

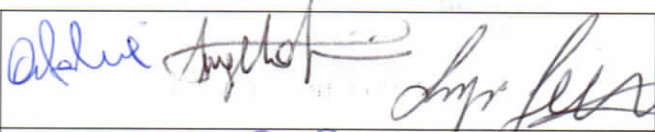




SANTA LUCIA

NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

**FONDAZIONE SANTA LUCIA IRCCS
IN AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA**

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Emesso dal Risk Manager, Coordinatore del Gruppo operativo CCICA e Ufficio Qualità	
Verificato da DS	
Approvato da DG	

INDICE

INDICE.....	2
1. PREMESSA	3
1.1 Contesto organizzativo.....	3
1.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	9
1.3 Descrizione della posizione assicurativa	9
1.4 Resoconto delle attività del PARM precedente.....	10
2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	13
3. OBIETTIVI E ATTIVITA'	13
3.1 Obiettivi.....	13
3.2 Attività.....	13
4. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.....	16
4.1 Obiettivi.....	16
4.2 Attività.....	16
5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS.....	18
6. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	19
7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	20

Allegato 1: Piano di azione locale sull'igiene delle mani

Allegato 2: Programma di controllo della legionellosi

1. PREMESSA

La Fondazione Santa Lucia ha iniziato, con diversa denominazione, la propria attività di riabilitazione negli anni Sessanta, quando l'assistenza sanitaria era ancora dedicata ai veterani della Seconda Guerra Mondiale.

Nei decenni successivi è andata sviluppandosi la neuroriabilitazione ad alta specializzazione che oggi vede medici e terapisti operare con l'ausilio di tecnologie come i sistemi d'interfaccia cervello-computer (BCI) e gli esoscheletri.

Nel 2002 è stato inaugurato l'attuale Ospedale che ha sostituito lo storico edificio.

La gestione del Rischio Clinico è di fondamentale importanza in sanità ed ha un forte impatto sociale.

In accordo con quanto emanato dalla Commissione Tecnica sul Rischio Clinico del Ministero della Sanità (DM del 5/3/2003 e successive leggi e norme correlate) è indispensabile conoscere ed analizzare il rischio clinico come aspetto insito nell'assistenza sanitaria, e come esso si colloca nel tema più generale della Qualità e della misura dell'outcome.

Per questo motivo l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Fondazione Santa Lucia (IRCCS Santa Lucia) ha nominato un Risk Manager, formato un Clinical Risk Management Team e istituito il Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) che con delibera n.18/18 del 31 dicembre 2018 ha sostituito il Comitato per le Infezioni Ospedaliere (CIO). Detti organismi si occupano della gestione del rischio clinico all'interno dell'Ospedale e tengono traccia di valutazioni e azioni intraprese attraverso il presente documento.

Con Gestione del Rischio Clinico si definisce lo specifico processo di identificazione dei rischi, la valutazione dei loro impatti potenziali, l'approntamento di tutte le misure per il loro controllo, la loro prevenzione e la gestione delle loro conseguenze. Tutti gli aspetti dei rischi sopra elencati devono essere affrontati, all'interno di un programma di risk management, in maniera globale e integrata nel rispetto delle competenze e responsabilità specifiche.

1.1 Contesto organizzativo

1.1.1 Statuto

La Fondazione Santa Lucia è un IRCCS di diritto privato, dotato di un Ospedale di alta specializzazione per la neuroriabilitazione e le neuroscienze. Il suo Statuto – riconosciuto con Decreto Ministeriale del 20 ottobre 1998 – assegna alla Fondazione Santa Lucia la natura d'istituzione no-profit, finalizzata alla ricerca nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, insieme a prestazioni di ricovero e cura.

1.1.2 Ospedale

L'Ospedale è dotato di sei Unità Operative Complesse (UOC) di degenza, occupando complessivamente una superficie coperta di oltre 30.000 mq. Le stanze, nel rispetto dei requisiti organizzativi previsti dal Decreto del Ministro della Salute 29 gennaio 1992 "Elenco delle alte specialità e fissazione dei requisiti necessari alle strutture sanitarie per l'esercizio delle attività di alta specialità"

per la neuroriabilitazione, hanno un'ampiezza di 46 mq ciascuna per 2 posti letto, comprensivi di bagno in camera. Ogni UOC dispone di una palestra di 400 mq per fisiochinesiterapia.

L'Ospedale è dotato anche di una piscina per idrochinesiterapia di 25 m. di lunghezza e 12 di larghezza con acqua a temperatura costante di 32 gradi, nonché di una palestra che ospita un campo di basket regolamentare per lo sport terapia.

L'architettura ospedaliera è stata progettata con attenzione ad assicurare alti livelli di comfort, ancora più importanti per un Ospedale di neuroriabilitazione, nel quale il paziente per le condizioni cliniche legate alle complesse lesioni del sistema nervoso riportate può trascorrere diverse settimane di cure in uno stato fisico e psicologico impegnativo sia per lui che per i familiari.



1.1.3 Neuroriabilitazione ad Alta Specializzazione

La Fondazione Santa Lucia è un Ospedale ad alta specializzazione di rilievo nazionale nel settore della neuroriabilitazione.

Con deliberazione del 27 novembre 2025 n° 1088, la Regione Lazio ha rilasciato la nuova autorizzazione e accreditamento istituzionale della Fondazione Santa Lucia per:

20 posti letto unità spinale codice 28

158 posti letto di recupero e riabilitazione funzionale codice 56 + 16 posti letto in DH

115 posti letto di neuroriabilitazione codice 75 + 16 posti letto in DH

I servizi di assistenza medica sono, insieme alla ricerca, aspetto determinante della sua attività. I percorsi di neuroriabilitazione si estendono sia all'ambito motorio che cognitivo.

Le prestazioni sanitarie sono erogate in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o anche privatamente.

L'Ospedale sorge al centro del campus in via Ardeatina a Roma, ai confini con il Parco Naturale dell'Appia Antica. Dista cinque chilometri dal centro della città e altrettanto dal Grande Raccordo Anulare.

1.1.4 Percorsi di Neuroriabilitazione Ospedaliera

Le patologie trattate con terapie riabilitative in regime ordinario e di day hospital, riguardano con preponderanza pazienti con esiti di ictus, coma, lesioni del midollo spinale, malattie degenerative come Parkinson, Alzheimer e Sclerosi Multipla, nonché soggetti con esiti di politraumatismi ed amputazione degli arti inferiori. Accanto a fisiochinesiterapia e idrochinesiterapia, i percorsi di neuroriabilitazione comprendono terapia occupazionale e del linguaggio, ortottica, foniatría e riabilitazione respiratoria, cura della disfagia e di numerosi deficit cognitivi. I trattamenti di neuroriabilitazione si avvalgono di moderne tecnologie come interfacce cervello-computer (BCI), esoscheletri, realtà virtuale, etc.

1.1.5 Servizio di Riabilitazione Estensiva

Accanto all'attività in regime di ricovero e day hospital è attivo un servizio di riabilitazione extraospedaliera dedicato prevalentemente alla presa in carico di bambini sin dall'età di pochi mesi affetti da malattie rare e patologie congenite e/o neonatali, nonché soggetti in età adulta per il completamento del percorso assistenziale iniziato in regime di ricovero.

Con la citata deliberazione del 27 novembre 2025 n° 1088, la Regione Lazio ha rilasciato la nuova autorizzazione e accreditamento istituzionale della Fondazione Santa Lucia per:

540 trattamenti di riabilitazione ambulatoriale

1.1.6 Attività ambulatoriale

Completa l'offerta di servizi sanitari il Poliambulatorio, le cui prestazioni sono accessibili anche a persone non ricoverate presso l'Ospedale.

Il Poliambulatorio eroga prestazioni nelle principali aree specialistiche, nonché di Laboratorio analisi, di Genetica Medica e di Diagnostica per Immagini.

Anche la riabilitazione in Piscina è accessibile a pazienti esterni all'Ospedale.

1.1.7 Certificazioni

La Fondazione Santa Lucia è certificata per la qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015 da Bureau Veritas Italia S.p.A.

1.1.8 Organi di Governo

Dal 7 ottobre 2024 con decreto del Ministro per le Imprese ed il Made in Italy, la Fondazione Santa Lucia è stata ammessa alla procedura di amministrazione straordinaria, a norma dell'articolo 2 del decreto legge 23 dicembre 2003, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 febbraio 2004, n. 39.

Commissari Straordinari

Andrea Azzaro, Marco Lacchini, Annarita Panebianco

Direttore Generale

Paolo Riso

Direzione Scientifica

Direttore: Carlo Caltagirone

Direzione Sanitaria

Direttore: Antonino Salvia

Direzione Amministrativa

Direttore: Paolo Riso f.f.

Direzione Comunicazione

Direttore: Davide Pagnanelli

Ufficio del Personale

Responsabile: Monica Perrone

Ufficio Qualità e Miglioramento Organizzativo

Responsabile: Serena Amici

Direzione Infermieristica

Responsabile: Lucia Vecellio Reane

Direzione Riabilitazione

Responsabile: Gianluca Giordani

Servizi Amministrativi Ospedalieri

Responsabile: Andrea Di Rocco

Servizi Informativi

Responsabile: Luigi Zinno

Servizi Tecnici

Responsabile: Alessandro Mascia

Servizio di Prevenzione e Protezione

Responsabile: Lia Tozzi

Health Safety & Enrrironmet (HSE)

Responsabile: Marco D'Orinzi

Ufficio Acquisti

Responsabile: Emanuela Forzan

1.1.9 Team rischio clinico**Risk Manager**

Antonino Salvia

Area Medica

Angelo Rossini

Area Riabilitativa

Maria Spacca

Area Infermieristica

Cristina Castellano

Area Qualità organizzativa

Serena Amici

Luigi Grillo

Tabella 1 – Dati di attività

DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	293	Neuroriabilitazione	115
		Unità spinale	20
		Recupero e riabilitazione funzionale	158
Posti letto diurni	32	Neuroriabilitazione	16
		Recupero e riabilitazione funzionale	16
DATI DI ATTIVITÀ^(A)			
N° Ricoveri ordinari	691	N° Ricoveri diurni	474
Branche specialistiche	16	Prestazioni ambulatoriali erogate	288207 ¹
Riabilitazione extraospedaliera (ex. Art. 26 legge 833/78)	310 ² Trattamenti /die ambulatoriali in modalità estensiva	Prestazioni erogate (nuovi progetti riabilitativi aperti nell'anno)	880

(A): Dati forniti dalla Direzione Sanitaria, relativi all'anno 2025.

