

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 1 di 40

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

**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 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 2 di 40

INDICE

1. Contesto organizzativo

1.1 Introduzione al PARS 2026. 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 2025

4.2 Resoconto delle attività del PARS “Gestione del Rischio infettivo” Anno 2025

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 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 3 di 40

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

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 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 4 di 40

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 2026 – Gestione del Rischio

Il Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2026 è stato redatto secondo le indicazioni riportate nella Nota della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Prot. n. U.0037825 del 15/01/2026 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 2026 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 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026	25/02/2026
		Rev. 0
		Pag. 5 di 40

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 Clostridioides 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. Particolare cura viene dedicata alle attività di sanificazione degli ambienti, di disinfezione e di

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 6 di 40

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 1312042 / 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. 783	Anno 2026	

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

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione “Clara Franceschini” di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 7 di 40

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.
- **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.

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 8 di 40

- **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 2025 si sono verificati n. 9 eventi caduta, regolarmente registrati sul portale regionale Sistema Regionale di Segnalazione (SI.RE.S.), di cui n. 7 (77,8%) riconducibili esclusivamente a "caduta accidentale senza danno" e n. 2 (22,2%) ascrivibili a "caduta accidentale con danno lieve". 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 2025 (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	7	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunicazione (%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunicazione (%)	Sistemi di reporting (100 %) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovigilanza (%) Dispositivo vig. (%) ICA (%) Ecc.
Eventi Avversi^(A)	2			
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 di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021

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)
2021	0	0	0
2022	0	0	0

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione “Clara Franceschini” di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 9 di 40

2023	0	0	0
2024	0	0	0
2025	0	0	0
2026	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
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
2025	Polizza n. 2024/07/6320523 30/04/2025 - 30/04/2026	ITALIANA ASSICURAZIONI	40.000,00	10.000,00	Benacquista
2026	Polizza n. 2024/07/6320523 30/04/2026 - 30/04/2027	ITALIANA ASSICURAZIONI	40.000,00	10.000,00	Benacquista

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS ANNO 2025

L'Istituto di Riabilitazione “Clara Franceschini” attraverso il PARS ha definito gli obiettivi per l'anno 2025 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 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

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione “Clara Franceschini” di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 10 di 40

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 2025 ed attuate nel corso dell'anno.

4.1 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS “GESTIONE DEL RISCHIO” ANNO 2025

Tabella 8 – Resoconto delle attività del PARS per la gestione del Rischio anno 2025

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1		
Progettazione e realizzazione del corso di formazione “Prevenzione e trattamento delle Lesioni da pressione (LDP)” (MRC n. 06 - Manuale per la Gestione del Rischio Clinico)	SI	Il corso di formazione sulla “Prevenzione e trattamento delle Lesioni da pressione (LDP)” è stato erogato rispettivamente in data 09/10/2025 e in data 12/10/2025 con l'utilizzo della Procedura Gestionale di Istituto (MRC n. 06 - Manuale per la Gestione del Rischio Clinico), 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 “Le Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli errori in terapia farmacologica - 1° Parte” (MRC n. 17 - Manuale per la gestione del Rischio Clinico)”	SI	Il corso di formazione “Le Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli errori in terapia farmacologica - 1° Parte” è stato erogato rispettivamente in data 24/12/2025 e in data 29/12/2025 con l'utilizzo della Procedura Gestionale di Istituto (MRC n. 17), 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 “Gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure. Prevenzione e gestione degli eventi avversi” per il personale neo-assunto	SI	Il corso di formazione è stato erogato rispettivamente in data 22/10/2025 e in data 24/10/2025 con l'utilizzo delle Procedure Gestionali di Istituto (MRC n. 02, MRC. n. 03, MRC. n. 04), documenti di indirizzo, di allegati e di tutorial. Registrazione delle firme dei partecipanti sul registro interno di formazione

(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

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 11 di 40

EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
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 CRRC Regione Lazio del 6 settembre 2021)	SI	La Procedura Gestionale "Prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" (PG N. 09) è stata rivista ed aggiornata sulla base del Documento di indirizzo del Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) del 6 settembre 2021. Il documento e i relativi allegati sono stati distribuiti a tutto il personale
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 2		
Revisione ed aggiornamento del Percorso Riabilitativo Assistenziale "Gestione del paziente affetto da esiti di Sclerosi Multipla" (PRA N. 07)	SI	Il Percorso Riabilitativo Assistenziale "Gestione del paziente affetto da esiti di Sclerosi Multipla" (PRA N. 07) è stato rivisto ed aggiornato ed il documento è stato distribuito a tutto il personale
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
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	SI	In data 02/04/2025 e in data 24/10/2025 sono stati realizzati n. 2 Safety Walk Round rispettivamente nei reparti di Medicina Riabilitativa e di Fisioterapia-Palestre 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
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
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 2025
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 5		
Realizzazione di n. 2 Audit di verifica della corretta compilazione e completezza	SI	In data 27/06/2025 e in data 12/12/2025 sono stati realizzati n. 2 Audit di verifica sulla corretta compilazione e completezza della Cartella Infermieristica e della

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 12 di 40

della Cartella Infermieristica e della Scheda Unica di Terapia Farmacologica (SUT) secondo i criteri di qualità definiti nella Procedura Gestionale "Cartella Clinica Integrata" (PG N. 01)		Scheda Unica di Terapia Farmacologica (SUT), 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, secondo i criteri di qualità definiti nella check list formalizzata di verifica. Verbali di audit sottoscritti dal Responsabile Medico di Reparto e dai Coordinatori Infermieristici
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 n. 2 del 4 gennaio 2024, "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 07/07/2025 (controllo esterno da parte della U.O.C. Accreditamento Rete di Offerta della Azienda Sanitaria Locale Roma 1), e in data 22/12/2025 con controllo a campione di n. 60 cartelle cliniche relative ai dimessi anno 2025 (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, con redazione di un report annuale per la valutazione della qualità dell'assistenza erogata 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
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), in data 26/06/2025 e 27/06/2025, 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		

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 13 di 40

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 "Gestione della sicurezza e della riservatezza delle informazioni e dei dati" è stato erogato rispettivamente in data 06/11/2025 e in data 07/11/2025. Registrazione delle firme dei partecipanti su registro interno di formazione
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 3		
Progettazione e realizzazione di una indagine sul benessere organizzativo attraverso la somministrazione di questionario anonimo ai dipendenti	SI	L'indagine sul benessere organizzativo, condotta mediante la somministrazione di un questionario anonimo al personale dipendente, è stata svolta nel periodo compreso dal 15/12/2025 al 15/01/2026.

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 2025

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 "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	SI	Il corso di formazione è stato erogato rispettivamente in data 06/11/2025 e in data 28/11/2025 con l'utilizzo della Procedura Gestionale "Infezioni di Protesi Articolari (PJI - Prosthetic Joint Infection)" (MRC CAP. 30 del Manuale per la gestione del Rischio Clinico), di documenti di indirizzo, di tutorial e di video. Registrazione delle firme dei partecipanti su registro interno di formazione

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 14 di 40

sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA - Sorveglianza ISC)		
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 "L'igiene delle mani nella prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)", rivolto al personale sanitario di nuova assunzione, è stato erogato in data 15/12/2025 con l'utilizzo di procedure operative interne, di 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, 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)	SI	Il corso di formazione "Prevenzione, sorveglianza e controllo delle Infezioni da Legionella" è stato erogato rispettivamente in data 29/09/2025 e in data 01/10/2025 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 2025"	SI	Le attività previste nel cronoprogramma del "Piano di Azione locale sull'Igiene delle mani" sono state regolarmente portate a termine entro il 31/12/2025 con il raggiungimento degli obiettivi prefissati
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 2		
Aggiornamento dei formatori ed osservatori per il monitoraggio della corretta applicazione della pratica per l'igiene delle mani nell'ambito del Piano per la Formazione Continua	SI	Nell'ambito del Piano per la Formazione Continua sono stati effettuati n. 2 incontri di aggiornamento, rispettivamente in data 27/06/2025 e 11/12/2025, con i formatori ed osservatori per la corretta applicazione della pratica per l'igiene delle mani formalizzati attraverso verbali di riunione.

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 15 di 40

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 soluzione a base alcolica e di prodotti antisettici 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 soluzione idroalcolica e di prodotti antisettici 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 due indagini di prevalenza puntuale delle ICA associabili alle prestazioni erogate nel 2025 (infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridioides Difficile, infezioni del sito chirurgico)	SI	Sono state realizzate n. 2 indagini di prevalenza puntuale delle ICA associabili alle prestazioni erogate nel 2025 (infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridioides Difficile, infezioni del sito chirurgico) rispettivamente in data 23/05/2025 (1° Semestre) e in data 22/10/2025 (2° Semestre)
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
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	SI	La Procedura Gestionale "Gestione dei Rifiuti Sanitari pericolosi a rischio infettivo" (PG N. 20) è stata rivista ed aggiornata alla luce delle nuove direttive sulla tracciabilità dei rifiuti attraverso il registro di carico e scarico elettronico RENTRI. Informazione e distribuzione del documento a tutto il personale
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 3		

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 16 di 40

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 27/06/2025 e in data 15/12/2025, 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 Clostridioides 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 antibioticotераpia)
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, forma farmaceutica, dosaggio e dei relativi costi sostenuti	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, forma farmaceutica, dosaggio e dei relativi costi sostenuti
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 8		

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 17 di 40

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"	SI	In data 21/03/2025 si è proceduto alla ricerca qualitativa 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 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 (crrc@regione.lazio.it).	R	R	I	I	R

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.
(A) dell'azienda/struttura

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 18 di 40

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 2026 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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
ATTIVITÀ 1 – Progettazione e realizzazione del corso di formazione "Autorizzazione, accreditamento istituzionale, accreditamento all'eccellenza e sicurezza delle cure: gestione del rischio clinico nei requisiti di accreditamento"
INDICATORE Realizzazione di n. 2 edizioni del corso di formazione entro il 31/12/2026 con rilevazione delle presenze

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 19 di 40

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” 2° PARTE			
INDICATORE Realizzazione di n. 2 edizioni del corso di formazione entro il 31/12/2026 con rilevazione delle presenze			
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 31/12/2026 con rilevazione delle presenze			
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			

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione “Clara Franceschini” di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 20 di 40

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 4 – Progettazione ed esecuzione del corso di formazione “Basic Life Support and Defibrillation - BLSd” esecutore per operatori sanitari			
INDICATORE Realizzazione di n. 2 edizioni del corso di formazione entro il 31/12/2026 con rilevazione delle presenze			
STANDARD Valore atteso: 100%. 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

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 ed aggiornamento del Percorso Riabilitativo Assistenziale “Gestione del paziente affetto da esiti di Ictus Cerebrale” (PRA N. 01)				
INDICATORE Revisione ed aggiornamento del Percorso Riabilitativo Assistenziale (PRA N. 01) entro il 31/12/2026				
STANDARD Percorso Riabilitativo Assistenziale (PRA N. 01) revisionato, validato e adottato formalmente entro il 31/12/2026. 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

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 21 di 40

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 ed aggiornamento della Procedura Gestionale "Utilizzo appropriato della contenzione fisica nei pazienti in Riabilitazione Intensiva" (PG N. 33)				
INDICATORE Revisione ed aggiornamento della Procedura Gestionale entro il 31/12/2026				
STANDARD Procedura Gestionale (PG N. 33) revisionata, validata e adottata formalmente entro il 31/12/2026. 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.				
ATTIVITÀ 3 – Realizzazione di n. 2 Audit finalizzati alla verifica della gestione informatizzata del percorso del farmaco (carico, scarico, giacenze e richieste dei reparti) e della corretta tenuta dell'armadio farmaceutico, sulla base della check-list formalizzata prevista dal Manuale di Gestione del Rischio Clinico				
INDICATORE Misura del livello di applicazione della procedura informatizzata di approvvigionamento e scarico dei farmaci, nonché della corretta tenuta e conservazione degli stessi all'interno dell'armadio farmaceutico di reparto, sulla base della check-list formalizzata di Istituto. Verbal di audit sottoscritti dal Coordinatore Infermieristico				
STANDARD Realizzazione degli Audit entro il 31/12/2026. 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

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 22 di 40

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) con riferimento al guadagno funzionale misurato con l'indice di Barthel

INDICATORE
Verifica dell'indice di recupero funzionale, espresso come differenza tra il punteggio medio dell'Indice di Barthel all'ingresso (Barthel IN) e quello alla dimissione (Barthel OUT), valutato separatamente per i pazienti ortopedici e per i pazienti neurologici, in relazione al differenziale dei valori medi di riferimento definiti per l'anno 2026

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 sulla corretta compilazione e completezza della Cartella Riabilitativa, mediante l'analisi di n. 30 cartelle cliniche per ciascun audit, nel rispetto dei criteri di qualità previsti dalla Procedura Gestionale "Cartella Clinica Integrata", utilizzando, come strumento oggettivo di valutazione, la check-list di verifica formalizzata.

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 2026. 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

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 23 di 40

Verbali 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 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 nell'anno 2026 (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% di conformità				
STANDARD				
Verbali di audit sottoscritti dal Responsabile Medico di Reparto 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	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 dagli utenti sull'assistenza ricevuta (Customer Satisfaction)				

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione “Clara Franceschini” di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 24 di 40

INDICATORE			
Raccolta, analisi ed elaborazione dei questionari di gradimento relativi all’anno 2026. Valore atteso: 100%.			
STANDARD			
Redazione del report annuale di valutazione della qualità dell’assistenza erogata dalla struttura, con 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
Comunicazione risultati	R	C	C

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L’APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.			
ATTIVITÀ 8 – Monitoraggio della corretta alimentazione e analisi dei near miss, degli eventi avversi e degli eventi sentinella (inclusi gli eventi “caduta”) inseriti nella piattaforma regionale SI.RE.S.			
INDICATORE			
Numero e percentuale di eventi correttamente inseriti nella piattaforma SI.RE.S., con relativa analisi e valutazione degli esiti			
STANDARD			
Inserimento nel sistema SI.RE.S. del 100% degli eventi segnalati al Risk Manager tramite Scheda di Incident Reporting			
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
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 rilasciata dall’Ente terzo – Associazione Svizzera per			

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione “Clara Franceschini” di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 25 di 40

Sistemi di Qualità e di Management (SQS) – per il Sistema di Gestione per la Qualità (UNI EN ISO 9001) e per il Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (UNI EN ISO 45001:2018)			
INDICATORE			
Esito positivo della verifica annuale di mantenimento delle certificazioni entro il 31/12/2026			
STANDARD			
Certificazioni UNI EN ISO 9001 e UNI EN ISO 45001, con rapporto di audit rilasciato dall’Ente certificatore SQS attestante il mantenimento dei requisiti			
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)” per il personale neoassunto			
INDICATORE			
Esecuzione di N. 2 edizioni del corso di formazione entro il 31/12/2026			
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			

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE	
ATTIVITÀ 3 – Indagine sul benessere organizzativo svolta nel periodo dicembre 2025 – gennaio 2026	
INDICATORE	
Completamento dell’analisi statistica e interpretazione dei risultati dell’indagine entro il 31/03/2026	

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 26 di 40

STANDARD			
Redazione del report finale e trasmissione ai Responsabili di Reparto e al personale. 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 2026. 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

Il Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario 2026 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

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 27 di 40

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;
 - 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:

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 28 di 40

- 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 Clostridioides 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 2026 ha programmato di svolgere le attività riportate nella Tabella 11.

