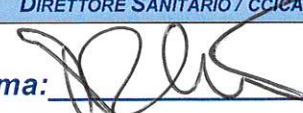


 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 1 di 26

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) A.C.I.S.M.O.M.

Anno 2026

PREPARATO	VERIFICATO	APPROVATO
CLINICAL RISK MANAGER	DIRETTORE SANITARIO / CCICA	DIRETTORE GENERALE
Firma: 	Firma: 	Firma: 
	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	Data:
Firma: 		

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 2 di 26

INDICE

- 1. Contesto organizzativo**
- 2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati**
- 3. Descrizione della posizione assicurativa**
- 4. Resoconto delle attività del Piano precedente**
- 5. Matrice delle responsabilità del PARS**
- 6. Obiettivi ed attività**
 - 6.1 Obiettivi**
 - 6.2 Attività**
- 7. Obiettivi ed attività per la gestione del rischio infettivo**
 - 7.1. Obiettivi**
 - 7.2. Attività**
- 8. Modalità di diffusione del PARS**
- 9. Bibliografia e sitografia**

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 3 di 26

1. Contesto Organizzativo

L'Ospedale San Giovanni Battista A.C.I.S.M.O.M. è specializzato nell'assistenza e nella riabilitazione motoria e neurologica post-acuzie Cod. 56 (RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE). Ai sensi dell'art. 8 comma 5 del D.lgs. 502/1992, così come modificato dall'art. 9 del D.lgs. 517/1993, l'attività sanitaria della struttura è parte integrante del servizio sanitario pubblico, e, ai sensi del DCA 121/2011, è inserita nella programmazione sanitaria della Regione Lazio.

L'Ospedale San Giovanni Battista dispone di 240 posti letto, in regime di ricovero ordinario e day hospital.

Le attività sanitarie assicurano in modo integrato le funzioni di ricovero, le prestazioni ambulatoriali ed i servizi di diagnostica per immagini e patologia clinica, cui corrispondono altrettante Unità Operative Complesse (UOC), a loro volta comprendenti più Unità Operative Semplici (UOS). La struttura non eroga il servizio di pronto soccorso, non effettua ricoveri d'urgenza e non dispone di sale operatorie.

L'A.C.I.S.M.O.M., con la figura del Risk Manager nell'ambito della U.O. di Rischio Clinico ed Accreditamento, la Costituzione del Comitato Unico di Risk Management, del Comitato Valutazione Sinistri e del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA), ed attraverso le Politiche di risk management e i relativi PARS, è orientato a migliorare la sicurezza delle cure a tutela dell'interesse del paziente. Gli Strumenti Operativi, in cui si inseriscono annualmente gli obiettivi identificati del PARS, hanno il fine di analizzare le anomalie di processo e/o di singole azioni per l'adozione di azioni correttive tendenti al miglioramento continuo dei processi. La gestione del Rischio Clinico diviene così un sistema di prevenzione e di contenimento degli errori evitabili, in garanzia della sicurezza dei pazienti, degli operatori e della Azienda.

Il 04 Dicembre 2025 è stata deliberata la modifica dei componenti del CCICA.

Il 24 Gennaio 2025 è stato costituito il Comitato Unico di Risk Management ed il nuovo Comitato Valutazione Sinistri con il compito di esaminare e determinare l'esito dei sinistri, tenendo conto dei contratti assicurativi stipulati da A.C.I.S.M.O.M.

L'Azienda ha già partecipa al monitoraggio dell'uso di antibiotici e partecipa attivamente alla sorveglianza, inviando costantemente le segnalazioni obbligatorie relativi ai germi sentinella ed alle malattie infettive, come da apposite procedure aziendali che recepiscono le normative vigenti nazionali e regionali.

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 4 di 26

DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	219	Posti letto Medicina Fisica Riabilitativa cod. 56	199
		Posti letto alta specialità Neuroriabilitazione cod.75	20
Posti letto diurni	21		
DATI DI ATTIVITÀ			
Ricoveri ordinari ^(A)	2244	Ricoveri diurni ^(A)	442
Branche specialistiche	23	Prestazioni ambulatoriali erogate ^(B)	383.007

(A): Dati forniti dall'Ufficio SIO e aggiornati al 18/01/2025.

(B): Dati relativi al poliambulatorio Ospedale San Giovanni Battista ACISMOM

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 5 di 26

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Tabella 4 – Eventi segnalati nel 2023 (ai sensi dell’art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

<i>Tipo di evento</i>	<i>N. (e % sul totale degli eventi)</i>	<i>Principali fattori causali/contribuenti^(B)</i>	<i>Azioni di miglioramento</i>	<i>Fonte del dato</i>
Near Miss¹	(55%)	Strutturali (20%) Procedure/Comunicazione (80%)	Procedure/Comunicazione (70%) Tecnologiche (30%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi	(44%)			
Eventi Sentinella	(1%)			

Dall’analisi degli eventi occorsi nel 2025, si evidenzia anche quest’anno propensione da parte degli operatori alla segnalazione di Near Miss e di eventi avversi relativi a cadute (185 su 193 eventi avversi/Near Miss), seppur con un incremento sostanziale e costante nella segnalazione di eventi diversi, anche grazie alla diffusione della procedura di incident reporting per tutte le tipologie di segnalazione. L’unico evento sentinella segnalato è relativo ad una aggressione tra degenti a rilevanza organizzativa, per il quale sono state individuate delle azioni di miglioramento.