¹ Il dato è comprensivo delle prestazioni ambulatoriali in regime privato e delle prestazioni del laboratorio analisi.
 Totale prestazioni ambulatoriali SSN senza laboratorio analisi = 35207
 Totale prestazioni ambulatoriali private senza laboratorio analisi = 47489
 Totale prestazioni laboratorio analisi = 205511

² Con deliberazione 1088/2025 della Regione Lazio le prestazioni ambulatoriali sono aumentate a 540 die

1.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Tabella 2 –Sinistrosità e risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio (ai sensi dell’art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	N. Sinistri ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2021	6	0
2022	6	€ 72.730,25
2023	3	0
2024	6	0
2025	3	0
Totale	24	€ 72.730,25

(A): vanno riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

Tabella 3 –Eventi segnalati nel 2024 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	n°(%) sul totale degli eventi	n°(%) di cadute all’interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	5/268 (1,9%)	1 (20%)	*Strutturali (100%)	*Strutturali (100%)	*Sistemi di reporting (100%)
Eventi avversi	263/268 (98,1%)	263 (100%)			
Eventi sentinella	0/263 (0%)	0 (0%)			

(Totale= somma di near miss, eventi avversi ed eventi sentinella)

*Riferito ai near miss

1.3 Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2021	313668558 (31/01/21)	Generali	€ 262.195	€ 25.000	Marsh
2022	313668558 (31/03/22)	Generali	€ 293.400	€ 25.000	Marsh
2023	313668558 (15/04/23)	Generali	€ 293.400	€ 25.000	Marsh
2024	313668558 (15/04/24)	Generali	€ 322.740	€ 25.000	Marsh
2025	313668558 (15/04/25)	Generali	€ 322.740	€ 25.000	Marsh

1.4 Resoconto delle attività del PARS precedente

Obiettivo 1: Ridurre rischio di caduta e gravità conseguente alle cadute, Implementazione protocollo cadute aggiornato		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Approvazione ed entrata in vigore della procedura aggiornata	NO	Riproposto come obiettivo nel PARS 2026
Attività 2: Verifica in audit clinici trasversali della corretta applicazione della procedura	NO	Riproposto come obiettivo nel PARS 2026
Avvio test/prova nuovo protocollo presso una UOC	NO	Riproposto come obiettivo nel PARS 2026
Monitoraggio riduzione % cadute rispetto all'anno precedente	NO	Riproposto come obiettivo nel PARS 2026

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

Obiettivo 2: Garantire l'aggiornamento triennale delle procedure e istruzioni operative relative alla gestione del rischio clinico		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Mappatura delle P ed IO da aggiornare	SI	ANCORA IN CORSO DI AGGIORNAMENTO
Attività 2: Aggiornamento P ed IO	SI	PROCEDURE AGGIORNATA AL 26/03/25
Attività 3: Entrata in vigore P ed IO aggiornate	SI	PROCEDURE AGGIORNATA AL 26/03/25

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

Obiettivo 3: Diffusione e utilizzo delle evidenze sulle modalità di accadimento degli infortuni, sia dei pazienti che del lavoratore		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Elaborazione report con la sintesi dei dati	SI	Piano annuale sicurezza 2025
Attività 2: Condivisione delle informazioni con il personale	SI	Piano annuale sicurezza 2025 diffuso agli RLS

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

Obiettivo 4: Migliorare l'adesione del personale all'igiene delle mani e raggiungere lo standard minimo definito dall'OMS sul consumo di soluzione idroalcolica (SIA)		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Sensibilizzazione del personale attraverso corso di formazione specifico	SI	Completato
Attività 2: Promozione di eventi/attività sul tema	SI	Completato
Attività 3: Verifica efficacia tramite osservazione sul campo	SI	Completato, ma indicatore non raggiunto

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

Obiettivo 5: Promuovere una campagna informativa a favore della tutela del lavoratore con particolare riferimento agli atti di violenza a danno dell'operatore sanitario		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Individuazione delle tematiche della campagna informativa	SI	COMPLETATO, VEDI PROGRAMMA PFA AZIENDALE
Attività 2: Strutturazione degli argomenti	SI	PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE
Attività 3: Organizzazione delle campagne informative	SI	DIFFUSIONE MATERIALE INFORMATIVA NELLE UOC E SERVIZI

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

OBIETTIVI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Obiettivo 1: Effettuare uno studio osservazionale sulle manovre di autocateterismo nei pazienti con lesione spinale		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Rilevazione degli autocateterismi eseguiti	NO	Riproposto come obiettivo nel PARS 2026
Attività 2: Analisi dei dati	NO	Riproposto come obiettivo nel PARS 2026
Attività 3: Diffusione delle risultanze al personale sanitario	NO	Riproposto come obiettivo nel PARS 2026

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

Obiettivo 2: Aggiornamento istruzione operativa per la gestione della sepsi		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Revisione e aggiornamento IO	SI	Completato
Attività 2: Entrata in vigore e diffusione IO	SI	Completato

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

Obiettivo 3: Implementazione del Piano di Azione locale sull'igiene delle mani relativo al 2024		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Implementazione Piano azione locale igiene mani	SI	Documento predisposto ed allegato al Pars 2025
Attività 2: Diffusione del Piano di azione locale igiene mani	SI	Condivisione del documento nella intranet aziendale e sul sito internet della Fondazione

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

Obiettivo 4: Promuovere Misure per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (AMR) attraverso la progettazione ed esecuzione di un corso di formazione sul corretto uso degli antibiotici		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Progettazione del PFA	NO	Obiettivo riproposto nel Pars 2026
Attività 2: Esecuzione del PFA	NO	Obiettivo riproposto nel Pars 2026

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

Obiettivo 5: Progettazione ed esecuzione di un corso sulla prevenzione delle polmoniti da Legionella.		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Progettazione del corso	NO	Obiettivo riproposto nel Pars 2026
Attività 2: Esecuzione del corso	NO	Obiettivo riproposto nel Pars 2026

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

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Di seguito l'esempio di una possibile matrice delle responsabilità, modificabile sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati:

Azione	Risk Manager	Direttore Generale	Direttore Sanitario ^(A)	CCICA	Direttore Amministrativo ^(A)	Strutture Amministrative e Tecniche di supporto
Redazione PARS e proposta di deliberazione	R	C	C	R	I	C
Adozione PARS con deliberazione	C	R	C	C	C	I
Monitoraggio PARS	R	I	C	R	I	C

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

(A) della Fondazione Santa Lucia IRCCS.

3. OBIETTIVI E ATTIVITA'

3.1 Obiettivi

I tre obiettivi strategici regionali sono i seguenti:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- 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.
- Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

3.2 Attività

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI			
ATTIVITÀ 1 – Implementazione protocollo cadute aggiornato			
INDICATORE Messa a regime del protocollo in tutte le UOC monitoraggio dell'attuazione			
FONTE CRiS-Team, Direzione Sanitaria, Ufficio Qualità			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	Ufficio Qualità	CriS-Team
Entrata in vigore protocollo e applicazione dello stesso in tutte le UOC	I	R	C

Monitoraggio riduzione % cadute rispetto all'anno precedente	I	C	R
--	---	---	---

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.			
ATTIVITÀ 2 – Garantire l'aggiornamento triennale delle procedure e istruzioni operative relative alla gestione del rischio clinico			
INDICATORE Aggiornamento di almeno l'80% delle procedure esistenti .			
FONTE Ufficio Qualità			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Cris-Team	Ufficio Qualità	Direzione Sanitaria
Mappatura delle P ed IO da aggiornare	I	R	
Aggiornamento P ed IO	C	R	I
Entrata in vigore P ed IO aggiornate	C	R	C

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.			
ATTIVITÀ 3 – prevenzione della malnutrizione del paziente in neuroriabilitazione			
INDICATORE Rilevazione sistematica della variazione ponderale del paziente e degli indicatore chimico-clinici			
FONTE Servizio nutrizione clinica			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	Nutrizione clinica	Ufficio Qualità
Elaborazione report con la sintesi dei dati	I	R	C
Condivisione delle informazioni con il personale	R	C	I

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 4 – Migliorare l'adesione del personale all'igiene delle mani e raggiungere lo standard minimo definito dall'OMS sul consumo di soluzione idroalcolica (SIA).

INDICATORE

Consumo soluzione idroalcolica > a 20 l x 1000gg/pz

FONTE

CRIS- Team

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	CCICA	Direzione Sanitaria	Ufficio Qualità	Uo Formazione
Sensibilizzazione del personale attraverso corso di formazione specifici	R	I	I	R
Promozione di eventi/attività sul tema	R	I	C	
Verifica di efficacia tramite osservazione sul campo	R	I	C	
Monitoraggio consumo soluzione idroalcolica	R	I	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 5 – Promuovere una campagna informativa a favore della tutela del lavoratore con particolare riferimento agli atti di violenza a danno dell'operatore sanitario

INDICATORE

Erogazione di almeno 2 pfa

FONTE

Direzione Sanitaria

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Direzione Sanitaria	Cris-Team	UO Comunicazione	Ufficio Qualità
Individuazione delle tematiche della campagna informativa	R	R		C
Strutturazione degli argomenti	R		R	I
Organizzazione della campagna informativa	C	C	R	I

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

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

4.1 Obiettivi

Gli obiettivi strategici regionali sono stati definiti in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico Resistenza (PNCAR) e sono i seguenti:

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

3.3 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITÀ 1 – Effettuare uno studio osservazionale sulle manovre di autocateterismo nei pazienti con lesione spinale		
INDICATORE – % pazienti addestrati (almeno il 90%)		
FONTE CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Direzione Sanitaria	CCICA
Rilevazione degli autocateterismi eseguiti	C	R
Analisi dei dati	C	R
Diffusione delle risultanze al personale sanitario	I	R

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 – aggiornamento del protocollo della gestione del protocollo delle lesioni da pressione			
INDICATORE – applicazione del nuovo protocollo nelle UOC			
FONTE CCICA, CRIS-Team			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	CCICA	Ufficio Qualità
Revisione e aggiornamento IO	R	R	C

Entrata in vigore e diffusione IO	I	I	R
Monitoraggio dell'attuazione	I	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, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI			
ATTIVITÀ 3 – Implementazione del Piano di Azione locale sull'igiene delle mani relativo al 2025			
INDICATORE – Allegare al Pars Piano di Azione locale sull'igiene delle mani			
FONTE CCICA, Direzione Sanitaria, CRiS-Team			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	CRiS-TEAM	CCICA	Direzione Sanitaria
Implementazione Piano azione locale igiene mani	C	R	I
Diffusione del Piano di azione locale igiene mani	R	C	I

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).				
ATTIVITÀ 4 – Promuovere Misure per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (AMR) attraverso la progettazione ed esecuzione di un corso di formazione sul corretto uso degli antibiotici				
INDICATORE – raggiungimento di almeno il 50% della popolazione sanitaria in forza				
FONTE CCICA, Direzione Sanitaria, CRiS-Team, Formazione				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Cris-Team	CCICA	Direzione Sanitaria	Formazione
Progettazione del corso	C	R	I	C
Esecuzione del corso	R	C	I	I

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).				
ATTIVITÀ 5 – Progettazione ed esecuzione di un corso sulla prevenzione delle polmoniti da Legionella.				
INDICATORE – formazione su almeno il 50% della popolazione medica				
FONTE CCICA				
	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Cris-Team	CCICA	Direzione Sanitaria	Formazione
Progettazione del corso	C	R	I	C
Esecuzione del corso	R	C	I	I

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

5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il PARS, redatto annualmente, dopo la sua approvazione, viene pubblicato sul sito della Fondazione Santa Lucia (www.hsantalucia.it) affinché sia consultabile pubblicamente.

I dati in esso contenuti sono oggetto di discussione:

- All'interno del Clinical Risk Management Team e del CCICA;
- con i responsabili delle varie Unità Operative, le Direzioni, i Servizi, l'Ufficio Qualità e Miglioramento Organizzativo;
- nel Riesame della Direzione.

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

Decreto del 11 dicembre 2009

Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità

DCA n° 490 del 21 ottobre 2015

Adempimenti delle strutture sanitarie relativi all'accreditamento

Determina n. G12355 del 25 ottobre 2016

Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella

Determina n. G12356 del 25 ottobre 2016

Piano regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti (pubblicazione online 15/12/2016)

DCA n. U00328 del 4 novembre 2016

Linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)

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.

Decreto del Commissario ad acta n.U00469 del 07/11/2017

Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D.lgs.502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010/2012.

Determinazione G16829 del 28/11/17

Istituzione del centro regionale rischio clinico

Determinazione 27 aprile 2018, n. G05584

Approvazione del "Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)"

Determina G01226 del 02/02/18

Revisione delle linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)

Approvazione del "Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)"

Decreto del Commissario ad acta (delibera del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018) n° U00400 del 29/10/18

Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico

Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS) del 25/01/2022

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Clinical Risk Management. Enhancing Patient Safety, 2nd edition: Charles Vincent (ed.). BMJ Books: London, UK, 2001, 573 pp; hardback, indexed, ISBN: 0-7279-1392-1
- Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf
- La Gestione del Rischio Clinico, Manno, Nephromeet 2012, <http://www.nephromeet.com/web/lib/Download.cfm?dirdownload=E%3A%5Cgruppotesi%5Cdatasite%5Cnephromeet%5CExport%5C&filename=00054.pdf&filesavename=00054.pdf>



SANTA LUCIA

NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

**FONDAZIONE SANTA LUCIA IRCCS
IN AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA**

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Redatto ai sensi del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani del 19/02/2021

Il presente documento è unico e di proprietà di "Fondazione Santa Lucia".
Ogni divulgazione, riproduzione o cessione di contenuti a terzi deve essere autorizzata dal
Titolare.

