



Sede legale ed operativa

Via Maratona, 11
00053 Civitavecchia (RM)
C.F.: 0230299051
P.IVA: 01040621003

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Data: 27/02/2026

Redatto

Risk Manager

Matrice delle revisioni

Edizione	Revisione	Data	Descrizione della modifica
01	05	27/02/2026	Emissione documento 2026
01	04	27/02/2025	Emissione documento 2025
01	03	12/02/2024	Emissione documento 2024
01	02	09/02/2023	Emissione documento 2023
01	01	17/02/2022	Adeguamento alle nuove linee di indirizzo della Regione Lazio

ISTITUTO SANTA CECILIA s.r.l.

Via Maratona 11 / 00053 Civitavecchia - Italia

+39 0766 500581 / amministrazione@santacecilia.eu / santacecilia.eu

P.IVA / C.F. 01040621003



Indice del documento

INTRODUZIONE.....	3
B0 - AMBITO DI APPLICAZIONE.....	3
B1 - CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
B2 – RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	4
B3 – DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	5
B4 – RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE.....	5
B5 – MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	6
B6 – OBIETTIVI E ATTIVITA'	7
B7 – MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO.....	9
B8 – BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	10

INTRODUZIONE

La Regione Lazio nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, anche alla luce dell'approvazione della Legge n. 24 del 08/03/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" e dell'esperienza maturata nel corso della pandemia da Sars-CoV-2, ha ritenuto opportuno rivedere il contenuto del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) unificandone il contenuto in un unico Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) con l'obiettivo di:

- favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani;
- semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale supportandole nella cruciale fase del risk assesment.

Il PARS 2026 è redatto dal Risk Manager di nuova nomina e la rendicontazione del 2025 è stata gestita su indicazione dal precedente medico incaricato.

B0 - AMBITO DI APPLICAZIONE

Ai sensi di quanto previsto dalla Legge 8 marzo 2017, l'elaborazione del documento è interessa tutte le strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, del Servizio Sanitario Regionale.

Il presente Piano annuale viene redatto ai sensi del Documento di indirizzo regionale per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS) ed in particolare dell'allegato B, riferito alle strutture che erogano prestazioni in regime residenziale o strutture di assistenza extra-ospedaliera.

La gestione del rischio clinico nella Struttura viene esercitata in conformità alle norme nazionali e regionali.

B1 - CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Istituto Santa Cecilia Srl è un'associazione apolitica e senza scopo di lucro che gestisce un centro rieducativo e riabilitativo per soggetti invalidi civili, affetti da discinesie motorie, da minoranze fisiche, psichiche e sensoriali. Inoltre, effettua progetti riabilitativi in regime di degenza per pazienti adulti inviati da Strutture Sanitarie pubbliche o accreditate della Regione dopo trattamenti chirurgici e/o accidenti vascolari inabilitanti. Infine, opera anche, esclusivamente per soggetti minori, con una riabilitazione psicomotoria, logopedica od occupazionale in reparto dedicato denominato della "Età Evolutiva".

L' Istituto Santa Cecilia S.r.l. è inserita nella programmazione sanitaria della Regione Lazio, con la quale opera in regime di accreditamento (Decreto del Commissario ad Acta n. U00269 del 26/06/2013).

L' Istituto S. Cecilia, risulta strutturato come Presidio sanitario unico, articolato in più funzioni.

È prevista una netta divisione tra le strutture di degenza ordinaria (progetti riabilitativi residenziali), rispetto agli spazi ed al personale dedicati ai trattamenti ambulatoriali, a loro volta suddivisi tra quelli rivolti agli adulti e quelli dedicati alla cosiddetta "Età Evolutiva".

I posti letto complessivi accreditati sono 94 (novantaquattro) e si suddividono in numero variabile tra regime residenziale di Mantenimento (alto o basso), con progetti di 180 gg rinnovabili alla scadenza e soggetti in

regime Estensivo della durata di 60 gg, preventivamente autorizzati dalla Asl, eventualmente prorogabili, per specifiche documentate necessità di recupero, per un massimo di ulteriori gg.30.

Vengono effettuate prestazioni ambulatoriali specialistiche sia per pazienti adulti che per minori.