Tabella 11 – Declinazione attività programmate per l'anno 2026

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 "Prevenzione e gestione delle infezioni associate alle Lesioni da Pressione (LdP) 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 31/12/2026			
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 2 – Progettazione e realizzazione del corso di formazione obbligatorio "L'igiene delle mani nella

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 29 di 40

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 31/12/2026			
STANDARD			
Valore atteso: partecipazione del 100% 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 del rischio biologico attraverso la corretta gestione e il controllo dei rifiuti sanitari ospedalieri, con particolare riferimento ai rifiuti pericolosi a rischio infettivo"			
INDICATORE			
Esecuzione di n. 2 edizioni del corso di formazione entro il 31/12/2026			
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 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 2026 e consolidamento degli obiettivi previsti nel "Piano di Azione Locale sull'Igiene delle mani 2021-2023" ed anni successivi			
INDICATORE			

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 30 di 40

Esecuzione delle attività previste nel "Piano di Azione locale sull'Igiene delle mani 2026" entro il 31/12/2026

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 e degli osservatori nell'ambito del piano di formazione continua, finalizzato alla verifica e al consolidamento delle competenze acquisite per rilevare correttamente e registrare nella Scheda di Osservazione le opportunità, secondo il metodo OMS dei Cinque Momenti

INDICATORE

Realizzazione di n. 2 incontri di aggiornamento con formatori e osservatori, finalizzati alla verifica e all'aggiornamento delle competenze necessarie per la corretta rilevazione e registrazione, nella Scheda di Osservazione, delle opportunità secondo il metodo OMS dei "Cinque Momenti", entro il 31/12/2026

STANDARD

Verbali delle 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

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 osservazione diretta e registrazione delle opportunità nella Scheda di Osservazione

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 31 di 40

INDICATORE				
Realizzazione di sessioni di osservazione diretta della corretta pratica dell'igiene delle mani (5 sessioni per semestre), con registrazione sistematica delle opportunità rilevate nella Scheda di Osservazione				
STANDARD				
Emissione di n. 2 report a cadenza semestrale entro il 31/12/2026. 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 soluzione a base alcolica e di prodotti antisettici 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 31/12/2026. Valore atteso: 100%			
FONTE			
Direzione Sanitaria; CC-ICA; Responsabile Servizio Economato			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	CC-ICA	Servizio Economato
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 Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) associate alle prestazioni erogate nell'anno 2026 (infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridioides difficile, infezioni del sito chirurgico)	

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 32 di 40

INDICATORE				
Realizzazione, mediante apposita scheda di rilevazione, di n. 2 indagini di prevalenza puntuale: la prima nel secondo trimestre 2026 e la seconda nel quarto trimestre 2026				
STANDARD				
Redazione e diffusione di n. 2 report conclusivi entro il 31/12/2026. 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	R
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 "Misure di isolamento per la prevenzione della diffusione delle malattie trasmissibili" (MRC. Cap. 25)				
INDICATORE				
Revisione ed aggiornamento della Procedura Gestionale (MRC n. 25) entro il 31/12/2026				
STANDARD				
Procedura Gestionale (MRC n. 25) revisionata, validata e adottata formalmente entro il 31/12/2026. 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
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				

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 33 di 40

"Prevenzione e controllo delle Infezioni del Sito Chirurgico" (Manuale gestione del Rischio Clinico MRC n. 10)

INDICATORE				
Svolgimento di n. 2 audit semestrali (uno per semestre), con verifica, per ciascun audit, di n. 10 cartelle cliniche integrate con diagnosi secondaria di infezione del sito chirurgico o reazione infiammatoria da protesi articolari interne (ICD-9-CM 998.59, 86.89, 996.66, 996.67), valutate secondo i criteri di qualità definiti nella check-list di verifica. Valore atteso: conformità > 95%.				
STANDARD				
Redazione e sottoscrizione dei verbali di audit da parte del Responsabile Medico di Reparto e dei 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 "Prevenzione, sorveglianza e controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE" (MRC n. 06)				
STANDARD				
Mantenimento delle misure di sorveglianza attiva nel corso dell'anno 2026. 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	R
Esecuzione Attività	C	C	R	C

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

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 34 di 40

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 Clostridioides difficile

INDICATORE

Monitoraggio mediante screening microbiologico 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

Redazione e diffusione di n. 2 report semestrali di sorveglianza attiva delle infezioni da Clostridioides difficile entro il 31/12/2026. 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	R
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 dei punti critici, finalizzato alla valutazione dell'efficacia dei processi di sanificazione ambientale

INDICATORE

Esecuzione del monitoraggio microbiologico dei punti critici con cadenza trimestrale con analisi dei risultati nell'ambito della sorveglianza delle ICA

STANDARD

Redazione e diffusione di n. 2 report semestrali entro il 31/12/2026. Valore atteso: 100%

FONTE

Direzione Sanitaria; CC-ICA; Responsabile Laboratorio Analisi

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

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

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 35 di 40

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 Rilevazione e analisi semestrale dei dati di consumo degli antibiotici (DDD/100 giornate di degenza)			
STANDARD Redazione e diffusione di n. 2 report semestrali entro il 31/12/2026. 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 – Attuazione e mantenimento delle misure di prevenzione e controllo della Legionella negli impianti idrici e di climatizzazione dell'Istituto, in conformità al "Programma di controllo della legionellosi" (DGR Regione Lazio n. 460/2024 e D.Lgs. 18/2023)			
INDICATORE Esecuzione dei campionamenti programmati e mirati di acqua nei punti a rischio per la ricerca di Legionella. Invio campioni ad ARPA Lazio per analisi microbiologica e valutazione dei risultati ottenuti			
STANDARD Concentrazione di Legionella entro i limiti di legge (< 100 UFC/L). Completamento di tutti i campionamenti previsti dal programma annuale			
FONTE Direzione Sanitaria; CC-ICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	CC-ICA	Servizio Manutenzione
Progettazione dell'attività	R	C	R
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

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 36 di 40

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, in aderenza al Piano Regionale della Prevenzione (Programmi PP10A6 – Sorveglianza e controllo delle ICA e PL11A5 – Integrazione dei sistemi di sorveglianza)			
INDICATORE Percentuale di schede di notifica obbligatoria trasmesse al Servizio di Igiene Pubblica della ASL entro 12 ore dalla segnalazione del caso da parte del Responsabile Medico di Reparto.			
STANDARD Trasmissione entro 12 ore del 100% delle schede di notifica per i casi soggetti a obbligo di segnalazione			
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	R

8. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario - PARS 2026 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;
- presentazione durante i corsi di formazione e di aggiornamento del personale.

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 37 di 40

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"
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)"

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 38 di 40

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"
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";

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 39 di 40

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"
45. Regione Lazio. Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica. Nota Prot. n. U.0037825 del 15/01/2026 "Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2026 (PARS);

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PARS 2026
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - ANNO 2026		25/02/2026
			Rev. 0
			Pag. 40 di 40

46. Ministero della Salute. Decreto Legislativo 23 febbraio 2023 n. 18: "Attuazione della direttiva (UE) 2020/2184 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 2020, concernente la qualità' delle acque destinate al consumo umano"

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		16/02/2026
	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. 04
			Pag. 1 di 21

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2026

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 2026

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		16/02/2026
	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. 04
			Pag. 2 di 21

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 2025 - RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ SVOLTE E RISULTATI RAGGIUNTI
6. Interventi, Azioni, Cronologia, Indicatori ANNO 2025
 - 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 2026
7. Interventi, Azioni, Cronologia, Indicatori ANNO 2026
 - 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		16/02/2026
	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. 04
			Pag. 3 di 21

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

ANNO 2026

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), 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 rilevante per i servizi sanitari, per i pazienti e per le loro famiglie, dal momento che provocano

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		16/02/2026
	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. 04
			Pag. 4 di 21

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 trattate 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 degenza tutte con bagno dedicato (n. 10 camere ad un posto letto, n. 34 camere a due posti letto

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		16/02/2026
	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. 04
			Pag. 5 di 21

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 del biennio 2024-2025, vengono individuate le principali attività e gli obiettivi per l'anno 2026 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 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

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione “Clara Franceschini” di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		16/02/2026
	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. 04
			Pag. 6 di 21

	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 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

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione “Clara Franceschini” di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		16/02/2026
	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. 04
			Pag. 7 di 21

	evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria.; prevede l'invasione, la moltiplicazione e la risposta loco regionale e/o sistemica dell'ospite.
Microorganismi commensali	Microorganismi che vivono sui tegumenti (pelle, mucose dell'apparato respiratorio, digerente, commensali genito- urinario, congiuntive).
Microorganismi 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.
Microorganismi 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.
Microorganismi 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

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano una delle principali aree di rischio per la sicurezza dei pazienti e la qualità delle cure. In **Italia**, la frequenza media di pazienti con un'infezione contratta durante la degenza è pari a 6,3 ogni 100 pazienti presenti in ospedale, con un'incidenza compresa tra il 5% e l'8% dei ricoveri, corrispondente a 450.000-700.000 casi annui. L'impatto è significativo sia in termini di esiti clinici che economici.

La prevalenza di ICA negli ospedali per acuti varia dal 3% al 10% in base alla tipologia della struttura, con picchi superiori al 20% in alcuni reparti di terapia intensiva (Circolare del Ministero della Salute - Maggio 2021). Nei **reparti di Riabilitazione**, la prevalenza si attesta all'8,58%, evidenziando come anche le strutture riabilitative siano esposte a questo rischio sanitario. L'evidenza scientifica dimostra che l'applicazione di un efficace piano integrato di prevenzione, sorveglianza e controllo può ridurre fino al 50% la frequenza delle infezioni, prevenendo annualmente l'insorgenza di 135.000-210.000 infezioni e di 1.350-2.100 decessi.

	Istituito Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		16/02/2026
	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. 04
			Pag. 8 di 21

L'**igiene delle mani degli operatori sanitari** rappresenta la misura singola più efficace per ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi potenzialmente patogeni tra pazienti all'interno delle strutture sanitarie. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riconosce l'igiene delle mani come l'unica misura che, applicata singolarmente, è in grado di determinare una significativa riduzione dell'incidenza delle ICA. La corretta pratica dell'igiene delle mani contribuisce a prevenire: (a) la colonizzazione e l'infezione del paziente da parte di microrganismi potenzialmente patogeni, inclusi quelli multiresistenti; (b) la diffusione di microrganismi nell'ambiente sanitario; (c) le infezioni causate da microrganismi endogeni; (d) la colonizzazione e infezione degli operatori sanitari.

L'approccio metodologico dell'OMS identifica **cinque momenti** fondamentali in cui è necessario effettuare l'igiene delle mani durante l'assistenza al paziente: (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. I primi due momenti ("**PRIMA**") hanno lo scopo di proteggere il paziente dal rischio di trasmissione di microrganismi, mentre gli ultimi tre momenti ("**DOPO**") mirano a prevenire la trasmissione microbica all'operatore sanitario, agli altri pazienti e all'ambiente circostante. La finalità della routine dell'igiene delle mani in questi cinque momenti è rimuovere dalle mani dell'operatore la contaminazione microbica (mediante frizione idroalcolica) e lo sporco visibile (attraverso lavaggio con acqua e sapone), acquisiti dal contatto con i pazienti o con l'ambiente.

Il **Piano di Azione Locale per l'anno 2026** è stato elaborato seguendo la metodologia prevista dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani (Determinazione n. G02044 del 26 febbraio 2021), che si basa sull'approccio multimodale promosso dall'OMS. Tale approccio integra cinque componenti strategiche interconnesse: (1) cambiamento del sistema attraverso l'implementazione di infrastrutture e risorse; (2) formazione e addestramento degli operatori; (3) valutazione e feedback delle pratiche; (4) comunicazione permanente e promemoria sul luogo di lavoro; (5) creazione di un clima organizzativo favorevole e di un forte coinvolgimento della Direzione.

Ai fini dell'elaborazione del presente Piano, è stata condotta un'autovalutazione sistematica delle condizioni esistenti nella struttura attraverso il questionario regionale standardizzato, analizzando i seguenti ambiti:

- **Ambito dei Requisiti Strutturali e Tecnologici:** valutazione del rapporto lavandini/utenti, separazione dei percorsi sporco/pulito, disponibilità di procedure per la sanificazione ambientale, accessibilità e distribuzione dei dispenser di soluzione idroalcolica nei punti di assistenza, funzionalità delle infrastrutture igienico-sanitarie, disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani conformi agli standard qualitativi.
- **Ambito della Formazione del Personale:** analisi dei programmi formativi obbligatori e di aggiornamento continuo, verifica della copertura formativa del personale sanitario, disponibilità di materiale didattico aggiornato, formazione specifica dei formatori e degli osservatori, integrazione dell'igiene delle mani nelle procedure operative, valutazione delle competenze acquisite.
- **Ambito del Monitoraggio e Feedback:** attuazione dell'osservazione diretta dell'aderenza alle pratiche di igiene delle mani secondo il metodo OMS dei cinque momenti, analisi del consumo

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		16/02/2026
	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. 04
			Pag. 9 di 21

di prodotti per l'igiene delle mani quale indicatore di processo, restituzione periodica dei risultati al personale e alla Direzione, identificazione delle criticità e implementazione di azioni correttive, conduzione di audit clinici mirati.

- **Ambito della Comunicazione Permanente:** disponibilità e aggiornamento di materiale informativo visivo (poster, brochure, opuscoli) destinato a operatori, pazienti, familiari e visitatori, diffusione di promemoria nei luoghi di assistenza, valutazione dell'efficacia dei messaggi comunicativi.
- **Ambito del Clima Organizzativo e Commitment:** presenza di un team dedicato alla promozione dell'igiene delle mani, coinvolgimento attivo della Direzione Sanitaria, leadership visibile e supporto istituzionale, partecipazione degli operatori alle iniziative di miglioramento, coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver, valorizzazione delle buone pratiche, monitoraggio del clima organizzativo.

L'autovalutazione ha consentito di rilevare i punteggi attuali in ciascun ambito e di identificare le aree che richiedono consolidamento (Livello Avanzato in tutti e cinque gli ambiti) o ulteriore sviluppo per perseguire il miglioramento continuo attraverso l'implementazione sistematica della strategia multimodale.

6. PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2025 - RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ SVOLTE (INTERVENTI, AZIONI, INDICATORI) E RISULTATI RAGGIUNTI

Le azioni di miglioramento implementate nel corso dell'anno 2025 hanno interessato tutti e cinque gli ambiti strategici previsti dal Piano Regionale, consentendo di consolidare i risultati già conseguiti nel quadriennio 2021-2024 e di raggiungere ulteriori obiettivi di miglioramento qualitativo con il raggiungimento del Livello Avanzato in tutti e cinque gli ambiti.

6.1 SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

In questo ambito sono stati consolidati e ulteriormente migliorati i risultati raggiunti nel corso dell'anno 2024 e degli anni precedenti.