Tabella 5 –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	1	1.920
2022	6	0
2023	3	458.296
2024	4	0
2025	2	803.833
Totale	16	1.264.049

(A): 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.) per l’Ospedale San Giovanni Battista, disaggregati dalle strutture ambulatoriali nazionali.

Dal 2016 è attivo un Comitato di Valutazione Sinistri (CVS), organismo professionale multidisciplinare autonomo, al servizio della Direzione Generale, al quale sono attribuiti compiti di consulenza e di trattazione dei contenziosi di ogni ordine e grado e per la definizione e liquidazione in via stragiudiziale di richieste risarcitorie relative a Responsabilità Civile verso terzi

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 6 di 26

e verso prestatori di lavoro (RCT/RCO). Le finalità, la composizione ed il funzionamento del Comitato sono regolati da apposito regolamento approvato.

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2023	31/12/2023	Unipol SAI	426.122,00	150.000,00	Aon
2024	31/12/2024	Relyens Mutual Insurance	382.031,00	100.000,00	Aon
2025	31/12/2025	Relyens Mutual Insurance	382.031,00	100.000,00	Aon

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Nel PARS 2025 si erano individuate 18 differenti attività specifiche e nella successiva Tabella si dettaglia per ciascuna il livello di raggiungimento alla data del 31/12/2025.

ACISMOM ha partecipato anche per il 2025 al monitoraggio Ministeriale AGENAS sulle raccomandazioni Ministeriali.

Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività 1. Attività formativa per il personale medico sulla corretta applicazione della contenzione.	Parzialmente	Sensibilizzato il personale medico libro professionale al corretto utilizzo della contenzione, per mezzo di nuova diffusione della procedura aziendale. Attività da completare nel 2026, per mezzo di FAD, indirizzato anche al personale infermieristico e fisioterapico.
Attività 2. Attività Formativa "Le Urgenze in Riabilitazione"	SI	Attività formativa effettuata e rivolta al personale delle UU.OO. di degenza.
ATTIVITÀ 3: Attività Formativa "Gli eventi avversi A.C.I.S.M.O.M. e	SI	Attività formativa effettuata in FAD a tutto il personale sanitario.

©ACISMOM - Allrightsreserved - E' vietata ogni riproduzione non autorizzata del documento.

Se il documento viene stampato, la copia cartacea non è più un documento soggetto a controllo a meno che non né venga assicurata una gestione controllata.
Verificare la validità consultando il sito Intranet aziendale.

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 7 di 26

<i>L'importanza dell'Incident Reporting.</i>		
<i>Attività 4. Attività Formativa "Elementi per la lettura dell'Elettrocardiogramma. Corso Base".</i>	<i>SI</i>	<i>Attività formativa rivolta al personale infermieristico.</i>
<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.</i>		
<i>Attività 5. Auditing su corretta comunicazione nel trasferimento in urgenza.</i>	<i>SI</i>	<i>Audit effettuato con restituzione dei risultati e delle azioni di miglioramento al personale sanitario.</i>
<i>Attività 6. Attività di formazione "La fase preanalitica. Passo fondamentale nel processo delle analisi di Laboratorio".</i>	<i>SI</i>	<i>Attività effettuata e rivolta al personale infermieristico, come preventivato.</i>
<i>Obiettivo C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.</i>		
<i>Attività 7. Adozione disciplinare per l'uso delle risorse informatiche aziendali dell'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Ordine Di Malta.</i>	<i>SI</i>	<i>Disciplinare redatto, pubblicato e diffuso.</i>
<i>Attività 8. Implementazione ed aggiornamento delle scale di valutazione per la disfagia sulla base delle ultime linee guida.</i>	<i>SI</i>	<i>Adottate le ultime scale di valutazione. Recepite al sistema Qualità Aziendale.</i>
<i>ATTIVITÀ 9: Attività formativa residenziale sulla corretta gestione del Catetere Venoso Centrale.</i>	<i>Parzialmente</i>	<i>Revisionata procedura aziendale secondo le ultime linee guida. Rimandata la attività formativa al 2026.</i>
<i>Obiettivo D) Partecipare alle attività regionali in tema di risk management. Con questo obiettivo si è inteso dare la possibilità alle strutture che partecipano attivamente a gruppi di lavoro e ad altre attività a valenza regionale, di valorizzare tali attività purché, ovviamente, sia possibile darne evidenza documentale.</i>		
<i>Attività 10. Partecipazione alle riunioni del tavolo</i>	<i>SI</i>	<i>Partecipazione al 100% delle riunioni del tavolo permanente effettuate nel 2025.</i>

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 8 di 26

permanente del Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)		
Attività 10: implementazione procedure / buone pratiche cliniche su cloud Regionale secondo indicazione del Centro Regionale Rischio Clinico	SI	Recepiti i documenti Regionali.
Attività 11. Inserimento nel flusso SIMES dei Near Miss, Eventi Avversi e Eventi Sentinella pervenute entro il 31/12/2025 secondo indicazioni ministeriali	SI	Inviare segnalazioni di tutti gli Eventi Avversi segnalati nel corso dell'anno attraverso l'incident reporting e di cui il Rischio Clinico è venuto a conoscenza.