Tabella – Dati di attività

DATI STRUTTURALI aggiornati al 31/12/2025														
Posti letto ordinari	Numero 94													
Posti diurni	Numero 21													
Ricoveri ordinari	REGIME ESTENSIVO		NUMERO UTENTI RICOVERATI NELL'ARCO DEI MESI DELL'ANNO											
		Anno	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
		2025	49	57	49	51	46	40	42	48	49	51	56	53
	MANTENIMENTO		NUMERO UTENTI RICOVERATI NELL'ARCO DEI MESI DELL'ANNO											
		Anno	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
		2025	46	46	46	46	46	46	45	47	47	47	47	46
Pazienti Ambulatoriali	ETA' ADULTA		NUMERO UTENTI RIABILITATI NELL'ARCO DEI MESI DELL'ANNO											
		Anno	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
		2025	131	134	126	127	144	145	150	126	139	144	185	147
	ETA' EVOLUTIVA		NUMERO UTENTI RIABILITATI NELL'ARCO DEI MESI DELL'ANNO											
		Anno	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
		2025	113	122	124	117	113	125	113	119	123	119	120	120

B2 – RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Con “rischio clinico” si definisce la possibilità che un paziente subisca un “danno o disagio involontario, imputabile, alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”.

Tabella – Eventi segnalati nel 2025 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ^(B)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss ^(A)	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/ Comunicazione (%)	Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (%) Procedure/ Comunicazione (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%) Ecc.
Eventi Avversi ^(A)	0			
Eventi Sentinella ^(A)	0			

Tabella – 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	0	0
2022	0	0
2023	1	0
2024	0	1
2025	0	0
Totale	1	1

B3 – DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La Struttura dal punto di vista della copertura assicurativa ai fini della R.C.T. e R.C.O. ha la seguente posizione.

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio
2025	RCO-RCT-RC FABBRICATO N° 5048425KH (31/12/2025)	SARA ASSICURAZIONI	€ 18.000,00
2025	MULTIRISCHIO RC Rischii diversi N° 2019/30/6223100 (06/05/2025)	ITALIANA ASSICURAZIONI	€ 3.454,00
2026	RCO-RCT n. OX000317768 (31/01/2026 scad.31/01/2027)	REVO INSURANCE SpA	€ 14.700,00
2026	MULTIRISCHIO RC Rischii diversi N° 2019/30/6223100 (06/05/2025 scad. 06.05.2026)	ITALIANA ASSICURAZIONI	€ 3.454,00

B4 – RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE

In questa sezione per il PARS sono elencate le attività che erano previste nel PARS 2025.

ATTIVITA' PREVISTE NEL PARS 2025

OBIETTIVO: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sulle procedure associate alla prevenzione e assistenza nel soggetto fragile"	NO	Formazione non erogata in relazione ai cambiamenti organizzativi intervenuti che hanno interessato l'Istituto.
Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sulle procedure associate alla prevenzione delle infezioni in ambienti sanitario e delle lesioni da pressione"	NO	Formazione non erogata in relazione ai cambiamenti organizzativi intervenuti che hanno interessato l'Istituto.

OBIETTIVO: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Monitoraggio e valutazione della qualità delle cure	SI	Somministrata scheda di gradimento e predisposta di una relazione di sintesi

OBIETTIVO: IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Ampliamento del numero di dispenser nella Struttura, monitoraggio dell'implementazione della corretta igiene delle mani mediante osservazione diretta	Parziale	Integrato il numero dei dispenser nella struttura.
Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica	SI	Eseguito monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica e sapone per l'igiene delle mani
Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sulla corretta igiene delle mani	NO	Formazione non erogata in relazione ai cambiamenti organizzativi intervenuti che hanno interessato l'Istituto.

OBIETTIVO: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sulle procedure associate alla prevenzione e controllo delle infezioni da Clostridium difficile	NO	Formazione non erogata in relazione ai cambiamenti organizzativi intervenuti che hanno interessato l'Istituto.

B5 – MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità,

1. il Risk Manager che lo redige e ne monitorizza il miglioramento;
2. la Direzione Strategica che lo adotta con deliberazione e si impegna a fornire al Risk Manager le direttive e le risorse di budget necessarie alle attività in esso previste.

Nel Ns. Istituto la figura di Risk Manager coincide con quella di Direttore Sanitario, mentre la Direzione Strategica è assunta dal Rappresentante Legale della Associazione.

Il compito di redigere annualmente il PARS, proporre le delibere operative e monitorarlo è peculiare del Direttore Sanitario/Risk Manager, mentre l'adozione dei provvedimenti operativi compete al Rappresentante Legale.

Ovviamente entrambe le figure saranno coinvolte ed interessate ai rispettivi profili di responsabilità secondo la seguente distinzione:

Azione	Risk Manager / Direttore Sanitario	Direzione Amministrativa	Strutture Amministrative e Tecniche di supporto
Redazione PARS e proposta di deliberazione	R	C	-
Adozione PARS con deliberazione	I	C	-
Monitoraggio PARS	R	C	C

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

B6 – OBIETTIVI E ATTIVITA'

Le linee di indirizzo della Regione Lazio per l'adozione del PARS individuano i tre obiettivi strategici che le Strutture che erogano prestazioni in regime residenziale o strutture di assistenza extra-ospedaliera debbono impegnarsi a raggiungere:

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- B. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C. 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 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi. Dall'autovalutazione effettuata per l'anno 2023 in data 28/12/2023 dal Risk Manager/Direttore Sanitario la struttura si colloca in una fascia INTERMEDIA.
- D. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.