Emesso dal Coordinatore del Gruppo operativo CCICA	Dott. Angelo Rossini	
Verificato da RQ	Dott. Luigi Grillo	
Approvato da DS	Dott. Antonino Salvia	

Scheda Di Registrazione Delle Modifiche

DESCRIZIONE DELLA MODIFICA	REV.	DEL
Prima emissione	0	16/1/2025
Aggiornamento annuale	1	24/02/2025
Aggiornamento annuale	2	24/02/2026
Aggiornamento su indicazione del CRRC	3	05/03/2026





Indice del documento

1.	PREMESSA	3
1.1.	Complessità organizzativa e intensità assistenziale	3
1.2.	Modalità organizzative in atto	4
2.	INTRODUZIONE.....	5
3.	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	9
4.	ACRONIMI, TERMINI E DEFINIZIONI.....	9
5.	GENERALITA'.....	10
6.	METODOLOGIA	10
7.	IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA MULTIMODALE.....	12
7.1.	Cambiamento del sistema	12
7.2.	Formazione ed educazione degli operatori e giornata mondiale "Igiene delle Mani"	15
7.3.	Monitoraggio delle pratiche di Igiene delle Mani.....	16
7.4.	Feedback delle prestazioni con diffusione di promemoria sull'Igiene delle Mani all'interno dell'Ospedale	17
7.5.	Creazione di una cultura della sicurezza, attraverso il coinvolgimento degli operatori e dei dirigenti e, necessariamente, anche dei pazienti	18
8.	INTERVENTI-AZIONI-CRONOLOGIA-INDICATORI.....	18
8.1.	Ambito dei requisiti strutturali e tecnologici.....	20
8.2.	Ambito della formazione del personale.....	21
8.3.	Ambito del monitoraggio e feedback.....	21
8.4.	Ambito della comunicazione permanente	22
8.5.	Clima organizzativo e commitment	22
9.	MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO.....	23
10.	RIFERIMENTI NORMATIVI.....	23
11.	BIBLIOGRAFIA	24
12.	ALLEGATI.....	25



1. PREMESSA

1.1. Complessità organizzativa e intensità assistenziale

La Fondazione Santa Lucia è un IRCCS di diritto privato, dotato di un Ospedale di alta specializzazione per la neuroriabilitazione. Il suo Statuto – riconosciuto con Decreto Ministeriale del 20 ottobre 1998 – assegna alla Fondazione Santa Lucia natura d'istituzione no-profit, finalizzata alla ricerca nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, insieme a prestazioni di ricovero e cura. I servizi di assistenza medica sono, insieme alla ricerca, aspetto determinante della sua attività. I percorsi di neuroriabilitazione si estendono sia all'ambito motorio che cognitivo.

In data 7 ottobre 2024, con decreto del Ministro delle Imprese e del made in Italy (pubblicato in G.U. n. 242 del 15 ottobre 2024), la Fondazione Santa Lucia IRCCS è stata ammessa alla procedura di amministrazione straordinaria, a norma dell'art. 2 del decreto-legge 23 dicembre 2003, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 febbraio 2004, n. 39 e successive modificazioni.

Con la Deliberazione della Regione Lazio 27 novembre 2025, n. 1088, alla Fondazione Santa Lucia IRCCS in a.s. è stata rilasciata l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale definitivo per l'attività di "Assistenza in post-acuzie riabilitativa", con capacità ricettiva complessiva di n. 325 posti letto così suddivisi

n. 115 p.l. di Neuro-riabilitazione Cod. 75 + 16 posti di DH;

n. 20 p.l. di Unità Spinale Cod. 28;

n. 158 p.l. di Recupero e Riabilitazione funzionale Cod 56 + n. 16 posti di DH.

L'Ospedale ospita sei reparti di degenza su altrettanti piani; ogni reparto ospedaliero dispone di una palestra per fisiochinesiterapia. L'Ospedale è inoltre dotato di una piscina per idrochinesiterapia e di una palestra che ospita un campo di basket regolamentare per la sport terapia.

Le prestazioni sanitarie sono erogate in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o anche privatamente con posti letto di post acuzie e posti letto ordinari di neurologia.



Le patologie trattate con terapie riabilitative in regime ordinario e di day hospital, riguardano con preponderanza gli esiti di quadri neurologici (ictus, coma, lesioni del midollo spinale, malattie degenerative come Parkinson, Alzheimer e Sclerosi Multipla) ed ortopedici (postumi di fratture e amputazione degli arti inferiori). Afferiscono presso i day hospital specialistici Pazienti con quadri neurouologici e respiratori. Accanto alla fisioterapia e idrochinesiterapia, i percorsi di riabilitazione comprendono terapia occupazionale e del linguaggio, cognitiva, ortottica, foniatra e riabilitazione respiratoria, riabilitazione del pavimento pelvico, cura della disfagia e di numerosi deficit cognitivi. I trattamenti di neuroriabilitazione si avvalgono di moderne tecnologie come interfacce cervello-computer (BCI), esoscheletri, realtà virtuale, etc.

È inoltre attivo un servizio di riabilitazione extra-ospedaliera dedicato prevalentemente alla presa in carico di bambini sin dall'età di pochi mesi, affetti da malattie rare e patologie congenite e/o neonatali, nonché soggetti in età adulta per il completamento del percorso assistenziale iniziato in regime di ricovero.

Completa l'offerta di servizi sanitari il Poliambulatorio, le cui prestazioni sono accessibili anche a persone non ricoverate presso l'Ospedale. Il Poliambulatorio eroga prestazioni, oltre che di alta specializzazione in ambito neurologico, relative alle principali aree specialistiche, di Laboratorio analisi, di Medicina Genomica e di Diagnostica per Immagini. Anche la riabilitazione in Piscina è accessibile a pazienti esterni all'Ospedale.

1.2. Modalità organizzative in atto

La Fondazione Santa Lucia è dotata di un Sistema di Gestione Qualità con il seguente campo di applicazione:

Erogazione di servizi di diagnosi e cura per il recupero e la rieducazione funzionale dei neuro motulesi in degenza ordinaria, day hospital, attività extraospedaliera non residenziale estensiva e ambulatoriale. Erogazione di prestazioni polispecialistiche, di laboratorio e di diagnostica strumentale anche in regime ambulatoriale. Progettazione ed erogazione di iniziative di formazione per professionisti della sanità nell'ambito del programma nazionale di Educazione continua (ECM).



A partire da marzo 2020 il campo di applicazione è stato esteso alla Biobanca per la Raccolta, processazione, conservazione di campioni biologici e genetici, e dati dei donatori.

I documenti di sistema adottati per la prevenzione e la gestione del rischio clinico associato alle ICA e all'Igiene delle Mani sono:

- a) PARS: Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario
- b) P20 Gestione del rischio clinico
- c) IO 20.3 Prevenzione Infezioni correlate Assistenza
- d) IO 20.3 Allegato 1 Prevenzione infezioni da Clostridium difficile
- e) IO 20.3 Allegato 2 Prevenzione infezioni da batteri produttori di carbapenemasi
- f) IO 20.3 Allegato 4 Diagrammi decisionali sulla gestione dei pazienti con infezioni e/o colonizzazioni
- g) IO 20.14 Opuscolo per pazienti e familiari su CPE
- h) IO 20.3 all.2b Cartello precauzioni da contatto
- i) IO 20.2 Istruzione operativa Igiene delle Mani
- j) M 20.2.1 volantino lavaggio mani
- k) Brochure e dépliant sulle corrette modalità di lavaggio delle mani e sui 5 momenti per l'igiene delle mani
- l) Scheda Osservazione per la Compliance all'Igiene delle Mani

2. INTRODUZIONE

Con il termine Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) si intendono tutte le infezioni riconducibili a momenti assistenziali, anche non strettamente ospedalieri, che al momento dell'ingresso del Paziente nella struttura o prima dell'erogazione dell'assistenza, non erano né presenti né in incubazione e compaiono per la prima volta almeno 48 ore dopo l'inizio un processo/percorso assistenziale, che possono manifestarsi anche dopo la dimissione e che possono riscontrarsi anche tra il personale della struttura.

La definizione stessa delle ICA suggerisce come questa tipologia di infezioni sia in diretta correlazione con l'erogazione delle prestazioni assistenziali ai Pazienti e che, sia le



debolezze fisiologiche degli stessi, che quelle del sistema, di natura strutturale, tecnologica e procedurale, ne aumentino l'incidenza annua.

Un opportuno utilizzo di protocolli atti prevenire la trasmissione di predette ICA, associato ad una costante implementazione di attività formative sul personale, rende prevenibili circa il 30% delle stesse.

L'igiene delle mani, come ha ulteriormente evidenziato la pandemia da SARS-CoV-2, è la più semplice e la più efficace tra le misure di prevenzione delle ICA. La trasmissione delle ICA avviene, infatti, quasi sempre tramite il contatto tra "fonte-veicolo-ospite" e il veicolo più frequente sono le mani degli operatori, coinvolte in tutte le pratiche terapeutiche ed assistenziali. Ne deriva che un'elevata capacità di prevenzione delle ICA è legata alla corretta igiene delle mani, che è la misura principale da applicare per la prevenzione e riduzione della trasmissione di microrganismi patogeni ai pazienti, agli operatori sanitari e a tutte le persone coinvolte nel processo assistenziale.

Il Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Lazio, in linea con quanto sopra indicato e con la strategia "Clean Care is Safer Care", promossa nel 2005 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha predisposto il "Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani", adottato dalla Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria con Determinazione del 26/02/2021, n. G02044.

La strategia multimodale dell'OMS sopra richiamata, si basa sul Modello Ginevra sviluppato dal Prof. Pittet e prevede cinque componenti da ottimizzare parallelamente:

- 1) cambiamento del sistema (aumento della disponibilità di dispenser di soluzione idroalcolica, manutenzione dei lavelli con fornitura del sapone e delle salviette monouso);
- 2) formazione ed educazione degli operatori con celebrazione della giornata mondiale dell'Igiene delle Mani il 5 maggio di ogni anno;
- 3) monitoraggio delle pratiche di igiene delle mani;
- 4) feedback delle prestazioni con diffusione di promemoria sull'Igiene delle Mani all'interno dell'Ospedale;



- 5) creazione di una cultura della sicurezza, attraverso il coinvolgimento degli operatori e dei dirigenti e, necessariamente, anche dei pazienti.

Nelle diverse fasi di implementazione della strategia multimodale, rientra un modello di igiene delle mani, valido sia per la frizione idroalcolica che per il lavaggio con acqua e sapone, destinato a soddisfare le esigenze di formazione, osservazione e reporting delle strutture sanitarie.

Si tratta dell'approccio dei "cinque momenti fondamentali per l'igiene delle mani" (allegato n. 4), così scanditi:

- a) Momento 1: prima di toccare un paziente;
- b) Momento 2: prima di una procedura pulita/asettica;
- c) Momento 3: dopo il rischio/esposizione a un liquido biologico;
- d) Momento 4: dopo aver toccato un paziente;
- e) Momento 5: dopo aver toccato ciò che è intorno al paziente.

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

- a) Favorire il collegamento tra specifiche azioni di Igiene delle Mani e specifici esiti infettivi in pazienti e operatori sanitari;
- b) Aumentare l'autoefficacia degli operatori fornendo indicazioni precise su come integrare l'Igiene delle Mani nel processo di cura;
- c) Essere facile e pratico da ricordare (il numero cinque come le cinque dita della mano favorisce la memorizzazione).

Seguendo la logica della strategia dell'OMS, il "Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani" 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 di tale 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.

La Fondazione Santa Lucia già a partire dal 2007 ha implementato il modello multimodale dell'OMS e, successivamente, ha utilizzato il Framework di autovalutazione dell'OMS del 2010. Dal 2009 ha condotto diversi studi, anche all'interno di progetti di ricerca europei, finalizzati al monitoraggio e miglioramento dell'igiene delle mani, al controllo delle antimicrobico-resistenze e delle ICA. I risultati degli studi sull'Igiene delle Mani sono sintetizzati in lavori presenti in letteratura tra i quali:

- a) "Healthcare Workers with Methicillin Resistant Staphylococcus aureus Colonization and the Use of Contact Precautions in Daily Activities with Patients in an Italian Rehabilitation Hospital: The Importance of Hand Hygiene Training", pubblicato da "Infection Control Hospital Epidemiology" ad ottobre 2010;
- b) "Compliance with hand hygiene recommendations during neuromotor rehabilitation procedures in an Italian rehabilitation hospital: An observational study", pubblicato da "American Journal of Infection Control" a Giugno 2013.