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

OBIETTIVI E ATTIVITA' SVOLTE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Il 30/03/2011 è stato istituito il Comitato di Lotta contro le Infezioni Ospedaliere (CLIO) con compiti di definire le strategie di lotta contro le Infezioni Ospedaliere. Il 25 Marzo 2020 è stata deliberata la nomina del CCICA, al fine di aggiornare il CLIO all'evoluzione dell'organizzazione e delle norme vigenti, avvalendosi di un consulente Infettivologo, così come da convenzione in atto. Il 11 Novembre 2024 è stato deliberato il rinnovo del CCICA. Il 04 Dicembre 2025 è stata deliberata la modifica dei componenti del CCICA.

A partire dal 2019 la U.O. del Laboratorio Analisi si è dotata di Software in grado di raccogliere le statistiche relative alle ICA, al fine di semplificare il controllo delle ICA e di standardizzare gli indicatori di diagnostica. L'azienda si è dotata a fine 2025 di un sistema di ticketing aziendale per la segnalazione di utilizzo di antibioticoterapia, al fine di raccogliere nel 2026 i dati relativi alla incidenza delle infezioni correlate alla assistenza.

I locali aziendali sono dotati all'ingresso delle stanze di degenza, dei locali di visita, dei locali di servizio del personale e negli ambienti comuni di dispenser di gel idroalcolico. Tale dotazione è stata ulteriormente implementata presso i reparti di degenza, informando i visitatori ed i familiari mediante cartellonistica della importanza per la igiene delle mani.

Indicatori di diagnostica e controllo delle infezioni:

Le stanze singole che possono essere dedicate all'isolamento sono nel numero di 5. Varie altre stanze di degenza a due letti possono essere all'occorrenza dedicate a stanze singole di isolamento.

Il consumo di soluzione idroalcolica annuo è stato di 396 litri nel corso del 2025, pari ad un consumo di 5 l/1000 giornate di degenza (78580).

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 9 di 26

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.

ATTIVITÀ 1: Redazione delle Linee di Indirizzo clinico-organizzative per la gestione della sepsi.	SI	<i>Procedura redatta</i>
ATTIVITÀ 2: Implementazione di sistema di sanificazione intercorrente e terminale con perossido di idrogeno per il reparto delle gravi cerebropatie acquisite (UDR).	SI	<i>Attività conclusa nel 2025.</i>

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLEMANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEICONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀPER MANTENERE O MIGLIORARE ENTRO IL 31/12/2024 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DIINTERVENTO.

ATTIVITÀ 3: Coinvolgimento degli utenti e dei visitatori mediante cartellonistica e distribuzione di volantini con le linee guida OMS sui 5 momenti per la igiene delle mani.	SI	<i>Implementata modulistica per la presa visione da parte dei degenti delle linee guida sulla igiene delle mani.</i>
--	-----------	--

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMADI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI ALMIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/OCONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERIPRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE).

ATTIVITÀ 4: Implementazione di notifica delle ICA	SI	<i>Attività programmata ed in corso.</i>
ATTIVITÀ 5: Inserimento nei report periodici dei dati di prevalenza di utilizzo di antibioticoterapia con cadenza trimestrale.	SI	<i>Inserito il dato nei report periodici.</i>

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 10 di 26

ATTIVITÀ 6: Elaborazione di report semestrali su patogeni circolanti e mappe difarmacoresistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi e dei relativi costisostenuti.	SI	Report regolarmente eseguiti.
--	-----------	--------------------------------------

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 11 di 26

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

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:

<i>Risk Manager</i>	<i>Risk Manager</i>	<i>Direttore Sanitario / Presidente CCICA</i>	<i>Coordinatore CVS</i>	<i>Direttore Generale</i>	<i>Direttore Amministrativo</i>
<i>Redazione PARS e (eccetto i punti 2, 3, 7)</i>	R	C	C	C	C
<i>Redazione tabella 6 del punto A2 e del punto A3</i>	C	C	R	I	C
<i>Redazione punto 7</i>	C	R	I	I	I
<i>Adozione PARS con deliberazione</i>	I	C	I	R	C
<i>Monitoraggio PARS (eccetto punto 7)</i>	R	C	I	I	C
<i>Monitoraggio punto 7</i>	C	R	I	I	I

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

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 12 di 26

6. OBIETTIVI E ATTIVITA'

6.1 Obiettivi

Le attività che si realizzano attraverso il PARS fanno parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di accreditamento, di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, orientate a promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi. In questo capitolo vengono declinati gli obiettivi e le relative attività ad esclusione di quelli legati alla gestione del rischio infettivo, per i quali si rimanda al punto A7, in considerazione delle specifiche responsabilità normativamente attribuite in tema di gestione igienico-sanitaria delle strutture.