In questa sezione del documento vengono definiti per l'anno 2026 gli obiettivi che l'Istituto Santa Cecilia Srl ha individuato.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ: Organizzare un corso annuale sulla sicurezza delle cure e sulla gestione del rischio clinico, della durata di 60 minuti, incentrato sui principi di sicurezza, sulla prevenzione degli errori, sugli eventi avversi e near miss e sulle modalità di segnalazione interna		
INDICATORE Esecuzione del corso entro il 31.12.2026		
STANDARD SI		
FONTE Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Formazione
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ: Diffusione di un promemoria operativo (schede A4 o Poster) con indicazioni essenziali sulla segnalazione degli eventi avversi e buone pratiche di sicurezza		
INDICATORE Esecuzione del corso entro il 31.12.2026		
STANDARD SI		
FONTE Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Formazione
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I

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

Migliorare l'appropriatezza assistenziale attraverso un corso annuale dedicato alla corretta gestione del processo terapeutico, finalizzato a ridurre gli errori, uniformare le pratiche e aumentare la sicurezza della somministrazione dei farmaci.

ATTIVITÀ

Organizzare un corso annuale della durata di 60 minuti volto ad approfondire i seguenti contenuti: Riconciliazione terapeutica all'ingresso, errori più frequenti nella somministrazione, corretta compilazione della terapia, doppio controllo nelle terapie a rischio, gestione delle comunicazioni tra operatori

INDICATORE Esecuzione del corso entro il 31.12.2026

STANDARD SI

FONTE Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	Personale sanitario
Valutazione	R	C
Controllo schede	R	I

OBIETTIVO C) 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

Migliorare l'appropriatezza assistenziale nella gestione dei pazienti sottoposti a interventi ortopedici e dei pazienti a rischio di lesioni da pressione, attraverso la corretta valutazione delle ferite chirurgiche, la gestione appropriata delle medicazioni, la prevenzione delle infezioni e delle deiscenze al fine di ridurre gli eventi avversi e migliorare qualità globale dell'assistenza e l'esito del percorso riabilitativo.

ATTIVITÀ

Organizzazione di un corso annuale sulla gestione delle ferite chirurgiche e sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione. Durata 60 minuti.

INDICATORE - Esecuzione del corso entro il 31.12.2026

STANDARD SI

FONTE Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	Direzione
Acquisto dispenser	C	R
Revisione Piano	R	C

OBIETTIVO C) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

Rafforzare l'aderenza alle pratiche di igiene delle mani tramite un corso formativo annuale dedicato ai "5 momenti OMS" e alla corretta tecnica, finalizzato a migliorare i comportamenti degli operatori e mantenere i livelli di sicurezza raggiunti.

ATTIVITA'

Integrazione della documentazione informativa tramite Poster/Remainder nei punti critici

INDICATORE Affissione delle informative nei punti critici identificati

STANDARD SI

FONTE Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direzione
Monitoraggio	C	R
Revisione Piano	R	C

OBIETTIVO D) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE

Lo scopo è ridurre il rischio di trasmissione delle infezioni respiratorie attraverso il miglioramento delle conoscenze e delle competenze del personale sulle misure di prevenzione, riconoscimento precoce e gestione dei casi sospetti o confermati. Promuovere comportamenti assistenziali sicuri che proteggano pazienti, operatori e visitatori garantendo continuità assistenziale, riduzione dei cluster infettivi e uniformità nelle procedure da applicare in presenza di sintomi respiratori.

ATTIVITA'

Realizzazione di un corso annuale sulla prevenzione e gestione delle infezioni respiratorie (influenza, RSV, parainfluenzali) e sulle procedure da attuare per contenere i contagi tra operatori, pazienti e visitatori.

INDICATORE Esecuzione del Corso entro il 31.12.2026

STANDARD SI

FONTE Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direzione
Progettazione del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	C

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

B7 – MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento verrà diffuso a livello dell'Istituto Santa Cecilia con le seguenti modalità:

- Pubblicazione sul Sito Web dell'Istituto
- Presentazione alla Direzione Amministrativa
- Pubblicazione sull'intranet per diffusione al personale.