Nel corso dell'anno 2025:

- È stata effettuata la rivalutazione del questionario di autovalutazione regionale in relazione alle attività implementate durante l'anno 2024 e nel triennio 2021-2023. L'analisi comparativa ha evidenziato un progressivo miglioramento degli indicatori di processo e di risultato, confermando il consolidamento degli standard qualitativi raggiunti. Il punteggio conseguito nell'ambito dei **Requisiti Strutturali e Tecnologici** si è attestato a 80/100, mantenendo il Livello Avanzato.
- È stata assicurata la piena efficienza di tutti i punti di erogazione dell'acqua presenti nelle camere di degenza, nelle palestre, negli ambulatori e nelle aree comuni, attraverso l'attuazione di un programma strutturato di manutenzione ordinaria (gestione tempestiva delle segnalazioni

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia	PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI	16/02/2026
	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. 04
		Pag. 10 di 21

di guasti o malfunzionamenti) e di manutenzione preventiva programmata. I dispenser di prodotti per l'igiene delle mani (gel idroalcolico e sapone liquido antisettico) sono stati sottoposti a verifiche periodiche di funzionalità, con sostituzione immediata dei dispositivi difettosi

- È stata garantita la costante disponibilità e dotazione di prodotti per l'igiene delle mani presso tutti i punti di assistenza attraverso un sistema di approvvigionamento continuativo e monitorato. I controlli periodici delle scorte hanno permesso di prevenire situazioni di carenza di prodotti. La distribuzione dei dispenser è stata mantenuta in tutte le aree strategiche: medicherie, ambulatori, palestre, carrelli di terapia e distribuzione farmaci, carrelli per il cambio biancheria, ingressi dei reparti, corridoi in prossimità degli ascensori, aree comuni e sale d'attesa. Sono stati installati n. 2 nuovi dispenser a muro in punti strategici individuati attraverso l'analisi dei flussi operativi e delle attività assistenziali
- È stata effettuata una sistematica valutazione della tollerabilità cutanea e della compatibilità dermatologica dei prodotti antisettici e delle formulazioni idroalcoliche in uso per l'igiene delle mani. Non sono state segnalate reazioni avverse significative da parte del personale sanitario. Le schede tecniche e le schede di sicurezza di tutti i prodotti utilizzati sono state regolarmente aggiornate e mantenute disponibili presso il servizio economato e il servizio farmaceutico, in conformità alle normative vigenti
- È stata monitorata periodicamente la disponibilità dei prodotti per l'igiene delle mani, attraverso il software gestionale della farmacia implementando un sistema di alert automatico per il riordino tempestivo in caso di raggiungimento delle scorte minime

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

Nel corso dell'anno 2025:

- Sono state consolidate le conoscenze del personale sanitario in materia di prevenzione, monitoraggio e controllo delle ICA, con particolare riferimento alle indicazioni specifiche e alla corretta tecnica per l'igiene delle mani. L'attività formativa ha promosso l'adozione di comportamenti corretti e consapevoli, incrementando la percezione dell'importanza di questa fondamentale misura preventiva. Il punteggio conseguito nell'ambito della Formazione del Personale si è attestato a 90/100, confermando il Livello Avanzato
- Sono state realizzate due edizioni del corso di formazione obbligatorio "L'igiene delle mani nella prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)" destinate al personale sanitario di nuova assunzione (n. 16 operatori formati complessivamente). Il programma formativo ha incluso specifici approfondimenti sull'approccio secondo "i cinque momenti dell'igiene delle mani" secondo il metodo OMS e sulla corretta identificazione della "zona paziente", "zona assistenziale" e "punto di assistenza". A ciascun partecipante è stato consegnato il materiale didattico utilizzato durante le sessioni formative, la procedura di Istituto "Igiene delle mani

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		16/02/2026
	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. 04
			Pag. 11 di 21

nell'assistenza sanitaria" (Manuale di gestione del Rischio Clinico MRC n. 05), il Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani, Piano di Azione Locale sull'igiene delle mani, Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria ("Cure pulite sono cure più sicure")

- Sono stati effettuati, nell'ambito del piano per la formazione continua, due incontri di aggiornamento con i formatori e gli osservatori per verificare e implementare le competenze metodologiche acquisite. Gli incontri hanno consentito di standardizzare ulteriormente le modalità di rilevazione e registrazione delle opportunità nella Scheda di Osservazione secondo il metodo OMS dei cinque momenti, garantendo l'omogeneità delle valutazioni e il miglioramento continuo della qualità del processo di monitoraggio. Gli osservatori hanno mantenuto adeguati i propri indici di performance svolgendo nel corso dell'anno un numero appropriato di sessioni di osservazione sul campo
- È stata effettuata attività di formazione pratica diretta sulla corretta igiene delle mani rivolta a n. 9 studenti del Corso di Laurea in Fisioterapia provenienti dall'Università di Roma La Sapienza-Polo Pontino che hanno svolto presso l'Istituto il Tirocinio Pratico Obbligatorio. La formazione ha previsto sessioni teorico-pratiche con dimostrazione della corretta tecnica di lavaggio con acqua e sapone e di frizione con soluzione idroalcolica, nonché l'illustrazione dei cinque momenti fondamentali secondo l'approccio OMS
- È stato verificato che tutte le procedure assistenziali, i protocolli operativi e le istruzioni di lavoro, nelle quali risultava applicabile, contenessero un richiamo esplicito e puntuale alle corrette pratiche di igiene delle mani
- Sono state aggiornate e messe a disposizione del personale brochure informative sulla corretta igienizzazione delle mani, con particolare attenzione agli aspetti pratici e alle situazioni assistenziali più frequenti

6.3 SEZIONE C - VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK

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 lo standard di riferimento per il monitoraggio dell'adesione alla corretta pratica di igiene delle mani e consente di valutare il grado di rispetto di tale attività tra gli operatori sanitari, stimarne l'adesione, identificare le eventuali criticità e implementare le azioni di miglioramento. Sono stati consolidati e potenziati i risultati raggiunti nel corso dell'anno 2024. Il punteggio conseguito nell'ambito del Monitoraggio e Feedback si è attestato a 90/100, confermando il Livello Avanzato.

Nel corso dell'anno 2025:

- Sono state effettuate, secondo un calendario predefinito e comunicato preventivamente ai responsabili di reparto, più sessioni di osservazione diretta della compliance alla corretta pratica dell'igiene delle mani nel corso di entrambi i semestri dell'anno 2025.

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		16/02/2026
	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. 04
			Pag. 12 di 21

Complessivamente sono state effettuate n. 12 sessioni di osservazione (6 per semestre) che hanno consentito di rilevare n. 450 opportunità totali. La registrazione puntuale delle opportunità osservate è stata effettuata utilizzando la Scheda di Osservazione standardizzata, documentando il numero di azioni di igiene delle mani eseguite e il numero di azioni di igiene delle mani richieste secondo l'approccio OMS dei cinque momenti

- La restituzione dei risultati dell'attività di osservazione diretta è stata immediata nei confronti del personale osservato evidenziando eventuali comportamenti non conformi e le relative azioni correttive. I risultati delle indagini sono stati restituiti ai Responsabili di Reparto e alla Direzione dell'Istituto con cadenza semestrale nel corso delle riunioni periodiche del Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA).
- È stato continuato il monitoraggio semestrale del consumo di soluzione idroalcolica e di prodotti antisettici per l'igiene delle mani, quale indicatore indiretto di processo e di risultato. Il consumo annuo, espresso per 1.000 giornate di degenza, è stato pari a 11,37 litri per la soluzione idroalcolica e a 19,15 litri per il sapone liquido antisettico.
- Sono stati pianificati e realizzati audit clinici specifici in situazioni assistenziali ad alto rischio infettivo, quali la gestione dei cateteri vescicali e l'assistenza a pazienti con lesioni cutanee da pressione. Gli audit hanno permesso di verificare l'aderenza alle procedure operative e di identificare eventuali criticità nel processo assistenziale.

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 rappresentano strumenti fondamentali per ricordare agli operatori sanitari l'importanza dell'igiene delle mani e le indicazioni appropriate per la sua esecuzione, oltre che mezzi efficaci per informare i pazienti, i familiari e i visitatori.

Nel corso dell'anno 2025:

- È stato effettuato un riesame sistematico del materiale informativo esistente (poster, brochure, depliant, opuscoli educativi) con aggiornamento delle informazioni e verifica della conformità alle più recenti evidenze scientifiche. Il materiale obsoleto o danneggiato è stato sostituito con nuove edizioni aggiornate
- È stata verificata la presenza e lo stato di conservazione dei poster con le istruzioni operative per il lavaggio delle mani in tutti gli ambienti deputati all'assistenza. I poster sono presenti in maniera ben visibile nelle sale di attesa, nella sala di accoglienza dei pazienti per il ricovero, nei saloni-mensa, nelle aree di ricevimento dei familiari e visitatori, nei corridoi delle palestre e illustrano la corretta modalità del lavaggio delle mani sia con acqua e sapone che con soluzione idroalcolica, nonché i 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani secondo l'approccio OMS
- Nelle infermerie e nelle medicherie dei reparti sono stati mantenuti affissi poster specifici per la corretta igiene delle mani nell'assistenza al paziente con catetere urinario, con ferita chirurgica,

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		16/02/2026
	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. 04
			Pag. 13 di 21

portatore di catetere venoso periferico e 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

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

Nel corso dell'anno 2025:

- È stato dato attuazione al piano di azione orientato al miglioramento continuo attraverso il monitoraggio sistematico dello stato di avanzamento delle attività programmate. È stata effettuata un'autovalutazione periodica utilizzando il questionario regionale, che ha consentito di registrare i progressi conseguiti rispetto alla valutazione dell'anno precedente. L'analisi comparativa ha evidenziato il mantenimento degli elevati standard qualitativi raggiunti in tutti e cinque gli ambiti strategici, confermando il Livello Avanzato in ciascuno di essi
- Sono stati direttamente coinvolti i pazienti e i caregiver sull'importanza strategica della corretta pratica dell'igiene delle mani nella prevenzione delle ICA. Il tema è stato sistematicamente integrato nel Programma Riabilitativo Individuale di ciascun paziente attraverso specifici interventi educativi da parte del personale sanitario. Questo approccio ha facilitato l'interazione paziente-operatore sanitario e ha favorito una maggiore consapevolezza e partecipazione del paziente e del caregiver, rendendoli parte attiva nel processo di prevenzione delle infezioni
- Sono state implementate azioni esplicite finalizzate a stimolare gli operatori sanitari verso l'adozione di comportamenti responsabili e consapevoli nella pratica dell'igiene delle mani. In particolare i professionisti designati come promotori dell'igiene delle mani (formatori e osservatori) hanno svolto costantemente il ruolo di modelli comportamentali positivi, mantenendo elevati livelli di visibilità nelle aree assistenziali e dimostrando concretamente l'adesione alle buone pratiche.
- È stata assicurata la costante disponibilità e accessibilità della documentazione di riferimento (Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani, Piano di Azione Locale, procedura aziendale "Igiene delle mani nell'assistenza sanitaria") attraverso i sistemi informativi aziendali

I risultati raggiunti nel corso dell'anno **2025** sono riportati di seguito nel **questionario di autovalutazione allegato**.

7. PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI PER L'ANNO 2026

Il Piano di Azione Locale per Igiene delle mani per l'anno **2026** si propone di consolidare i risultati raggiunti nel biennio 2024-2025 e negli anni precedenti, proseguendo nel percorso di

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		16/02/2026
	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. 04
			Pag. 14 di 21

miglioramento continuo attraverso l'implementazione di azioni mirate in ciascuno dei cinque ambiti strategici previsti dal Piano Regionale.

INTERVENTI, AZIONI, INDICATORI PREVISTI PER L'ANNO 2026

7.1 SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Per l'anno 2026 sono programmate le seguenti attività:

- Effettuare una nuova autovalutazione attraverso il questionario regionale in relazione alle attività implementate durante l'anno 2025 e nel quadriennio 2021-2024, con l'obiettivo di consolidare gli standard qualitativi raggiunti e incrementare ulteriormente il livello di performance dei singoli indicatori mediante l'adesione sistematica alle strategie multimodali per l'igiene delle mani
- Garantire il perfetto funzionamento di tutti i punti di erogazione dell'acqua e dei dispositivi erogatori di prodotti per l'igiene delle mani attraverso l'attuazione di un programma strutturato di manutenzione preventiva e la tempestiva gestione delle segnalazioni di eventuali malfunzionamenti
- Assicurare la costante presenza e accessibilità dei prodotti necessari per l'igiene delle mani mediante un sistema di approvvigionamento sistematico e l'implementazione di controlli periodici delle scorte presso tutti i punti di assistenza
- Procedere alla verifica della compatibilità cutanea e della tollerabilità dermatologica dei preparati antisettici e delle formulazioni idroalcoliche attualmente in dotazione, nonché di eventuali nuovi prodotti introdotti nel corso dell'anno, attraverso un sistema di sorveglianza attiva delle reazioni avverse
- Implementare un sistema di verifica periodica dello stato di conservazione e funzionalità degli asciugamani monouso, sostituendo tempestivamente quelli danneggiati

7.2 SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE

Per l'anno 2026 sono programmate le seguenti attività:

- Rafforzare le competenze professionali del personale sanitario in materia di prevenzione, sorveglianza e gestione delle ICA, con particolare enfasi sulle indicazioni specifiche e sulla tecnica appropriata per l'igiene delle mani, al fine di promuovere comportamenti virtuosi e incrementare la percezione della rilevanza di questa fondamentale misura di prevenzione
- Proseguire il percorso formativo specialistico sull'igiene delle mani attraverso la pianificazione e realizzazione di:
 - due edizioni del corso di formazione obbligatorio "L'igiene delle mani nella prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)" destinato agli operatori sanitari di recente inserimento nell'organico dell'Istituto

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia	PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI	16/02/2026
	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. 04
		Pag. 15 di 21

- due sessioni di aggiornamento professionale dedicate ai formatori e agli osservatori finalizzate alla verifica e all'implementazione delle competenze metodologiche necessarie per identificare accuratamente e documentare nella Scheda di Osservazione le opportunità secondo l'approccio OMS dei cinque momenti,
- interventi di formazione pratica diretta sulla corretta esecuzione dell'igiene delle mani rivolta agli studenti del Corso di Laurea in Fisioterapia provenienti dall'Università di Roma La Sapienza-Polo Pontino che svolgono presso l'Istituto il Tirocinio Pratico Obbligatorio
- Garantire che tutte le procedure assistenziali, i protocolli operativi e le istruzioni di lavoro, ove pertinente, contengano un richiamo esplicito e puntuale alle corrette pratiche di igiene delle mani, integrandole come elemento imprescindibile dell'attività clinico-assistenziale

7.3 SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK

Per l'anno 2026 sono programmate le seguenti attività:

- Proseguire sistematicamente le attività di rilevazione diretta dell'adesione alla pratica corretta dell'igiene delle mani secondo una pianificazione temporale predefinita, con registrazione puntuale delle opportunità rilevate nella Scheda di Osservazione e restituzione immediata dell'esito dell'attività di monitoraggio al personale sottoposto a osservazione
- Mantenere il sistema di sorveglianza con periodicità semestrale del consumo di soluzioni idroalcoliche e di preparati antisettici per l'igiene delle mani, quale indicatore indiretto di performance e di processo
- Comunicare con cadenza semestrale gli esiti delle indagini di osservazione diretta ai responsabili di reparto e agli organi direttivi dell'Istituto durante le riunioni periodiche del Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza

7.4 SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE

Per l'anno 2026 sono programmate le seguenti attività:

- Procedere al riesame sistematico e all'aggiornamento periodico del materiale divulgativo disponibile (poster, brochure, depliant informativi, opuscoli educativi) verificando che i poster illustrativi contenenti le istruzioni operative per il lavaggio delle mani siano in condizioni ottimali, provvedendo alla sostituzione del materiale deteriorato, danneggiato o non più aggiornato
- Realizzare materiale informativo specificamente calibrato per le diverse categorie di utenti (pazienti, familiari, caregiver, visitatori) utilizzando linguaggi e modalità comunicative appropriate

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		16/02/2026
	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. 04
			Pag. 16 di 21

- Assicurare la presenza capillare di promemoria visivi nei punti strategici della struttura, con particolare attenzione alle aree di accesso, ai luoghi di attesa, agli spazi comuni e ai punti di assistenza diretta

7.5 SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT

Per l'anno 2026 sono programmate le seguenti attività:

- Implementare il piano di azione orientato al miglioramento continuo mediante il controllo sistematico dello stato di avanzamento delle attività pianificate, utilizzando come strumento di autovalutazione periodica il questionario regionale e documentando i progressi conseguiti rispetto alle rilevazioni precedenti
- Proseguire nel coinvolgimento attivo dei pazienti e dei loro familiari/caregiver sull'importanza strategica della corretta esecuzione dell'igiene delle mani nella prevenzione delle ICA, integrandola nel Programma Riabilitativo Individuale in modo da promuovere un'efficace interazione paziente-operatore sanitario e rafforzare il ruolo attivo del paziente
- Rafforzare il ruolo dei formatori e degli osservatori come promotori dell'igiene delle mani, affinché siano un esempio di modello comportamentale positivo per tutti gli operatori sanitari e siano riconosciuti come figure autorevoli e visibili
- Attuare iniziative concrete ed esplicite finalizzate a stimolare gli operatori sanitari verso l'adozione di comportamenti responsabili e consapevoli nella pratica dell'igiene delle mani, riconoscendo e valorizzando le buone pratiche
- Assicurare la costante disponibilità e accessibilità della documentazione di riferimento (Piano di Intervento Regionale, Piano di Azione Locale, procedure operative) attraverso i sistemi informativi aziendali e la documentazione cartacea presso i punti di assistenza

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.