Il "Piano di azione locale per l'igiene delle mani" rappresenta per la Fondazione Santa Lucia una sistematizzazione di un percorso di formazione, sensibilizzazione e monitoraggio già parzialmente implementato dalla Direzione Sanitaria della struttura.

Le attività previste dallo stesso si integrano con quanto svolto dal Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza (CCICA) attivo all'interno della Fondazione Santa Lucia.

Il CCICA si configura, infatti, quale organo di sorveglianza e controllo, con finalità organizzative e preventive, è costituito in forma stabile ed esercita le seguenti funzioni:

- a) Organizzare un sistema di sorveglianza delle Infezioni correlate all'assistenza, individuando i dati da raccogliere, le relative fonti e i flussi informativi;
- b) Codificare e organizzare le misure di prevenzione, elaborando linee guida e procedure specifiche;
- c) Curare l'informazione e la formazione del personale sui programmi di sorveglianza e controllo;



- d) Verificare l'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza e controllo e la loro efficacia;
- e) Formulare proposte operative in ordine a provvedimenti di urgenza da adottarsi dalla Direzione Sanitaria in particolari evenienze di rischio infettivo.

3. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

I contenuti del documento sono prescrittivi per tutti gli esercenti la professione sanitaria, in riferimento a qualsiasi fase del processo clinico assistenziale, per cui possa essere presente un rischio infettivo ed è finalizzato alla tutela del paziente, dei lavoratori e dell'organizzazione.

4. ACRONIMI, TERMINI E DEFINIZIONI

Acronimi	
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
PARS	Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario
SIA	Soluzione Idro Alcolica
CCICA	Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza
CRRC	Centro Regionale Rischio Clinico
HH	Hands Hygiene (igiene delle mani)
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ISS	Istituto Superiore di Sanità
Termini e definizioni	
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.
Infezione	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o in altri siti con evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria; prevede l'invasione, la moltiplicazione e la risposta loco regionale e/o sistemica dell'ospite.
Punto di Assistenza	Il punto di assistenza è il luogo dove tre elementi si uniscono: il paziente, l'operatore sanitario e la cura o il trattamento che comporti il contatto con il paziente o il suo ambiente circostante (all'interno della zona del paziente). Il concetto abbraccia la



Acronimi	
	necessità di eseguire l'Igiene delle Mani nei momenti raccomandati esattamente dove ha luogo l'assistenza. Ciò richiede che un prodotto per l'Igiene delle Mani (a base di soluzione alcolica, se disponibile) sia facilmente accessibile e il più vicino possibile - a portata di mano dove si svolge l'assistenza o il trattamento del paziente. I prodotti al punto di assistenza devono essere accessibili senza dover lasciare la zona paziente.
Frizione idroalcolica	Frizione delle mani con preparazione idroalcolica volta a ridurre la flora microbica transitoria, ma non necessariamente quella residente. Si effettua utilizzando un antisettico conforme alla norma EN 1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791. La durata dell'operazione è di 20-30 sec in relazione al prodotto impiegato. La frizione antisettica è indicata per procedure a rischio infettivo basso o intermedio: igiene di routine e procedure a settiche di livello intermedio.

5. GENERALITA'

Alla luce di quanto detto precedentemente, la corretta pratica dell'Igiene delle Mani deve essere promossa attraverso la formazione e sensibilizzazione degli operatori, attuata e monitorata, con il fine di prevenire o ridurre:

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

6. METODOLOGIA

La metodologia seguita come già presentato nel Piano di Azione Locale sull'Igiene delle Mani 2021-22, 2023 e 2024, in accordo a quanto indicato nel "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani", ha previsto i seguenti step:

- a) Autovalutazione rispetto ai seguenti ambiti:
 - o Ambito dei requisiti strutturali e tecnologici con riferimento, ad esempio:



- all'esistenza di percorsi sporco/pulito;
- al rapporto lavandini/utenti;
- alla presenza di specifiche procedure per la sanificazione;
- alla disponibilità dei dispenser per la soluzione idroalcolica nei punti di assistenza;
- Ambito della formazione del personale, con riferimento, ad esempio:
 - all'esistenza di programmi di formazione del personale;
 - all'attuazione del monitoraggio e verifica della formazione del personale;
 - alla disponibilità di materiale formativo;
- Ambito del monitoraggio e feedback, con riferimento, ad esempio:
 - corretta Igiene delle Mani attraverso l'osservazione diretta;
 - quantità e qualità dei dispenser di soluzione alcolica e dei lavandini all'interno della struttura;
 - formazione degli operatori sanitari in materia di Igiene delle Mani e ICA;
 - consumo di soluzione alcolica e di sapone all'interno della Fondazione.
- Ambito della comunicazione permanente, con riferimento, ad esempio:
 - disponibilità di materiale informativo (locandine, brochure) a disposizione del personale e dei visitatori e aggiornamento dello stesso;
- Ambito del clima organizzativo e commitment, con riferimento a:
 - esistenza di un team per la promozione e implementazione della pratica dell'Igiene delle Mani ed al coinvolgimento della Direzione Sanitaria sull'argomento.

La fase di autovalutazione effettuata tramite il "Questionario di autovalutazione", ripreso dal Framework di autovalutazione del 2010 dell'OMS, ha permesso di collocare la Fondazione Santa Lucia su un livello INTERMEDIO. Per la compilazione del questionario sono stati utilizzati i dati a disposizione relativi al consumo annuale di soluzione alcolica e di sapone e i dati derivanti dall'osservazione diretta, di seguito sintetizzati.



L'utilizzo nella Fondazione del "Questionario di autovalutazione per le strutture", nella versione del CRRC per il Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani, negli anni successivi alla pandemia ha evidenziato una diminuzione della performance.

Il dato rilevato ha evidenziato un livello intermedio inferiore rispetto al livello avanzato rilevato nel 2020, con la discesa dal livello avanzato rilevato dal 2020 fino al 2023, cui ha fatto seguito la valutazione del 2024 che ha mostrato un "livello intermedio", per giungere alla rilevazione del 2025 che ha registrato un livello intermedio su tre sezioni ed un livello base per altre due sezioni (allegato 8).

b) Individuazione degli ambiti di miglioramento:

Il macro-obiettivo di miglioramento è quello di raggiungere in tempi successivi, ove possibile, il livello AVANZATO per la promozione e l'adesione ottimale ai programmi per l'igiene delle mani. Gli obiettivi specifici e il programma attuativo di miglioramento sono riportati nel seguito del documento.

7. IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA MULTIMODALE

7.1. Cambiamento del sistema

Il cambiamento del sistema è stato implementato con i diversi step di seguito descritti:

- a) Anno 2007 acquisto e messa a disposizione del personale della soluzione idroalcolica;
- b) Anno 2011 posizionamento di un dispenser di gel idroalcolico all'interno di punti critici individuati nelle palestre e all'interno di ogni stanza di degenza;
- c) Anno 2019 posizionamento di un dispenser di gel idroalcolico per ogni unità paziente con il raddoppio del quantitativo totale dei dispenser presenti nelle stanze di degenza;
- d) Anno 2020, in ottemperanza al circolare 5443 del 22/02/2020 sono stati posizionati dispenser di gel idroalcolico in tutte le sale d'attesa dell'ospedale, in corrispondenza dei punti di accesso alle strutture e ai servizi quali: Mensa, bar, poliambulatorio ecc;
- e) Anno 2021, rilevazione della Compliance all'Igiene delle Mani limitatamente a un numero ridotto di momenti di osservazione:



- f) Anno 2022, Corso di Formazione “Poniamo il Focus sull’Igiene delle Mani” con l’obiettivo di formare un gruppo di rilevatori della “Compliance all’Igiene delle Mani” per ogni unità organizzativa della struttura. Rilevazione della Compliance all’Igiene delle Mani dai gruppi di rilevatori formati con il suddetto corso.
- g) Anno 2023, Corso di Formazione “Poniamo il Focus sull’Igiene delle Mani” con l’obiettivo di formare un ulteriore gruppo di rilevatori della “Compliance all’Igiene delle Mani” per ogni unità organizzativa della struttura. Rilevazione della Compliance all’Igiene delle Mani dai gruppi di rilevatori formati con il suddetto corso.
- h) Anno 2024, Corso di Formazione “Poniamo il Focus sull’Igiene delle Mani: Analisi dei risultati dopo due anni di osservazione” con l’obiettivo di trasferire agli operatori i risultati della rilevazione della “Compliance all’Igiene delle Mani” per ogni unità organizzativa della struttura e condividere nuovi obiettivi per migliorare l’adesione all’igiene delle mani e ridurre la prevalenza di ICA.
- i) Anno 2025, corso di formazione “Qualitativamente” con un modulo specifico per il rischio clinico con focus sull’Igiene delle Mani.

Rispetto agli altri aspetti previsti dalla componente “cambiamento di sistema” del programma multimodale, si evidenzia che la manutenzione dei lavelli è inserita nella gestione ordinaria delle infrastrutture della Fondazione ed è effettuata dal Global Service, con la supervisione dell’Ufficio Tecnico della Fondazione; mentre l’implementazione della dotazione di tutti i lavelli con fornitura del sapone e delle salviette monouso è fatta oggetto di obiettivo di miglioramento che è tutt’ora in corso di implementazione.

I risultati del cambiamento sono stati valutati con gli strumenti suggeriti dall’OMS in accordo a quanto di seguito descritto.

L’OMS e l’ISS consigliano l’utilizzo di un indicatore “proxy” che monitora il consumo di prodotti su base alcolica per l’Igiene delle Mani rispetto ai giorni di degenza (L/1000 giorni-paziente), con un valore di soglia di accettabilità pari ad un consumo minimo di 20 litri di prodotto rapportato a 1000 giornate di degenza (L/1000 giorni-paziente). Tale valore, che rappresenta una media accettata a livello internazionale, può non riflettere però le diverse esigenze e caratteristiche dei vari setting di ricovero. Difatti, secondo lo studio di Prevalenza del 2016 del ECDC, la media di consumo riscontrato per gli Ospedali tra i 200 e 500 posti



letto è di 11 L/1000, mentre la stessa sale a 17,1 L/1000 giorni-paziente per i reparti di riabilitazione.

I dati relativi al consumo complessivo di soluzione idroalcolica per la frizione delle mani all'interno della Fondazione Santa Lucia sono disponibili a partire dal 2008. L'analisi degli stessi e i diversi interventi intrapresi per l'implementazione della strategia multimodale, derivati dall'applicazione del framework di autovalutazione dell'OMS, hanno portato il valore per l'indicatore del consumo di soluzione idroalcolica nell'intero ospedale rilevato nei primi anni, da un dato inferiore a 10 L/1000 giorni-paziente ad attestarsi ad un valore superiore alla media accettata a livello internazionale di 20 L/1000 giorni-paziente dal 2015. In particolare, la curva disegnata con i dati nel periodo temporale 2019-2025 evidenzia, dalla rilevazione del 2019 un incremento dai 20 Lt/1000 giornate di degenza fino al 2021 quando l'indicatore è risultato pari a 39,7 L/1000 giorni-paziente; dal 2022 è in discesa, al momento inarrestabile, con un valore di 33,1 L/1000 giorni-paziente nel 2022, 22.7 L/1000 giorni-paziente nel 2023 e 18.5 L/1000 giorni-paziente nel 2024 stabilizzandosi nel 2025 ad un valore di 18.4 L/1000 giorni-paziente. L'ISS suggerisce di valutare lo stesso indicatore nei soli reparti di degenza. Anche l'analisi dei consumi nei reparti di degenza mostra lo stesso andamento in crescita fino al 2020 raggiungendo i 25.8 L/1000 giorni-paziente per scendere fino al valore di 15.2 L/1000 giorni-paziente nel 2025, anche questo al di sotto del valore soglia dell'OMS (Fig.1). Questa variazione del dato è stata probabilmente influenzata dalla minore attenzione alle misure di prevenzione adottate per la gestione dell'emergenza pandemica SARS-CoV-2 che oggi risultano, per molte persone, meno cogenti e urgenti del biennio 20-21. Quindi nella rilevazione relativa al 2025, così come negli anni precedenti in tutte le Unità Operative Complesse della Fondazione Santa Lucia l'indicatore dell'OMS del consumo minimo di 20 L/1000 giorni-paziente non è stato raggiunto o superato.