Nel recepire le Linee Guida regionali per la stesura del PARS (Determina G00643 del 25/01/2022) ed in coerenza con la mission dell'Azienda sono stati identificati per l'anno 2026 i seguenti OBIETTIVI STRATEGICI:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.*
- B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.*
- C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.*

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 13 di 26

6.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1: Attività formativa per il personale sanitario tutto sulla corretta applicazione della contenzione fisica e farmacologica.		
INDICATORE Coinvolgimento di almeno il 70% del personale sanitario entro il 31/12/2026 per mezzo di attività FAD.		
STANDARD SI		
Fonte Risk Management/Ufficio Formazione		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Ufficio Formazione
Realizzazione della attività formativa	C	C
Verifica partecipazione al corso	I	R

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 2 - Formazione sui principi Lean nella gestione degli Audit e del Rischio Clinico		
INDICATORE Realizzazione di un corso indirizzato ai referenti delle UU.OO.		
STANDARD SI		
Fonte Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Clinical Risk manager	Ufficio Formazione
Realizzazione attività formativa	C	R
Verifica partecipazione al corso	I	R

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 14 di 26

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 3 - Attività Formativa "Il Rischio Comunicativo".		
INDICATORE <i>Almeno 1 incontro con I Responsabilid di U.O. e Coordinaotori dei reparti entro il 31/12/2026.</i>		
STANDARD <i>SI</i>		
FONTE <i>Risk Management</i>		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
<i>Azione</i>	<i>Clinical Risk manager</i>	<i>Ufficio Formazione</i>
<i>Realizzazione attività formativa</i>	<i>R</i>	<i>C</i>
<i>Verifica partecipazione al corso</i>	<i>I</i>	<i>R</i>

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 4 - Attività formativa per il personale sanitario sul consenso alle cure e sulla corretta comunicazione con il nucleo familiare.		
INDICATORE <i>Realizzazione del corso rivolto al personale infermieristico entro il 31/12/2026</i>		
STANDARD <i>SI</i>		
FONTE <i>Risk Management</i>		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
<i>Azione</i>	<i>Clinical Risk manager</i>	<i>Ufficio Formazione</i>
<i>Realizzazione attività formativa</i>	<i>R</i>	<i>C</i>
<i>Verifica partecipazione al corso</i>	<i>I</i>	<i>R</i>

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 15 di 26

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA		
ATTIVITÀ 5: Identificazione di referenti aziendali per la qualità e per la gestione del rischio presso le UU.OO.		
INDICATORE <i>Individuazione e formalizzazione dei referenti entro aprile 2026.</i>		
STANDARD SI		
FONTE <i>Risk Management/Direzione Sanitaria</i>		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risorse Umane	Direzione Sanitaria
<i>Realizzazione della attività formativa</i>	R	C

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA		
ATTIVITÀ 6: GAP Analysis su l'Ufficio Relazioni con il Pubblico		
INDICATORE <i>Realizzazione del corso rivolto al personale infermieristico entro il 31/12/2026.</i>		
STANDARD SI		
FONTE <i>Risk Management</i>		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Società NOMOS	Direzione Sanitaria
<i>Realizzazione della attività formativa</i>	R	C

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 16 di 26

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

ATTIVITÀ 7: Creazione di attività formativa FAD da indirizzare al personale neoassunto sulle procedure aziendali relative alle raccomandazioni ministeriali.

INDICATORE

Realizzazione del corso FAD entro il 31/12/2026

STANDARD

SI

FONTE

Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Ufficio Formazione	Clinical Risk Manager	Direzione Sanitaria
<i>Redazione della procedura</i>	<i>R</i>	<i>C</i>	<i>C</i>
<i>Diffusione della procedura</i>	<i>R</i>	<i>C</i>	<i>C</i>

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

ATTIVITÀ 8: Attività formativa sulla corretta compilazione della cartella clinica infermieristica.

INDICATORE

Realizzazione di una attività formativa indirizzata al personale infermieristico entro il 31/12/2026.

STANDARD

SI

FONTE

DIPS

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Clinical Risk Manager	Ufficio Formazione
<i>Realizzazione del corso</i>	<i>R</i>	<i>C</i>

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 17 di 26

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

ATTIVITÀ 9: Attività formativa sui riferimenti normativi riguardanti la Cartella Clinica.

INDICATORE

Svolgimento di una edizione dell'evento formativo, rivolto ai medici, infermieri e terapisti entro il 31/12/2026.

STANDARD

SI

FONTE

Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Clinical Risk Manager	Ufficio Formazione
<i>Realizzazione della attività formativa</i>	<i>R</i>	<i>R</i>

OBIETTIVO D) PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT

ATTIVITÀ 10: Partecipazione alle riunioni del tavolo permanente del Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC).

INDICATORE

Numero di presenze (al netto delle assenze giustificate) / numero di sedute del CRRC convocate.