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		16/02/2026
	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. 04
			Pag. 17 di 21

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 2026

PIANO DI AZIONE LOCALE - ATTIVITÀ PREVISTE E DA ATTUARE NELL'ANNO 2026	
SEZIONE A – AMBITO DEI REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	
Effettuare una nuova autovalutazione attraverso il questionario regionale in relazione alle attività implementate durante l'anno 2025 e nel quadriennio 2021-2024, con l'obiettivo di consolidare gli standard qualitativi raggiunti e incrementare ulteriormente il livello di performance dei singoli indicatori.	
Garantire il perfetto funzionamento di tutti i punti di erogazione dell'acqua e dei dispositivi erogatori attraverso un programma strutturato di manutenzione preventiva e la tempestiva gestione delle segnalazioni di eventuali malfunzionamenti.	
Assicurare la costante presenza e accessibilità dei prodotti per l'igiene delle mani mediante un sistema di approvvigionamento sistematico e controlli periodici delle scorte.	
Verificare la compatibilità cutanea e la tollerabilità dermatologica dei preparati antisettici e delle formulazioni idroalcoliche attraverso un sistema di sorveglianza attiva delle reazioni avverse	
Implementare un sistema di verifica periodica dello stato di conservazione e funzionalità degli asciugamani monouso	
SEZIONE B – AMBITO DELLA FORMAZIONE DEL PERSONALE	
Rafforzare le competenze professionali del personale sanitario in materia di prevenzione, sorveglianza e gestione delle ICA, con particolare enfasi sulle indicazioni specifiche e sulla tecnica appropriata per l'igiene delle mani.	
Realizzare due edizioni del corso di formazione obbligatorio "L'igiene delle mani nella prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)" destinato agli operatori sanitari di recente inserimento, e due sessioni di aggiornamento professionale dedicate ai formatori e agli osservatori per verificare e implementare le competenze metodologiche necessarie per identificare e documentare le opportunità secondo l'approccio OMS dei cinque momenti.	
Garantire la formazione pratica diretta agli studenti del Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università di Roma La Sapienza-Polo Pontino durante il Tirocinio Obbligatorio.	

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		16/02/2026
	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. 04
			Pag. 18 di 21

Prevedere in tutte le procedure e le istruzioni operative, nelle quali sia applicabile, un rimando specifico all'igiene delle mani

SEZIONE C - AMBITO DEL MONITORAGGIO E FEEDBACK

Proseguire le attività di rilevazione diretta dell'adesione alla pratica corretta dell'igiene delle mani secondo una pianificazione temporale predefinita, con registrazione puntuale delle opportunità rilevate nella Scheda di Osservazione e restituzione immediata dell'esito dell'attività di monitoraggio al personale osservato.

Mantenere il sistema di sorveglianza con periodicità semestrale del consumo di soluzioni idroalcoliche e di preparati antisettici quale indicatore indiretto di performance e di processo.

Comunicare con cadenza semestrale ai responsabili di reparto e agli organi direttivi dell'Istituto gli esiti delle indagini di osservazione diretta durante le riunioni periodiche del Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

SEZIONE D - AMBITO DELLA COMUNICAZIONE PERMANENTE

Effettuare il riesame sistematico e l'aggiornamento periodico del materiale divulgativo disponibile, includendo poster, brochure, depliant informativi e opuscoli educativi, verificando che i poster illustrativi contenenti le istruzioni operative per il lavaggio delle mani siano in condizioni ottimali e provvedendo alla sostituzione del materiale deteriorato o non più aggiornato.

Realizzare materiale informativo specificamente calibrato per le diverse categorie di utenti (pazienti, familiari, caregiver, visitatori, studenti) utilizzando linguaggi e modalità comunicative appropriate.

Assicurare la presenza capillare di promemoria visivi nei punti strategici della struttura, con particolare attenzione alle aree di accesso, ai luoghi di attesa, agli spazi comuni e ai punti di assistenza diretta.

SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Implementare il piano di azione orientato al miglioramento continuo mediante il controllo sistematico dello stato di avanzamento delle attività pianificate, utilizzando come strumento di autovalutazione periodica il questionario regionale e documentando i progressi conseguiti rispetto alle rilevazioni precedenti.

Proseguire il coinvolgimento attivo dei pazienti e dei loro familiari/caregiver sull'importanza strategica della corretta esecuzione dell'igiene delle mani nella prevenzione delle ICA, integrandola nel Programma Riabilitativo Individuale per promuovere un'efficace interazione paziente-operatore sanitario.

Rafforzare il ruolo dei formatori e degli osservatori come promotori dell'igiene delle mani affinché rappresentino un modello comportamentale positivo riconosciuto e autorevole.

Attuare iniziative concrete finalizzate a stimolare gli operatori verso l'adozione di comportamenti responsabili e consapevoli, riconoscendo e valorizzando le buone pratiche. Garantire la costante disponibilità e accessibilità della documentazione di riferimento attraverso i sistemi informativi aziendali e la documentazione cartacea presso i punti di assistenza.

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		16/02/2026
	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. 04
			Pag. 19 di 21

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".
- 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"

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		16/02/2026
	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. 04
			Pag. 20 di 21

- 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)
- 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

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PALIM
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		16/02/2026
	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. 04
			Pag. 21 di 21

- 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

**PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI**

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)

16/02/2026

Rev. 04

Pag. 21 di 25

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI**QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE PER LE STRUTTURE****SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI**

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

80/100

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

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

90/100

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

SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)	NO	0
	SÌ	10 X
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5 X
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5 X
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani		
C.3.1 Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SÌ	5 X
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SÌ	5 X
C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0 X
	SÌ	5
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani		
NB: Rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale		
C.4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai	0
	Irregolarmente	5
	Annualmente	10
	Ogni 3 mesi o meno	15 X
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≤ 30%	0
	31-40%	5
	41-50%	10
	51-60%	15
	61-70%	20
	71-80%	25
	≥ 81%	30 X
C.5 Feedback		
C.5.1 <u>Feedback immediato</u> : al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	0
	SÌ	5 X
C.5.2 <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	0
	SÌ	7.5 X
C.5.3 <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	NO	0
	SÌ	7.5 X

95/100

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

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
D.1 Sono esposti i seguenti poster (o materiali locali con contenuti simili)?		
D.1.1 - Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	15
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	20
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	25 X
D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	10
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	15 X
D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	7.5 X
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	10
D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	Mai	0
	Almeno una volta all'anno	10
	Ogni 2-3 mesi	15 X
D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?	NO	0
	Sì	10 X
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	10 X
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	NO	0
	Sì	15

82,5/100

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

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

80/100

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



RELAZIONE TECNICA

RISULTATI DEL MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI SOLUZIONE IDROALCOLICA (SIA) E DEI PRODOTTI ANTISETTICI PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2025, CON ANALISI COMPARATIVA RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE

1. PREMESSA

L'igiene delle mani rappresenta la misura cardine per la prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e costituisce un indicatore prioritario nei programmi di controllo del rischio clinico e di miglioramento della qualità delle cure.

In ottemperanza alle disposizioni regionali e secondo le indicazioni metodologiche fornite dal SERESMI (Servizio Regionale di Sorveglianza delle Malattie Infettive), la presente relazione illustra i risultati del monitoraggio del consumo di Soluzione Idroalcolica (SIA) e dei presidi per l'igiene delle mani per l'anno 2025, con analisi comparativa rispetto all'anno precedente.

L'Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" 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).

Di seguito si riportano le attività svolte nel corso dell'anno 2025 e i relativi consumi (giornate di degenza totali, consumo di soluzione idroalcolica (SIA), consumo di sapone igienizzante), con il confronto dei dati relativi all'anno 2024.

Anno 2025:

- Giornate di degenza totali: **25.850**
- Soluzione idroalcolica (SIA) consumata: **294,4 litri → 11,39 L/1.000 gg degenza**
- Sapone igienizzante consumato: **495 litri → 19,15 L/1.000 gg degenza**

Anno 2024 (dato di confronto):

- Giornate di degenza totali: **24.210**
- Soluzione idroalcolica consumata: **260 litri → 10,74 L/1.000 gg degenza**
- Sapone igienizzante consumato: **480 litri → 19,83 L/1.000 gg degenza**

Le soluzioni idroalcoliche in dotazione alla Struttura, conformi agli standard di efficacia antimicrobica previsti dalla normativa vigente, sono:

1. Disinfect Puravir Liquido Med's Spray (Alcool etilico denaturato 80%)
2. Neoxinal Alcoolico Soluzione Cutanea (Clorexidina gluconato 0,5% + Alcool etilico 96% - 70%)



**RISULTATI DEL MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI SOLUZIONE IDROALCOLICA – SIA
ANNO 2025 (EFFETTUATO SECONDO LE INDICAZIONI FORNITE DAL SERESMI) E
ANDAMENTO RISPETTO ALL'ANNO O ALLA RILEVAZIONE PRECEDENTE**

3. LH News Alcoolici Spray (Clorexidina digluconato 0,5% + Alcool etilico 60%)
4. Clorexinal 2% (Clorexidina digluconato 2% + Alcool etilico denaturato 71,64%)
5. Ecolab Epicare Des Disinfettante mani 500 ml
6. Hygienixina Soluzione igienizzante
7. Soft Care Sensisept H34 (Disinfettante delicato per trattamento frequente delle mani)
8. Soft Care Med H5 (Disinfettante mani presidio medico-chirurgico - Reg. Min. Sal. n. 20412)

2. ANALISI DEI CONSUMI E CONFRONTO CON L'ANNO PRECEDENTE

A. Soluzione Idroalcolica (SIA)

Consumo 2025: 11,39 L/1.000 giornate di degenza (294,4 L totali)

Consumo 2024: 10,74 L/1.000 giornate di degenza (260 L totali)

Variazione: +0,65 L/1.000 gg (+6,1%)

Il consumo di SIA ha registrato un incremento del 6,1% rispetto all'anno precedente in termini di consumo standardizzato per 1.000 giornate di degenza. In valore assoluto, il consumo è aumentato di 34,4 litri (+13,2%), a fronte di un incremento dell'attività assistenziale di 1.640 giornate di degenza (+6,8%).

I dati rilevati evidenziano una progressiva integrazione della frizione alcolica nella pratica assistenziale quotidiana, una maggiore aderenza alle raccomandazioni sui "5 momenti per l'igiene delle mani" e una crescente consapevolezza degli operatori rispetto all'importanza della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

Secondo le indicazioni metodologiche del SERESMI, il consumo di SIA rappresenta un indicatore indiretto di aderenza alle buone pratiche di igiene delle mani e di qualità del sistema di prevenzione e controllo delle ICA.

L'incremento del 6,1% rispetto all'anno precedente, superiore all'incremento delle giornate di degenza (6,8%), evidenzia un reale miglioramento delle pratiche di igiene delle mani, l'efficacia delle strategie implementate e la progressiva adesione agli standard regionali. Un utilizzo appropriato della soluzione idroalcolica contribuisce inoltre alla riduzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), al miglioramento degli esiti clinici e riabilitativi, alla tutela della salute degli operatori, al contenimento dei costi legati alle complicanze infettive e all'ottimizzazione dei tempi assistenziali, considerato che la frizione alcolica richiede 20–30 secondi rispetto ai 40–60 secondi del lavaggio con acqua e sapone.

B. Sapone igienizzante

Consumo 2025: 19,15 L/1.000 giornate di degenza (495 L totali)

Consumo 2024: 19,83 L/1.000 giornate di degenza (480 L totali)

Variazione: -0,68 L/1.000 gg (-3,4%)



Il consumo standardizzato di sapone igienizzante presenta una lieve riduzione del 3,4% rispetto all'anno precedente, pur registrando un incremento in valore assoluto di 15 litri dovuto all'aumento delle giornate di degenza.

Il dato testimonia la corretta applicazione del lavaggio con acqua e sapone nei casi clinicamente indicati (mani visibilmente sporche, contaminazione con materiale organico, contatto con spore, inizio e fine turno) e una appropriata redistribuzione tra le due modalità di igiene delle mani

L'incremento del rapporto tra soluzione idroalcolica e sapone igienizzante (da 0,54 nel 2024 a 0,59 nel 2025) documenta un miglioramento nell'appropriatezza delle pratiche di igiene delle mani e una progressiva ottimizzazione dei comportamenti assistenziali.

3. AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2025 E PIANO DI MIGLIORAMENTO ANNO 2026

Nel corso del 2025 sono state adottate diverse azioni, riportate nel Piano di Azione locale per l'igiene delle mani, finalizzate a migliorare l'aderenza alle pratiche di igiene delle mani e a monitorarne l'applicazione. In particolare, sono stati realizzati momenti formativi periodici sul corretto utilizzo della soluzione idroalcolica, con diffusione delle raccomandazioni regionali, delle linee guida dell'OMS ed affiancamento sul campo degli operatori di nuova assunzione. Sul piano organizzativo sono stati effettuati audit interni con osservazioni dirette, è stata verificata regolarmente la funzionalità e la disponibilità dei dispenser, è stata integrata la loro distribuzione nei punti assistenziali ritenuti più critici e sono stati condivisi periodicamente i dati di monitoraggio con i referenti di area e con il Comitato Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA). Il monitoraggio dei consumi di soluzione idroalcolica e di sapone igienizzante per 1.000 giornate di degenza è stato effettuato con rilevazioni semestrali.

Per il 2026 si prevede il consolidamento delle attività formative e di audit, di osservazione diretta della compliance alla corretta pratica dell'igiene delle mani, la restituzione dei risultati agli operatori, un'ulteriore verifica dell'accessibilità dei dispenser e della disponibilità dei prodotti per l'igiene delle mani attraverso l'approvvigionamento continuativo, il 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.



Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia

**RISULTATI DEL MONITORAGGIO DELL'OSSERVAZIONE DELLA COMPLIANCE
DELL'IGIENE DELLE MANI ANNO 2025 E ANDAMENTO RISPETTO ALL'ANNO E
ALLA RILEVAZIONE PRECEDENTE**

RELAZIONE TECNICA

**RISULTATI DEL MONITORAGGIO DELL'OSSERVAZIONE DELLA COMPLIANCE DELL'IGIENE
DELLE MANI ANNO 2025 E ANDAMENTO RISPETTO ALL'ANNO E ALLA RILEVAZIONE
PRECEDENTE**

1. PREMESSA

L'igiene delle mani rappresenta la misura cardine nella prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e costituisce un elemento imprescindibile per garantire la sicurezza dei pazienti ricoverati presso le strutture sanitarie.

La presente relazione è redatta in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia di sorveglianza e controllo delle ICA, nell'ambito delle attività di monitoraggio e miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure, con particolare riferimento alla corretta applicazione delle pratiche per l'igiene delle mani secondo le indicazioni fornite dal Servizio Regionale di Sorveglianza delle Malattie Infettive (SERESMI).

Il monitoraggio è stato condotto in conformità al Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani (Determinazione n. G02044 del 26 febbraio 2021), alla Procedura Gestionale aziendale "Igiene delle mani nell'assistenza sanitaria" (MRC n. 05 del Manuale di Gestione del Rischio Clinico) e alle indicazioni metodologiche del SERESMI (Servizio Regionale di Sorveglianza delle Malattie Infettive).

L'attività di sorveglianza si è posta l'obiettivo di verificare il livello di adesione e di compliance oggettiva degli operatori sanitari alla corretta pratica quotidiana dell'igiene delle mani, di valutare l'appropriatezza nell'applicazione della Procedura Gestionale aziendale, di identificare eventuali aree di criticità e di opportunità di miglioramento e di confrontare i risultati con le rilevazioni precedenti e di valutare l'andamento temporale della compliance.

