1 sec
55°C	30 sec	10 sec
50°C	5 min	2,5 min

TEMPERATURE CONSIGLIATE			
bidet	38°C	lavabo	41°C
docce	41°C	vasca da bagno	44°C



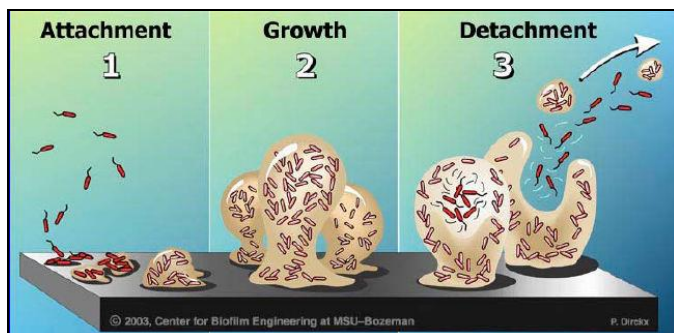
➔ Punti di ristagno dell'acqua calda nel boiler: per questo motivo il boiler viene spurgato frequentemente (*quantomeno per limitare quanto possibile il rischio*).

Sistema centralizzato + accumulo



Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI			Pag. 10 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA GENNAIO 2024	

➔ Il biofilm che si comporta da nicchia vitale per la Legionella. Per questo motivo, annualmente e quando richiesto anche periodicamente, vengono bonificati tutti i sistemi a rischio.



➔ Bacinelle raccogli condensa dei radiatori del sistema di termocondizionamento dell'aria nel ciclo freddo che pertanto vengono pulite regolarmente.

➔ Contaminanti biologici presenti nei climatizzatori tipo split e depositati sulla superficie della batteria e del ventilatore (batteri, virus, muffe, funghi etc.) che pertanto vengono periodicamente sanificati.

10 APPROVVIGIONAMENTO IDRICO E TRATTAMENTI

L'acqua è approvvigionata da:

► pozzo privato per tutti gli usi.

L'acqua è utilizzata come segue:

IMPIANTI:	STADI DI TRATTAMENTI									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Impianto di irrigazione prato										
Impianto idrico - potabile										
Impianto idrico - sanitario - acqua fredda										
Impianto idrico-sanitario - acqua calda										
Impianto climatizzazione ad acqua con caldaia e piastre										
Impianto termico con fan-coil										
Impianto irrigazione										
Impianto antincendio										
Piscina coperta										

N.B.: in colore rosso sono evidenziati i casi di interesse affermativo.

Legenda:

- 1) Nessun trattamento, salvo pulizia e disincretazione annuale
- 2) Filtrazione
- 3) Accumulo in cisterna
- 4) Addolcimento
- 5) Passaggio in autoclave
- 6) Clorazione (dosaggio automatico)
- 7) Accumulo in cisterna *post-trattamento*
- 8) Shock termico automatico
- 9) Protezione della corrosione mediante dosaggio di polifosfati
- 10) Accumulo in n° 2 boiler (acqua calda) con ricircolo

Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI			Pag. 12 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA GENNAIO 2024	

Note

- Presente il punto di campionamento a valle della circolazione, prima del rientro nel boiler.
- La condotta idrica è costituita dal seguente materiale:
 - ➡ da pozzo a cisterna: polimero plastico
 - ➡ da cisterna alle pompe di rilancio: polimero plastico
 - ➡ rete idrica acqua fredda: polimero plastico
 - ➡ rete idrica acqua calda: polimero plastico

11 RILIEVI IN CORSO DI VERIFICA ISPETTIVA

Si riscontra quanto segue:

- presenza di miscelatori a tutte le utenze di interesse
- presenza di filtri a snodo per lavabo/bidet/doccia (*)
- docce con soffione senza flessibile (°) nelle camere con box doccia
- docce con flessibile e soffione (°) nelle camere con tenda doccia
- rubinetti con rompighetti
- l'unità di trattamento aria per fan-coil a soffitto è del tipo "a secco"
- l'unità di trattamento aria confinata per fan-coil a parete è del tipo "a secco"
- l'unità di trattamento aria confinata per canalizzazioni è del tipo "a secco"
- le canalizzazioni di trasporto aria non vengono ispezionate e sanificate periodicamente; si sta valutando la fattibilità considerando i diversi aspetti dell'intervento
- le unità di diffusione aria risultano ben gestite per gli aspetti igienici e strutturali e non ci sono problemi per lo scarico della condensa in quanto la dotazione standard prevede una **pompa di scarico condensa**
- i filtri delle unità fan-coil sono di classe EU3/estraibili/lavabili

EN 779			
Prefiltri		Arrestanza media A_m (%) (con polvere sintetica)	Corrispondenza con Norme Eurovent
Perdita di carico finale massimo 250 Pa	G 1	50 □ 65	EU 1
	G 2	65 □ 80	EU 2
	G 3	80 □ 90	EU 3
	G 4	> 90	EU 4



(*) = Queste valvole sono munite di filtro. Nella parte frontale vi è un filtro che si smonta tranquillamente con un cacciavite o con una comunissima monetina. E' richiesta una semplice pulizia ogni 3-4 mesi per avere una lunghissima durata dei miscelatori e scongiurare l'impianto di biofilm e incrostazioni calcaree.

12 VERIFICA E MANUTENZIONE IMPIANTI IDRICI

La contaminazione da Legionella nell'impianto idrico di cui trattasi può verificarsi soprattutto in:

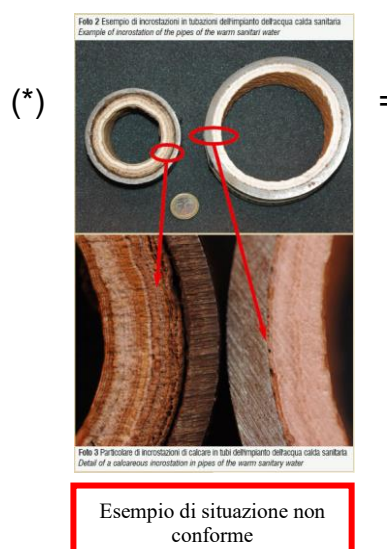
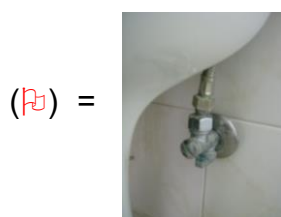
- serbatoio acqua fredda;
- autoclave acqua fredda;
- accumulo acqua calda (boiler) con ricircolo;
- tubi della rete di distribuzione dell' acqua (calda/fredda) quando sulla loro superficie interna si forma biofilm¹ e o incrostazioni (*);
- soffioni delle docce (☞);
- flessibili delle docce;
- filtri cilindrici nei rubinetti a snodo (H) immediatamente a monte della alimentazione idrica di punti acqua con miscelatori;
- miscelatori dell'acqua calda/fredda (☞);
- rubinetti di erogazione dell'acqua (☞) presenti sui punti acqua.

Le unità funzionali segnalate con il simbolo ☞ sono soggette a particolare manutenzione e controllo in quanto:

- produttori di goccioline d'acqua
- possono rappresentare, in caso di contaminazione dell'impianto, un'importante sorgente di emissione di Legionella.

L'attività di verifica e manutenzione con la relativa periodicità è riportata nella:

- [Lista di controllo \(Mod. A1/1 e Mod. A1/2\).](#)



¹ Il biofilm è una “comunità” di microrganismi che si forma su superfici umide o bagnate da acqua.

13 IMPIANTO DI CONDIZIONAMENTO ARIA

Nei locali della struttura è presente un impianto di condizionamento dell'aria come tabella che:

TIPOLOGIA	AREA	ARIA FREDDA	ARIA CALDA
Fan-coil a soffitto	Centro di fisiocinesiterapia (palestre A,B,C) Refettorio* al primo piano Refettorio* al secondo piano alcuni uffici – alcune camere	SI	SI
Split	Uffici amministrativi - camere	SI	SI
U.T.A. con canalizzazioni	Piscina coperta	SI	SI

*per consumo pasti e ricreazione

Fan-coil a soffitto



Split



U.T.A. con canalizzazioni



Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI			Pag. 16 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA GENNAIO 2024	

Le parti a rischio sono regolarmente pulite e manutenzionate da:

- ditta esterna

Nota importante:

Il refrigeratore/pompa di calore è del tipo:

- non evaporativo
- senza polverizzazione dell'acqua nell'aria

e dunque non c'è il rischio di trasmissione della legionella.

Nota importante:

Il ricambio di aria non è forzato con ripresa da fonti esterne a rischio bensì assicurato dalla naturale circolazione che avviene con l'apertura di porte e finestre nel normale esercizio.

refrigeratore 1 (per refettori)



refrigeratore 2



U.T.A. per piscina



filtri



Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI			Pag. 18 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA GENNAIO 2024	

14 VERIFICA E MANUTENZIONE DEGLI IMPIANTI AERAILICI

Considerando che il trattamento dell'aria:

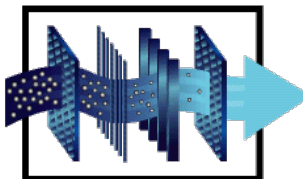
1) consiste nella regolazione di:

- temperatura;
- purezza;
- distribuzione dell'aria.

2) ha la finalità di soddisfare il benessere delle persone che occupano l'ambiente condizionato;

3) la contaminazione biologica dell'aria da impianto si verifica quando l'impianto diventa:

- sito di amplificazione di contaminanti biologici;
- via di trasporto e disseminazione di contaminanti biologici.



viene posta la massima attenzione sui processi utilizzati per il lavaggio dei filtri piani per evitare di introdurre batteri proprio in questa fase.

Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI			Pag. 19 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA GENNAIO 2024	

Durante la valutazione del rischio, è stato considerato:

PERICOLO: contaminanti presenti nell'aria espulsa dal camino della cucina

e relativo:

RISCHIO: sporcamento dei filtri della unità di trattamento dell'aria della piscina.