STANDARD

>75%

FONTE

Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Clinical Risk Manager	CRRC Regione Lazio
<i>Convocazione riunioni</i>	<i>C</i>	<i>R</i>
<i>Partecipazione riunioni</i>	<i>R</i>	<i>C</i>

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026 Pagina 18 di 26
---	---	---

OBIETTIVO D) PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT

ATTIVITÀ 11: Implementazione procedure / buone pratiche cliniche su cloud Regionale secondo indicazione del Centro Regionale Rischio Clinico.

INDICATORE

Inserimento sul cloud regionale delle Procedure Aziendali entro il 31/12/2026 e secondo le tempistiche del CRRC, dopo partecipazione a Mappatura del Rischio.

STANDARD

SI

FONTE

Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Clinical Risk Manager	CRRC Regione Lazio
Invio procedure su cloud	R	C

OBIETTIVO D) PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT

ATTIVITÀ 12: Inserimento nel portale SIREs dei Near Miss, Eventi Avversi, Eventi Sentinella e dei sinistri.

INDICATORE

Inserimento nel flusso SIEMES dei Near Miss, Eventi Avversi e Eventi Sentinella pervenuti tramite Incident Reporting/Sinistri/Iniziativa autorità giudiziaria secondo indicazioni ministeriali.

STANDARD

SI

FONTE

Ministero della Salute - Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Clinical Risk manager / Coordinatore CVS
Recepimento evento	R
Inserimento evento	R
Monitoraggio evento	R

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 19 di 26

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

7.1 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), dal *Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PARCA)* 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 31/12/2026 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).

7.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

ATTIVITÀ 1: Attività formativa sulle norme di isolamento relative alle malattie infettive e diffusive.

INDICATORE

Realizzazione di attività formativa indirizzata al personale sanitario entro il 31/12/2026.

STANDARD

SI.

FONTE

AUDIT ISO 9001

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	DIPS	Direzione Sanitaria
Realizzazione dell'attività formativa	R	R	C

©ACISMOM - Allrightsreserved – E' vietata ogni riproduzione non autorizzata del documento.

Se il documento viene stampato, la copia cartacea non è più un documento soggetto a controllo a meno che non ne venga assicurata una gestione controllata.
Verificare la validità consultando il sito Intranet aziendale.

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 20 di 26

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

ATTIVITÀ 2: *Attività formativa sulla corretta gestione del catetere urinario secondo le linee guida.*

INDICATORE

Realizzazione della attività formativa entro 31/12/2026.

STANDARD

SI.

FONTE

Direzione Sanitaria

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	DIPS
<i>Redazione della procedura</i>	<i>R</i>	<i>C</i>

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 MANTENERE O MIGLIORARE ENTRO IL 31/12/2025 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO.

ATTIVITÀ 3: *Formazione di un nuovo gruppo di osservatori con incentivazione delle attività di osservazione e sistema premiante per le buone pratiche di igiene mani.*

INDICATORE

Implementazione entro giugno 2026.

STANDARD

SI

FONTE

CRRC Regione Lazio - OMS

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	DIPS
<i>Implementazione del Piano</i>	<i>R</i>	<i>C</i>

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 21 di 26

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: *Inserimento nei report periodici dei dati di utilizzo degli antibiotici "watch" e "reserve" con cadenza semestrale.*

INDICATORE

Produzione e diffusione dei report a partire da settembre 2026.

STANDARD

SI

FONTE

CCICA/Procedura aziendale.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Responsabili di U.O.	CCICA
<i>Realizzazione dei Report</i>	C	R
<i>Diffusione Report</i>	C	R

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: *Inserimento nei report periodici dei dati di incidenza delle ICA , per tipologia e con particolare riferimento agli episodi di sepsi, con cadenza semestrale.*

INDICATORE: *Produzione e diffusione dei report a partire da settembre 2026.*

STANDARD

SI

FONTE

CCICA/Procedura aziendale.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Responsabili di U.O.	CCICA
<i>Realizzazione dei Report</i>	C	R

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	<i>Data: 20/02/2026</i>
		<i>Pagina 22 di 26</i>

<i>Diffusione Report</i>	<i>C</i>	<i>R</i>
--------------------------	----------	----------

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 6: Elaborazione di report semestrali su patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi.

INDICATORE

Realizzazione di due report entro il 31/12/2026.

STANDARD

SI

FONTE

CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

<i>Azione</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>	<i>Patologia Clinica</i>	<i>CCICA</i>
<i>Realizzazione dei report</i>	<i>C</i>	<i>R</i>	<i>R</i>
<i>Diffusione Report</i>	<i>C</i>	<i>I</i>	<i>R</i>

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	<i>Data: 20/02/2026</i>
		<i>Pagina 23 di 26</i>

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

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

- 1. Presentazione del Piano all'interno della Direzione Generale;*
- 2. Pubblicazione del PARS sul sito Intranet "Accreditamento" ed Internet aziendale;*
- 3. Iniziative di diffusione del PARS a tutti gli operatori.*

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALLIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 24 di 26