2. MODALITÀ DI MONITORAGGIO

Il monitoraggio è stato articolato in due semestri:

- **Primo semestre 2025:** sessioni osservazionali nei giorni 24/01, 21/02, 28/03, 16/04, 12/05/2025;
- **Secondo semestre 2025:** sessioni osservazionali nei giorni 04/08, 20/08, 30/08, 06/09, 30/09, 06/10, 20/10/2025.

Totale sessioni di osservazione: 12

Totale opportunità osservate: circa 360 (media di 30 opportunità per sessione)

Le attività di monitoraggio sono state condotte da osservatori formati con competenze in materia di sorveglianza delle pratiche di igiene delle mani.

Quale strumento di rilevazione è stata utilizzata la scheda di osservazione diretta standardizzata allegata al Piano di Intervento Regionale che garantisce uniformità e confrontabilità dei dati raccolti.

La scheda consente la registrazione sistematica dei seguenti elementi:



a. Opportunità di igiene delle mani. Per "opportunità" si intende qualsiasi circostanza in cui, secondo le linee guida OMS, l'operatore sanitario dovrebbe eseguire l'igiene delle mani. Le opportunità sono classificate secondo il modello dei "Cinque Momenti" dell'OMS:

1. Prima del contatto con il paziente
2. Prima di procedure asettiche
3. Dopo esposizione a liquidi biologici
4. Dopo il contatto con il paziente
5. Dopo il contatto con l'ambiente circostante il paziente

b. Azione eseguita. Per ciascuna opportunità rilevata, viene codificato se l'igiene delle mani è stata effettivamente eseguita (azione conforme), eseguita parzialmente (azione non conforme) o completamente omessa (azione non eseguita)

c. Tecnica utilizzata. Quando l'azione viene eseguita, si registra la frizione alcolica con soluzione idroalcolica, il lavaggio delle mani con acqua e sapone antisettico, la valutazione della conformità della tecnica agli standard raccomandati (durata, modalità di esecuzione)

d. Caratteristiche dell'operatore. Viene rilevato il profilo professionale dell'operatore osservato (medico, infermiere, OSS, fisioterapista, altro personale sanitario).

e. Contesto assistenziale. Viene documentato il momento assistenziale e l'eventuale utilizzo di dispositivi di protezione individuale (DPI).

L'osservazione è stata effettuata in modo discreto e non partecipante, senza interferire con le attività assistenziali, nel contesto naturale di erogazione dell'assistenza (osservazione "al letto del paziente"), al fine di cogliere la reale adesione alle pratiche raccomandate senza modificare il comportamento spontaneo degli operatori. Gli osservatori si sono posizionati in prossimità del punto di assistenza, registrando sistematicamente tutte le opportunità di igiene delle mani che si verificavano durante l'attività clinico-assistenziale ordinaria.

Gli indicatori utilizzati per la valutazione della compliance sono stati il livello di compliance globale = $(n^{\circ} \text{ azioni eseguite} / n^{\circ} \text{ opportunità osservate}) \times 100$, la distribuzione della compliance per momento OMS (percentuale di adesione per ciascuno dei 5 momenti), la distribuzione per profilo professionale (compliance stratificata per categoria di operatore), la distribuzione per tecnica utilizzata (percentuale di utilizzo della frizione alcolica rispetto al lavaggio con acqua e sapone), l'indice di conformità tecnica (percentuale di azioni eseguite con tecnica corretta).

3. RISULTATI DEL MONITORAGGIO ANNO 2025, ANDAMENTO TEMPORALE E CONFRONTO CON LE RILEVAZIONI PRECEDENTI

Il numero totale di opportunità osservate è stato di **360**, il numero di azioni eseguite correttamente è stato di **324**, l'indice di compliance globale del **90%**.

L'analisi della compliance nei cinque momenti dell'igiene delle mani risulta distribuita in modo omogeneo tra le diverse categorie professionali ed ha evidenziato una elevata adesione nei momenti 3 (dopo esposizione a liquidi biologici) e 4 (dopo contatto con il paziente), una buona compliance nei



Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia

**RISULTATI DEL MONITORAGGIO DELL'OSSERVAZIONE DELLA COMPLIANCE
DELL'IGIENE DELLE MANI ANNO 2025 E ANDAMENTO RISPETTO ALL'ANNO E
ALLA RILEVAZIONE PRECEDENTE**

momenti 1 (prima del contatto) e 2 (prima di procedure asettiche) con margini di miglioramento per il momento 5 (dopo contatto con ambiente).

La frizione alcolica è stata la tecnica prevalentemente utilizzata, il lavaggio con acqua e sapone: è stato utilizzato nelle situazioni appropriate e la scelta della tecnica è risultata appropriata rispetto al contesto clinico nella quasi totalità dei casi.

Il confronto tra il primo e il secondo semestre mostra che il livello di conformità è rimasto sostanzialmente stabile, con variazioni contenute, indicando che la pratica è ormai consolidata nella routine assistenziale.

L'indice di compliance del 90% registrato nel 2025 evidenzia il consolidamento delle corrette pratiche igieniche, un lieve miglioramento rispetto alla rilevazione precedente, la corretta applicazione della tecnica di frizione alcolica, l'omogeneità dei risultati tra le diverse categorie professionali. Non sono state identificate criticità o carenze significative che possano incidere sul percorso assistenziale del paziente nella gestione del rischio infettivo.

Come riportato nel Piano di Azione Locale per l'igiene delle mani le azioni programmate per il consolidamento e il miglioramento continuo consistono nella prosecuzione del monitoraggio periodico con frequenza semestrale, nella formazione obbligatoria per tutto il personale di nuova assunzione entro 30 giorni dall'ingresso, nell'aggiornamento periodico dei formatori e osservatori come previsto dal Piano di Formazione dell'Istituto, nella restituzione immediata dei risultati dell'attività di osservazione diretta nei confronti del personale osservato evidenziando eventuali comportamenti non conformi e le relative azioni correttive, nella verifica della corretta distribuzione e funzionalità dei dispenser di soluzione idroalcolica

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI		15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023		Rev. 01
			Pag. 1 di 21

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo della legionellosi", approvate con DGR Regione Lazio n. 460 del 28 giugno 2024, e al Piano di Sicurezza dell'Acqua previsto dal Decreto Legislativo 18/2023, che ha recepito la Direttiva europea 2020/2184 sulla qualità delle acque destinate al consumo umano

ISTITUTO FISIOTERAPICO DI RIABILITAZIONE "CLARA FRANCESCHINI" DI SABAUDIA

Allegato al "Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)" ANNO 2026

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI		15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023		Rev. 01
			Pag. 2 di 21

INDICE

1. Premessa
2. Costituzione del team multidisciplinare
3. Realizzazione della piattaforma documentale
4. Metodologia della valutazione del rischio legionellosi
5. Misure di controllo previste
 - 5.1 Controllo termico
 - 5.2 Trattamento dell'acqua mediante perossido di idrogeno (H₂O₂) in associazione ioni metallici di argento
 - 5.3 Misure di controllo dei punti a rischio
6. Misure di prevenzione e protezione per gli impianti aeraulici
7. Misure di prevenzione e controllo a breve termine della contaminazione nei sistemi impiantistici (manutenzione programmata)
8. Sistema di monitoraggio del batterio legionella attraverso il campionamento microbiologico dell'acqua
9. Limiti di concentrazione della legionella, soglie di intervento e misure correttive di prevenzione e di contenimento
10. Provvedimenti di emergenza - Principali metodi di disinfezione dell'impianto di acqua sanitaria
11. D.LGS. N. 81/2008 in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro - Valutazione del rischio per gli operatori sanitari di assistenza
12. Sorveglianza sanitaria - Sistema di Notifica
13. Risultati del monitoraggio operativo
14. Azioni di supporto e formazione
15. Riferimenti Normativi

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione “Clara Franceschini” di Sabaudia		PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI		15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023		Rev. 01 Pag. 3 di 21

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI ANNO 2026

Redatto in conformità alle “Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo della legionellosi”, approvate con DGR Regione Lazio n. 460 del 28 giugno 2024, e al Piano di Sicurezza dell’Acqua previsto dal Decreto Legislativo 18/2023, che ha recepito la Direttiva europea 2020/2184 sulla qualità delle acque destinate al consumo umano

1. PREMESSA

Il presente Programma di controllo della legionellosi è redatto dall’Istituto Fisioterapico di Riabilitazione “Clara Franceschini” in ottemperanza alle disposizioni contenute nella Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 460 del 28 giugno 2024 "Linee di indirizzo per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" e al Decreto Legislativo n. 18 del 23 febbraio 2023 di recepimento della Direttiva (UE) 2020/2184 sulla qualità delle acque destinate al consumo umano, che introduce il Piano di Sicurezza dell'Acqua.

L’attuazione del Programma nasce dall’esigenza di adottare un metodo chiaro e organizzato per prevenire e gestire il rischio di legionellosi. Il Programma prevede la valutazione preventiva dei rischi, l’applicazione di misure di controllo efficaci, il monitoraggio continuo, la sorveglianza clinica, la formazione del personale e la corretta documentazione di tutte le attività svolte.

L'obiettivo strategico è la minimizzazione del rischio di esposizione attraverso il contenimento della contaminazione batterica degli impianti al di sotto delle soglie di sicurezza definite dalle linee guida, l'identificazione precoce di eventuali casi clinici, l'adozione tempestiva di provvedimenti correttivi e la valutazione continua dell'efficacia delle misure preventive in atto.

La Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria con comunicazione Prot. n. U0079798 del 22-01-2025 ha stabilito che tutte le strutture sanitarie pubbliche e private debbano dotarsi di un "Programma di controllo della Legionellosi" da allegare al Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS).

2. COSTITUZIONE DEL TEAM MULTIDISCIPLINARE

La gestione integrata del rischio legionellosi richiede il contributo sinergico di competenze sanitarie, tecniche, microbiologiche e di prevenzione. In conformità alle disposizioni regionali, è stato formalmente istituito un Team multidisciplinare per la gestione e il controllo del rischio legionellosi quale organo tecnico permanente preposto al governo operativo del Programma. A tale organismo sono attribuite funzioni di coordinamento strategico, supervisione tecnica, analisi

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI		15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023		Rev. 01
			Pag. 4 di 21

delle risultanze del monitoraggio e adozione delle decisioni operative necessarie per il mantenimento delle condizioni di sicurezza nell'erogazione dell'assistenza.

Il Team per il controllo della legionellosi è costituito dai seguenti componenti:

- Direttore Sanitario
- Presidente del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza
- Risk Manager
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
- Dirigente del Servizio Tecnico
- Responsabile Medico del Reparto di Medicina Riabilitativa e Responsabile Medico del Reparto di Fisioterapia
- Responsabile del Laboratorio Analisi
- Coordinatori Infermieristici e della Riabilitazione

La composizione del Team è stata definita assicurando la presenza di tutte le competenze professionali necessarie per analizzare il rischio e attuare efficacemente le misure di controllo.

Il Coordinatore del Team è identificato nel Direttore Sanitario dell'Istituto al quale compete la responsabilità del coordinamento generale delle attività, della rappresentanza del Team nei confronti dell'Amministratore Unico della struttura, del mantenimento delle relazioni istituzionali con l'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente e con gli organi regionali preposti alla sorveglianza epidemiologica, nonché della garanzia della coerenza del Programma con le linee strategiche aziendali in materia di gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure.

I membri effettivi del Team includono il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, al quale spetta la valutazione tecnica dei rischi legati agli impianti secondo le metodologie proprie dell'igiene industriale e la verifica della loro conformità ai requisiti normativi di sicurezza, il Responsabile dell'Ufficio Tecnico e del Servizio di Manutenzione, cui compete la gestione operativa degli impianti idrici e aeraulici, l'implementazione materiale degli interventi di manutenzione preventivi e correttivi, la supervisione delle attività delle imprese appaltatrici eventualmente incaricate di specifici interventi tecnici, i Responsabili Medici dei Reparti ai quali compete la sorveglianza clinica attiva sui pazienti ricoverati per l'identificazione precoce di quadri clinici sospetti per legionellosi, il coordinamento delle attività diagnostiche e terapeutiche in caso di identificazione di casi, la gestione delle comunicazioni verso le autorità sanitarie secondo i flussi informativi previsti dalla normativa sulla sorveglianza delle malattie infettive, i Coordinatori Infermieristici e della Riabilitazione, ai quali compete l'implementazione delle procedure assistenziali e igieniche preventive, la formazione del personale infermieristico sulle modalità corrette di gestione dei terminali idrici e sui comportamenti da adottare per minimizzare il rischio di esposizione, il monitoraggio dell'aderenza del personale alle procedure operative definite, il Responsabile del Laboratorio Analisi che è il Referente per il coordinamento con il laboratorio esterno accreditato incaricato delle analisi microbiologiche e che garantisce la corretta esecuzione delle attività di prelievo secondo le metodiche standardizzate, la trasmissione tempestiva dei campioni al laboratorio esterno, la ricezione e l'interpretazione critica dei risultati analitici.

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI		15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023		Rev. 01
			Pag. 5 di 21

Alla Direzione Sanitaria compete il monitoraggio ambientale attraverso l'organizzazione e la supervisione delle attività di campionamento microbiologico, l'applicazione dei protocolli di sanificazione ambientale, la verifica dell'efficacia delle procedure di pulizia e disinfezione applicate alle superfici e agli impianti.

Il Team può avvalersi, su valutazione caso per caso, del supporto di consulenti esterni specializzati, inclusi esperti in impiantistica idrico-sanitaria per la soluzione di problematiche tecniche complesse o per la definizione di strategie analitiche avanzate

Il Team mantiene rapporti istituzionali con il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda Sanitaria Locale competente, collaborando per il coordinamento delle attività di sorveglianza epidemiologica, la gestione condivisa delle situazioni critiche e l'allineamento delle procedure interne alle indicazioni regionali.

Il Team si riunisce con periodicità semestrale, secondo un calendario prestabilito, per esaminare i dati del monitoraggio operativo, verificare l'andamento degli indicatori di processo e di esito, valutare lo stato di avanzamento delle azioni programmate e decidere eventuali modifiche al Programma in risposta alle evidenze emergenti. Oltre alle riunioni ordinarie, il Team viene convocato in seduta straordinaria ogni qualvolta si verificano eventi che richiedano la valutazione tempestiva e l'assunzione di decisioni urgenti, circostanze che includono l'identificazione di casi di legionellosi nosocomiale confermati o anche solo sospetti in base al quadro clinico-epidemiologico, il superamento dei valori soglia microbiologici definiti dalle linee guida regionali, la realizzazione di modifiche impiantistiche significative che possano alterare il profilo di rischio della struttura, l'emergere di esiti particolarmente critici dal monitoraggio operativo che impongano una risposta immediata. Le riunioni del Team vengono verbalizzate e conservate agli atti costituendo la documentazione formale dell'attività.

3. REALIZZAZIONE DELLA PIATTAFORMA DOCUMENTALE

In conformità alle Linee di indirizzo regionali, l'Istituto ha costituito e mantiene aggiornata una piattaforma documentale dedicata al controllo della legionellosi, che raccoglie sistematicamente tutta la documentazione rilevante e ne garantisce l'accessibilità per le attività operative interne, per gli audit di verifica e per le eventuali ispezioni da parte degli organi di controllo esterni. La piattaforma documentale è organizzata secondo una struttura logica che ne facilita la consultazione e assicura la tracciabilità delle attività svolte nel tempo.

Attualmente, la piattaforma documentale è costituita da un archivio cartaceo che garantisce la disponibilità immediata dei documenti e comprende:

- Programma di Controllo della Legionellosi nella sua versione vigente;
- Documento di Valutazione del Rischio Legionellosi con gli allegati tecnici;
- Planimetrie degli impianti idrici e aeraulici;
- Procedure Operative Standard (POS) per la prevenzione ed il controllo della legionellosi che regolamentano le diverse attività previste dal Programma;
- Registro di autocontrollo

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI		15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023		Rev. 01
			Pag. 6 di 21

- Registro delle verifiche per contrastare il rischio legionellosi
- Registro degli interventi per contrastare il rischio legionellosi (monitoraggio delle temperature, controllo dei sistemi di disinfezione)
- Procedura Gestionale "Prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni da legionella (Manuale per la gestione del Rischio Clinico - MRC n. 14)
- Registro degli esiti dei campionamenti microbiologici
- Documentazione delle attività di formazione
- Verbali delle riunioni del Team
- Comunicazioni ufficiali con le autorità sanitarie (eventuali)
- Documentazione di audit e verifiche ispettive (eventuali)

Il Programma si inserisce all'interno di un sistema documentale integrato, conforme ai requisiti del Piano di Sicurezza dell'Acqua (PSA) previsto dal D.Lgs. n. 18/2023 per gli edifici prioritari.