A questo proposito, visto che:

1) la "bocca" grigliata di aspirazione dell'aria dall'UTA asservita a piscina risulta non significativamente lontana dalle emissioni di:

- camino dell'estrattore della cucina;
- altre fonti di inquinamento.



2) la ventilazione può essere motivo di esaltazione dello sporcamento

si considera che tale situazione sia "a rischio".

Tuttavia, l'esame obiettivo dello stato di mantenimento dei filtri ha fatto rilevare che l'attività programmata di sanificazione ed eventuale sostituzione dei filtri (semestrale o secondo esigenza) è efficace ad assicurare una situazione di conformità igienica.

L'attività di verifica e manutenzione con la relativa periodicità è riportata nella:

- *Lista di controllo (Mod. A1/1 e Mod. A1/2).*

15 QUALITA' DELL'ARIA

Visto che:

- i sistemi di trattamento dell'aria possono essere all'origine di casi di legionellosi all'interno degli edifici nei quali sono installati;
- concentrazioni elevate di sostanze organiche e microrganismi sono indicatori di problemi igienici o di una cattiva manutenzione;
- non esiste alcuna correlazione tra la concentrazione di batteri aero-anaerobici e aerobici stretti e la presenza di *L. pneumophila*;

viene attuato un programma di ricerca specifica di *Legionella* spp. parallelamente alla quantificazione della flora totale.

A tale riguardo, si precisa che le analisi microbiologiche relative a *Legionella* spp. vengono usate come controllo dell'efficacia del programma di manutenzione e non come un'alternativa a tale programma.

I valori limite adottati per i sistemi di raffreddamento e i provvedimenti proposti in seguito sono quelli delle Direttive inglesi ed europee (EWGLI) esposti in Tabella 15-A.

Tabella 15-A - Valori limite per i sistemi di raffreddamento dell'aria

Batteri aero-anaerobici e aerobici stretti * [UFC/mL]	<i>Legionella</i> spp.** [UFC/L]	Misure da intraprendere ***
$\leq 10^4$	$\leq 10^3$	Il sistema è sotto controllo, continuare la manutenzione
$> 10^4$ e $\leq 10^5$	$> 10^3$ e $\leq 10^4$	I risultati ottenuti dovrebbero essere confermati dall'analisi immediata di nuovi campioni. Se il numero di batteri è simile, procedere a una valutazione del rischio e a delle misure di controllo. Identificare e mettere in atto le misure correttive necessarie. Verificare l'efficacia dei provvedimenti mediante nuovi controlli microbiologici.
$> 10^5$	$> 10^4$	Analisi immediata di nuovi campioni. Arresto dell'installazione il più rapidamente possibile. Risanamento (svuotamento, pulizia e disinfezione) trattamento specifico e rimessa in funzione dopo analisi negative per <i>Legionella</i> spp. Identificare le misure correttive necessarie per mantenere il numero di batteri a un livello accettabile a lungo termine. Verificare l'efficacia dei provvedimenti mediante nuovi controlli microbiologici.

* conta delle colonie secondo il metodo ISO 4833:2003 Microbiology of food and animal feeding stuffs -- Horizontal method for the enumeration of microorganisms -- Colony-count technique at 30 degrees C.

**determinazione secondo il metodo ISO 11731 Water qualità – Detection and enumeration of *Legionella*.

*** i provvedimenti sono determinati in base al tasso di contaminazione più elevato (batteri aerobici + aero-anaerobici o *Legionella* spp.)

Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI			Pag. 21 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA GENNAIO 2024	

MISURE PREVENTIVE

POSIZIONAMENTO DELL'IMPIANTO	In generale, l'impianto è stato installato sul terrazzo del terzo piano dell'immobile per evitare che l'aria potesse reintrodursi nell'edificio.
QUALITA' DELL'ARIA RINNOVATA	è stata realizzata, <i>nei limiti della fattibilità</i>, una buona localizzazione delle prese d'aria esterna, che sono al riparo dal vento dominante e da fonti d'inquinamento chimico o biologico. Prima di entrare nel dispositivo di umidificazione, l'aria fresca (o l'aria riciclata) viene filtrata (filtri attivi contro i batteri). Il montaggio dei filtri viene effettuato correttamente (senza fughe tra filtro e quadro) e vengono rimpiazzati regolarmente. Poiché un'alta concentrazione di microrganismi nell'aria esterna può comportare un'ostruzione di questi filtri e una contaminazione batterica o fungina, il filtro terminale possiede un indice di efficacia elevato (qualità raccomandata: F7) ed è stato situato il più possibile a valle del circuito.
SCELTA MATERIALI DEI	sono stati scelti materiali che non favoriscono lo sviluppo della flora microbica, di facile manutenzione e resistenti alla corrosione, alle temperature elevate e ai biocidi utilizzati per la disinfezione. Macchine e condutture beneficiano dello spazio necessario per un buon funzionamento e per la verifica (accessibilità garantita in piena sicurezza). Le vasche e i circuiti di umidificazione vengono svuotati e puliti almeno una volta all'anno e dopo ogni arresto del sistema superiore a un mese.
MESSA SERVIZIO IN	Prima della messa in funzione di un eventuale nuovo dispositivo di trattamento dell'aria: a) si procede a una buona pulizia meccanica e a una disinfezione; b) prima di occupare i locali l'aerazione si fa funzionare a vuoto per almeno 48 ore in modo da permettere l'eliminazione della polvere e dei residui indesiderati. Questo è valevole anche dopo lavori di riparazione. Poiché il rischio di disseminazione di microrganismi è particolarmente elevato dopo un periodo di arresto del sistema (funzionamento intermittente, pausa del fine settimana), si evita al massimo che si formino sporcizia, incrostazioni, proliferazioni biologiche e stagnazioni. Le installazioni a funzionamento stagionale, prima di rimetterle in funzione, vengono disinfettate.
PERSONALE ADDETTO	le persone incaricate della manutenzione e delle riparazioni: a) hanno una formazione adeguata e si proteggono correttamente in caso di interventi; b) portano una maschera filtrante di classe europea TH3 o TM3 (tipo FFP2 o FFP3 (filtering face piece)), che permette di ridurre l'inalazione degli aerosol, rispettivamente del 95% e del 98%. La maschera viene ben adattata al viso.

Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI				Pag. 22 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA	GENNAIO 2024	

16 CONSIDERAZIONI

Nei seguenti sistemi:

- ventilconvettori (*fan-coil*)
- batterie fredde delle unità di trattamento aria
- condizionatori split

è lecito ammettere che:

- nella modalità di riscaldamento non c'è presenza di acqua e, quindi, della Legionella;
- nella modalità di raffrescamento, si forma acqua dovuta alla condensazione del vapore acqueo presente nell'aria ma la condensa non può contenere la Legionella trattandosi di acqua pura. Qualora l'ambiente fosse inquinato dalla Legionella e la stessa si depositasse all'interno della bacinella, non può svilupparsi date le modeste temperature ($t < 15\text{ }^{\circ}\text{C}$);
- nel caso si scoprisse la Legionella (*silente*) nella condensa si procederà con opportune indagini per identificare la fonte che ha generato e diffuso il batterio.

17 SISTEMA ANTINCENDIO

In caso di incendio, vengono usati:

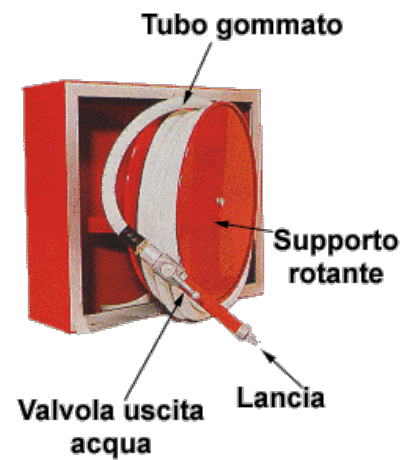
► idranti

il cui uso **non genera** problemi significativi per l'insorgenza di Legionellosi.

Tipo da esterno



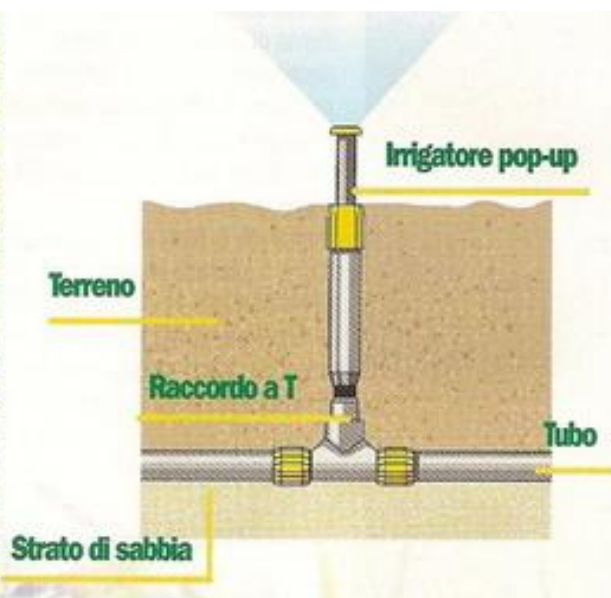
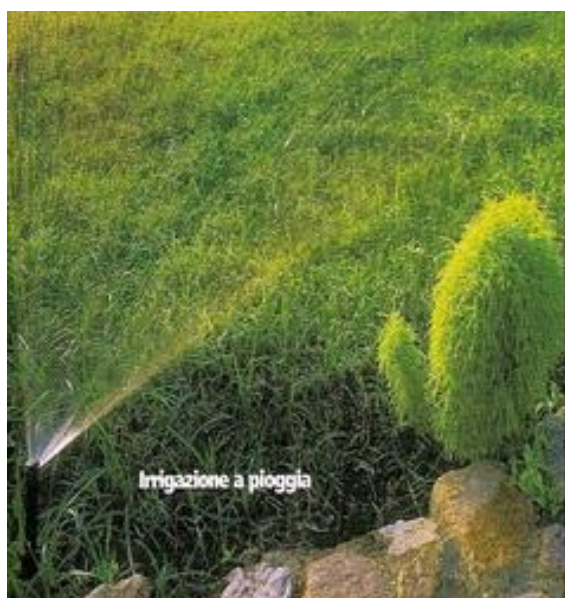
Tipo da interno



18 IMPIANTO DI IRRIGAZIONE GIARDINO

L'impianto di irrigazione del giardino:

- proviene da pozzo
- non subisce fase di accumulo in cisterna
- dispensata nelle ore notturne (dalle ore 24 alle ore 5)
- erogata con diffusori del tipo:
 - 1- pop-up



Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI				Pag. 25 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA	GENNAIO 2024	

19 IMPIANTO PISCINA COPERTA

In Italia sono stati segnalati alcuni casi di legionellosi in individui che si erano bagnati in acque di piscina 5-15 giorni prima della manifestazione della malattia, anche se non è stata dimostrata una diretta correlazione tra l'acquisizione della malattia e la frequentazione dell'impianto.