B8 – BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

Si riportano di seguito le fonti normative utilizzate quale riferimento per la stesura del presente Piano Aziendale per la gestione del Rischio Sanitario:

- SITO del Ministero della Salute. <http://www.salute.gov.it/>
- SITO della Fondazione “Italia in Salute”
- SITO della Associazione Scientifica Hospital & Clinical Risk Managers (HCRM)
- Circolare ministeriale 52/1985 - Lotta alle infezioni ospedaliere.
- Circolare ministeriale 8/1988 - Lotta alle infezioni ospedaliere.
- Decreto del 11 dicembre 2009 *Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità*
- DCA Regione Lazio del 10/02/2011 n. U0008 e s.m.i.
“Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie”
- Circolare Ministero della Salute del 26 febbraio 2013. n. 4968
Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020
- Determinazione Regione Lazio del 6 dicembre 2017 n. 16829
Istituzione del “Centro Regionale per il Rischio Clinico” (CRRC).
- Determinazione Regione Lazio del 26 febbraio 2021 n. G02044
Adozione del “Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani”.
- Determinazione Regione Lazio del 20 luglio 2021 n G09850
“Adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”.
- Documento di indirizzo Regione Lazio
“Elaborazione del Piano annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”
- Determinazione Regione Lazio del 25/01/2022 n. G00643
Adozione del “Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”.
- Determinazione Regione Lazio del 06/11/2022 n. G15198
Approvazione del “Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita” in sostituzione del “Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”, di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016
- Determinazione Regione Lazio del 28/11/2022 n. G16501
Approvazione del “Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)”.
Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 460 del 28/06/2024 “Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi”
- Determina Regione Lazio del 23/12/2025 n G17673
“Approvazione del Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PARCA 2026-2028)”
- Comunicazione prot. U.0037825 del 15-01-2026 del CRRC della Regione Lazio oggetto: *Piano annuale di gestione del rischio sanitario 2026 (PARS)*



ALLEGATO A

Sede legale ed operativa

Via Maratona, 11
00053 Civitavecchia (RM)
C.F.: 0230299051
P.IVA: 01040621003

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI - PALIM

Matrice delle revisioni

Edizione	Revisione	Data	Descrizione della modifica
01	06	05/03/2026	Revisione del documento con integrazioni richieste
01	05	27/02/2026	Emissione documento 2026
01	04	27/02/2025	Emissione documento 2025
01	03	12/02/2024	Emissione documento 2024
01	02	29/12/2023	Emissione documento 2023
01	01	17/02/2022	Adeguamento alle nuove linee di indirizzo della Regione Lazio

ISTITUTO SANTA CECILIA s.r.l.

Via Maratona 11 / 00053 Civitavecchia - Italia

+39 0766 500581 / amministrazione@santacecilia.eu / santacecilia.eu

P.IVA / C.F. 01040621003



Indice del documento

PREMESSA	3
Complessità organizzativa e intensità assistenziale	3
Modalità organizzative in atto	3
INTRODUZIONE	3
SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	5
ACRONIMI, TERMINIE E DEFINIZIONI	5
GENERALITA'	6
METODOLOGIA	6
INTERVENTI-AZIONI-CRONOLOGIA-INDICATORI	7
MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO	10
RIFERIMENTI NORMATIVI	11
BIBLIOGRAFIA	12
ALLEGATI	12

PREMESSA

Complessità organizzativa e intensità assistenziale

L'Istituto Santa Cecilia è un centro rieducativo e riabilitativo per soggetti invalidi civili, affetti da discinesie motorie, da minoranze fisiche, psichiche e sensoriali. Inoltre, effettua progetti riabilitativi in regime di degenza per pazienti adulti inviati da Strutture Sanitarie pubbliche o accreditate della Regione dopo trattamenti chirurgici e/o incidenti vascolari inabilitanti. Infine, opera anche, esclusivamente per soggetti minori, con una riabilitazione psicomotoria, logopedica od occupazionale in reparto dedicato denominato della "Età Evolutiva".

L'Istituto Santo Cecilia è inserita nella programmazione sanitaria della Regione Lazio, con la quale opera in regime di accreditamento (Decreto del Commissario ad Acta n.U00269 del 26/0/2013).

L'Istituto S. Cecilia, risulta strutturato come Presidio sanitario unico, articolato in più funzioni.

È prevista una netta divisione tra le strutture di degenza ordinaria (progetti riabilitativi residenziali) rispetto agli spazi ed al personale dedicati ai trattamenti ambulatoriali, a loro volta suddivisi tra quelli rivolti agli adulti e quelli dedicati alla cosiddetta "Età Evolutiva".

Vengono effettuate prestazioni ambulatoriali specialistiche sia per pazienti adulti che per minori.

Modalità organizzative in atto

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

- PARS - Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario
- Procedura prevenzione e gestione ICA Procedura Gestione del rischio clinico
- Procedura Identificazione e trattamento delle infezioni da Clostridium difficile
- Opuscolo — Prevenzioni infezioni da Clostridium difficile
- Opuscolo — Igiene delle mani
- Cartello precauzioni da contatto
- Istruzione operativa Igiene delle Mani
- Volantino lavaggio mani
- Brochure e dépliant sulle corrette modalità di lavaggio delle mani e sui 5 momenti per l'igiene delle mani
- Scheda Osservazione per la Compliance all'Igiene delle Mani.