La piattaforma è soggetta a revisione periodica da parte del Team con l'obiettivo di verificare che la struttura documentale rimanga sempre adeguata alle esigenze operative, che le informazioni siano costantemente aggiornate e che non si verifichino duplicazioni o incongruenze nei dati archiviati.

4. METODOLOGIA DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO LEGIONELLOSI

La valutazione del rischio legionellosi rappresenta il presupposto indispensabile per l'implementazione di misure di prevenzione e di controllo efficaci. La valutazione del rischio è stata realizzata attraverso la revisione documentale della configurazione degli impianti idrico-sanitari della struttura e attraverso l'individuazione dei punti critici. Sono stati effettuati sopralluoghi tecnici congiunti con il personale tecnico e di manutenzione, al fine di verificare visivamente lo stato degli impianti, individuare eventuali criticità e potenziali fonti di rischio, nonché definire strategie mirate ed azioni correttive in caso di accertata presenza di Legionella nei monitoraggi periodici.

È stata condotta l'analisi del sistema di approvvigionamento e trattamento dell'acqua fredda, del sistema di produzione e distribuzione dell'acqua calda sanitaria (ACS), del sistema di disinfezione supplementare con Perossido di idrogeno stabilizzato con ioni argento, dei punti critici di controllo (CCP), delle caratteristiche delle utenze terminali, dell'impianto di climatizzazione, dell'Unità Trattamento Aria (UTA) con canalizzazioni, dell'impianto della piscina coperta, del sistema di trattamento, del sistema antincendio e dell'impianto di irrigazione del giardino.

L'analisi del rischio è stata condotta secondo i criteri stabiliti dalle Linee di indirizzo regionali (DGR Lazio 460/2024), considerando:

- caratteristiche della popolazione assistita;
- caratteristiche degli impianti: complessità del sistema idrico-sanitario, presenza di punti morti, temperatura dell'acqua, materiali delle tubazioni, presenza di dispositivi produttori di aerosol;

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia	PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023	Rev. 01 Pag. 7 di 21

- c. caratteristiche gestionali: frequenza delle manutenzioni, presenza di procedure operative, sistema di monitoraggio, formazione del personale;
- d. esposizione: numero di punti di utilizzo, frequenza di utilizzo, durata della degenza;
- e. prestazioni erogate (pratiche assistenziali che aumentano il rischio)
- f. precedenti epidemiologici (presenza di casi di sospetta o accertata origine nosocomiale e livello di contaminazione).

La periodicità di aggiornamento della valutazione del rischio avviene secondo i seguenti criteri:

- revisione ordinaria con cadenza annuale, in condizioni di stabilità impiantistica e gestionale;
- revisione straordinaria in presenza di modifiche strutturali o funzionali degli impianti, variazioni significative delle modalità d'uso, casi di legionellosi correlati alla struttura, evidenze di contaminazione microbiologica nell'ambito della sorveglianza programmata.

5. MISURE DI CONTROLLO PREVISTE

Le misure di controllo implementate nell'Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" sono strutturate secondo un modello integrato a più livelli di protezione che combina interventi di natura impiantistica, procedurale e organizzativa, ciascuno dei quali contribuisce in modo sinergico alla riduzione del rischio complessivo di contaminazione batterica degli impianti idrici e di conseguente esposizione dei pazienti e degli operatori.

Le misure principali includono il controllo termico dell'acqua, la disinfezione continua mediante perossido di idrogeno stabilizzato con ioni argento, la gestione dei punti a rischio specifico, la manutenzione programmata degli impianti e dei componenti, il monitoraggio microbiologico sistematico, la sorveglianza clinica attiva sui pazienti ricoverati.

5.1 CONTROLLO TERMICO

Il controllo termico rappresenta la misura di prevenzione primaria per il contenimento della proliferazione di Legionella negli impianti di acqua calda sanitaria, basandosi sull'evidenza scientifica consolidata che temperature dell'acqua sufficientemente elevate determinano condizioni sfavorevoli alla moltiplicazione batterica e, a temperature ancora più elevate, esercitano azione battericida diretta.

Il batterio Legionella presenta una temperatura ottimale di crescita compresa tra 32 °C e 42 °C, intervallo di temperatura nel quale la moltiplicazione batterica procede con velocità massima (intervallo critico), mentre a temperature inferiori a 20 °C la crescita rallenta significativamente pur mantenendosi la vitalità batterica, e a temperature superiori a 50 °C la crescita si arresta progressivamente fino a che, a temperature superiori a 60 °C, si determina un'azione battericida che porta alla progressiva inattivazione dei microrganismi.

Le linee guida raccomandano, pertanto, il mantenimento di temperature dell'acqua calda sufficientemente elevate da impedire la proliferazione batterica lungo tutto il sistema di

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI		15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023		Rev. 01
			Pag. 8 di 21

produzione e distribuzione. I parametri termici stabiliti nel presente Programma, in conformità alle indicazioni delle Linee di indirizzo regionali, prevedono il mantenimento della temperatura dell'acqua calda nei serbatoi di accumulo o all'uscita dei bollitori a valori non inferiori a 60°C.

Il circuito di ricircolo dell'acqua calda è dimensionato e regolato in modo tale da garantire temperature non inferiori a 50°C gradi in tutti i punti della rete, comprese le sezioni terminali più distanti dalla produzione. Nei terminali di erogazione, la temperatura dell'acqua calda è mantenuta a un valore non inferiore a 50 °C.

L'acqua fredda viene mantenuta costantemente a una temperatura inferiore ai 20 °C.

L'implementazione del controllo termico prevede un sistema di monitoraggio sistematico delle temperature nei punti critici dell'impianto, attività che in Istituto viene realizzata secondo un protocollo strutturato che prevede la misurazione giornaliera della temperatura dell'acqua calda all'uscita dei bollitori, la misurazione settimanale delle temperature nel circuito di ricircolo, la misurazione mensile delle temperature ai terminali di erogazione, la misurazione trimestrale delle temperature dell'acqua fredda. Tutte le misurazioni vengono documentate su apposite schede di registrazione.

5.2 TRATTAMENTO DELL'ACQUA MEDIANTE PEROSSIDO DI IDROGENO (H₂O₂) IN ASSOCIAZIONE CON IONI METALLICI DI ARGENTO

Il trattamento dell'acqua mediante disinfezione chimica continua con perossido di idrogeno stabilizzato con ioni metallici di argento rappresenta la seconda misura di controllo fondamentale, complementare al controllo termico e volta a garantire un'ulteriore barriera di protezione contro la proliferazione di Legionella negli impianti idrici attraverso il mantenimento di concentrazioni residue di disinfettante attivo in tutto il sistema di distribuzione dell'acqua.

Il perossido di idrogeno è un composto chimico con formula H₂O₂ caratterizzato da proprietà ossidanti che gli conferiscono attività biocida ad ampio spettro efficace contro batteri inclusa Legionella, virus, funghi, protozoi e biofilm. Il meccanismo d'azione si basa sulla generazione di radicali liberi dell'ossigeno che danneggiano irreversibilmente le strutture cellulari batteriche quali membrane, acidi nucleici ed enzimi, determinando la morte cellulare. L'aggiunta di ioni d'argento al perossido di idrogeno produce un effetto sinergico che potenzia significativamente l'attività biocida inibendo la ricrescita batterica attraverso l'interferenza con i meccanismi enzimatici cellulari.

L'Istituto dispone di un impianto di disinfezione in continuo dell'acqua calda sanitaria; il perossido di idrogeno e argento, in soluzione stabilizzata, viene immesso nell'acqua in ingresso all'impianto di produzione dell'acqua calda, a monte dei serbatoi di accumulo mediante una pompa dosatrice a iniezione controllata da un idoneo dispositivo di regolazione elettronico in funzione del flusso dell'acqua da trattare mantenendo concentrazioni residue del disinfettante in tutto il sistema di distribuzione fino ai terminali. Ai punti terminali di erogazione viene garantito il mantenimento di una concentrazione residua di H₂O₂ compresa tra 0,5 e 1,5 mg/L e di Ag⁺ non superiore a 0,1 mg/L, nel rispetto dei limiti fissati dal D.Lgs. n. 18/2023 per le acque destinate al consumo umano.

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI		15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023		Rev. 01
			Pag. 9 di 21

Il perossido di idrogeno ha il vantaggio di essere un prodotto ecologico completamente biodegradabile, convertendosi in acqua e ossigeno (acqua ossigenata) senza nessuna formazione di sottoprodotti. Ha una elevata efficacia contro Legionella in tutte le sue forme, agisce sul biofilm prevenendone la formazione all'interno degli impianti, previene la formazione di depositi calcarei, esplica una forte azione anticorrosiva ed è compatibile con la maggior parte dei materiali impiegati nelle reti idrosanitarie. Inoltre non determina la formazione di sottoprodotti clorurati della disinfezione e non altera le caratteristiche organolettiche dell'acqua.

L'impianto richiede un attento controllo del funzionamento al fine di garantire un dosaggio costante e continuo del prodotto, con mantenimento di una concentrazione residua alle utenze compresa tra 0,5 e 1,5 mg/L di H₂O₂ (con presenza di Ag⁺ tra 0,01 e 0,05 mg/L), unitamente a monitoraggio quotidiano dei parametri, verifica settimanale del livello di prodotto mediante test colorimetrici rapidi in punti distali rappresentativi dell'impianto, pulizia mensile dei sensori e verifica trimestrale del corretto funzionamento della pompa dosatrice.

5.3 MISURE DI CONTROLLO DEI PUNTI A RISCHIO

La gestione dei punti a rischio specifico rappresenta una componente fondamentale del Programma di controllo richiedendo attenzioni specifiche e misure di controllo mirate.

Flussaggio periodico. I rubinetti, le docce e gli altri punti di erogazione soggetti a utilizzo discontinuo o limitato per esigenze organizzative possono determinare ristagno dell'acqua nei tratti terminali dell'impianto; questa situazione comporta una riduzione della temperatura e della concentrazione residua di disinfettante, creando condizioni favorevoli alla proliferazione microbica e configurando tali terminali come potenziali punti a rischio. Il protocollo prevede l'identificazione preliminare di tutti i terminali poco utilizzati e l'esecuzione di flussaggio periodico con frequenza non inferiore a settimanale, mediante apertura completa del terminale per una durata compresa tra due e cinque minuti (apertura dei rubinetti dell'acqua fredda, scorrimento dell'acqua per almeno 2/5 minuti, spostamento del miscelatore dell'acqua sulla posizione "caldo", scorrimento dell'acqua calda per ulteriori 2/5 minuti, chiusura dei rubinetti). Allo stesso modo dai rubinetti e dalle docce delle camere di degenza temporaneamente non utilizzate viene fatta scorrere l'acqua (sia calda che fredda) per 5-10 minuti sempre prima che vengano occupate, al fine di favorire il ricircolo dell'acqua nell'impianto ed evitare il ristagno all'interno delle tubature.

Decalcificazione e disinfezione dei componenti terminali. I soffioni doccia e i rompigitto dei rubinetti sono punti a rischio in quanto dispositivi che producono aerosol e presentano cavità interne dove possono accumularsi biofilm. Il protocollo prevede la rimozione periodica per verificare l'integrità delle guarnizioni, la decalcificazione dei componenti smontabili in buono stato di conservazione mediante immersione in soluzione acida (acido sulfamico, acido citrico o acido acetico a concentrazione controllata) con rimozione di eventuali residui con spazzolino a setole morbide, seguita da accurato risciacquo con acqua potabile; i dispositivi vengono quindi sottoposti a disinfezione per immersione in soluzione contenente almeno 50 mg/L di cloro libero attivo per un tempo non inferiore a 30 minuti, seguita da risciacquo finale prima del rimontaggio. La frequenza è tipicamente semestrale, con possibilità di sostituzione quando il grado di incrostazione renda inefficace la pulizia.

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI		15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023		Rev. 01
			Pag. 10 di 21

Ispezione e pulizia dei serbatoi di accumulo. I serbatoi di accumulo e i bollitori richiedono attenzione specifica in quanto volumi significativi di acqua possono permanere al loro interno per tempi prolungati. Con frequenza annuale viene eseguita l'ispezione interna e la pulizia periodica, attività che richiede lo svuotamento completo, l'ispezione visiva, la rimozione meccanica dei sedimenti, la disinfezione delle superfici interne con una soluzione di acido cloridrico diluito, circa al 2%, che ha il vantaggio di sciogliere tutte le incrostazioni di calcare e contestualmente disinfettare il serbatoio, ripristinando il funzionamento dopo accurato lavaggio. La frequenza è tipicamente annuale.

6. MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE PER GLI IMPIANTI AERAILICI

L'Istituto dispone di un sistema di climatizzazione costituito da Unità di Trattamento Aria (UTA) che servono le diverse aree dell'edificio mediante distribuzione di aria trattata attraverso canalizzazioni dedicate. L'impianto non costituisce serbatoio primario di proliferazione della Legionella; tuttavia, in presenza di componenti umide, possono configurarsi condizioni favorevoli alla crescita microbica in caso di ristagno idrico o accumulo di materiale organico.

Durante l'esercizio degli impianti vengono eseguite ispezioni tecniche programmate finalizzate al controllo del corretto funzionamento e alla verifica dei punti critici potenzialmente associati a ristagno idrico o formazione di aerosol, quali: batterie di raffreddamento e riscaldamento, vasche di raccolta della condensa, sezioni filtranti, quali possibili sedi di accumulo di polveri e materiale organico, giunzioni e guarnizioni suscettibili di infiltrazioni.

In particolare, viene verificato lo stato di efficienza dei filtri d'aria, conformi alla normativa tecnica vigente, nonché il rispetto delle tempistiche di sostituzione previste dal costruttore e dal piano di manutenzione programmata. Le vasche di raccolta della condensa, che si forma sulle batterie di raffreddamento durante il funzionamento estivo, sono oggetto di periodica pulizia e disinfezione. Le superfici alettate delle batterie vengono sottoposte a interventi di rimozione dei residui organici e inorganici al fine di prevenire la formazione di biofilm e garantire il corretto deflusso della condensa.

7. MISURE DI PREVENZIONE E CONTROLLO A BREVE TERMINE DELLA CONTAMINAZIONE NEI SISTEMI IMPIANTISTICI (MANUTENZIONE PROGRAMMATA)

La manutenzione programmata degli impianti idrici costituisce elemento imprescindibile del presente Programma di Controllo, rappresentando l'insieme sistematico e pianificato di attività preventive volte a mantenere gli impianti in condizioni di funzionamento ottimale, a prevenire l'insorgenza di guasti o malfunzionamenti che potrebbero compromettere l'efficacia delle misure di controllo termico o di disinfezione, a rilevare tempestivamente segni precoci di deterioramento dei componenti che richiedano interventi correttivi prima che si verifichino conseguenze significative sulla sicurezza o sulla continuità dell'erogazione del servizio.

Il piano di manutenzione programmata è stato sviluppato identificando tutti i componenti impiantistici rilevanti per il controllo del rischio legionellosi, definendo per ciascuno di essi le attività manutentive necessarie con specificazione delle modalità operative, delle frequenze di

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia	PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023	Rev. 01 Pag. 11 di 21

esecuzione, delle competenze richieste, degli strumenti e materiali necessari, dei criteri di accettabilità dei componenti, delle azioni da intraprendere in caso di riscontro di anomalie.