I rischi legati alla presenza di Legionella negli impianti natatori possono comunque essere legati, più che alla presenza del microrganismo:

- nelle acque della vasca nuoto
- nelle acque della vasca di compenso <<<
- nei filtri
- alla sua residenza nell'impianto idraulico
- alla sua diffusione attraverso aerosolizzazione dalle docce e dai rubinetti
- alla sua residenza nell'impianto di climatizzazione

Le piscine possono essere classificate come edifici a rischio medio a causa della presenza di docce.



Le piscine non rappresentano un rischio importante di legionellosi se:

- la qualità dell'acqua fornita
- la circolazione
- il pH
- la clorazione (o un altro sistema di disinfezione)
- la manutenzione dei filtri e della vasca

sono corretti. In questo caso l'acqua è microbiologicamente sotto controllo.

Siccome il rischio d'ingestione d'acqua è relativamente elevato, la qualità viene mantenuta vicina a quella dell'acqua potabile, in particolare per quanto concerne i batteri coliformi.

VALORI LIMITE

Tabella 14-A Qualche parametro da sorvegliare secondo la norma SIA 385/1 attualmente in revisione (febbraio 2009).

Parametro	Unità	Acqua della vasca		Filtrato	Osservazioni
		Livello ideale [min-max]	Valori di tolleranza		
Valore pH misurazione automatizzata (3x/giorno) o misurazione manuale (1x/giorno)	-	7.0-7.4	6.8-7.6		l'efficacia di certi disinfettanti dipende dal mantenimento o del pH
Cloro libero vasca per il nuoto vasca riscaldata per idromassaggio misurazione automatizzata (3x/giorno) o misurazione manuale (1x/giorno)	mg/L	0.2-0.4	0.1-0.8		
	mg/L	0.7-1.0	0.7-1.5		
Cloro combinato misurazione automatizzata o manuale (3x/giorno)	mg/L	0.2	0.3		
<i>L. pneumophila</i>	1/ml	-	non reperibile		Per idromassaggi produttori aerosol
<i>L. pneumophila</i>	1/100ml	-		non reperibile	Per idromassaggi produttori aerosol

MISURE PREVENTIVE

Le più semplici sono riassunte nella tabella 14-A (frequenza minima delle misure di controllo).

Indicazioni più dettagliate sono contenute nella norma SIA 385/1.

Una buona manutenzione è primordiale per la prevenzione della legionellosi ma anche di altre malattie batteriche trasmissibili dall'acqua.

Nel contesto di interesse, le installazioni vengono rese microbiologicamente irreprensibili. La manutenzione del sistema è facilitata in quanto tutte le parti che lo compongono sono accessibili e fabbricate con materiali facilmente lavabili.

Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI				Pag. 27 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA	GENNAIO 2024	

Nota di interesse generale:

EWGLI raccomanda che la metà dell'acqua contenuta in una vasca pubblica per idromassaggio sia rimpiazzata giornalmente; questa pratica non viene attuata fino ad evidenze che la renderanno necessaria.

MISURE CORRETTIVE

L'apparizione di casi di legionellosi (o di altre malattie batteriche) legate all'utilizzo di piscine o vasche per idromassaggio deve dare luogo a misure correttive immediate. Oltre alla pulitura e alla disinfezione, una valutazione e aggiornamento delle misure di controllo devono essere effettuati dal gerente della piscina (eventualmente su espressa domanda del medico cantonale o del chimico cantonale) per prevenire nuovi casi.

DISPOSIZIONI DI SORVEGLIANZA

Vedi Tabella 14-A.

RESPONSABILITÀ

In ogni caso, i fabbricanti devono proporre dei sistemi che rispettino le norme in vigore in modo da permettere agli utenti privati e ai servizi tecnici delle piscine pubbliche di effettuare una manutenzione ottimale delle vasche.

Bibliografia

Members of the European surveillance scheme for travel associated Legionnaires' disease, European Working Group for *Legionella* Infections. European guidelines for control and prevention of travel associated Legionnaires' disease. 200.

Rogers J, Dowsett AB, Dennis PJ, Lee JV, Keevil CW. Influence of temperature and plumbing material selection on biofilm formation and growth of *Legionella pneumophila* in a model potable water system containing complex microbial flora. Appl Environ Microbiol 1994; 60(5):1585-1592.

Société suisse des ingénieurs et des architectes (SIA). Eau et installations de régénération de l'eau dans les piscines publiques. Norme SIA 385/1. 2000.

La valutazione del rischio legionellosi è riportata nella sezione specifica: relazione sulla valutazione del rischio legionellosi.

Le attività di prevenzione e lotta sono riportate nel Mod. A1/1 e Mod. A1/2 del Registro allegato.

20 FONTANA DECORATIVA

L'acqua della fontana decorativa:

- proviene da pozzo
- viene ricircolata con pompa circolatrice di bassa potenza
- erogata come da allegata immagine fotografica.

Il sistema:

- in presenza di periodica bonifica igienica della condotta idrica, del bacino e degli erogatori;
- in assenza di produzione di aerosol aerodispersi;

viene considerato a [basso rischio](#), nelle more di accertamenti analitici.



Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI				Pag. 29 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA	GENNAIO 2024	

21 VALUTAZIONE DEL RISCHIO ED INTERVENTI

L'analisi del rischio di legionellosi è stata condotta secondo la metodologia prescritta dall'Accordo Stato-Regioni 13.01.2005.

Tra i fattori considerati nella valutazione del rischio di legionellosi, mediante l'applicazione sistematica delle liste di controllo, si ricordano:

- la fonte di approvvigionamento dell'acqua dei diversi impianti;
- i possibili punti di contaminazione dell'acqua all'interno ed all'esterno dell'edificio;
- le caratteristiche di normale funzionamento degli impianti;
- le condizioni di funzionamento non usuali, ma ragionevolmente prevedibili (es.: rotture, fermo impianto);
- le prese d'aria per gli edifici (*che non sono situate vicino agli scarichi delle torri di raffreddamento*)
- le canalizzazioni degli impianti di condizionamento centralizzato.

Gli **interventi di pulizia/manutenzione/bonifica ordinari e straordinari** ai fini della prevenzione del rischio di legionellosi sono riportati nella:

- Lista di controllo* (Mod. A1/1) (°) →→→→→ **PREVENZIONE**
- Lista di controllo* (Mod. A1/2) (°) →→→→→ **VERIFICHE**

L'**esito della efficacia delle azioni preventive e di verifica, accertato a seguito di verifiche ispettive interne – periodiche -** viene registrato nella:

- scheda di valutazione della **efficacia** delle azioni preventive e di verifica* (Mod. A2) (°).



Gli **interventi di campionamento** sono registrati nella:

- Scheda Campionamenti* (Mod. A3) (°).

(°) = documentazione presente nell'allegato REGISTRO

Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI				Pag. 30 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA	GENNAIO 2024	

22 RELAZIONE SULLA VALUTAZIONE DEI RISCHI

Vedi trattazione in Allegato.

Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI				Pag. 31 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA	GENNAIO 2024	

23 LISTE DI CONTROLLO

Tutti gli interventi di:

- ➡ prevenzione
- ➡ manutenzione
- ➡ pulizia
- ➡ sanificazione
- ➡ verifica

sono registrati nelle

⇒ **LISTE DI CONTROLLO (Mod. A1/1 - A1/2 - A2 - A3)**

allegate al presente *Registro Autocontrollo Legionella* ¹.

Tutti gli interventi sono approvati e firmati dal *Responsabile Autocontrollo Legionellosi*.

¹ : istituito ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni: registro per la documentazione degli interventi di valutazione del rischio e di manutenzione, ordinari e straordinari, sugli impianti idrici e di climatizzazione.

24 DOCUMENTAZIONE TECNICA

La documentazione tecnica relativa agli impianti di interesse, raccolta a cura del Responsabile Autocontrollo Legionellosi al fine di permettere la valutazione dei rischi di legionellosi, è a disposizione del personale tecnico interno ed esterno della struttura e degli organi di controllo.

Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI			Pag. 32 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA GENNAIO 2024	

25 **PROTOCOLLO DI VALUTAZIONE E CONTROLLO DEI PUNTI A RISCHIO**

Il protocollo di valutazione e controllo dei punti a rischio ai fini della legionellosi, messo in atto a cura del Responsabile Autocontrollo Legionellosi, si propone di identificare:

1. eventuali potenziali fonti di rischio (punti di rischio)
2. i fattori di rischio connessi (tipi di rischio/oggetto del controllo)
3. l'azione preventiva/intervento previsti e la periodicità di controllo.