9. RIFERIMENTI NORMATIVI

- *Seduta della Conferenza Stato - Regione del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo Regioni e province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n°13 I;*
- *Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.*
- *Determinazione Regionale n. G04112 depn0l/04/2014 recante "Approvazione del documento recante; "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM); gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)".*
- *Nota prot. n. 58028/GR/I I/26 del 03/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria- Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio*
- *Nota prot. n. 99218/GR/I I/26 del 23/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti".*
- *Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)".*
- *Determina Regionale n°GI2355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella".*
- *Determina Regionale n° GI2356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti".*
- *Legge 8 marzo 2017 n° 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie"*
- *Nota prot. 00583694 del 17 novembre 2017 della Direzione Regionale salute e Politiche Sociali - Area programmazione della Rete ospedaliera e Risk management recante "Adempimenti LEA 2017"*
- *Determina Regionale n°GI6829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L24/20 I7.*
- *Determinazione n. G01226 del 2 febbraio 2018 recante "Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della Legge 24/2017"*
- *DCA 7 novembre 2017 n. U00469: «...Adozione del Manuale di accreditamento...»*
- *Legge 24/2017: «Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita...»*
- *Linee guida per l'elaborazione PARM (Det. n. G00164 dell'11/01/2019)*

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 25 di 26

- *Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 mano 2003;*
- *WHO - World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";*
- *The New NHS: modern and dependable London: Stationary Office, 1997;*
- *Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;*
- *Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000;320:768-770;*
- *Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della*
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=qualita&menu=formazione
- *Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:*
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Qualita%20e%20sicurezza%20delle%20cure&area=qualita
- *Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";*
- *Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"*
- *Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";*
- *Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";*
- *Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella';*
- *Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";*
- *Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";*
- *Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante: "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 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, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014. Preliminare individuazione dei Programmi regionali e approvazione del "Quadro di contesto" del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018";*
- *Decreto del Commissario ad Acta 6 luglio 2015, n. U00309 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 novembre 2014 (rep. Atti 156/CSR)";*
- *Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;*

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALLIERI ITALIANI	PARS A.C.I.S.M.O.M. 2026	Data: 20/02/2026
		Pagina 26 di 26

- *Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico".*
- *Nota Regionale U 0884520 del 15/10/2020*
- *Ordinanza nr. Z00034 del 18/04/2020 Regione Lazio.*
- *Determinazione G00642 del 25 gennaio 2022: Adozione del "Documento di indirizzo sul consenso informato"*
- *Determinazione G00643 del 25 gennaio 2022: Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".*
- *Protocollo nr: 34616 - del 15/01/2026 - REGLAZIO - Regione Lazio Trasmissione del Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PARCA 2026-2028)*

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PIANO AZIENDALE DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI 2026	Data: 09/02/2026
		Rev.: 0
		Pagina 1 di 16

REVISIONE	OdM N°	DESCRIZIONE	DATA
0	1	Prima emissione	09/02/2026

PREPARATO	VERIFICATO	APPROVATO
CLINICAL RISK MANAGER	DIPS	DIREZIONE SANITARIA
Firma: 	Firma: 	Firma: 
		Data:

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PIANO AZIENDALE DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI 2026	
		Data: 09/02/2026
		Rev.: 0
		Pagina 2 di 16

SOMMARIO

1.	Scopo	3
2.	Definizione	4
3.	Sezione A. Requisiti strutturali e tecnologici	4
4.	Sezione B. Formazione del personale	6
5.	Sezione C. Monitoraggio e Feedback	9
6.	Sezione D. Comunicazione permanente	15
7.	Sezione E. Clima organizzativo e commitment	16
8.	Bibliografia	18

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PIANO AZIENDALE DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI 2026	
		Data: 09/02/2026
		Rev.: 0
		Pagina 3 di 16

1. SCOPO

Lo scopo del presente piano è quello di recepire il Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani del 26/02/2021 G0244 ed il Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) (adottato con determinazione n. G00643 del 25 gennaio 2022), mediante l'adozione di un bundle di requisiti strutturali/tecnologici, organizzativi e professionali per governare efficacemente il problema delle ICA dovute alla non ottimale pratica della igiene delle mani sulla base dei documenti OMS sullo stato dell'arte delle conoscenze attuali.

Secondo il Piano di Intervento Regionale, infatti, nel caso delle ICA tutti gli elementi contenuti negli ambiti Strutturale/tecnologico, organizzativo e professionale devono essere sincronicamente presenti se si vuole raggiungere il risultato, e cioè prevenire, monitorare e controllare efficacemente le ICA. Per questo, nel rispetto dei ruoli e delle responsabilità normativamente attribuite, è fondamentale un pieno ed esplicito mandato da parte della Direzione strategica/proprietà della Struttura. Eventuali criticità presenti nei diversi ambiti possono produrre differenti forme di inefficacia: solo il rispetto di tutto il bundle dei requisiti può garantire il raggiungimento dello standard di qualità atteso.