Le attività di manutenzione programmata includono: verifica periodica del funzionamento dei bollitori e dei sistemi di produzione dell'acqua calda con frequenza trimestrale; verifica e manutenzione delle pompe di ricircolo con frequenza trimestrale; verifica e taratura dei miscelatori termostatici con frequenza annuale; pulizia periodica dei filtri e delle valvole con frequenza semestrale; verifica dell'isolamento termico delle tubazioni con frequenza annuale; verifica della corretta calibrazione dei termometri e degli altri strumenti di misura con frequenza annuale.

Tutte le attività di manutenzione programmata vengono documentate su apposite schede di intervento che riportano data dell'intervento, componente oggetto dell'intervento, natura dell'attività eseguita, personale che ha eseguito l'intervento, eventuali anomalie riscontrate, materiali o componenti sostituiti, verifiche di funzionamento, firma dell'operatore e del Responsabile che ha supervisionato. Queste schede vengono archiviate cronologicamente nella piattaforma documentale e costituiscono evidenza dell'implementazione sistematica del piano di manutenzione.

8. SISTEMA DI MONITORAGGIO DEL BATTERIO LEGIONELLA ATTRAVERSO IL CAMPIONAMENTO MICROBIOLOGICO DELL'ACQUA

Il monitoraggio microbiologico periodico dell'acqua, effettuato tramite campionamento e analisi di laboratorio per la ricerca e la quantificazione di Legionella, consente di verificare oggettivamente lo stato di contaminazione degli impianti, valutare l'efficacia delle misure di controllo implementate, individuare tempestivamente eventuali situazioni di contaminazione emergente che richiedano interventi correttivi o intensificazione delle misure preventive, e documentare nel tempo l'andamento dei livelli di contaminazione, permettendo l'analisi dell'evoluzione dei valori rilevati.

Il piano di campionamento microbiologico è stato sviluppato identificando i punti di prelievo che devono essere sottoposti a campionamento periodico, selezionati secondo criteri di rappresentatività rispetto alle diverse sezioni del sistema idrico e di significatività rispetto al rischio di esposizione della popolazione assistita. I punti di campionamento includono necessariamente punti collocati nel sistema centrale di produzione e accumulo dell'acqua calda, specificatamente il prelievo dal fondo dei serbatoi, all'uscita dei bollitori, nel circuito di ricircolo. I punti includono, inoltre, terminali di erogazione distribuiti nelle diverse aree assistenziali della struttura, privilegiando i reparti di degenza, le aree di riabilitazione, i servizi igienici comuni.

I punti di prelievo dell'acqua per il monitoraggio microbiologico negli impianti idrici dai quali effettuare il campionamento sono:

Per la rete dell'acqua fredda

- a. serbatoio dell'acqua fredda (possibilmente dalla base)
- b. almeno 2 in punti di erogazione rappresentativi (ovvero il più lontano nella distribuzione idrica ed il più caldo)

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI		15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023		Rev. 01
			Pag. 12 di 21

Per la rete dell'acqua calda sanitaria

- a. base del serbatoio dell'acqua calda vicino alle valvole di scarico (mandata)
- b. ricircolo dell'acqua calda;
- c. almeno 3 punti di erogazione rappresentativi (ovvero i più lontani dal serbatoio dell'acqua calda e i più freddi - docce, rubinetti)

L'Istituto effettua il campionamento con monitoraggio ambientale due volte l'anno alla mandata e al ricircolo in modo da documentare le caratteristiche dell'acqua in ingresso nella rete di acqua calda sanitaria ed ottenere informazioni sulla eventuale contaminazione di tutto l'impianto. La mandata rappresenta l'uscita dell'acqua calda dal bollitore prima di qualsiasi miscelazione e deve essere libera da Legionella; il ricircolo rappresenta il ritorno dell'acqua dall'impianto alla centrale termica. Il suo grado di contaminazione rispecchia l'entità della contaminazione di tutto l'impianto e indirettamente l'efficacia della manutenzione.

Le modalità operative di esecuzione dei campionamenti seguono rigorosamente le metodiche standardizzate definite nella norma ISO 11731. I campioni prelevati, in recipienti sterili di vetro, vengono consegnati subito al Laboratorio di riferimento (ARPA Lazio - Sede territoriale di Latina) in modo che l'analisi possa essere iniziata preferibilmente entro le 24 ore dal prelievo. I campioni vengono trasportati a temperatura controllata tra 4° e 8° gradi ed al riparo dalla luce solare, avendo cura di separare i campioni di acqua calda da quelli di acqua fredda. Per l'acqua calda il volume da prelevare è di almeno 1 litro. I risultati vengono espressi in comunità formanti colonia per litro (UFC/L).

9. LIMITI DI CONCENTRAZIONE DELLA LEGIONELLA, SOGLIE DI INTERVENTO E MISURE CORRETTIVE DI PREVENZIONE E DI CONTENIMENTO

Le Linee di indirizzo della Regione Lazio, in conformità con le linee guida nazionali (Conferenza Stato-Regioni 7 maggio 2015), definiscono un sistema strutturato di soglie di intervento articolato su quattro livelli di concentrazione espressi in UFC/L (Unità Formanti Colonia per litro), ciascuno associato a specifiche azioni operative che devono essere implementate per mantenere o ripristinare condizioni di sicurezza.

- **LIVELLO 1 - Concentrazioni inferiori a 100 UFC/L. Livello ottimale.** Indica una situazione di controllo efficace del rischio e il corretto funzionamento delle misure preventive (controllo termico, disinfezione continua, manutenzione e gestione dei punti critici). Prevede il proseguimento del monitoraggio programmato ed il mantenimento delle misure preventive ordinarie.
- **LIVELLO 2 - Concentrazioni comprese tra 100 e 1.000 UFC/L. Livello di attenzione.** Segnala un possibile inizio di colonizzazione dell'impianto e richiede un rafforzamento della vigilanza. Entro 48 ore richiede la verifica dell'attendibilità del risultato, la valutazione dell'estensione, la revisione delle misure di controllo con l'analisi delle possibili cause (temperature, disinfezione, manutenzione, utilizzo). Entro 7 giorni: l'intensificazione del controllo termico e della disinfezione, l'aumento della frequenza di flussaggio, la pulizia o sostituzione dei terminali. Entro due settimane il ricampionamento dei punti positivi e adiacenti. Se i valori tornano <100

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI		15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023		Rev. 01
			Pag. 13 di 21

UFC/L, si ripristinano gradualmente le misure ordinarie di controllo; se persistono o aumentano, si passa al Livello 3.

- **LIVELLO 3 - Concentrazioni comprese tra 1.000 e 10.000 UFC/L. Livello di azione.** Indica colonizzazione significativa con rischio elevato di esposizione e rende obbligatorio un intervento correttivo immediato. Entro 24 ore: convocazione urgente del Team, valutazione di eventuale chiusura temporanea dei punti contaminati ed intensificazione della sorveglianza clinica dei soggetti esposti (ricerca attiva di sintomi compatibili con legionellosi, esecuzione sistematica del test dell'antigene urinario per Legionella in tutti i pazienti con polmonite o con segni di infezione respiratoria). Sospensione dell'utilizzo delle docce e delle utenze a rischio che possono produrre aerosol e sostituzione con acqua in bottiglia sterile per l'igiene personale e orale. Entro 48–72 ore: bonifica tramite disinfezione termica (shock =70 °C) oppure chimica (iperclorazione 20–50 mg/L), eventuale pulizia meccanica dei serbatoi, sostituzione dei terminali positivi, seguita dal ripristino delle condizioni di sicurezza. Entro 3–5 giorni: Ricampionamento di verifica, audit interno per individuare le cause e prevenire recidive. Comunicazione all'ASL se presenti casi clinici o contaminazione estesa.
- **LIVELLO 4 - Concentrazioni superiori a 10.000 UFC/L. Livello di allarme.** Situazione di contaminazione massiva con rischio sanitario molto elevato. Richiede intervento emergenziale. Entro 12 ore: convocazione immediata del Team, chiusura obbligatoria dei punti contaminati, attivazione di misure alternative (acqua sostitutiva, eventuale trasferimento pazienti), screening clinico esteso. Comunicazione immediata e obbligatoria all'ASL. Entro 24–48 ore: sia in presenza che in assenza di casi, l'impianto deve essere sottoposto a una bonifica intensiva combinata (iperclorazione ad alte concentrazioni + shock termico), sostituzione obbligatoria dei terminali fortemente contaminati, flussaggio prolungato dell'impianto. Entro 3–5 giorni: ricampionamento esteso a tutta la struttura, revisione completa del sistema di gestione del rischio, eventuale coinvolgimento di ditta specializzata.

PIANO REATTIVO-GESTIONALE DELL'INFEZIONE DA LEGIONELLA <i>Interventi indicati per il controllo di Legionella spp. negli impianti idrici di strutture sanitarie e assistenziali (Linee Guida Nazionali 2015)</i>	
Legionella (UFC/L)	Tipo di intervento richiesto
Presenza di una concentrazione di legionelle fino a 100 UFC/L: assenza di casi	Non è necessario alcun intervento
Presenza di una concentrazione di legionelle compresa tra 101 e 1.000 UFC/L	In assenza di casi: Se meno del 30% dei campioni prelevati risulta positivo l'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi, dopo aver verificato che le correnti pratiche di controllo del rischio siano correttamente applicate. Se il risultato viene confermato, si deve effettuare una revisione della valutazione del rischio, per identificare le necessarie ulteriori

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI		15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023		Rev. 01
			Pag. 14 di 21

	misure correttive Se oltre 30% dei campioni prelevati risulta positivo l'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi, dopo aver verificato che le correnti pratiche di controllo del rischio siano correttamente applicate. Se il risultato viene confermato, si deve effettuare una disinfezione e una revisione della valutazione del rischio, per identificare le necessarie ulteriori misure correttive. In presenza di casi: A prescindere dal numero di campioni positivi, effettuare una revisione della valutazione del rischio ed effettuare una disinfezione dell'impianto
Presenza di una concentrazione di legionelle tra 1.001 e 10.000 UFC/L	In assenza di casi: Se meno del 20% dei campioni prelevati risulta positivo l'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi, dopo aver verificato che le correnti pratiche di controllo del rischio siano correttamente applicate. Se il risultato viene confermato, si deve effettuare una revisione della valutazione del rischio, per identificare le necessarie ulteriori misure correttive. Se oltre il 20% dei campioni prelevati risultano positivi, è necessaria la disinfezione dell'impianto e deve essere effettuata una revisione della valutazione del rischio, per identificare le necessarie ulteriori misure correttive. L'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi. Si raccomanda un'aumentata sorveglianza clinica, in particolare per i pazienti a rischio. Evitare l'uso dell'acqua dell'impianto idrico per docce o abluzioni che possano provocare la formazione di aerosol. In presenza di casi: A prescindere dal numero di campioni positivi, è necessario effettuare la disinfezione dell'impianto e una revisione della valutazione del rischio, per identificare le necessarie ulteriori misure correttive. L'impianto idrico deve essere ricampionato dopo la disinfezione, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi.
Presenza di una concentrazione di legionelle superiore a 10.000 UFC/L	Sia in presenza che in assenza di casi, l'impianto deve essere sottoposto a una disinfezione (sostituendo i terminali positivi) e a una revisione della valutazione del rischio. L'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI		15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023		Rev. 01
			Pag. 15 di 21

	positivi.
--	-----------

10. PROVVEDIMENTI DI EMERGENZA - PRINCIPALI METODI DI DISINFEZIONE DELL'IMPIANTO DI ACQUA SANITARIA

In presenza di livelli di contaminazione che superano le soglie di azione o di allarme, o in caso di identificazione di un caso di legionellosi di sospetta origine nosocomiale, diventa necessario implementare provvedimenti di emergenza consistenti in interventi di disinfezione intensiva dell'impianto idrico volti a ridurre rapidamente i livelli di contaminazione e a ripristinare le condizioni di sicurezza.

Le principali misure di disinfezione straordinaria disponibili sono lo shock termico, l'iperclorazione shock, la disinfezione combinata che associa shock termico e iperclorazione, il trattamento shock con perossido di idrogeno e ioni argento.

La disinfezione termica mediante shock termico si basa sul principio che temperature sufficientemente elevate esercitano azione battericida rapida. Il protocollo prevede l'innalzamento della temperatura nei serbatoi di accumulo a valori non inferiori a 70 °C, mantenendo questa temperatura in tutto l'impianto per almeno 30 minuti con flussaggio sequenziale di tutti i punti terminali a **≥ 60°C per almeno 10 minuti** ciascuno, procedendo dai più prossimi ai più distali. Prima dell'avvio del trattamento termico è necessario procedere allo svuotamento preventivo dei serbatoi, alla loro pulizia interna e alla successiva decontaminazione chimica. Si procede a verifica microbiologica a 7 e 30 giorni. I vantaggi includono efficacia elevata, rapidità, assenza di sostanze chimiche. Gli svantaggi principali sono il rischio di ustioni per gli utenti e gli operatori, la necessità di interdire l'utilizzo dell'acqua calda per l'intera durata del trattamento (apporre segnaletica di avviso su tutti i punti di erogazione), la possibilità di danneggiamento di componenti sensibili dell'impianto.

La disinfezione chimica mediante iperclorazione shock utilizza ipoclorito di sodio fino a raggiungere una concentrazione di cloro residuo libero tra 20 e 50 mg/L in tutta la rete, inclusi i punti distali; il periodo di contatto è di 2 ore per 20 mg/L, oppure di 1 ora per 50 mg/L. Il protocollo prevede il calcolo del volume, il dosaggio dell'ipoclorito, il mantenimento per 2–3 ore e il flussaggio completo di acqua fredda fino al ripristino di concentrazioni di cloro residuo conformi ai limiti previsti per le acque destinate al consumo umano (D.Lgs. 18/2023: generalmente = 0,2–0,3 mg/L al punto di erogazione). Verifica microbiologica a 7 e 30 giorni. I vantaggi includono efficacia elevata, penetrazione in tutte le sezioni. Le limitazioni includono rischi tossicologici, interdizione dell'uso dell'acqua, formazione di sottoprodotti clorurati, azione fortemente corrosiva sui materiali della rete idrica, necessità di completo flussaggio.

La disinfezione combinata associa shock termico e iperclorazione, rappresenta l'approccio più aggressivo per contaminazioni gravi o quando interventi singoli si sono dimostrati inefficaci. È fondamentale eseguire campionamento di verifica entro 3-5 giorni. Se persiste contaminazione, è necessario ripetere con metodo diverso o con parametri più intensivi.

In caso di forte contaminazione, il sistema perossido di idrogeno e ioni argento (H_2O_2/Ag^+) in uso continuativo può essere portato temporaneamente a concentrazioni di 5–10 mg/L di H_2O_2 ,

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI		15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023		Rev. 01
			Pag. 16 di 21

assicurando il flussaggio di tutti i punti di prelievo. Al termine dell'intervento, riduzione alle concentrazioni di esercizio ordinario. Il vantaggio rispetto alla clorazione è l'assenza di composti organoalogenati e azione efficace sul biofilm.

11. D.LGS. N. 81/2008 IN MATERIA DI TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO - VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER GLI OPERATORI SANITARI DI ASSISTENZA

Il Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile del 2008 che disciplina la sicurezza e la salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro, include ed esamina, tra l'altro, anche i rischi derivanti dalla Legionella (rischio biologico). Secondo il Titolo X (Allegato XLVI) la Legionella è un agente biologico appartenente al gruppo 2 di rischio dal momento che è in grado di provocare una malattia infettiva nell'uomo ma, ha scarsa possibilità di diffondersi nell'ambiente qualora siano attuate le opportune misure profilattiche o terapeutiche. La valutazione del rischio di esposizione a Legionella per i lavoratori è parte integrante del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) e viene aggiornata ogni due anni, ovvero in presenza di modifiche significative delle attività lavorative o degli impianti, o quando i risultati della sorveglianza sanitaria ne evidenzino la necessità.