INTRODUZIONE

Con il termine Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) si intendono tutte le infezioni riconducibili a momenti assistenziali, 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 tecnologico e procedurale, ne aumentino l'incidenza annuo.

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 fra "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 della Struttura sanitaria;
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", così scanditi:

- Momento 1: prima di toccare un paziente;
- Momento 2: prima di una procedura pulita/asettica,
- Momento 3: dopo il rischio/esposizione a un liquido biologico;
- Momento 4: dopo aver toccato un paziente;
- 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:

- favorire il collegamento tra specifiche azioni di Igiene delle Mani e specifici esiti intettivi in pazienti e operatori sanitari;

- aumentare l'autoefficacia degli operatori fornendo indicazioni precise su come integrare l'Igiene delle Mani nel processo di cura;
- 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 auto valutazione ed elaborino un piano di azione locale, basato sugli esiti di tale autovalutazione. Le misure di attuazione dello stesso devono essere inserite fra le attività previste dal PARS.

Il "Piano di azione locale per l'igiene delle mani" rappresenta per l'Istituto Santa Cecilia 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 dell'Istituto Santo Cecilia.

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:

- Organizzare un sistema di sorveglianza delle Infezioni correlate all'assistenza, individuando i dati raccogliere, le relative fonti e i flussi informativi;
- Codificare e organizzare le misure di prevenzione, elaborando linee guida e procedure specifiche;
- Curare l'informazione e la formazione del personale sui programmi di sorveglianza e controllo;
- Verificare l'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza e controllo e la loro efficacia;
- Formulare proposte operative in ordine a provvedimenti di urgenza da adottarsi dalla Direzione Sanitaria in particolari evenienze di rischio infettivo.

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.

ACRONIMI, TERMINIE E DEFINIZIONI

Acronimi	
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
PARS	Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario
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

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 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 transitorio, 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 operatorie di livello intermedio.

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:

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

METODOLOGIA

La metodologia seguita, in accordo a quanto indicato nel "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" ha previsto i seguenti step:

- Autovalutazione rispetto ai seguenti ambiti:
- 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 alcolico 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 dell'Istituto;
- 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.

Gli obiettivi specifici e il programma attuativo di miglioramento sono riportati nel seguito del documento.

INTERVENTI-AZIONI-CRONOLOGIA-INDICATORI

Ambito dei requisiti strutturali e tecnologici

Rendicontazione 2025: Completata la mappatura dei punti di assistenza dotati di dispenser. Completata la raccolta dei dati relativi all'utilizzo della soluzione idroalcolica all'interno dell'Istituto.

Obiettivo 2026:

SEZIONE A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Integrazione ulteriore del numero di punti di assistenza dotati di dispenser	Analisi di mercato e attivazione della procedura di acquisto.	Ufficio Acquisti	Maggio 2026	Individuazione, richiesta e comparazione di almeno 3 offerte

Ambito della formazione del personale

Rendicontazione 2025: Formazione non erogata in relazione ai cambiamenti organizzativi intervenuti che hanno interessato l'Istituto.

Obiettivo 2026:

SEZIONE A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Aggiornamento della formazione sull'effettuazione dell'igiene delle mani, con un corso mirato	Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sulla corretta igiene delle mani	Direzione Sanitaria, CCICA, Ufficio formazione	Dicembre 2026	n° corsi formativi effettuati/ n° corsi previsti

SEZIONE A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
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	Direzione Sanitaria, Ufficio Personale CCICA	Settembre 2026	n° corsi formativi effettuati/ n° corsi previsti

Ambito del monitoraggio e feedback

Rendicontazione 2025: Riunioni sulla tematica non effettuate in relazione ai cambiamenti organizzativi intervenuti che hanno interessato l'Istituto. Obiettivo riproposto.

Obiettivo 2026:

SEZIONE A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Prevedere un feedback sistematico per gli operatori sanitari e lo Direzione con frequenza semestrale relativa mente agli indicatori individuati e al rispettivo andamento nel tempo.	Aggiornamento di un cruscotto di indicatori e analisi del trend nel tempo Diffusione dei risultati di riunioni interne tra i responsabili e gli operatori, presentazione nel riesame della direzione	Direzione Sanitaria, Responsabili di funzione Coordinatori	dicembre-26	Invio delle note di feedback

Ambito della comunicazione permanente

Rendicontazione 2025: Effettuate con esito positivo le verifiche semestrali di monitoraggio in merito alla corretta affissione dei poster informativi sulla corretta igiene delle mani.