Il monitoraggio è effettuato mediante l'utilizzo delle liste di controllo riportate nel Registro allegato al presente Documento di valutazione del rischio legionellosi.

L'analisi del rischio è effettuata con periodicità biennale e ogni volta che ci sia motivo di pensare che la situazione si sia modificata.

L'analisi è, comunque, rifatta ad ogni segnalazione di un possibile caso di legionellosi.

La valutazione ed il controllo è effettuato sempre prima dell'apertura stagionale.

26 ELENCO IMPIANTI E DEI RELATIVI PUNTI "CRITICI"

Di seguito si riporta un elenco degli impianti e dei relativi punti "critici" a maggior rischio:

IMPIANTI IDROSANITARI:	CP	CCP
⇒ Condotta idrica (acqua fredda)	si	
⇒ Condotta idrica (acqua calda)	si	
⇒ Miscelatori acqua fredda/calda	si	
⇒ Rubinetti	si	
⇒ Rompigetti dei rubinetti		SI
⇒ Flessibili di docce nelle camere	si	
⇒ Soffioni di docce nelle camere		SI
⇒ Soffioni doccia in piscina		SI

IMPIANTI DI CONDIZIONAMENTO CON CANALIZZAZIONI:	CP	CCP
⇒ Filtri		SI
⇒ Canalizzazioni	si	
⇒ Bocchette aria in - out		SI

IMPIANTI DI CONDIZIONAMENTO A FAN-COIL A SOFFITTO:	CP	CCP
⇒ Filtri		SI
⇒ Pannello a griglia in ABS a chiusura		SI
⇒ Ventilatore a motore		SI
⇒ Deflettori		SI

IMPIANTI DI CONDIZIONAMENTO con FAN-COIL A PARETE	CP	CCP
⇒ Filtri		SI
⇒ Struttura contenitiva esterna	si	
⇒ Ventilatore	si	
⇒ Batteria di scambio termico		SI

IMPIANTI DI CONDIZIONAMENTO A SPLIT	CP	CCP
⇒ Filtri		SI
⇒ Pannello a griglia di aspirazione	si	
⇒ Deflettori	si	
⇒ Ventilatore	si	
⇒ Batteria di scambio termico	si	

SISTEMI DI EMERGENZA:	CP	CCP
⇒ Sistemi antincendio a idranti	si	

Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI				Pag. 34 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA	GENNAIO 2024	

IMPIANTI DI CONDIZIONAMENTO PISCINA COPERTA:		CP	CCP
⇒	Filtri		SI
⇒	Canalizzazioni	si	

IMPIANTO PISCINA - VASCA		CP	CCP
⇒	Vasca di compenso	si	
⇒	Bordo vasca	si	
⇒	Filtri	si	

IMPIANTI DA GIARDINO:		CP	CCP
⇒	Fontana decorativa con zampillo	si	
⇒	Erogatori acqua di irrigazione	si	

Legenda: fan-coil = ventilconvettore

Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI				Pag. 35 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA	GENNAIO 2024	

NOTE

Nell'analisi del rischio verranno considerate solo le fasi dove è presente un **RISCHIO GRAVE** misurabile e suscettibile di essere gestito e quindi un **C.C.P.** (Punto Critico di Controllo).

C.C.P.: è considerato come Punto Critico di Controllo (ai sensi dell'art. 6, par. 1, secondo comma, primo trattino della Direttiva n.91/493/CEE), qualsiasi punto, tappa o processo ove sia possibile, mediante un'azione di controllo adeguata, evitare, eliminare o ridurre ad un livello accettabile un pericolo per la sicurezza alimentare.

Il **C.P.** (Punto di Controllo) è relativo ad una fase dove il **RISCHIO NON E' GRAVE OPPURE NON E' POSSIBILE INTERVENIRE SISTEMATICAMENTE CON UN CONTROLLO/MISURAZIONE** per cui si applica un controllo non documentato. Per tali punti/fasi:

- è necessario gestire il rischio con interventi gestionali di tipo preventivo che assicurano una condizione di continua azione sul pericolo efficace a minimizzare o annullare il rischio.
- si intendono applicate le G.M.P..

Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI			Pag. 36 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA GENNAIO 2024	

27 MANUTENZIONE DEGLI IMPIANTI

Preso atto che la corretta progettazione e realizzazione degli impianti è il fattore principale che concorre alla prevenzione della diffusione della *Legionella*, la manutenzione periodica, tuttavia, contribuisce in modo efficace a prevenire la colonizzazione degli impianti da parte dei batteri e, soprattutto, a limitare la loro moltiplicazione e diffusione nella struttura.

Tutte le operazioni di manutenzione:

- suddivise in azioni preventive e verifiche;
- mirate a tale scopo;

sono descritte e registrate nel Registro allegato al presente DVR dove sono pure riportati gli oggetti della manutenzione, le operazioni da svolgere e la periodicità con cui effettuare gli interventi, seguendo:

- le istruzioni dei costruttori e degli installatori degli impianti;
- le Procedure Operative Standard (P.O.S.) riportate in allegato al presente DVR.

28 QUALIFICAZIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE

La completa osservanza dei requisiti igienici e una buona gestione delle condizioni di funzionamento e manutenzione previste richiedono personale altamente qualificato.

Gli interventi operativi di manutenzione ed anche le ispezioni e le eventuali riparazioni vengono effettuate da personale specializzato che ha:

- una completa ed appropriata formazione;
- una equivalente esperienza tecnica adeguata alla specializzazione richiesta.

Una formazione supplementare, sia teorica che pratica, relativa agli aspetti igienico sanitari viene assicurata da:

- supporto al Dott. Carnevale Raffele da parte del Consulente Biologo Dott. Gaetano Colantuono.

Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "CLARA FRANCESCHINI" S.r.l. Sabaudia - LT	DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI				Pag. 37 di 37
	REVISIONE	N° 3	DATA	GENNAIO 2024	

29 PROGRAMMA DI CONTROLLO E MANUTENZIONE

IMPIANTI IDRICI

DESCRIZIONE	PERIODICITÀ
Vedi liste di controllo Mod. A1/1 - Mod. A1/2	

FAN-COIL

DESCRIZIONE	PERIODICITÀ
Vedi liste di controllo Mod. A1/1 - Mod. A1/2	

IMPIANTI DI CLIMATIZZAZIONE

DESCRIZIONE	PERIODICITÀ
Vedi liste di controllo Mod. A1/1 - Mod. A1/2	

30 P.O.S. (PROCEDURE OPERATIVE STANDARD)

Vedi Trattazione in Allegato.

31 AZIONI CORRETTIVE

Sono già inserite nelle P.O.S. (in Allegato) a cui si rimanda.



Ist. Fis. di Riab. "Clara Franceschini" S.r.l.

Via Selvapiana - 04016 Sabaudia (LT)

Tel.: +39 0773 5941 - Fax: +39 0773 596175

Internet: <http://www.istitutofranceschini.it/> - E-Mail: info@istitutofranceschini.it

VALUTAZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO

**relazione sulla valutazione del rischio connesso all'esposizione
ad agenti biologici**

(Art. 271 del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i. - D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106)

LUOGO e DATA: Sabaudia, 03/12/2018

REVISIONE: 01

MOTIVAZIONE: Aggiornamento

IL DATORE DI LAVORO

(Lugià De Giorgi)

in collaborazione con

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

(Marco Bertocchi)



IL MEDICO COMPETENTE

(Dott. Eleonora D'Alessandro)

per consultazione

IL RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA

(Gaetano Rufo)

Dott. Ing. Marco Bertocchi - www.studiobertocchi.com

ANALISI E VALUTAZIONE

La valutazione del rischio specifico è stata effettuata ai sensi della normativa italiana vigente:

- **D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81**, "Attuazione dell'art. 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".

Testo coordinato con:

- **D.L. 3 giugno 2008, n. 97**, convertito con modificazioni dalla **L. 2 agosto 2008, n. 129**;
- **D.L. 25 giugno 2008, n. 112**, convertito con modificazioni dalla **L. 6 agosto 2008, n. 133**;
- **D.L. 30 dicembre 2008, n. 207**, convertito con modificazioni dalla **L. 27 febbraio 2009, n. 14**;
- **L. 18 giugno 2009, n. 69**;
- **L. 7 luglio 2009, n. 88**;
- **D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106**;
- **D.L. 30 dicembre 2009, n. 194**, convertito con modificazioni dalla **L. 26 febbraio 2010, n. 25**;
- **D.L. 31 maggio 2010, n. 78**, convertito con modificazioni dalla **L. 30 luglio 2010, n. 122**;
- **L. 4 giugno 2010, n. 96**;
- **L. 13 agosto 2010, n. 136**;
- **Sentenza della Corte costituzionale 2 novembre 2010, n. 310**;
- **D.L. 29 dicembre 2010, n. 225**, convertito con modificazioni dalla **L. 26 febbraio 2011, n. 10**;
- **D.L. 12 maggio 2012, n. 57**, convertito con modificazioni dalla **L. 12 luglio 2012, n. 101**;
- **L. 1 ottobre 2012, n. 177**;
- **L. 24 dicembre 2012, n. 228**;
- **D.Lgs. 13 marzo 2013, n. 32**;
- **D.P.R. 28 marzo 2013, n. 44**;
- **D.L. 21 giugno 2013, n. 69**, convertito con modificazioni dalla **L. 9 agosto 2013, n. 98**;
- **D.L. 28 giugno 2013, n. 76**, convertito con modificazioni dalla **L. 9 agosto 2013, n. 99**;
- **D.L. 14 agosto 2013, n. 93**, convertito con modificazioni dalla **L. 15 ottobre 2013, n. 119**;
- **D.L. 31 agosto 2013, n. 101**, convertito con modificazioni dalla **L. 30 ottobre 2013, n. 125**;
- **D.L. 23 dicembre 2013, n. 145**, convertito con modificazioni dalla **L. 21 febbraio 2014, n. 9**;
- **D.Lgs. 19 febbraio 2014, n. 19**;
- **D.L. 15 giugno 2015, n. 81**;
- **L. 29 luglio 2015, n. 115**;
- **D.Lgs. 14 settembre 2015, n. 151**;
- **D.L. 30 dicembre 2015, n. 210** convertito con modificazioni dalla **L. 25 febbraio 2016, n. 21**;
- **D.Lgs. 15 febbraio 2016, n. 39**;
- **D.Lgs. 1 agosto 2016, n. 159**;
- **Accordo 7 luglio 2016**;
- **D.L. 30 dicembre 2016, n. 244** convertito con modificazioni dalla **L. 27 febbraio 2017, n. 19**;
- **D.D. 6 giugno 2018, n. 12**.