Per gli scopi del Piano steso, la Regione Lazio identifica gli ambiti intesi come di seguito specificato:

Ambito Strutturale/Tecnologico: requisiti di cui il sistema ha materialmente bisogno per il raggiungimento dello standard di qualità prefissato (ad esempio: percorsi sporco/pulito, ascensori dedicati per lo sporco, procedure specifiche, stanze di isolamento, ecc.);

Ambito organizzativo: misure finalizzate a mantenere uno standard formativo costantemente elevato (ad esempio: formazione, retraining, autovalutazioni ecc.) e interventi finalizzati al monitoraggio della implementazione delle buone pratiche e degli indicatori di processo;

Ambito professionale: insieme di azioni ripetute e finalizzate alla implementazione delle buone prassi nella pratica clinico-assistenziale.

Il piano di intervento è stato costruito partendo dalle indicazioni contenute nel documento Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user instructions dell'OMS, ed è suddiviso in cinque sezioni, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani.

Le cinque sezioni sono:

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Ogni sezione è corredata da un questionario specifico di autovalutazione, al fine di consentire alle Strutture di determinare il proprio livello di implementazione delle misure necessarie.

Si è scelto di assegnare un punteggio a ogni sezione, in modo da consentire alle Strutture di evidenziare meglio le eventuali criticità riscontrate per ogni ambito. Il punteggio, in analogia al documento OMS, individua quattro livelli:

1. INADEGUATO: la promozione e la pratica di igiene delle mani sono insufficienti. Sono necessari significativi miglioramenti.

2. BASE: sono in essere alcune misure ma è necessario un ulteriore miglioramento. Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2021, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura.

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PIANO AZIENDALE DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI 2026	
		Data: 09/02/2026
		Rev.: 0
		Pagina 4 di 16

3. INTERMEDIO: è stata sviluppata una adeguata strategia di promozione e la pratica di igiene delle mani è migliorata. È necessario sviluppare programmi a lungo termine per garantire che il miglioramento sia sostenuto nel tempo e progressivo. Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2023, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura.

4. AVANZATO: la promozione e l'adesione all'igiene delle mani sono ottimali.

2. AUTOVALUTAZIONE

La Direzione Sanitaria della Struttura, il Risk Management con mandato da parte dalla Direzione Strategica/proprietà della Struttura, e con il supporto del CCICA, è responsabile delle seguenti attività, di cui occorrerà dare opportuna evidenza documentale per le attività di verifica e controllo da parte sia degli organi di vigilanza territorialmente competenti che del CRRC:

Autovalutazione del 20/01/2026 per l'Ospedale San Giovanni Battista A.C.I.S.M.O.M. i risultati sono stati i seguenti:

	LIVELLO RAGGIUNTO 2025
SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	AVANZATO
SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE	INTERMEDIO
SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK	INTERMEDIO
SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE	INTERMEDIO
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	INTERMEDIO

Il tasso medio di adesione alla occasioni di igiene delle mani nel corso delle attività di osservazione programmate ed effettuate nel 2025 su 210 occasioni totali nelle UU.OO. di degenza ordinaria è stato del 50.6%.

Il consumo di gel idroalcolico nel corso del 2025 si è attestato attorno al valore 396 litri di gel idroalcolico pari ad un valore di 5 litri/1000 giornate di degenza.

Sulla base del test di autovalutazione effettuato, si propone il seguente Piano Aziendale aggiornato per il l'Igiene delle Mani.

3. SEZIONE A. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

RESOCONTO ATTIVITA' SU REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DAL PIANO 2024		
AZIONE	Realizzata	Stato di attuazione
Esaminare le informazioni disponibili compliance all'igiene delle mani e sul consumo di GEL con i dati di prevalenza del consumo di antibiotici nelle UU.OO.	SI	Eseguito e riportato nei report semestrali
Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: · Indagine sui singoli Reparti/Servizi; · Indagine sul consumo di soluzione alcolica.	SI	Eseguito e riportato nei report semestrali

Sono disponibili dotazioni quantitativamente e qualitativamente adeguate per consentire agli operatori un'agevole pratica dell'igiene delle mani. Considerato che il metodo di prima scelta per l'igiene delle mani consiste nella frizione con soluzione a base alcolica, i dispenser di soluzione alcolica sono disponibili per ogni punto di assistenza, intendendo con questo il luogo fisico in cui si incontrano questi tre elementi:

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALLIERI ITALIANI	PIANO AZIENDALE DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI 2026	
		Data: 09/02/2026
		Rev.: 0
		Pagina 5 di 16

- a. il paziente;
- b. l'operatore sanitario;
- c. la cura o il trattamento che comporta il contatto con il paziente o con l'ambiente che lo circonda (interno alle stanze di degenza 4 posti letto).

In ogni caso, i dispenser vengono resi disponibili nei seguenti ambienti:

- ingresso alle stanze di degenza ed interno alle stanze 4 posti letto)
- medicherie;
- locali di preparazione dei farmaci;
- ambulatori;
- sui carrelli adibiti all'attività assistenziale.

Si precisa inoltre che nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani, facilmente e con approvvigionamento continuo in ogni punto di assistenza, che il rapporto di lavandini/letti è di almeno 1:10 e di 1:1 nelle stanze di isolamento. Per ogni lavandino è disponibile il sapone.