La FSL invia, dal 2025 con cadenza semestrale, il dato di consumo della SIA al Ministero della Salute. Confrontato i dati di consumo di SIA della Fondazione con i dati Nazionali che l'ISS ha presentato si evidenzia che l'andamento del consumo di SIA è simile in Fondazione e a livello nazionale con una grossa diminuzione dei consumi.

Lo studio del dato sul consumo di soluzione idroalcolica ci consente di fare una riflessione osservando come negli anni di elevato consumo di soluzione alcolica 2020, 2021,



2022 la percentuale di soluzione idroalcolica consumata nei reparti di degenza, anche se superiore ai 20 L/1000 giorni-paziente, non raggiungeva il 50% del consumo totale di soluzione idroalcolica dell'intero ospedale; nel 2025 osserviamo che il consumo di soluzione idroalcolica nei reparti di degenza è pari all'80% circa del consumo totale, sovrapponibile a quello del periodo precedente la pandemia SARS-CoV2. Questi dati evidenziano che l'attenzione all'igiene delle mani dopo la pandemia, è diminuita soprattutto all'esterno delle aree di degenza e meno nei reparti, senza nulla togliere alla necessità di evidenziare il problema dell'attenzione all'igiene delle mani agli operatori, ai Pazienti ed ai care giver con formazione specifica.

Questa minore attenzione all'adesione all'Igiene delle mani è confermata anche dai risultati del "Questionario di autovalutazione per le strutture" illustrati al paragrafo 6 lettera a).

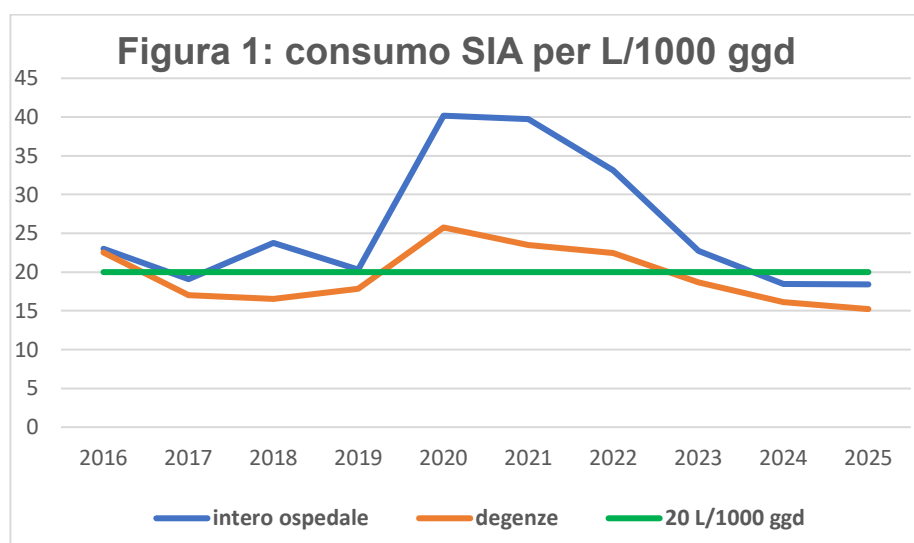


Fig. 1

L'analisi dei dati relativi al consumo di sapone liquido ha portato, invece, alla rilevazione di un valore pari a 50 litri 1000 giorni-paziente che rimane costante nel tempo.

7.2. Formazione ed educazione degli operatori e giornata mondiale "Igiene delle Mani"

Anche nel 2025 sono state implementate attività formative e educative rivolte agli operatori sanitari. In aggiunta a queste iniziative, da alcuni anni in Fondazione si celebra il



5 Maggio come giornata mondiale dell'Igiene delle Mani, celebrazione nella quale sono coinvolti anche gli studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie dell'Università di Tor Vergata sede didattica Fondazione Santa Lucia, quest'anno due studenti del corso di laurea in Fisioterapia della sede Santa Lucia hanno realizzato in collaborazione con l'ISS un video per promuovere l'igiene delle mani che ha rappresentato il video della campagna istituzionale dell'ISS per la Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani. Sono stati proposti corsi "in presenza" incentrati sul rischio clinico e l'Igiene delle Mani, che hanno visto il coinvolgimento di tutte le figure professionali sanitarie della Fondazione Santa Lucia.

Come negli anni 2020, 2021, 2022, 2023, 2024 anche nel 2025 i corsi sull'Igiene delle Mani sono stati riservati a tutti neoassunti delle professioni sanitarie. Si è deciso di inserire tra gli obiettivi del Piano Aziendale per l'igiene delle mani l'effettuazione di nuovi momenti di formazione per gli osservatori per sostituire quegli operatori, formati negli anni precedenti, che hanno smesso di lavorare in Fondazione.

7.3. Monitoraggio delle pratiche di Igiene delle Mani

L'osservazione diretta delle pratiche di Igiene delle Mani tra gli operatori sanitari rappresenta il "gold standard" per valutare la compliance all'Igiene delle Mani e il primo passo per implementare miglioramenti e creare consapevolezza rispetto all'obiettivo della riduzione delle ICA e alla conoscenza dei cinque momenti dell'igiene delle mani. L'OMS e l'ISS indicano il 75% come valore di soglia per una compliance all'igiene delle mani nelle procedure assistenziali, idonea a prevenire le Infezioni Correlate all'Assistenza.

Dai corsi di formazione 2023 2024 è scaturito l'indicazione a valutare la fattibilità di un coinvolgimento dei Parenti e dei Caregiver dei Pazienti nella prevenzione delle ICA attraverso il miglioramento dell'adesione all'igiene delle mani.

Utilizzando gli osservatori formati nelle edizioni del corso del 2022 e 2023 è stato possibile effettuare sistematicamente l'osservazione diretta in tutti i setting assistenziali.

Si è proceduto ad una rilevazione, effettuata dagli osservatori formati ad hoc, che hanno utilizzato la Scheda Rilevazione (allegato n. 1) modificata secondo le esigenze della Fondazione e il Manuale degli Osservatori nella versione italiana della documentazione dell'OMS, preparati dal Centro Controllo delle Malattie del Ministero della Salute. Nello



specifico, sono state osservate e valutate le opportunità di Igiene delle Mani cui hanno fatto seguito le azioni di frizione con soluzione idroalcolica o lavaggio con acqua e sapone, con una compliance pari al 77%. I limiti delle rilevazioni del 2025, più contenute nel numero e nei setting interessati, sono stati legati alle problematiche che hanno interessato la gestione dell'Azienda che hanno comportato anche un forte turn-over del personale, anche tra quello formato al ruolo di osservatore, riducendo i tempi della attività di rilevazione e limitandole a pochi setting assistenziali con la conseguenza di una riduzione del numero delle osservazioni. Il dato evidenzia, come già postulato in precedenza, la necessità di creare un ulteriore percorso formativo con uno spazio ad hoc rivolto a tutto il personale in merito all'importanza e modalità di effettuazione dell'igiene delle mani. Le diverse edizioni del corso degli anni, 2 nel 2022 e 4 nel 2023 e 4 nel 2024, sulla compliance all'Igiene delle Mani per la condivisione dei risultati delle rilevazioni della compliance avevano anche l'obiettivo di attivare dei circoli di qualità interni alle articolazioni organizzative, per creare la cultura della sicurezza attraverso il coinvolgimento degli operatori e dei pazienti. Il corso programmato ma non erogato nel 2025 aveva l'obiettivo di approfondire la conoscenza, in modalità Bottom-Up, delle criticità che incontrano gli operatori nell'aderire alla corretta igiene delle mani e nell'attività di misura della compliance, chiedendo agli operatori sanitari della Fondazione di partecipare in maniera diretta all'individuazione dei nuovi obiettivi da inserire nel Piano di Azione per l'Igiene delle Mani ed inoltre, aumentare l'attenzione al problema come indicato dalle metodiche di project management.

7.4. Feedback delle prestazioni con diffusione di promemoria sull'Igiene delle Mani all'interno dell'Ospedale

I feedback relativi alle sorveglianze sul consumo delle soluzioni idroalcoliche e della compliance all'Igiene delle Mani sono stati riesaminati e diffusi attraverso:

- a) Le riunioni periodiche del CCICA;
- b) Le riunioni periodiche delle coordinatrici infermieristiche e dei coordinatori dei servizi e palestre di riabilitazione;
- c) Le attività di formazione ed educazione sopra descritte, in cui i risultati sono stati diffusi unitamente ai dati derivanti dagli studi di monitoraggio delle ICA;



- d) I momenti di aggiornamento effettuati durante gli audit organizzati su eventi di outbreak relativi alle ICA.
- e) Durante il corso “Poniamo il focus sull’igiene delle Mani”.

All’interno dell’Ospedale sono stati diffusi promemoria relativi all’igiene delle mani (vedi allegati n. 2, 3, 4, 5, 6, 7). Tali documenti nel corso degli anni sono stati riesaminati ed aggiornati ai fini dell’adeguamento al contesto ed alle modifiche organizzative individuate dal CCICA della Fondazione Santa Lucia.

Per il 2026 si è posto l’obbiettivo di promuovere una maggiore attenzione alla problematica della prevenzione delle ICA attraverso la diffusione quadrimestrale alle articolazioni organizzative dei dati di consumo della soluzione idroalcolica e dell’analisi dei dati di compliance all’igiene delle mani trasmessi alla direzione.

7.5. Creazione di una cultura della sicurezza, attraverso il coinvolgimento degli operatori e dei dirigenti e, necessariamente, anche dei pazienti

Nell’ottica dell’accrescimento della cultura della sicurezza, in riferimento alla compliance rispetto all’igiene delle Mani, sono state attuate diverse attività mirate al coinvolgimento degli stakeholder:

- a) diffusione dei risultati e analisi multi-disciplinare degli stessi in occasione delle riunioni del Riesame della Direzione, con valutazione dei dati ottenuti dall’attuazione della strategia multimodale attuata a partire dal 2007;
- b) coinvolgimento degli operatori nella raccolta dati e nelle attività di formazione;
- c) diffusione di opuscoli informativi ai caregiver e pazienti.
- d) Ideazione di pillole informative, con diffusione a mezzo email, per sensibilizzare gli operatori sull’igiene delle mani

8. INTERVENTI-AZIONI-CRONOLOGIA-INDICATORI

Risultati degli interventi previsti dal piano 2025.

Per gli obiettivi del punto **8.1** Ambito dei requisiti strutturali e tecnologici:

- Sostituzione nei punti individuati come maggiormente critici dei dispenser esistenti con dispenser automatici. Obiettivo raggiunto



- Al fine di migliorare la compliance all'Igiene delle Mani si prevede di dotare individualmente il personale di assistenza di bottigliette di soluzione idroalcolica tascabili. Obiettivo non raggiunto riproposto per l'anno 2026.
- Posizionamento di dispenser sapone e distributore salvietta carta accanto ai lavelli già esistenti nei reparti (stanza singola, bagno assistito e vuota). Obiettivo parzialmente raggiunto e riproposto per l'anno 2026.

Per gli obiettivi del punto **8.2** Ambito della formazione del personale:

- Definire uno protocollo formativo che preveda step, contenuti e modalità di erogazione della formazione. Obiettivo raggiunto e riproposto perché strategico.
- Erogazione di corsi di formazione specifici (a neo assunti) attraverso l'individuazione di figure professionali con specifica formazione nella prevenzione delle ICA e dell'igiene delle mani. Obiettivo non raggiunto e riproposto perché strategico.

Per gli obiettivi del punto **8.3** Ambito del monitoraggio e feedback:

- Strutturare l'attività di monitoraggio in modo cadenzato tramite osservazione diretta con la Scheda di Osservazione. Individuare una figura dell'area assistenziale dedicata al coordinamento delle attività dei promotori nei vari reparti e servizi. Obiettivo raggiunto.
- Migliorare progressivamente la % di adesione all'Igiene delle Mani registrata con la scheda di osservazione rispetto ai dati riportati nel monitoraggio inserito nel piano di Igiene delle Mani 2021. Obiettivo non raggiunto mantenuto per il 2026.
- Prevedere un feedback sistematico per gli operatori sanitari e la Direzione con frequenza quadrimestrale relativamente agli indicatori individuati e al rispettivo andamento nel tempo. Obiettivo non raggiunto e riproposto perché strategico..
- Riportare il consumo di prodotto a base alcolica > a 25 l x 1000gg/pz. Obiettivo non raggiunto modificato a 20 l x 1000gg/pz e riproposto per il 2026 perché strategico.