Premessa

Per agente biologico si intende qualsiasi microrganismo (parte di esso o suo prodotto) anche geneticamente modificato, coltura cellulare parassita (protozoi e metazoi) o organismo superiore che può provocare infezioni, allergie e intossicazioni.

Gli stessi sono classificati nei seguenti quattro gruppi a seconda del rischio di infezione:

- agente biologico del gruppo 1: un agente che presenta poche probabilità di causare malattie in soggetti umani;
- agente biologico del gruppo 2: un agente che può causare malattie in soggetti umani e costituire un rischio per i lavoratori; è poco probabile che si propaga nella comunità; sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche;
- agente biologico del gruppo 3: un agente che può causare malattie gravi in soggetti umani e costituisce un serio rischio per i lavoratori; l'agente biologico può propagarsi nella comunità, ma di norma sono disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche;
- agente biologico del gruppo 4: un agente biologico che può provocare malattie gravi in soggetti umani e costituisce un serio rischio per i lavoratori e può presentare un elevato rischio di propagazione nella comunità; non sono disponibili, di norma, efficaci misure profilattiche o terapeutiche.

Dal punto di vista dell'esposizione professionale è necessario distinguere le operazioni dove gli agenti biologici sono presenti in quanto parte essenziale del processo (agente biologico atteso), dalle operazioni ove gli agenti biologici costituiscono un evento "inaspettato" (agente biologico inatteso).

Il modello di valutazione adottato, anche se rivolto principalmente alle attività caratterizzate da rischio biologico da esposizione potenziale, ha nell'intento quello di consentire una valutazione universalmente applicabile, di semplice utilizzo e in grado di aiutare a focalizzare l'attenzione sugli elementi importanti caratterizzanti il rischio biologico e a mettere in atto di conseguenza le necessarie azioni preventive.

La metodologia adottata è concettualmente basata sul metodo "a matrice" ampiamente utilizzato per una valutazione semi-quantitativa dei rischi occupazionali. La valutazione del rischio [R] è in generale effettuata tenendo conto dell'entità dell'evento dannoso [E] e della probabilità di accadimento dello stesso [P]. Dalla relazione $[P] \times [E]$ scaturisce un valore [R] che esprime il livello di rischio presente in quell'attività stante le condizioni che hanno portato a determinare [P] e [E].

Entità del danno [E]

L'Entità del danno [E] è la quantificazione (stima) del potenziale danno derivante da un fattore di rischio dato. Nel caso specifico l'entità del danno [E] può essere individuato con il gruppo di appartenenza dell'agente biologico, potenzialmente presente nell'attività lavorativa, secondo la classificazione dei microrganismi dell'Allegato XLVI del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81.

GRUPPO	DESCRIZIONE DELL'ENTITA' DEL DANNO	VALORE
Gruppo 4	Agente biologico che può provocare malattie gravi in soggetti umani e costituisce un serio rischio per i lavoratori e può presentare un elevato rischio di propagazione nella comunità; non sono disponibili, di norma, efficaci misure profilattiche o terapeutiche	4
Gruppo 3	Agente che può causare malattie gravi in soggetti umani e costituisce un serio rischio per i lavoratori; l'agente biologico può propagarsi nella comunità, ma di norma sono disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche	3
Gruppo 2	Agente che può causare malattie in soggetti umani e costituire un rischio per i lavoratori; è poco probabile che si propaga nella comunità; sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche	2
Gruppo 1	Agente che presenta poche probabilità di causare malattie in soggetti umani	1

Quando sono individuati più agenti biologici appartenenti a differenti gruppi di pericolosità, di norma, è inserito nell'algoritmo il valore più elevato a titolo cautelativo.

In alternativa, qualora non siano noti gli agenti biologici effettivamente presenti, il valore che è attribuito a [E] è stato desunto dalla seguente tabella che riporta in base alle matrici della sorgente in oggetto i gruppi di agenti biologici potenzialmente presenti.

MATRICE DELLA SORGENTE	GRUPPO
Alimenti di origine animale	2, 3
Alimenti di origine vegetale	2
Acque a bassa contaminazione	2, 3
Acque ad alta contaminazione	2, 3
Superfici	2, 3 (**)
Aria ambienti confinati	2, 3 (**)
Clinica / Rifiuti ospedalieri	2, 3 (4)
Rifiuti indifferenziati	2, 3
Varie	2, 3

(**) Taluni agenti classificati nel gruppo 3 ed indicati con doppio asterisco (**) nell'elenco allegato possono comportare un rischio di infezione limitato perché normalmente non sono veicolati dall'aria.

E' da tener presente che i microrganismi appartenenti al gruppo 2, anche se poco pericolosi, sono molto più numerosi e molto più diffusi nell'ambiente rispetto a quelli di gruppo 3 e ancora di più rispetto a quelli di gruppo 4, quindi sta a chi applica la metodologia, inserire il valore più opportuno a seconda del caso.

Probabilità di accadimento [P]

La Probabilità di accadimento [P] è la quantificazione (stima) della probabilità che il danno, derivante da un fattore di rischio dato, effettivamente si verifichi. Essa può assumere un valore sintetico tra 1 e 4, secondo la seguente gamma di soglie di probabilità di accadimento:

PROBABILITA' DI ACCADIMENTO	VALORE
Alta	4
Media	3
Bassa	2
Bassissima	1

A determinare la probabilità di "infezione" concorrono numerosi fattori, che sono stati analizzati singolarmente ed inseriti nell'algoritmo illustrato di seguito.

$$[P] = [C] \cdot [(F1 + F2 + F3 + F4 + F5 + F6 + 1) / 7] \quad (1)$$

dove

C è la Contaminazione presuntiva delle materie utilizzate;

F rappresenta l'influenza dei Fattori lavorativi (caratteristiche ambientali, quantità e frequenza delle manipolazioni di campioni, procedure adottate, buone pratiche, utilizzo di DPI, formazione ecc.

Contaminazione presuntiva [C]

Qualora non siano note le caratteristiche microbiologiche quali-quantitative delle materie in ingresso, l'esperienza e la letteratura a riguardo aiutano a classificare, seppure indicativamente, le matrici, in base ad una contaminazione presuntiva. Il giudizio sulla contaminazione presuntiva è stato suddiviso in 4 categorie come di seguito indicato:

CONTAMINAZIONE PRESUNTIVA	VALORE
Alta	4
Media	3
Bassa	2
Bassissima	1

In base a questa classificazione diviene possibile assegnare a ciascuna delle sostanze utilizzate nelle attività un probabile valore di [C].

MATRICE DELLA SORGENTE	CONTAMINAZIONE
Alimenti di origine animale	2 - Bassa
Alimenti di origine vegetale	1 - Bassissima
Acque a bassa contaminazione	1 - Bassissima
Acque ad alta contaminazione	2 - Bassa
Superfici	1 - Bassissima
Aria ambienti confinati	1 - Bassissima
Clinica / Rifiuti ospedalieri	3 - Media
Rifiuti indifferenziati	2 - Bassa
Varie	2 - Bassa

Nel caso in cui si stia manipolando un agente biologico direttamente, ovvero quanto lo stesso è parte essenziale del processo (agente biologico atteso), la contaminazione presuntiva è posta generalmente pari al valore del gruppo di pericolosità.

Fattori lavorativi [F]

Si è schematizzato nei 6 fattori di seguito illustrati, le caratteristiche influenti sul rischio biologico; ipotizzando che ad ognuno possa essere assegnato un valore numerico pari a 0 se la caratteristica è adeguata, pari a 1 se non è adeguata e pari a 0,5 se è giudicata parzialmente adeguata.

Per ogni fattore sono state individuate le modalità di assegnazione dei valori numerici riportati sinteticamente nella tabella seguente:

FATTORI LAVORATIVI	ADEGUATO	PARZIALMENTE ADEGUATO	NON ADEGUATO
F1 Quantità di campione manipolato	0,0	0,5	1,0
F2 Frequenza della manipolazione del campione	0,0	0,5	1,0
F3 Caratteristiche strutturali / Dispositivi di protezione collettiva (DPC)	0,0	0,5	1,0
F4 Buone pratiche	0,0	0,5	1,0
F5 Dispositivi di protezione individuale (DPI)	0,0	0,5	1,0
F6 Formazione, informazione e addestramento	0,0	0,5	1,0

Fattore F1 - Quantità di campione manipolato

Quantità di campione o di sostanza potenzialmente infetta manipolata per turno lavorativo oppure anche in una singola operazione se questa comporta manipolazione di elevate quantità.

F1 - Quantità di campione manipolato	VALORE
Bassa Piccoli quantitativi	0,0
Media Quantitativi intorno ai 500 g / 500 ml	0,5
Alta Quantitativi maggiori di 500 g / 500 ml	1,0

Fattore F2 - Frequenza della manipolazione del campione

Frequenza di manipolazione di sostanze potenzialmente infette.