Obiettivo 2026:

SEZIONE A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Rafforzare l'aderenza alle pratiche di igiene delle mani tramite un corso formativo annuale dedicato ai "5 momenti OMS" e alla corretta tecnica, finalizzato a migliorare i comportamenti degli operatori e mantenere i livelli di sicurezza raggiunti.	Integrazione della documentazione informativa tramite Poster/Remainder nei punti critici.	CCICA	Dicembre 2026	n. riunioni/anno

Clima organizzativo e Commitment

Rendicontazione 2025: Riunioni interne sulla tematica non effettuate in relazione ai cambiamenti organizzativi intervenuti che hanno interessato l'Istituto. Obiettivo riproposto

Obiettivo 2026:

SEZIONE A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Programmare riunioni con il Coordinatore del Gruppo operativo del CCICA e tutte le funzioni delegate e coinvolte almeno una volta l'anno per feedback e aggiornare il piano d'azione locale per l'Igiene delle Mani in base agli obiettivi raggiunti	Programmare una riunione preliminare al riesame della direzione e presentare i risultati nel corso dello stesso al fine di poterli condividere e poter pianificare le azioni necessarie.	Direzione Sanitaria CCICA	Dicembre 2026	n. riunioni/anno



RISULTATI DEL MONITORAGGIO

Questionario di autovalutazione			
Sezione	Punteggio Anno 2024	Punteggio Anno 2025	Analisi dell'andamento ed elenco delle azioni previste per il miglioramento dei risultati
A. Requisiti strutturali e tecnologici	40	40	Dai risultati del questionario di autovalutazione 2025, non si sono registrati i miglioramenti desiderati sulle varie aree tematiche, causa anche i cambiamenti organizzativi che hanno interessato la struttura. Al fine di raggiungere i risultati auspicati, si ritiene necessario attuare le azioni di miglioramento descritti nei paragrafi precedenti.
B. Formazione del personale	85	85	
C. Valutazione, monitoraggio e Feedback	40	40	
D. Comunicazione permanente	45	45	
E. Clima organizzativo e Commitment	40	40	
Monitoraggio consumo SIA			
Consumo 2024	Consumo 2025	Analisi dell'andamento	
3,59 L/1000 GDO	7,02 L/1000 GDO	L'analisi dei dati evidenzia che il consumo passa da 3,59 L/1000 giornate di degenza ordinaria (GDO) nel 2024 a 7,02 L/1000 GDO nel 2025, registrando un incremento significativo rispetto all'anno precedente. L'aumento osservato può essere interpretato come un miglioramento dell'attenzione alle pratiche di igiene delle mani, che rappresenta una misura fondamentale di prevenzione del rischio infettivo in particolari situazioni assistenziali, in particolare quando le mani risultano visibilmente sporche o dopo il contatto con materiali biologici. Alla luce di tali elementi, l'incremento del consumo rappresenta un segnale di maggiore utilizzo dei presidi per l'igiene delle mani, ma è opportuno continuare a monitorare congiuntamente i consumi dei diversi prodotti (sapone e soluzione idroalcolica) e i livelli di compliance osservazionale, al fine di valutare in modo più completo l'aderenza alle raccomandazioni e l'efficacia delle misure di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).	
Monitoraggio osservazioni compliance igiene mani			
Osservazioni compliance 2024	Osservazioni compliance 2025	Analisi dell'andamento	
70%	73%	Le osservazioni effettuate evidenziano un miglioramento del livello di compliance alle pratiche di igiene delle mani, che passa dal 70% nel 2024 al 53% nel 2025, con un lieve incremento. Il dato indica un andamento positivo dell'aderenza alle raccomandazioni per l'igiene delle mani, tuttavia, pur registrandosi un miglioramento rispetto all'anno precedente, permane un margine di miglioramento rispetto ai livelli di compliance generalmente auspicati.	

MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO

Il presente documento viene pubblicato sulla intranet aziendale accessibile a tutto il personale sanitario operante in Istituto ed allegato al PARS.

La diffusione avverrà inoltre mediante focus programmati con la Direzione Sanitaria.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Determina Direzione Regionale Salute ed integrazione Socio-sanitaria G02044 del 26_02_2021 -" Adozione del Piano di intervento Regionale sull'igiene delle Mani"
- Circolare Ministero de/la 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 de/le infezioni correlate all'assistenza sanitario (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici".
- Ordinanza Presidente Regione Lazio N. 700034 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 od interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali" - Versione del 24 agosto 2020.
- Tavolo Permanente 17 dicembre 2021
- 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: lo 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 o dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge del 5 giugno 2003, n. 13 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 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.

BIBLIOGRAFIA

- WHO — Global guidelines for the prevention of surgical site infection (2016).
- 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

ALLEGATI

- Allegato n. 1 - Lavaggio mani con soluzione alcolica
- Allegato n. 2 - Lavaggio mani con acqua e sapone
- Allegato n. 3 — I 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani

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

Usa la soluzione alcolica per l'igiene
delle mani. Se sono visibilmente sporche
lavale con acqua e sapone.