Il rischio di esposizione alla Legionella per gli operatori sanitari di assistenza, non essendo mai stata dimostrata la trasmissione della malattia da persona a persona, è estremamente limitato e si riduce ai casi in cui avvenga l'inalazione di aerosol contaminato (es. durante operazioni che riguardano l'igiene personale del paziente con utilizzo di acqua contaminata) al quale, peraltro, possono essere esposti anche i pazienti. Questo evento si configura come poco probabile sulla scorta delle misure di prevenzione e protezione messe in atto dalla struttura ed alla luce del più ridotto grado di suscettibilità all'infezione da parte di individui con sistema immunitario integro (in particolare in assenza di fattori predisponenti di rischio). Di conseguenza, in coerenza a quanto indicato dalle Linee di Indirizzo Regionali si configura un livello di rischio basso.

Sotto il profilo professionale, si richiama al corretto utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) in presenza di nebulizzazioni, aerosolizzazioni e manovre a carico dell'apparato respiratorio dei pazienti.

12. SORVEGLIANZA SANITARIA - SISTEMA DI NOTIFICA

La sorveglianza sanitaria dei pazienti ricoverati è una componente fondamentale del Programma, finalizzata all'identificazione precoce di casi sospetti di legionellosi, mediante la formazione del personale medico e infermieristico sui sintomi suggestivi, l'adozione di criteri diagnostici standardizzati, l'attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici appropriati, la notifica tempestiva alle autorità sanitarie.

Le legionelle sono batteri gram-negativi presenti sia negli ambienti acquatici naturali sia in quelli artificiali. Si trovano in acque sorgive comprese quelle termali, fiumi, laghi e fanghi. Da questi ambienti naturali possono colonizzare sistemi artificiali come reti idriche cittadine e impianti degli edifici (serbatoi, tubature, fontane, piscine) che, in determinate condizioni (biofilm, ristagni, sedimenti calcarei e materiali organici), possono diventare veri e propri amplificatori e diffusori del microrganismo, rappresentando un potenziale rischio per la salute umana. I batteri possono vivere

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI		15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023		Rev. 01 Pag. 17 di 21

e moltiplicarsi in acqua a temperature comprese tra 20 °C. e 45 °C. Nelle acque naturali i batteri sono generalmente presenti in basse concentrazioni, mentre possono raggiungere concentrazioni elevate nei sistemi di acqua calda e fredda e negli impianti di climatizzazione non adeguatamente controllati. In queste condizioni, la diffusione tramite aerosol può favorire l'insorgenza della malattia. La specie di maggiore rilevanza clinica è *Legionella pneumophila*, in particolare il sierogruppo 1, che risulta responsabile della maggior parte dei casi di infezione, sia in ambito comunitario sia nosocomiale.

La legionellosi si acquisisce quasi esclusivamente per via respiratoria per inalazione di aerosol contaminato prodotto da impianti idrici e aeraulici in condizioni di inadeguata manutenzione o gestione, ad esempio durante l'apertura di un rubinetto o di una doccia, dallo scarico del WC o dall'uso di vasche idromassaggio, o per inalazione di particelle contaminate derivate dall'essiccamento delle goccioline. Le goccioline possono formarsi quando l'acqua viene nebulizzata, quando l'aria viene immessa nell'acqua generando gorgoglii, oppure quando l'acqua impatta contro superfici solide. Quanto più piccole sono le goccioline, tanto maggiore è il rischio: quelle con diametro inferiore a 5 µm possono penetrare più facilmente nelle basse vie respiratorie.

La legionellosi è considerata malattia prevenibile perchè controllando o eliminando il batterio negli impianti e nelle acque in cui può proliferare, si può evitare l'insorgenza dei casi.

L'infezione si manifesta in due forme: la malattia dei legionari, forma grave con polmonite e sintomi sistemici, e la febbre di Pontiac, forma lieve simil-influenzale. Il personale medico è stato formato a considerare la legionellosi nella diagnosi differenziale di ogni polmonite che si manifesti in pazienti ricoverati, particolarmente quando si sviluppa dopo almeno 48 ore dal ricovero o quando il paziente presenta fattori di rischio specifici.

Il protocollo diagnostico prevede, in tutti i casi di polmonite insorta dopo il ricovero, radiografia del torace, esami ematochimici, emocolture, esecuzione del test rapido per la ricerca dell'antigene urinario di *Legionella pneumophila* sierogruppo 1. L'Istituto assicura la disponibilità dei test diagnostici di laboratorio per la ricerca della legionella e ne verifica periodicamente l'utilizzo. Il test dell'antigene urinario deve essere effettuato in tutti i pazienti con polmonite acquisita durante il ricovero o con polmonite in pazienti a rischio (immunodepressi, trapiantati). Il test viene eseguito mediante kit immunocromatografici in dotazione con risultato disponibile in poche ore. In caso di conferma, viene avviato trattamento antibiotico appropriato con levofloxacina o azitromicina, durata 7-14 giorni.

La classificazione dei casi avviene in conformità alla Decisione di Esecuzione (UE) 2018/945:

- Caso confermato: infezione acuta delle basse vie respiratorie con segni di polmonite focale all'esame clinico e/o radiologico, accompagnata da almeno uno dei seguenti criteri di laboratorio: (1) positività al test dell'antigene urinario per *Legionella pneumophila* (sierogruppo 1); (2) isolamento colturale di *Legionella* da secrezioni respiratorie, broncolavaggio, tessuto polmonare, sangue o altri materiali biologici; (3) aumento di almeno 4 volte del titolo anticorpale specifico verso *Legionella pneumophila* sierogruppo 1 tra due sieri prelevati a distanza di almeno 10 giorni

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia	PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023	Rev. 01 Pag. 18 di 21

- Caso probabile: polmonite focale accompagnata da + almeno uno dei criteri di laboratorio: aumento = 4 volte del titolo anticorpale verso sierogruppi o specie diverse da *L. pneumophila* sierogruppo 1; oppure positività all'immunofluorescenza diretta su materiale patologico; oppure singolo titolo anticorpale elevato verso *L. pneumophila* sierogruppo 1.

In conformità alla DGR Lazio n. 460/2024, si definisce:

- caso nosocomiale certo di legionellosi un paziente che abbia soggiornato esclusivamente nella struttura nei 10 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi.
- caso nosocomiale possibile un paziente che abbia soggiornato nella struttura per almeno 1 giorno nei 2–10 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi.

Secondo il DM 15/12/90 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive", la Legionellosi rientra tra le patologie infettive e diffusive di Classe II° ("Malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e/o passibili di interventi di controllo") sottoposte a notifica obbligatoria.

Tutti i casi sospetti o accertati di legionellosi devono essere segnalati entro 12 ore dall'osservazione del caso come disposto dal D.M. 7 marzo 2022 "Revisione del sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)", attraverso la "Scheda di segnalazione di caso di malattia infettiva" e attraverso l'Allegato 7 delle Linee Guida, al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) della ASL competente per territorio che, previa validazione della diagnosi, deve inviare uno specifico modello al Laboratorio di Riferimento Regionale e al Ministero della Sanità.

La scheda di segnalazione di caso di malattia infettiva ed il modulo MI-Base devono essere inviati al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) della ASL per mezzo di e-mail notificamalattieinfettive@ausl.latina.it oppure mezzo fax al numero 0773/6556848 entro 12 ore dalla diagnosi.

A seguito della segnalazione di un caso di legionellosi è compito del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) della ASL competente per territorio inserire il "caso" sul sistema PREMAL entro 24 ore, inviare tempestivamente la scheda di segnalazione al SeRESMI (Servizio Regionale per l'Epidemiologia, Sorveglianza e controllo delle Malattie Infettive) ed effettuare l'inchiesta epidemiologica finalizzata a stabilire se il caso è collegato a un viaggio e quindi alla permanenza in strutture turistico-recettive, se ha origine nosocomiale o lavorativa, oppure se la malattia è associata al domicilio del paziente. L'indagine epidemiologica ha l'obiettivo di identificare la possibile fonte di infezione, la presenza di altri casi correlati alla stessa fonte di infezione e l'esistenza di altri soggetti esposti allo stesso rischio per attuare adeguate misure di controllo del rischio e della contaminazione.

Nel caso di legionellosi associata a esposizioni note (es.: ospedali, strutture recettive, cure termali ecc.) le strutture interessate devono immediatamente avviare una indagine epidemiologica interna (anamnesi delle esposizioni nelle due settimane precedenti l'insorgenza dei sintomi; valutazione dei criteri per la classificazione come caso nosocomiale) ed effettuare un'indagine ambientale con prelievo di campioni per poter identificare l'origine dell'infezione e programmare adeguati interventi di bonifica. La ASL deve condurre un'accurata indagine epidemiologica ed ambientale eseguendo campionamenti di acqua, al fine di confermare o escludere la struttura come possibile sorgente di infezione.

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia	PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023	Rev. 01 Pag. 19 di 21

13. RISULTATI DEL MONITORAGGIO OPERATIVO

Il monitoraggio operativo condotto nel corso dell'anno 2025 ha prodotto evidenze oggettive sull'efficacia delle misure di controllo implementate attraverso il presente Programma di Controllo.

In data 21 marzo 2025 è stata eseguita una sessione di campionamento microbiologico programmato dell'impianto idrico-sanitario, con prelievi effettuati presso i serbatoi di accumulo dell'acqua calda sanitaria (boiler) e presso i punti terminali rappresentativi della rete di distribuzione. Tutti i campioni analizzati hanno evidenziato una concentrazione di *Legionella* spp. inferiore a 50 UFC/L, valore che si colloca al di sotto della soglia di attenzione di 100 UFC/L prevista dalle Linee Guida Nazionali 2015 e dalle Linee di Indirizzo Regionali (DGR n. 460/2024). L'esito del monitoraggio è pertanto da ritenersi favorevole. Non si rende necessario alcun intervento correttivo. Si conferma la prosecuzione del programma ordinario di manutenzione, sorveglianza ambientale e campionamento secondo la pianificazione in essere.

Il monitoraggio delle temperature, sia dell'acqua calda all'uscita dei bollitori e nel ricircolo sia dell'acqua fredda, ha confermato il rispetto dei limiti stabiliti.

Il sistema di disinfezione continua a base di perossido d'idrogeno e ioni argento è stato costantemente monitorato.

Le attività di manutenzione e il flussaggio dei terminali sono stati eseguiti regolarmente secondo la programmazione prevista.

14. AZIONI DI SUPPORTO E FORMAZIONE

La formazione del personale ha l'obiettivo di diffondere la conoscenza delle caratteristiche microbiologiche ed epidemiologiche della *Legionella* e delle modalità di trasmissione, favorire la comprensione dei fattori di rischio e delle misure di prevenzione e controllo adottate, con particolare attenzione alle responsabilità specifiche. Si propone inoltre di sviluppare competenze operative per l'esecuzione corretta delle attività previste, di accrescere la consapevolezza del rischio sanitario nella popolazione fragile e di rafforzare la cultura della sicurezza.

Il programma di formazione è articolato per specifiche categorie di destinatari:

- Personale medico con approfondimento su aspetti clinici, fattori di rischio, quadro clinico, criteri diagnostici, protocolli terapeutici, gestione dei casi gravi, criteri di classificazione del caso e procedura di segnalazione interna e di notifica, indagine epidemiologica.
- Personale infermieristico con particolare attenzione a procedure assistenziali a rischio e misure di prevenzione correlate, riconoscimento segni precoci di polmonite, assistenza ai pazienti affetti, corretto utilizzo dei DPI durante le procedure a rischio.
- Personale di supporto (OSS, ausiliari) con specifico riguardo a modalità di trasmissione di *Legionella* e rischi connessi alle procedure di igiene del paziente, procedure di pulizia e di disinfezione servizi igienici, procedura di flussaggio dei terminali, soffioni e aeratori, utilizzo disinfettanti, corretto utilizzo dei DPI.

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI		15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023		Rev. 01
			Pag. 20 di 21

Nel corso dell'anno 2025 sono stati tenuti due corsi di formazione per il personale indicato rispettivamente in data 29/09/2025 e 01/10/2025; le attività formative vengono documentate attraverso registri presenze firmati, materiale didattico archiviato. La documentazione rappresenta evidenza dell'attuazione sistematica del programma e permette di verificare la copertura formativa in occasione di audit o ispezioni.

15. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Accordo Stato-Regioni del 7 maggio 2015. "Linee Guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi". Documento di riferimento nazionale che riunisce, integra e aggiorna tutte le precedenti linee guida nazionali (GU n. 103 del 05/05/2000, aggiornamento 2015)
- Commissione (UE). Decisione di Esecuzione (UE) n. 2018/945 del 22 giugno 2018. "Definizione dei casi ai fini della sorveglianza delle malattie trasmissibili, inclusa la legionellosi"
- Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano - Accordo del 7 febbraio 2013 - "Procedura operativa per la valutazione e gestione dei rischi correlati all'igiene degli impianti di trattamento aria"
- Istituto Superiore di Sanità (ISS). Rapporto ISTISAN 22/32. "Linee guida per la valutazione e la gestione del rischio per la sicurezza dell'acqua nei sistemi di distribuzione interni degli edifici prioritari e non prioritari, ai sensi della Direttiva (UE) 2020/2184"
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 e successive modifiche: Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, (Titolo X — Agenti Biologici)
- Ministero della Sanità. D.M. 15 dicembre 1990 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive" (Legionellosi: Classe II°) (Gazz. Uff. n. 6, 8 gennaio 1991)
- Ministero della Salute. Circolare 400.2/9/5708 del 29 dicembre 1993 — Scheda di sorveglianza speciale della legionellosi e successive modifiche (GU n. 103 del 05/05/2000)
- Ministero della Salute. Decreto Legislativo 23 febbraio 2023 n. 18: "Attuazione della direttiva (UE) 2020/2184 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 2020, concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano" (Piano di Sicurezza dell'Acqua per edifici prioritari)
- Ministero della Salute. Decreto 7 marzo 2022, "Revisione del sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL). (22A02179)" (GU Serie Generale n. 82 del 07-04-2022) (trasmesso con Nota regionale U.0485079.17-05-2022)
- Regione Lazio. Legge 6 ottobre 1998, n. 45, "Istituzione dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale del Lazio (ARPA)"
- Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta n. U00495 del 5 dicembre 2019: "Presa d'atto dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (rep. N. 79 CSR) del 7 maggio 2015 sul documento recante "Linee Guida per la prevenzione e il controllo della Legionella", con il quale si confermano anche i laboratori di riferimento regionale per lo

	Istituto Fisioterapico di Riabilitazione "Clara Franceschini" di Sabaudia		PCL
	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI		15/02/2026
	Redatto in conformità alle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" DRG Regione Lazio n. 460/2024 e al Piano di sicurezza dell'acqua previsto dal D.Lgs. 18/2023		Rev. 01
			Pag. 21 di 21

svolgimento di indagini diagnostiche relative al microrganismo "Legionella", individuati con DCA n. U00258 del 23 giugno 2015 e DCA n. U00463 del 2 ottobre 2015

- Regione Lazio. Deliberazione Giunta Regionale del Lazio n. 460 del 28 giugno 2024 "Linee di indirizzo per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi"
- Regione Lazio. Deliberazione della Giunta Regionale Lazio n. 344 del 23 maggio 2024. "Sorveglianza delle malattie infettive durante il Giubileo 2025. Piano Regionale 2024-2025"
- Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta n. U00258 del 23 giugno 2015: "Prevenzione e controllo della Legionellosi" – individuazione del Laboratorio di Microbiologia dell'Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani (INMI) quale laboratorio di riferimento regionale per il triennio 2015/2017
- Regione Lazio. CCRC. Determinazione n. G16501 del 28 novembre 2022 – "Approvazione del Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".
- Regione Lazio. DCA n. U00463 del 2 ottobre 2015: "Prevenzione e controllo della Legionellosi" – individuazione dei Laboratori operanti presso le Sezioni Provinciali di Roma e di Latina dell'ARPA Lazio quali laboratori di riferimento regionale per il triennio 2015-2017