F2 - Frequenza delle manipolazione del campione	VALORE
Bassa una o poche volte al mese	0,0
Media una o poche volte a settimana	0,5
Elevata almeno giornaliera	1,0

Fattore F3 - Caratteristiche strutturali / Dispositivi di protezione collettiva (DPC)

F3 - Caratteristiche strutturali / Dispositivi di protezione collettiva (DPC)	VALORE
Adeguate sono rispettate dal 66% al 100% delle voci della check list correlata	0,0
Parz. Adeguata sono rispettate dal 50% al 65% delle voci della check list correlata	0,5
Non adeguata sono rispettate meno del 50% delle voci della check list correlata	1,0

Check list per la valutazione delle caratteristiche strutturali / dispositivi di protezione collettiva (DPC)

CHECK LIST		VALORE
Caratteristiche strutturali / Dispositivi di protezione collettiva (DPC)		
1	Pavimenti e pareti lisce e lavabili	SI [] - NO []
2	Superfici di lavoro lavabili e impermeabili	SI [] - NO []
3	Presenza di lavandini in ogni stanza (ove necessario)	SI [] - NO []
4	Presenza di lavaocchi (ove necessario)	SI [] - NO []
5	Adeguate ricambio di aria naturale o artificiale	SI [] - NO []
6	Illuminazione adeguata	SI [] - NO []
7	Presenza di cappe biohazard (ove necessario)	SI [] - NO []
8	Armadietti con compartimenti separati	SI [] - NO []
9	Presenza di tutte le attrezzature necessarie all'interno della stanza di lavoro	SI [] - NO []

Fattore F4 - Buone pratiche e norme igieniche

Buone pratiche (norme igieniche), istruzioni operative, informazione, formazione e addestramento ecc).

F4 - Buone pratiche e norme igieniche		VALORE
Adeguate	Buone pratiche esistenti e diffuse a tutto il personale esposto	0,0
Parz. Adeguata	Buone pratiche esistenti ma formazione non effettuata	0,5
Non adeguata	Buone pratiche non esistenti	1,0

Fattore F5 - Presenza e utilizzo di DPI idonei per rischio biologico

F5 - Dispositivi di protezione individuale (DPI)		VALORE
Adeguate	Tutto il personale è dotato di tutti i DPI necessari (100%)	0,0
Parz. Adeguata	Non tutto il personale è dotato dei DPI necessari (<100%) oppure non è stato fornito uno solo dei DPI previsti	0,5
Non adeguata	Il personale dotato dei DPI idonei è inferiore al 50% oppure alcuni DPI non sono stati forniti.	1,0

Dispositivi di protezione individuale (DPI)

CHECK LIST		
Dispositivi di protezione individuale per rischio biologico		
1	Guanti	SI [] - NO []
2	Facciali filtranti	SI [] - NO []
3	Occhiali	SI [] - NO []
4	Visiere	SI [] - NO []
5	Maschere	SI [] - NO []
6	Camici	SI [] - NO []
7	Tute	SI [] - NO []
8	Calzature	SI [] - NO []

Fattore F6 - Formazione e informazione

F6 - Informazione, Formazione e Addestramento		VALORE
Adeguate	tutto il personale esposto a rischio biologico ha ricevuto la formazione e informazione specifica	0,0
Parz. Adeguata	solo parte del personale ha ricevuto la formazione e informazione specifica (> del 50 % degli esposti)	0,5
Non adeguata	nessuno o pochi tra il personale esposto a rischio biologico ha ricevuto la formazione e informazione specifica	1,0

Tutti i dati raccolti vengono inseriti in forma numerica nella formula precedente e si ottiene un valore di [P] che può essere riportato nella matrice dei rischi per il calcolo di [R].

Rischio [R]

Individuato uno specifico pericolo o fattore di rischio, il valore numerico del rischio [R] è stimato procedendo al prodotto dell'Entità del danno [E] per la Probabilità di accadimento [P] dello stesso.

$$[R] = [P] \times [E] \quad (2)$$

Il Rischio [R], quindi, è la quantificazione (stima) della combinazione della probabilità di accadimento di un evento dannoso e della entità delle sue conseguenze. Esso può assumere un valore sintetico compreso tra 1 e 16, come si può evincere dalla matrice del rischio di seguito riportata.

Stima del	Probabilità	Probabilità	Probabilità	Probabilità
-----------	-------------	-------------	-------------	-------------

Rischio [R]	"Bassissima" [P1]	"Bassa" [P2].	"Media" [P3]	"Alta" [P4]
Danno "Lieve" [E1]	Rischio "Basso" [P1] x [E1] = 1	Rischio "Basso" [P2] x [E1] = 2	Rischio "Moderato" [P3] x [E1] = 3	Rischio "Moderato" [P4] x [E1] = 4
Danno "Serio" [E2]	Rischio "Basso" [P1] x [E2] = 2	Rischio "Moderato" [P2] x [E2] = 4	Rischio "Medio" [P3] x [E2] = 6	Rischio "Rilevante" [P4] x [E2] = 8
Danno "Grave" [E3]	Rischio "Moderato" [P1] x [E3] = 3	Rischio "Medio" [P2] x [E3] = 6	Rischio "Rilevante" [P3] x [E3] = 9	Rischio "Alto" [P4] x [E3] = 12
Danno "Gravissimo" [E4]	Rischio "Moderato" [P1] x [E4] = 4	Rischio "Rilevante" [P2] x [E4] = 8	Rischio "Alto" [P3] x [E4] = 12	Rischio "Alto" [P4] x [E4] = 16

ESITO DELLA VALUTAZIONE

Di seguito è riportato l'elenco delle mansioni addette ad attività lavorative che espongono ad agenti biologici e il relativo esito della valutazione del rischio.

Tabella di correlazione Mansioni - Esito della valutazione

Mansione	Esito della valutazione
1) Addetto alla "Cucina"	Rischio moderato per la salute.
2) Addetto all'attività di "Analisi cliniche"	Rischio moderato per la salute.
3) Addetto all'attività di "Controllo e manutenzione impianti e attrezzature"	Rischio moderato per la salute.
4) Addetto all'attività di "Lavanderia - guardaroba"	Rischio moderato per la salute.
5) Addetto all'attività di "Pulizia, sanificazione, raccolta dei rifiuti"	Rischio moderato per la salute.
6) Addetto all'attività di "Pulizia, sanificazione, raccolta dei rifiuti"	Rischio moderato per la salute.
7) Addetto all'attività di "Trattamenti diagnostici"	Rischio moderato per la salute.
8) Ausiliare	Rischio moderato per la salute.
9) Fisioterapista	Rischio moderato per la salute.
10) Fisioterapista	Rischio moderato per la salute.
11) Fisioterapista	Rischio moderato per la salute.
12) Giardiniere	Rischio basso per la salute.
13) Infermiere professionale	Rischio moderato per la salute.
14) Infermiere professionale	Rischio moderato per la salute.
15) Infermiere professionale	Rischio moderato per la salute.
16) Logopedista	Rischio moderato per la salute.
17) Operatore Socio-Sanitario (OSS)	Rischio moderato per la salute.
18) Operatore Socio-Sanitario (OSS)	Rischio moderato per la salute.
19) Terapista occupazionale	Rischio moderato per la salute.

SCHEDE DI VALUTAZIONE

Le schede di rischio che seguono riportano l'esito della valutazione eseguita.

Le eventuali disposizioni relative alla sorveglianza sanitaria, all'informazione e formazione, all'utilizzo di dispositivi di protezione individuale e alle misure tecniche e organizzative sono riportate nel documento della sicurezza di cui il presente è un allegato.

Tabella di correlazione Mansioni - Scheda di valutazione

Mansione	Scheda di valutazione
Addetto alla "Cucina"	Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Cucina - magazzino"

Tabella di correlazione Mansione - Scheda di valutazione

Mansione	Scheda di valutazione
Addetto all'attività di "Analisi cliniche"	Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Analisi dei campioni"
Addetto all'attività di "Controllo e manutenzione impianti e attrezzature"	Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Trattamento delle acque della piscina e stoccaggio di sostanze pericolose"
Addetto all'attività di "Lavanderia - guardaroba"	Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Lavanderia - guardaroba"
Addetto all'attività di "Pulizia, sanificazione, raccolta dei rifiuti"	Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Pulizia, sanificazione, raccolta dei rifiuti"
Addetto all'attività di "Pulizia, sanificazione, raccolta dei rifiuti"	Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Pulizia, sanificazione, raccolta dei rifiuti"
Addetto all'attività di "Trattamenti diagnostici"	Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Radiologia"
Ausiliare	Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Ospitalità"
Fisioterapista	Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Attività di riabilitazione e mantenimento"
Fisioterapista	Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Terapia manuale"
Fisioterapista	Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Idrokinesiterapia"
Giardiniere	Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Giardinaggio"
Infermiere professionale	Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Ospitalità"
Infermiere professionale	Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Assistenza sanitaria e trattamenti terapeutici"
Infermiere professionale	Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Prelievo di campioni biologici"
Logopedista	Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Attività di riabilitazione e mantenimento"
Operatore Socio-Sanitario (OSS)	Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Idrokinesiterapia"
Operatore Socio-Sanitario (OSS)	Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Ospitalità"
Terapista occupazionale	Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Attività di riabilitazione e mantenimento"

SCHEDA: Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Analisi dei campioni"

Nell'attività di analisi di campioni biologici è possibile la contaminazione accidentale del piano di lavoro per il versamento di materiali biologici o, più probabilmente, la contaminazione della parte esterna dei contenitori stessi da parte di agenti biologici.