Durata della
procedura:
20-30 secondi



Come lavarsi le mani con acqua e sapone

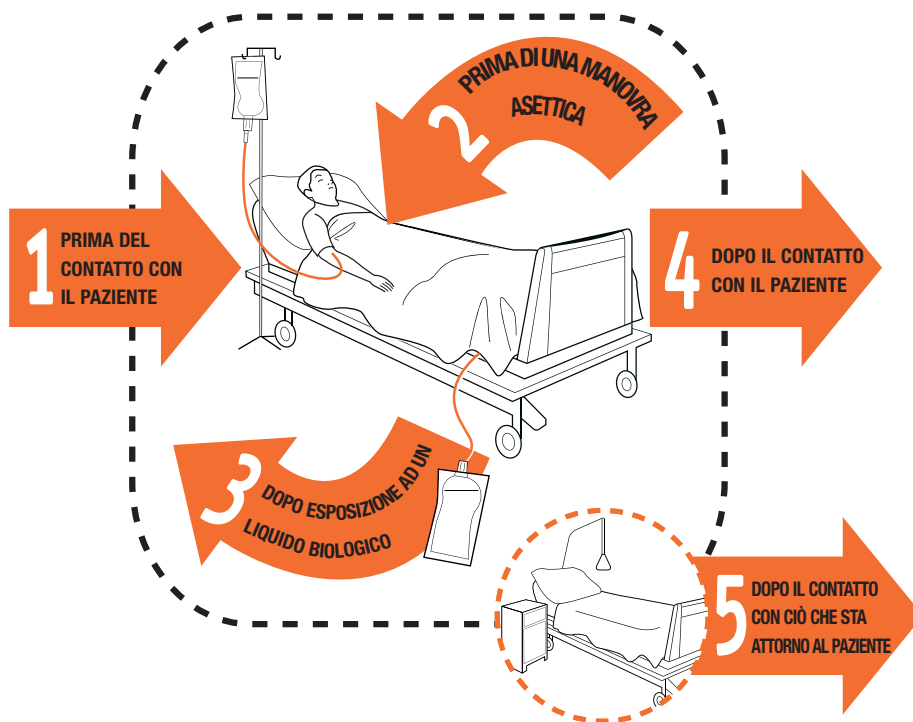
Lava le mani con acqua e sapone
se sono visibilmente sporche,
altrimenti usa la soluzione alcolica.



Durata della
procedura:
40-60 secondi



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.

ALLEGATO B

RELAZIONE DI SINTESI DEL PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

Premessa, contesto normativo e finalità del programma

In ottemperanza alle indicazioni del Centro Regionale per il Rischio Clinico (CRRC) – nota prot. n. U.0037825 del 15/01/2026 – la presente relazione sintetica descrive lo stato di attuazione del Programma aziendale di prevenzione e controllo della Legionellosi.

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.

a) Costituzione del Team Legionella

Con atto formale della Direzione è stato istituito il Team aziendale per la prevenzione e il controllo della Legionellosi, quale organismo tecnico-operativo a supporto del sistema di gestione del rischio clinico.

Il Team è multidisciplinare e include:

- Rappresentante della Direzione Sanitaria;
- Risk Manager;
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione;
- Rappresentante delle aree cliniche;
- Gestore della Distribuzione Idrica Interna (GIDI).

Il gruppo opera secondo un modello organizzativo strutturato che prevede:

- incontri periodici di verifica,
- analisi degli esiti dei monitoraggi,
- aggiornamento del Documento di Valutazione del Rischio Legionella,
- attivazione di eventuali azioni correttive o migliorative.

b) Realizzazione piattaforma documentale

La struttura ha implementato un sistema documentale aziendale in formato elettronico, la cui documentazione è archiviata su server aziendale all'interno di una cartella dedicata condivisa, con accesso profilato, che consente la gestione controllata, la tracciabilità delle revisioni e la consultazione strutturata di tutta la documentazione relativa al rischio Legionella.

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

Il Datore di Lavoro, in collaborazione con il RSPP, il Medico Competente e previa consultazione del RLS effettua la valutazione del rischio legionellosi e redige il D.V.R. di cui agli artt.17 e 271 del D.Lgs 81/2008 s.m.i.. 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. A valle della valutazione del rischio, le unità operative sono state classificate come segue:

- Degenza – Livello Medio
- Ambulatori di riabilitazione – Livello Basso
- Uffici - Livello Basso
- Archivi/Magazzini – Livello Basso

Il Programma di prevenzione e controllo della legionellosi dell'Istituto Santa Cecilia 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.