Per gli obiettivi del punto **8.4** Ambito della comunicazione permanente:

- Newsletter da concordare con DS e Ufficio Comunicazione. In corso di implementazione. Obiettivo non raggiunto riproposto nel 2026 con modifiche creazione di pillole informative.



Per gli obiettivi del punto 8.5 Ambito Clima organizzativo e Commitment:

- Programmare riunioni con il Risk Manager e Coordinatore del Gruppo operativo del CCICA almeno una volta l'anno per feedback e aggiornare il piano d'azione locale per l'Igiene delle Mani in base agli obiettivi raggiunti (durante incontri CRIS-TEAM). Obiettivo raggiunto e riproposto per il 2026 perché strategico.
- Aggiornare dépliant informativi per pazienti/caregivers e individuare il canale più adatto per la diffusione. In corso di implementazione nel 2026.

Gli obiettivi previsti dal Piano Locale per l'Igiene delle Mani dell'anno precedente, quando raggiunti sono stati tolti dal presente documento, tranne quando si è ritenuto utile riproporre gli obiettivi anche se già raggiunti in quanto strategici.

8.1. Ambito dei requisiti strutturali e tecnologici

SEZIONE A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Al fine di migliorare la compliance all'Igiene delle Mani si prevede di dotare individualmente il personale di assistenza di bottigliette di soluzione idroalcolica tascabili	Quantificare la necessità di prodotti da acquistare. Effettuare una ricerca di mercato con individuazione del prodotto da acquistare. Provvedere all'acquisto e alla dotazione del personale.	Ufficio Acquisti Direzione Sanitaria	dic-26	Prodotti acquistati/ prodotti necessari da fabbisogno
Posizionamento di dispenser sapone e distributore salvietta carta accanto ai lavelli già esistenti nei reparti (stanza singola, bagno assistito e vuota)	Acquisto di distributori e prodotti da utilizzare per la dotazione dei servizi. Affidamento del servizio di fornitura al personale del global service e delle pulizie.	Direzione Sanitaria Global Service	dic-26	Punti di fornitura realizzati/ previsti



8.2. Ambito della formazione del personale

SEZIONE B: FORMAZIONE DEL PERSONALE				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Erogare 2 edizioni del corso per osservatori compliance Igiene delle Mani	Definizione dei contenuti minimi di formazione, dei criteri di individuazione dei docenti e dei momenti per l'erogazione della stessa	Ufficio Formazione, CCICA e Direzione Sanitaria	giu. 26	Approvazione del protocollo formativo
Erogazione di corsi di formazione specifici (a neo assunti) attraverso l'individuazione di figure professionali con specifica formazione nella prevenzione delle ICA e dell'igiene delle mani	Individuazione dei fabbisogni formativi, pianificazione ed erogazione della formazione	Ufficio Formazione	dic. 26	Corso erogato

8.3. Ambito del monitoraggio e feedback

SEZIONE C: MONITORAGGIO E FEEDBACK				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Migliorare progressivamente la % di adesione all'Igiene delle Mani registrata con la scheda di osservazione rispetto ai dati riportati nel monitoraggio inserito nel piano di Igiene delle Mani	Individuazione di tempo e risorse dedicate all'osservazione dei momenti di igiene delle mani	Direzione Sanitaria, Direttore Area Infermieristica e Riabilitativa	dic-26	% adesione registrata con la scheda di osservazione
Prevedere un feedback sistematico per gli operatori sanitari e la Direzione con frequenza quadrimestrale relativamente agli indicatori individuati	Misura degli indicatori di consumo soluzioni idroalcoliche e delle ICA	Direzione Sanitaria Laboratorio Analisi Economato	giu.-26	Invio delle note di feedback



SEZIONE C: MONITORAGGIO E FEEDBACK

OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
per le ICA e al rispettivo andamento nel tempo				
Prevedere un invio cadenzato alle articolazioni organizzative di feedback sulle osservazioni di adesione all'igiene delle mani e sul consumo di SIA	Esecuzione delle osservazioni ed invio in Direzione Analisi dei dati	Osservatori nelle articolazioni organizzative Direzione Sanitaria	giu.-26	Invio delle note di feedback
Mantenere il consumo di prodotto a base alcolica > a 20 l x 1000gg/pz con modifica dell'indicatore	Promuovere la comunicazione e la formazione sull'Igiene delle Mani attraverso la realizzazione di micro pillole formative. Continuare ad inserire l'aspetto nelle sessioni formative rivolte al personale o ai neo assunti.	Direzione Sanitaria	dic-26	consumo di prodotto a base alcolica >20 l x 1000gg/pz

8.4. Ambito della comunicazione permanente

SEZIONE D: COMUNICAZIONE PERMANENTE

OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Pillole informative da concordare con DS e Ufficio Comunicazione	Verifica a campione in audit interno secondo le frequenze previste nel programma di audit	Ufficio Qualità	dic-26	N° NC/ totale di audit n° audit effettuati/piani ficati

8.5. Clima organizzativo e commitment

SEZIONE E: CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Aggiornare dépliant informativi per pazienti/caregivers e individuare il canale più adatto per la diffusione	Mappare la documentazione esistente (brochure e dépliant informativi), riesaminarla ed individuare la	Ufficio Qualità, personale addetto all'accoglienza	set-26	n° brochure e dépliant consegnati/totale ricoveri



SEZIONE E:CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
	modalità di consegna al momento del ricovero.			

9. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO

Il presente documento viene diffuso via e-mail e pubblicato sulla intranet aziendale accessibile a tutto il personale sanitario operante in Fondazione ed allegato al PARS.

La diffusione avverrà inoltre mediante incontri formativi programmati con frequenza annuale dall'Ufficio Formazione in collaborazione con l'Ufficio Qualità.

10. RIFERIMENTI NORMATIVI

- *Determina Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria G02044 del 26_02_2021 -" Adozione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani"*
- *Circolare Ministero della Salute n. 4968 Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE) del 26 febbraio 2013.*
- *DCA n. U00328 del 4 novembre 2016, Progetto 7.3 "contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici".*
- *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. 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.*
- *Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitari (PARS)*
- *Circolare Ministeriale n. 52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere"*



- *Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;*
- *Circolare Ministeriale 25 febbraio 2013 “Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)”;*
- *Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante “Recepimento dell’Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge del 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018”;*
- *Decreto del Commissario ad Acta del 06/07/2015, n° U000309 recante: “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP 2014-2018), ai sensi dell’intesa Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 13/11/2014;*
- *Piano Nazionale di contrasto dell’antimicrobico resistenza (PNCAR) 2017-2020;*
- *Determinazione Regionale n° G16829 del 06/12/2017 recante Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della legge 24/2017;*
- *Decreto del Commissario ad Acta del 29/10/2018, n° U00400 Recante: “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il controllo delle infezioni correlate all’assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”;*
- *Determinazione 11/01/2019. N° G00163 “Approvazione ed adozione del documento recante: “Le Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’assistenza- PAICA”;*
- *Sistema Nazionale di sorveglianza sentinella dell’antibiotico resistenza (AR-ISS) protocollo 2019.*

11. BIBLIOGRAFIA

- *Ministero della Salute “Risk Management in Sanità – il problema degli errori”. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 05/03/2003;*
- *WHO- World Alliance for Patient Safety – The second Global Patient Safety – Challenge 2008 “Safe Surgery Safe Live”;*



- . *WHO: A Guide to the implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene improvement Strategy (2009);*
- . *WHO – Global guidelines for the prevention of surgical site infection (2016).*
- . *SHEA/IDSA/APIC Practice Recommendation: Strategies to prevent healthcare-associated infections through hand hygiene:2022 Infection Control & Hospital Epidemiology (2023). 1-22*

12. ALLEGATI

- . *Allegato n.1 - Scheda osservazione Igiene delle Mani*
- . *Allegato n.2 - Lavaggio mani con soluzione alcolica*
- . *Allegato n.3 - Lavaggio mani con acqua e sapone*
- . *Allegato n.4 – I 5 momenti fondamentali per l'Igiene delle Mani*
- . *Allegato n.5 – Cartello informativo per il supporto del dispenser*
- . *Allegato n.6 – Informativa all'ingresso della stanza*
- . *Allegato n.7 – Informativa per paziente in isolamento*
- . *Allegato n.8 – PALIM_ Questionario di autovalutazione per le strutture anno 2025*



Allegato n. 1 - Scheda Osservazione FONDAZIONE



SCHEDA DI OSSERVAZIONE

Servizio/UOC		Data:		Osservatore (matricola)	
Inizio/fine (hh:mm)		Durata sessione: (mm)	_____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N	Periodo	

1. Infermiere-a	1.1 Infermiere-a 1.3 studente cdl
2. Operatore di supporto all'assistenza	Operatore socio sanitario
3. Medico	3.1 medico, 3.3 anestesista
4. Altro operatore sanitario	4.1 terapeuta, 4.1.1 fisioterapeuta, 4.1.2 terapeuta occupazionale, 4.1.3 logopedista, 4.1.4 tpece, 4.1.5 terapeuta respiratorio 4.2 tecnici, 4.2.1 tecnico di radiologia, 4.2.2 tecnico di laboratorio, 4.2.3 altro tecnico 4.3 altro (es. dietista, psicologo, biologo) 4.4 studente cdl

Prof.cat. Codica			Prof.cat. Codica			Prof.cat. Codica		
Num.			Num.			Num.		
Opp.	Indicazione	Azione igiene mani	Opp.	Indicazione	Azione igiene mani	Opp.	Indicazione	Azione igiene mani
1	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	1	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	1	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti
2	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	2	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	2	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti
3	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	3	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	3	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti
4	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	4	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	4	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti
5	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	5	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti	5	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nessuna <input type="radio"/> guanti



Allegato n. 2 – Lavaggio mani con soluzione alcolica

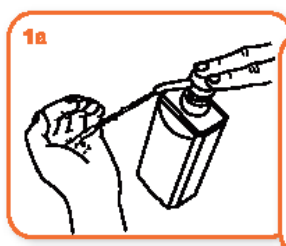


Come **frizionare** le mani con la soluzione alcolica?

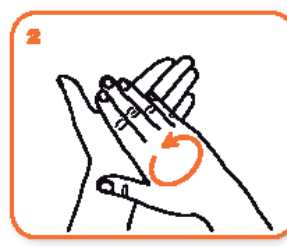
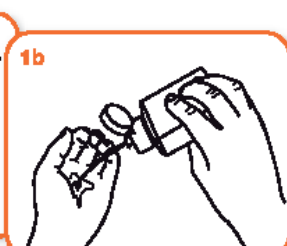
**USA LA SOLUZIONE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI!
LAVALE CON ACQUA E SAPONE SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE!**



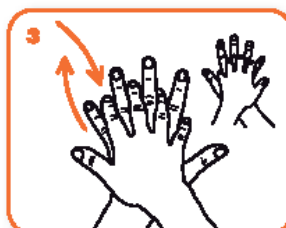
Durata dell'intera procedura: **20-30 secondi**



Versare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani.



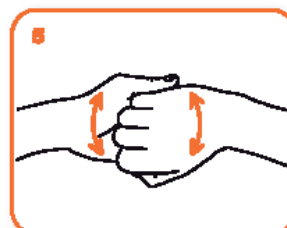
frizionare le mani palmo contro palmo



il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



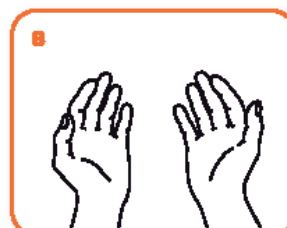
dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.

WORLD ALLIANCE
for **PATIENT SAFETY**

WHO acknowledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.
October 2006, version 1.



All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

Design: rolandi/intermark



Allegato n. 3 - Lavaggio mani con acqua e sapone

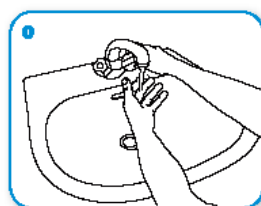


Come lavarsi le mani con acqua e sapone?