Sorgente di rischio								
Gruppo di pericolosità	Contaminazione presuntiva	Fattori lavorativi						Rischio
[G]	[C]	[F ₁]	[F ₂]	[F ₃]	[F ₄]	[F ₅]	[F ₆]	[R]
1) [Agente POTENZIALE] - Sangue e liquidi biologici								
Matrice della sorgente: Clinica / Rifiuti ospedalieri.								
Gruppo 3	Media	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	moderato
2) [Agente NOTO] - impianto idrico e di condizionamento								
Tipologia: Batterie; Agente biologico: <i>Fluoribacter bozemanii</i> (Legionella);								
Gruppo 2	Bassa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	basso
Fascia di appartenenza:								
Rischio moderato per la salute.								
Mansioni:								
Addetto all'attività di "Analisi cliniche".								

SCHEDA: Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Assistenza sanitaria e trattamenti terapeutici"

L'esposizione può avvenire per il contatto diretto con i liquidi organici (sangue, urine, liquido amniotico, liquido seminale, eccetera) di persone infette, per contatto indiretto ovvero tramite oggetti contaminati con i materiali organici del paziente infetto, per aerosol (tramite goccioline infette emesse dal paziente con la parola, lo

starnuto o la tosse, o prodotte durante procedure invasive - estubazione, broncoscopia, ecc.) e per via aerea.

Sorgente di rischio								
Gruppo di pericolosità	Contaminazione presuntiva	Fattori lavorativi						Rischio
[G]	[C]	[F ₁]	[F ₂]	[F ₃]	[F ₄]	[F ₅]	[F ₆]	[R]
1) [Agente POTENZIALE] - Sangue e liquidi biologici								
Matrice della sorgente: Clinica / Rifiuti ospedalieri.								
Gruppo 3	Media	0.5	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	moderato
2) [Agente NOTO] - Impianti idrico e di condizionamento								
Tipologia: Batteri; Agente biologico: Fluoribacter bozemanii (Legionella);								
Gruppo 2	Bassa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	basso
Fascia di appartenenza:								
Rischio moderato per la salute.								
Mansioni:								
Infermiere professionale.								

SCHEDA: Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Attività di riabilitazione e mantenimento"

L'esposizione può avvenire per il contatto diretto con i liquidi organici (sangue, urine, liquido amniotico, liquido seminale, eccetera) di persone infette, per contatto indiretto ovvero tramite oggetti contaminati con i materiali organici del paziente infetto, per aerosol (tramite goccioline infette emesse dal paziente con la parola, lo starnuto o la tosse, o prodotte durante procedure invasive - estubazione, broncoscopia, ecc.) e per via aerea.

Sorgente di rischio								
Gruppo di pericolosità	Contaminazione presuntiva	Fattori lavorativi						Rischio
[G]	[C]	[F ₁]	[F ₂]	[F ₃]	[F ₄]	[F ₅]	[F ₆]	[R]
1) [Agente POTENZIALE] - Sangue e liquidi biologici								
Matrice della sorgente: Clinica / Rifiuti ospedalieri.								
Gruppo 3	Media	0.5	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	moderato
2) [Agente NOTO] - Impianti idrico e di condizionamento								
Tipologia: Batteri; Agente biologico: Fluoribacter bozemanii (Legionella);								
Gruppo 2	Bassa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	basso
Fascia di appartenenza:								
Rischio moderato per la salute.								
Mansioni:								
Fisioterapista; Logopedista; Terapista occupazionale.								

SCHEDA: Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Cucina - magazzino"

Attività lavorativa comportante un rischio di esposizione dei lavoratori ad agenti biologici.

Sorgente di rischio								
Gruppo di pericolosità	Contaminazione presuntiva	Fattori lavorativi						Rischio
[G]	[C]	[F ₁]	[F ₂]	[F ₃]	[F ₄]	[F ₅]	[F ₆]	[R]
1) [Agente POTENZIALE] - Carni								

		Sorgente di rischio						
Gruppo di pericolosità	Contaminazione presuntiva	Fattori lavorativi						Rischio
[G]	[C]	[F ₁]	[F ₂]	[F ₃]	[F ₄]	[F ₅]	[F ₆]	[R]
Matrice della sorgente: Alimenti di origine animale.								
Gruppo 2	Bassa	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	basso
2) [Agente POTENZIALE] - Verdura e frutta								
Matrice della sorgente: Alimenti di origine vegetale.								
Gruppo 2	Bassissima	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	basso
3) [Agente POTENZIALE] - Residui di cottura e dei pasti								
Matrice della sorgente: Rifiuti indifferenziati.								
Gruppo 3	Bassa	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	moderato
4) [Agente NOTO] - Impianto idrico e di condizionamento								
Tipologia: Batteri; Agente biologico: Fluoribacter bozemanii (Legionella);								
Gruppo 2	Bassa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	basso
5) [Agente POTENZIALE] - Rifiuti								
Matrice della sorgente: Clinica / Rifiuti ospedalieri.								
Gruppo 3	Media	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	moderato
Fascia di appartenenza:								
Rischio moderato per la salute.								
Mansioni:								
Addetto alla "Cucina".								

SCHEDA: Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Giardinaggio"

Nel settore pulizia delle aree verdi e della raccolta dei materiali derivanti dalla manutenzione, una delle maggiori preoccupazioni, in termini di salute dei lavoratori, è quella relativa alla potenziale esposizione degli addetti ad agenti biologici (virus dell'epatite B (HBV), virus dell'epatite C (HCV), Tetano, ecc.).

Gli operatori sono esposti agli agenti biologici durante l'intero turno di lavoro in quanto potrebbero essere riscontrate contaminazioni da agenti biologici.

Le modalità di infezione da agenti biologici possono avvenire sia per contatto, sia per via aerea in quanto gli operatori sono esposti a rischio infortunistico (taglio e punture).

Esiste inoltre il rischio di punture di insetti e di morsi di animali.

Sorgente di rischio								
Gruppo di pericolosità	Contaminazione presuntiva	Fattori lavorativi						Rischio
[G]	[C]	[F ₁]	[F ₂]	[F ₃]	[F ₄]	[F ₅]	[F ₆]	[R]
1) [Agente POTENZIALE] - materiali di origine vegetale								
Matrice della sorgente: Varie.								
Gruppo 2	Bassa	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	basso
Fascia di appartenenza:								
Rischio basso per la salute.								
Mansioni:								
Giardiniere.								

SCHEDA: Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Idrokinesiterapia"

Esposizione al rischio biologico durante attività di sostegno al paziente dovuto al contatto fisico.

Sorgente di rischio								
Gruppo di pericolosità	Contaminazione presuntiva	Fattori lavorativi						Rischio
[G]	[C]	[F ₁]	[F ₂]	[F ₃]	[F ₄]	[F ₅]	[F ₆]	[R]
1) [Agente POTENZIALE] - Sangue e liquidi biologici								
Matrice della sorgente: Clinica / Rifiuti ospedalieri.								
Gruppo 3	Media	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	moderato
2) [Agente NOTO] - impianto idrico e di condizionamento								
Tipologia: Batteri; Agente biologico: Fluoribacter bozemanii (Legionella);								
Gruppo 2	Bassa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	basso
Fascia di appartenenza: Rischio moderato per la salute.								
Mansioni: Operatore Socio-Sanitario (OSS); Fisioterapista.								

SCHEDA: Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Lavanderia - guardaroba"

L'esposizione può avvenire per il contatto diretto con i liquidi organici (sangue, urine, liquido amniotico, liquido seminale, eccetera) di persone infette, per contatto indiretto ovvero tramite oggetti contaminati con i materiali organici del paziente infetto, per aerosol (tramite goccioline infette emesse dal paziente con la parola, lo starnuto o la tosse, o prodotte durante procedure invasive - estubazione, broncoscopia, ecc.) e per via aerea.

Sorgente di rischio								
Gruppo di pericolosità	Contaminazione presuntiva	Fattori lavorativi						Rischio
[G]	[C]	[F ₁]	[F ₂]	[F ₃]	[F ₄]	[F ₅]	[F ₆]	[R]
1) [Agente POTENZIALE] - Sangue e liquidi biologici								
Matrice della sorgente: Clinica / Rifiuti ospedalieri.								
Gruppo 3	Media	0.5	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	moderato
2) [Agente NOTO] - Impianti idrico e di condizionamento								
Tipologia: Batteri; Agente biologico: Fluoribacter bozemanii (Legionella);								
Gruppo 2	Bassa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	basso
Fascia di appartenenza: Rischio moderato per la salute.								
Mansioni: Addetto all'attività di "Lavanderia - guardaroba".								

SCHEDA: Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Ospitalità"

Il fattore di rischio principale è quello biologico dovuto a possibile imbrattamento con sangue e liquidi biologici nel corso di sostegno al paziente o per contatto con la biancheria sporca.

In caso di pazienti con malattie infettive (clustridium), OSS e infermieri utilizzano indumenti monouso (FARMAC) in tessuto non tessuto, mascherina, guanti, copriscarpe; la biancheria sporca proveniente dalle stanze suddette viene chiusa in un apposito sacco rosso e consegnato ad una ditta esterna.

Sorgente di rischio								
Gruppo di pericolosità	Contaminazione presuntiva	Fattori lavorativi						Rischio
[G]	[C]	[F ₁]	[F ₂]	[F ₃]	[F ₄]	[F ₅]	[F ₆]	[R]

Sorgente di rischio								
Gruppo di pericolosità	Contaminazione presuntiva	Fattori lavorativi						Rischio
[G]	[C]	[F ₁]	[F ₂]	[F ₃]	[F ₄]	[F ₅]	[F ₆]	[R]
1) [Agente POTENZIALE] - Sangue e liquidi biologici								
Matrice della sorgente: Clinica / Rifiuti ospedalieri.								
Gruppo 3	Media	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	moderato
2) [Agente NOTO] - Impianti idrico e di condizionamento								
Tipologia: Batteri; Agente biologico: <i>Fluoribacter bozemanii</i> (Legionella);								
Gruppo 2	Bassa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	basso
Fascia di appartenenza:								
Rischio moderato per la salute.								
Mansioni:								
Operatore Socio-Sanitario (OSS); Infermiere professionale; Ausiliare.								