L'impianto di produzione dell'acqua calda sanitaria è costituito da serbatoi di accumulo contenenti acqua tecnica, alimentati da sistemi integrati (tra cui pannelli solari sottovuoto e gruppo pompa di calore) e dimensionati per garantire continuità di esercizio e adeguata inerzia termica del sistema. Il trasferimento di energia termica avviene esclusivamente tramite scambiatori di calore, che assicurano il riscaldamento dell'acqua sanitaria mantenendo la completa segregazione tra circuito primario (acqua tecnica) e circuito secondario (acqua destinata al consumo umano), evitando qualsiasi contatto diretto tra i fluidi. L'assetto impiantistico prevede accumuli tecnici dedicati, serbatoi ACS separati, sistemi di ricircolo continuo dell'acqua sanitaria e miscelazione termostatica alle utenze finali, nonché dispositivi di trattamento dell'acqua (addolcitore) per la riduzione delle incrostazioni e della formazione di biofilm. Tale configurazione consente di ridurre i rischi di contaminazione microbiologica, limitare i fenomeni di ristagno e ottimizzare il controllo delle temperature di esercizio, permettendo l'esecuzione programmata di cicli di shock termico e di altre misure di prevenzione e controllo della Legionella. La presenza di circuiti distinti, sistemi di regolazione, pompe di ricircolo e componenti di sicurezza garantisce inoltre una maggiore stabilità termo-idraulica e una più efficace governabilità del rischio biologico negli impianti complessi destinati ad uso sanitario.

È attivo un sistema di disinfezione continua dell'acqua mediante biossido di cloro (impianto "Legionella free system"), la cui efficacia è verificata nel tempo attraverso il monitoraggio sistematico dei parametri operativi (temperature, ricircoli, concentrazione del disinfettante) e dei controlli microbiologici periodici, in conformità alle Linee Guida nazionali per la prevenzione e il controllo della legionellosi e ai requisiti normativi applicabili agli impianti idrico-sanitari in ambito sanitario.

Sono inoltre attuate misure manutentive programmate atte a prevenire la formazione di biofilm e ristagni, tra cui:

- flussaggio periodico dei terminali poco utilizzati con frequenza almeno mensile, con scorrimento dell'acqua calda e fredda per tempi definiti;
- pulizia, disincrostazione e disinfezione semestrale di rubinetterie, rompigetto e docce, con preferenza per terminali a ridotta formazione di biofilm;
- svuotamento, lavaggio, disinfezione e, ove necessario, disincrostazione dei bollitori e dei serbatoi di accumulo con periodicità almeno semestrale.

L'impianto di climatizzazione dell'Istituto è costituito da pompe di calore aria-acqua a circuito frigorifero chiuso, destinate alla produzione di acqua tecnica calda e refrigerata per il funzionamento di terminali interni tipo ventilconvettori. Il sistema impiantistico è configurato con circuito idronico chiuso con ricircolo tecnico del fluido termovettore, non destinato al consumo umano e separato da qualsiasi rete di acqua sanitaria. In relazione a tali caratteristiche impiantistiche, il rischio Legionella è da considerarsi non applicabile, in quanto non sono presenti condizioni di proliferazione del microrganismo né sistemi di aerosolizzazione dell'acqua tecnica. Restano comunque garantite le attività di manutenzione igienico-sanitaria dei ventilconvettori, in conformità alle buone pratiche e alla normativa vigente in materia di qualità dell'aria indoor.

Il sistema di controllo è integrato da un piano di monitoraggio microbiologico periodico mediante campionamenti ambientali dell'acqua sanitaria eseguiti secondo lo standard UNI EN ISO 11731, finalizzati alla verifica dei livelli di colonizzazione e all'individuazione di eventuali punti critici della rete. I livelli di concentrazione accettabili sono definiti in relazione al livello di rischio delle diverse unità operative, con soglie differenziate per rischio basso e medio.

d) 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 tutti i campioni analizzati. Tali risultati risultano ampiamente 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, configurando una condizione di assenza di contaminazione rilevabile e di adeguata efficacia delle misure di controllo in atto. Inoltre, 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.

e) 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,
- aggiornamento periodico del documento di valutazione del rischio.

Nel periodo considerato non si sono rese necessarie azioni correttive, in assenza di superamenti dei limiti microbiologici.

f) Pianificazione delle azioni di supporto previste

La Direzione si impegna a definire da 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.

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.
- 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”;
- 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).
- DGR n. 344 del 23 maggio 2024 - “Sorveglianza delle malattie infettive durante il Giubileo 2025. Piano Regionale 2024-2025”.
- Comunicazione prot. U.0037825 del 15-01-2026 del CRRC della Regione Lazio oggetto: “Piano annuale di gestione del rischio sanitario 2026 (PARS)”.