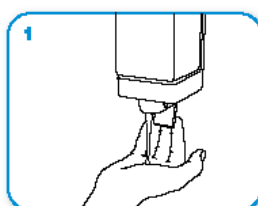


LAVA LE MANI CON ACQUA E SAPONE, SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE! ALTRIMENTI, SCEGLI LA SOLUZIONE ALCOLICA!

 Durata dell'intera procedura: **40-60 secondi**



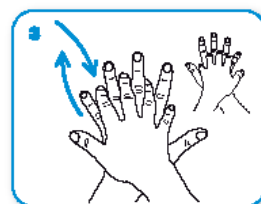
Bagna le mani con l'acqua



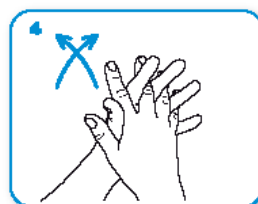
1 applica una quantità di sapone sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani



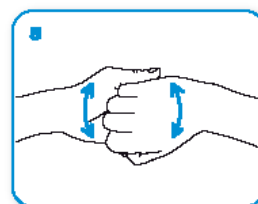
2 friziona le mani palmo contro palmo



3 il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



4 palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



5 dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



6 frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



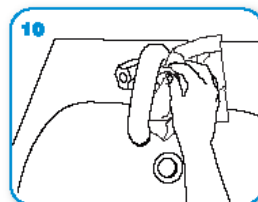
7 frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



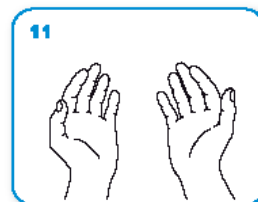
8 Risciacqua le mani con l'acqua



9 asciuga accuratamente con una salvietta monouso



10 usa la salvietta per chiudere il rubinetto



11 ...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.

WORLD ALLIANCE
for **PATIENT SAFETY**

WHO acknowledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.
October 2006, version 1.



All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

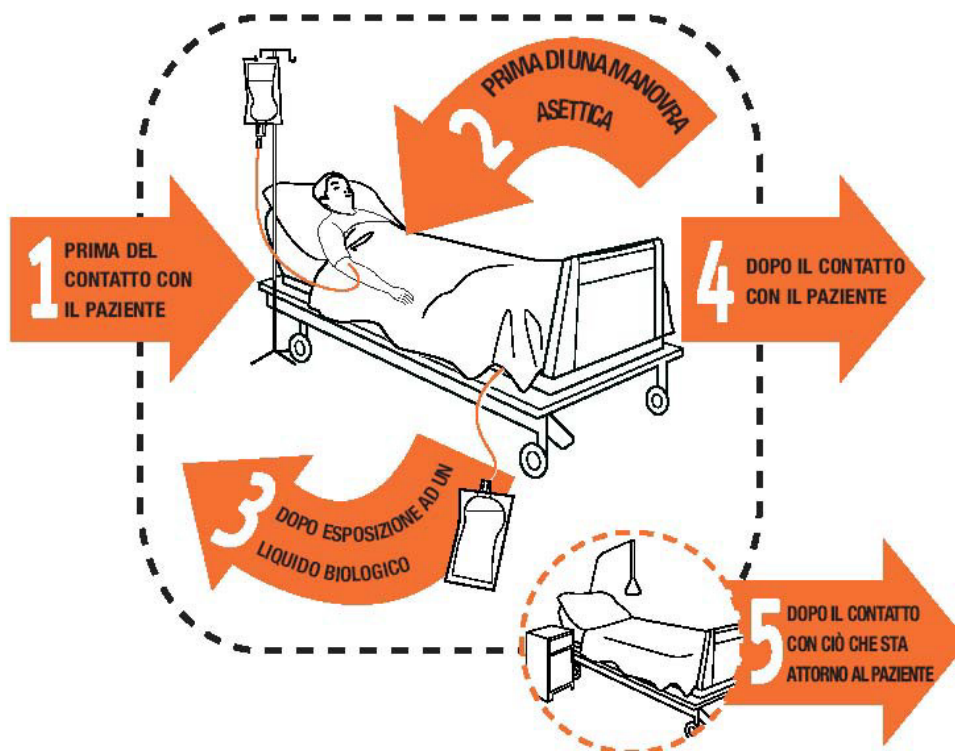
Design: mandragola.com



Allegato n. 4 – I 5 momenti fondamentali per l'Igiene delle Mani



I 5 momenti fondamentali per L'IGIENE DELLE MANI



1 PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani prima di toccare un paziente mentre ti avvicini. PERCHÉ? Per proteggere il paziente nei confronti di germi patogeni presenti sulle tue mani.
2 PRIMA DI UNA MANOVRA ASETTICA	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente prima di qualsiasi manovra asettica. PERCHÉ? Per proteggere il paziente nei confronti di germi patogeni, inclusi quelli appartenenti al paziente stesso.
3 DOPO ESPOSIZIONE AD UN LIQUIDO BIOLOGICO	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente dopo esposizione ad un liquido biologico (e dopo aver rimosso i guanti). PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.
4 DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani dopo aver toccato un paziente o nelle immediate vicinanze del paziente uscendo dalla stanza. PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.
5 DOPO IL CONTATTO CON CIÒ CHE STA ATTORNO AL PAZIENTE	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani uscendo dalla stanza dopo aver toccato qualsiasi oggetto o mobile nelle immediate vicinanze di un paziente - anche in assenza di un contatto diretto con il paziente. PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.

WORLD ALLIANCE
for **PATIENT SAFETY**

WHO acknowledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.
October 2006, version 1.

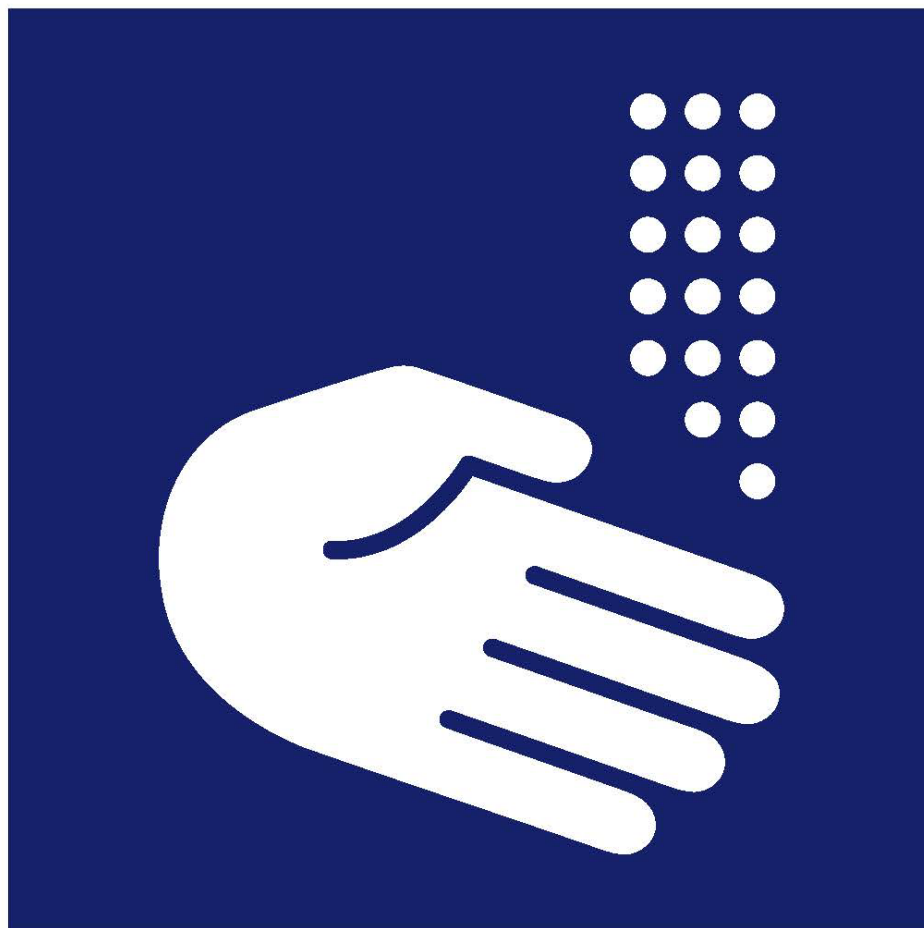


All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

Design: mercklingh.com



Allegato n. 5 – Cartello informativo per il supporto del dispenser



IGIENIZZA LE TUE MANI
PLEASE CLEAN YOUR HANDS

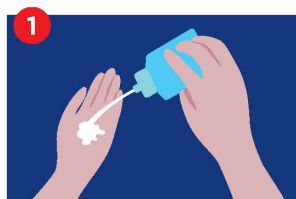
Proteggiti dalle infezioni
Protect against infections



Allegato n. 6 – Informativa all'ingresso della stanza

RICORDATI DI IGIENIZZARE LE MANI **PRIMA E DOPO ESSERE ENTRATO IN STANZA** **USA LA SOLUZIONE ALCOLICA** **E SEGUI QUESTE SEMPLICI ISTRUZIONI**

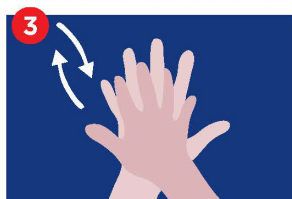
durata dell'intera procedura: 20-30 secondi



1
versa nel palmo della mano
una quantità di soluzione
sufficiente per coprire
tutta la superficie



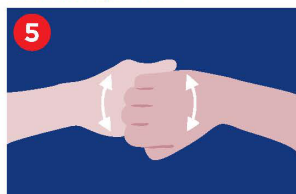
2
strofina le mani tra loro
palmo contro palmo



3
continua posizionando
il palmo destro sopra il dorso
sinistro intrecciando le dita
tra loro e viceversa...



4
... e palmo contro palmo
intrecciando di nuovo le dita



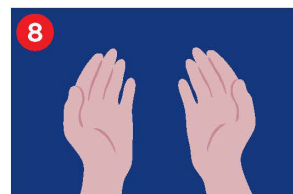
5
strofina il dorso delle dita
contro il palmo opposto
tenendo le dita strette tra loro



6
ruota il pollice sinistro stretto
nel palmo destro e viceversa



7
tenendo le dita strette tra loro
ruota la mano destra contro
il palmo sinistro e viceversa



8
una volta asciutte,
le tue mani sono sicure



Allegato n. 7 – Informativa per visitatori e paziente in isolamento

ATTENZIONE

QUESTA STANZA È SOTTOPOSTA A MISURE SPECIALI OBBLIGATORIE CONTRO LA DIFFUSIONE DELLE INFEZIONI

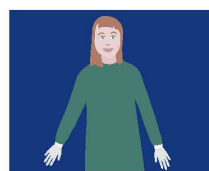
PRIMA DI ENTRARE



Igienizzare
le mani
con acqua
e sapone
o detergente
antisettico



Indossare
i guanti
protettivi
monouso



Indossare
il sovracamice
monouso

QUANDO SI ESCE



Gettare guanti
e sovracamice nell'apposito
contenitore all'interno
della stanza.
Igienizzare nuovamente
le mani.

**È CONSENTITO L'INGRESSO
A UN SOLO VISITATORE
ALLA VOLTA PER PAZIENTE**

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

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

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

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

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

SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK

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

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

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

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

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

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

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



SANTA LUCIA

NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE

**FONDAZIONE SANTA LUCIA IRCCS
IN AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA**

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI ANNO 2026

Revisione 2 del 26/02/2026		Firme
Aggiornamento	RSPP Ing. Lia Tozzi	
Verifica e validazione	Responsabile per l'identificazione e la valutazione del rischio potenziale d'infezione Dott. Angelo Rossini	
Approvazione	Dott. Antonino Salvia Dott. Angelo Rossini Ing. Mascia Alessandro Prof. Emiliano Giardina Dott. Carlo Pizzoli Dott.ssa Cecilia Della Vedova	     

Sommario

1. Premessa, contesto normativo e finalità del programma	3
2. Costituzione del Team Legionella	3
3. Realizzazione piattaforma documentale	3
4. Modalità di esecuzione e tempi della valutazione del rischio e indicazione sintetica delle misure di controllo previste	4
5. Risultato sintetico degli esiti del monitoraggio operativo di verifica sull'efficacia delle misure di controllo in atto	6
5.1 Sintesi del piano di miglioramento eventualmente previsto e indicazione sintetica delle azioni correttive	6
5.2 Pianificazione delle azioni di supporto previste	6
6. Normativa di riferimento	7

1. Premessa, contesto normativo e finalità del programma

Finalità del programma è garantire il controllo sistematico del rischio di proliferazione e diffusione di Legionella spp negli impianti idrico-sanitari e aeraulici della struttura, attraverso un sistema strutturato di:

- valutazione del rischio,
- monitoraggio ambientale e microbiologico,
- gestione tecnica degli impianti,
- formazione e controllo operativo,
- riesame periodico e miglioramento continuo.