SCHEDA: Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Prelievo di campioni biologici"

Attività comportante possibile esposizione ad agenti presenti nei materiali biologici: contagio per puntura accidentale con aghi o parti taglienti infette; contaminazione cutanea o mucosa nelle fasi di prelievo ematico, e nel prelievo di altri materiali biologici tramite tampone; contagio per via aerea (goccioline) in fase di tampone faringeo.

Sorgente di rischio								
Gruppo di pericolosità	Contaminazione presuntiva	Fattori lavorativi						Rischio
[G]	[C]	[F ₁]	[F ₂]	[F ₃]	[F ₄]	[F ₅]	[F ₆]	[R]
1) [Agente POTENZIALE] - Sangue e liquidi biologici								
Matrice della sorgente: Clinica / Rifiuti ospedalieri.								
Gruppo 3	Media	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	moderato
2) [Agente NOTO] - Impianto idrico e di condizionamento								
Tipologia: Batteri; Agente biologico: <i>Fluoribacter bozemanii</i> (Legionella);								
Gruppo 2	Bassa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	basso
Fascia di appartenenza:								
Rischio moderato per la salute.								
Mansioni:								
Infermiere professionale.								

SCHEDA: Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Pulizia, sanificazione, raccolta dei rifiuti"

Attività lavorativa comportante un rischio di esposizione dei lavoratori ad agenti biologici.

Sorgente di rischio								
Gruppo di pericolosità	Contaminazione presuntiva	Fattori lavorativi						Rischio
[G]	[C]	[F ₁]	[F ₂]	[F ₃]	[F ₄]	[F ₅]	[F ₆]	[R]
1) [Agente NOTO] - Impianto idrico e di condizionamento								
Tipologia: Batteri; Agente biologico: <i>Fluoribacter bozemanii</i> (Legionella);								
Gruppo 2	Bassa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	basso

Sorgente di rischio								
Gruppo di pericolosità	Contaminazione presuntiva	Fattori lavorativi						Rischio
[G]	[C]	[F ₁]	[F ₂]	[F ₃]	[F ₄]	[F ₅]	[F ₆]	[R]
2) [Agente POTENZIALE] - Rifiuti								
Matrice della sorgente: Rifiuti indifferenziati.								
Gruppo 3	Bassa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	moderato
3) [Agente POTENZIALE] - Sangue e liquidi biologici								
Matrice della sorgente: Clinica / Rifiuti ospedalieri.								
Gruppo 3	Media	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	moderato
Fascia di appartenenza:								
Rischio moderato per la salute.								
Mansioni:								
Addetto all'attività di "Pulizia, sanificazione, raccolta dei rifiuti".								

SCHEDA: Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Pulizia, sanificazione, raccolta dei rifiuti"

L'esposizione ad agenti biologici è dovuta principalmente alla manipolazione di indumenti sporchi di varia provenienza ed uso e dal contatto con superfici.

Sorgente di rischio								
Gruppo di pericolosità	Contaminazione presuntiva	Fattori lavorativi						Rischio
[G]	[C]	[F ₁]	[F ₂]	[F ₃]	[F ₄]	[F ₅]	[F ₆]	[R]
1) [Agente POTENZIALE] - Sangue e liquidi biologici								
Matrice della sorgente: Clinica / Rifiuti ospedalieri.								
Gruppo 3	Media	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	moderato
2) [Agente POTENZIALE] - Rifiuti								
Matrice della sorgente: Rifiuti indifferenziati.								
Gruppo 3	Bassa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	moderato
3) [Agente NOTO] - Impianto idrico e di condizionamento								
Tipologia: Batteri; Agente biologico: Fluoribacter bozemanii (Legionella);								
Gruppo 2	Bassa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	basso
Fascia di appartenenza:								
Rischio moderato per la salute.								
Mansioni:								
Addetto all'attività di "Pulizia, sanificazione, raccolta dei rifiuti".								

SCHEDA: Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Radiologia"

L'esposizione può avvenire per il contatto diretto con i liquidi organici (sangue, urine, liquido amniotico, liquido seminale, eccetera) di persone infette, per contatto indiretto ovvero tramite oggetti contaminati con i materiali organici del paziente infetto, per aerosol (tramite goccioline infette emesse dal paziente con la parola, lo starnuto o la tosse, o prodotte durante procedure invasive - estubazione, broncoscopia, ecc.) e per via aerea.

Sorgente di rischio			
Gruppo di pericolosità	Contaminazione presuntiva	Fattori lavorativi	Rischio

Sorgente di rischio								
Gruppo di pericolosità	Contaminazione presuntiva	Fattori lavorativi						Rischio
[G]	[C]	[F ₁]	[F ₂]	[F ₃]	[F ₄]	[F ₅]	[F ₆]	[R]
1) [Agente POTENZIALE] - Sangue e liquidi biologici								
Matrice della sorgente: Clinica / Rifiuti ospedalieri.								
Gruppo 3	Media	0.5	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	moderato
2) [Agente NOTO] - Impianti idrico e di condizionamento								
Tipologia: Batteri; Agente biologico: Fluoribacter bozemanii (Legionella);								
Gruppo 2	Bassa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	basso
Fascia di appartenenza:								
Rischio moderato per la salute.								
Mansioni:								
Addetto all'attività di "Trattamenti diagnostici".								

SCHEDA: Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Terapia manuale"

L'esposizione può avvenire per il contatto diretto con i liquidi organici (sangue, urine, liquido amniotico, liquido seminale, eccetera) di persone infette, per contatto indiretto ovvero tramite oggetti contaminati con i materiali organici del paziente infetto, per aerosol (tramite goccioline infette emesse dal paziente con la parola, lo starnuto o la tosse, o prodotte durante procedure invasive - estubazione, broncoscopia, ecc.) e per via aerea.

Sorgente di rischio								
Gruppo di pericolosità	Contaminazione presuntiva	Fattori lavorativi						Rischio
[G]	[C]	[F ₁]	[F ₂]	[F ₃]	[F ₄]	[F ₅]	[F ₆]	[R]
1) [Agente POTENZIALE] - Sangue e liquidi biologici								
Matrice della sorgente: Clinica / Rifiuti ospedalieri.								
Gruppo 3	Media	0.5	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	moderato
2) [Agente NOTO] - Impianti idrico e di condizionamento								
Tipologia: Batteri; Agente biologico: Fluoribacter bozemanii (Legionella);								
Gruppo 2	Bassa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	basso
Fascia di appartenenza:								
Rischio moderato per la salute.								
Mansioni:								
Fisioterapista.								

SCHEDA: Esposizione ad agenti biologici per l'attività di "Trattamento delle acque della piscina e stoccaggio di sostanze pericolose"

Esposizione al rischio biologico durante attività di sostegno al paziente dovuto al contatto fisico.

Sorgente di rischio								
Gruppo di pericolosità	Contaminazione presuntiva	Fattori lavorativi						Rischio
[G]	[C]	[F ₁]	[F ₂]	[F ₃]	[F ₄]	[F ₅]	[F ₆]	[R]
1) [Agente POTENZIALE] - Sangue e liquidi biologici								
Matrice della sorgente: Clinica / Rifiuti ospedalieri.								
Gruppo 3	Media	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	moderato

Sorgente di rischio								
Gruppo di pericolosità	Contaminazione presuntiva	Fattori lavorativi						Rischio
[G]	[C]	[F ₁]	[F ₂]	[F ₃]	[F ₄]	[F ₅]	[F ₆]	[R]
2) [Agente NOTO] - impianto idrico e di condizionamento								
Tipologia: Batteri; Agente biologico: Fluoribacter bozemanii (Legionella);								
Gruppo 2	Bassa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	basso
Fascia di appartenenza:								
Rischio moderato per la salute.								
Mansioni:								
Addetto all'attività di "Controllo e manutenzione impianti e attrezzature".								

Legenda dei "Rilievi" elencati nelle "Schede di valutazione"	
A	Possibili effetti allergici.
D	L'elenco dei lavoratori che hanno operato con detti agenti deve essere conservato per almeno dieci anni dalla cessazione dell'ultima attività comportante rischio di esposizione.
T	Produzione di tossine.
V	Vaccino efficace disponibile.
(**)	Taluni agenti classificati nel gruppo 3 ed indicati con doppio asterisco (**) nell'elenco allegato possono comportare un rischio di infezione limitato perché normalmente non sono veicolati dall'aria.
SPP	Per gli agenti che figurano nel presente elenco la menzione «SPP» si riferisce alle altre specie riconosciute patogene per l'uomo.
(a)	Tick-borne encefalitis.
(b)	Il virus dell'epatite D esercita il suo potere patogeno nel lavoratore soltanto in caso di infezione simultanea o secondaria rispetto a quella provocata dal virus dell'epatite B. La vaccinazione contro il virus dell'epatite B protegge i lavoratori non affetti dal virus dell'epatite B contro il virus dell'epatite D (Delta)
(c)	Soltanto per i tipi A e B.
(d)	Raccomandato per i lavori che comportano un contatto diretto con questi agenti.
(e)	Alla rubrica possono essere identificati due virus, un genere "buffalopox" e una variante dei virus "vaccinia".
(f)	Variante dei "Cowpox".
(g)	Variante di "Vaccinia".
(h)	Non esiste attualmente alcuna prova di infezione dell'uomo provocata da altri retrovirus di origine scimmiesca. A titolo di precauzione si raccomanda un contenimento di livello 3 per i lavori che comportano un'esposizione a tale retrovirus.
(i)	Non esiste attualmente alcuna prova di infezione dell'uomo provocata dagli agenti responsabili di altre TSE negli animali. Tuttavia a titolo precauzionale, si consiglia di applicare nei laboratori il livello di contenimento 3(**) ad eccezione dei lavori relativi ad un agente identificato di "scrapie" per cui un livello di contenimento 2 è sufficiente.