2. Costituzione del Team Legionella

Con atto formale della Direzione è stato aggiornato nel mese di gennaio 2026 il Team aziendale per la prevenzione e il controllo della Legionellosi, quale organismo tecnico-operativo a supporto del sistema di gestione del rischio clinico e sottogruppo operativo del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA).

Il Team è multidisciplinare e include:

- Direttore Sanitario e risk manager Dott. Antonino Salvia
- Presidente CCICA e Vice Direttore Sanitario (*) Dott. Angelo Rossini
- Resp. Ufficio Tecnico Ing. Mascia Alessandro
- RSPP Ing. Lia Tozzi
- Resp. Laboratorio di microbiologia Prof. Emiliano Giardina
- Rappresentanti di Aree Cliniche Dott. Carlo Pizzoli, Dott.ssa Cecilia Della Vedova.

() La Fondazione Santa Lucia IRCCS ha incaricato il Dottor Angelo Rossini quale Responsabile per l'identificazione e la valutazione del rischio potenziale d'infezione, in quanto ritenuto esperto e in grado di comprendere l'importanza della prevenzione e dell'applicazione delle misure di controllo.*

GIDI – Alla luce del commissariamento al momento il Gestore della Distribuzione Idrica Interna (GIDI) è individuato nelle figure dei commissari straordinari – alla luce di quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 18 del 23 febbraio 2023 che prevede l'individuazione del «gestore della distribuzione idrica interna» tra il proprietario, il titolare, l'amministratore, il direttore o qualsiasi soggetto, anche se delegato o appaltato, che sia responsabile del sistema idro-potabile di distribuzione interno ai locali pubblici e privati, collocato fra il punto di consegna e il punto d'uso dell'acqua. Il GIDI ha, in virtù del ruolo che ricopre le seguenti funzioni:

1) collabora all'ispezione, se richiesto dalla ASL, coinvolgendo il tecnico addetto alla gestione e manutenzione dell'impianto e si occupa di programmare la realizzazione degli eventuali provvedimenti prescritti dalla ASL,

2) in collaborazione con il gruppo di lavoro individuato nel presente documento, contribuisce all'analisi dei rischi associati all'acqua distribuita (almeno per piombo e Legionella) essendo l'Ospedale un edificio ritenuto "prioritario" ai sensi della nuova Direttiva UE 2020/2184, trasposta con D. Lgs. n. 18/2023.

3. Realizzazione piattaforma documentale

La struttura ha implementato un sistema di archiviazione aziendale, la cui documentazione è conservata in faldoni presso gli archivi della Direzione Sanitaria.

Sono presenti documenti relativi a:

- Eventuali modifiche apportate a ciascun impianto a rischio;
- Interventi di manutenzione ordinari e straordinari, relativi al controllo del rischio applicati su ciascun impianto.

4. Modalità di esecuzione e tempi della valutazione del rischio e indicazione sintetica delle misure di controllo previste

L'analisi valutativa può essere, nel complesso, suddivisa nelle seguenti due fasi principali.

Per ogni pericolo individuato sono stati sempre riportati, oltre all'Entità del Rischio, i valori della Probabilità e della Magnitudo, in modo da poter individuare le azioni più idonee da intraprendere.

Principi gerarchici della prevenzione dei rischi:

- Eliminazione dei pericoli e dei relativi rischi.
- Sostituzione di ciò che è pericoloso con ciò che non è pericoloso, o lo è di meno.
- Intervento sui rischi alla fonte.
- Applicazione di provvedimenti di protezione collettivi, piuttosto che individuali, Adeguamento al progresso tecnico e ai cambiamenti nel campo dell'informazione, Miglioramento del livello di prevenzione e protezione nel tempo.
- Le misure di prevenzione e protezione adottate non devono assolutamente: Introdurre nuovi pericoli,
- Compromettere le prestazioni del sistema adottato.

La valutazione del rischio deve essere revisionata almeno ogni volta che vi siano modifiche degli impianti, della tipologia di pazienti assistiti o della situazione epidemiologica della struttura interessata o, infine, in caso di reiterata ed anomala presenza di Legionella negli impianti riscontrata a seguito dell'attività di monitoraggio.

Dalla valutazione del rischio, è risultato il seguente livello di esposizione:

RISCHIO	ESPOSIZIONE ALLA LEGIONELLA PNEUMOPHILA			
DESCRIZIONE	Le attività all'interno della Struttura comportano un possibile rischio di esposizione a <i>Legionella pneumophila</i> , dovuto alla possibilità di un gran numero di persone soggiornanti all'interno della Struttura stessa, della presenza di un impianto idrico sanitario e di un sistema di condizionamento e trattamento dell'aria. Il rischio a monte delle misure adottate, alla luce di quanto sopra, è valutato come alto, mentre il rischio residuo a valle delle misure di seguito descritte, viene valutato come basso.			
MISURE ADOTTATE	Formazione ed informazione del personale sul rischio biologico legato alla legionella (formazione per i neo-assunti e aggiornamenti periodici). Manutenzione ordinaria e straordinaria dell'impianto idrico e dei componenti dell'impianto aeraulico. Impianto di disinfezione in continuo. Flussaggio. Filtri assoluti nelle docce della piscina. Campionamenti e controlli periodici. Funzione di umidificazione delle UTA escluse.			
PROBABILITA'	improbabile	possibile	probabile	molto probabile
MAGNITUDO	lieve	modesto/medio	grave	gravissimo
RISCHIO/DANNO ATTESO	molto basso	basso	medio	alto

Il Programma di prevenzione e controllo della legionellosi della Fondazione si basa sull'adozione di un sistema integrato di misure tecniche, gestionali, manutentive e sanitarie, finalizzate a prevenire la proliferazione di Legionella spp negli impianti idrico-sanitari e aeraulici e a ridurre il rischio di esposizione per utenti e operatori.

4.1 Piano di autocontrollo degli impianti idrici

Per un governo del rischio, la Fondazione effettua controlli regolari con frequenza trimestrale, in accordo a quanto descritto nel documento "Piano annuale di campionamento microbiologico".

La programmazione descritta viene riesaminata dal gruppo di lavoro per la prevenzione ed il controllo della legionellosi almeno con frequenza annuale o qualora se ne ravvisi la necessità per eventuali casi sospetti o conclamati o esiti positivi dei controlli di laboratorio.

Piano di campionamento microbiologico ambientale			
IMPIANTO	SITO	PARAMETRO	NOTE
IDRICO-SANITARIO	A DISCREZIONE DELLA DIREZIONE SANITARIA	LEGIONELLA	PROGRAMMATO E STRAORDINARIO (*)
AEREAULICO	UNITA' DI TRATTAMENTO ARIA	LEGIONELLA	STRAORDINARIO (*)
	VENTILCONVETTORI LOCALI	CARICA BATTERICA MICETI	

Campionamento straordinario () – E' prevista questa possibilità al bisogno, con parametri da concordare di volta in volta.*

4.2 Piano di verifiche periodiche degli impianti

Le attività di verifica degli impianti sono descritte nel "Piano di verifiche periodiche degli impianti" e nel capitolato tecnico del contratto stipulato con il global service. Le evidenze degli interventi sono registrate su apposita modulistica.

Il controllo operativo sul fornitore è effettuato dall'Ufficio Tecnico della Fondazione.

Metodi di contrasto alla legionella adottati dalla Fondazione Santa Lucia		
METODO	PERIODICITA'	NOTE
Ricerca microbiologica della <i>Legionella</i> nell'impianto idrico con prelievi periodici in punti prestabiliti.	Trimestralmente. Intensificazione in caso di presenza del batterio.	Rischio di infezioni nel caso in cui la concentrazione di Legionella sia > 103 UFC/L
Gestione degli impianti secondo un piano di interventi manutentivi programmati e straordinari	Riportata in apposito capitolato e nel "Piano di verifiche periodiche degli impianti"	
Misura di disinfezione a lungo termine, clorazione.	Trattamento in continuo.	Disinfezione systemic, a titolo preventivo.
Bonifiche straordinarie. Misure a breve termine stabilite di volta in volta.	In caso di infezione da legione/lo ed in presenza di massive contaminazioni dell'impianto.	Disinfezione a titolo correttivo.

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

Nel periodo di riferimento, i campionamenti microbiologici eseguiti presso i punti rappresentativi della rete idrico-sanitaria della struttura (lavandini reparti, stanze di degenza e locali di servizio) hanno evidenziato valori di conta di Legionella spp inferiori al limite di quantificazione (<50 UFC/L) in quasi tutti i campioni analizzati. Dove si sono verificati valori non negativi, comunque inferiori al valore di parametro di 1000 UFC/L previsto dal D.Lgs. 18/2023 e coerenti con le indicazioni delle Linee Guida nazionali 2015, sono state effettuate le misure necessarie per riportare ad una condizione di assenza di contaminazione rilevabile e di adeguata efficacia delle misure di controllo in atto.

Inoltre, nel 2025 non sono stati registrati cluster di legionellosi e/o casi di Infezioni Correlate all'Assistenza correlabili alla rete idrica. Alla luce di tali esiti non si rendono necessari interventi correttivi, fermo restando il mantenimento del programma di prevenzione e controllo della legionellosi, comprensivo di monitoraggio periodico, manutenzione programmata degli impianti e riesame della valutazione del rischio, al fine di garantire nel tempo il mantenimento delle condizioni di sicurezza igienico-sanitaria dell'acqua destinata al consumo umano all'interno della struttura.

5.1 Sintesi del piano di miglioramento eventualmente previsto e indicazione sintetica delle azioni correttive

In un'ottica di miglioramento continuo e prevenzione proattiva del rischio, la struttura ha definito un piano di miglioramento che prevede:

- diffondere il documento all'interno dell'organizzazione, alla relativa conservazione della lista di diffusione;
- supervisionare lo stato manutentivo periodico o straordinario della rete idrica di distribuzione attraverso l'interfaccia con il G.I.D.I.;
- estensione dei punti di monitoraggio nelle aree a maggiore vulnerabilità;
- riesame periodico del piano di campionamento anche in relazione alle risultanze delle attività di monitoraggio;
- revisione delle procedure operative relative alla gestione dei ristagni e dei terminali poco utilizzati.

5.2 Pianificazione delle azioni di supporto previste

La Direzione ha definito un programma di informazione e formazione del personale, rivolto sia agli operatori tecnici sia al personale sanitario e assistenziale.

La formazione riguarda anche la prevenzione del rischio Legionella e in particolare:

- caratteristiche del rischio e modalità di trasmissione,
- comportamenti operativi corretti,
- procedure aziendali di prevenzione e controllo,
- modalità di segnalazione di anomalie o criticità.

Le attività formative sono pianificate, tracciate e integrate nel piano formativo aziendale e nel sistema ECM, ove applicabile.

6. Normativa di riferimento

- D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 - "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".
- Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano - Accordo del 7 febbraio 2013 concernente la Procedura operativa per la valutazione e gestione dei rischi correlati all'igiene degli impianti di trattamento aria.
- Linee Guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi - Approvato in Conferenza Stato- Regioni, nella seduta del 7 maggio 2015;
- 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;
- 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.
- Decreto Ministero della Salute 7 marzo 2022, "Revisione del sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL). (22A02179)" (GU Serie Generale n.82 del 07-04-2022).
- D.lgs. 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";
- Deliberazione Regione Lazio 28 giugno 2024, n. 460 "Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi"
- Comunicazione prot. U.0037825 del 15-01-2026 del CRRC della Regione Lazio oggetto: "Piano annuale di gestione del rischio sanitario 2026 (PARS)".