Modalità di approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani

Le richieste di acquisto vengono effettuate dalla Farmacia ed inoltrate all'ufficio acquisti per emettere un ordinativo da trasmettere alla ditta produttrice o rivenditrice. Le richieste vengono inviate sulla base dei consumi stimati e nei tempi necessari a garantire la consegna del materiale.

Modalità di immagazzinamento e di distribuzione dei prodotti per l'igiene delle mani

Il prodotto arriva in Farmacia dove viene controllata la conformità della merce consegnata con quanto riportato nel documento di trasporto e nell'Ordine di Acquisto e verificata l'integrità del prodotto e la relativa data di scadenza. Successivamente alle fasi di controllo il materiale viene stoccato in appositi spazi per materiali disinfettanti ed infiammabili.

Il gel viene dispensato dalla Farmacia sulla base di una richiesta inoltrata dai coordinatori delle unità operative (o di un suo delegato), il farmacista valuta la congruità della richiesta effettuata e procede alla distribuzione.

Modalità di segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PIANO AZIENDALE DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI 2026	
		Data: 09/02/2026
		Rev.: 0
		Pagina 6 di 16

Nei casi in cui venga notificato un recall del prodotto, viene inviata tempestivamente una mail a tutti i coordinatori e responsabili dei vari reparti per procedere con il ritiro dei lotti oggetto di recall (eventuali mancate segnalazioni vengono evidenziate al Coordinatore in corso di sessioni di osservazione da parte degli osservatori).

Mentre nel caso in cui ci sia una temporanea carenza di un prodotto acquistato vengono contattate altre aziende che producono lo stesso prodotto per sopperire alla mancanza.

Modalità di manutenzione dei lavandini e dei dispenser

Eventuali segnalazioni di guasti vanno inviate al l'Ufficio Tecnico mediante apostito Ticket on line su Intranet Aziendale <http://intranet.acismom.net/>

ATTIVITA' PREVISTE PER REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI NEL 2026			
AZIONE	R	T	M
Esaminare le informazioni disponibili compliance all'igiene delle mani e sul consumo di GEL con i dati di prevalenza del consumo di antibiotici nelle UU.OO., da includere nel cruscotto degli indicatori del piano del Servizio Gestione Qualità.	Risk Manager/Direzione Sanitaria/RSGQ	Entro 2026	Trimestrale
Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: · Indagine sui singoli Reparti/Servizi; · Indagine sul consumo di soluzione alcolica.	CCICA/ Farmacia	Entro 2026	Annuale

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

4. SEZIONE B. FORMAZIONE DEL PERSONALE

RESOCONTO ATTIVITA' FORMAZIONE DEL PERSONALE DAL PIANO 2025		
AZIONE	Realizzata	Stato di attuazione
Conferma dei formatori secondo le modalità del Piano di Intervento Regionale sulla Igiene delle Mani.	SI	Entro 3 Mesi
Individuazione di nuovi osservatori (almeno uno ogni 200 posti letto).	NO	Attività rimandata al 2026
Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati.	SI	Il formatore ed osservatori hanno del tempo dedicato a tali attività.
Definire il piano formativo valutando l'adesione del personale alla formazione obbligatoria di tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai nuovi assunti.	SI	Istituito l'Ufficio Formazione Aziendale con database specifico per la Igiene delle Mani
Definire un piano d'azione con strumenti di e-learning per affrontare la scarsa o mancata partecipazione alla formazione da parte degli operatori.	SI	Pubblicata sulla intranet attività formativa
Organizzare attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	SI	Organizzate attività formative in presenza nel corso dell'anno, collegato all'impatto delle ICA.

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALLIERI ITALIANI	PIANO AZIENDALE DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI 2026	
		Data: 09/02/2026
		Rev.: 0
		Pagina 7 di 16

Conferma dei formatori secondo le modalità del Piano di Intervento Regionale sulla Igiene delle Mani.	SI	Risk Manager, con tempo dedicato alla formazione del personale
---	----	--

L'obiettivo della formazione è quello di promuovere un corretto comportamento da parte degli operatori sanitari. La formazione può utilizzare diversi metodi (frontale, a distanza, sul campo), che vanno scelti avendo ben presenti vantaggi e limiti di ognuno, soprattutto in relazione agli obiettivi formativi che si desiderano raggiungere. È consigliabile privilegiare, pertanto, l'utilizzo di metodi diversi (blended).

Il piano prevede obiettivi formativi differenziati, individuando le tre principali categorie di operatori:

a. Formatori: sono le figure che sono incaricate di formare, in sessioni teorico-pratiche, gli operatori sanitari, definendo una quota oraria specifica da dedicare a queste attività, in sessioni dal numero di partecipanti compatibile con le normative di distanziamento sociale.

b. Osservatori: il loro ruolo (vedi Sezione C) è fondamentale per consentire alla Struttura di porre in atto un'adeguata attività di monitoraggio e di feedback, nei confronti dei propri operatori, ma anche della Direzione e degli organismi regionali e nazionali. La loro formazione avviene secondo il metodo OMS dei cinque momenti, riducendo al minimo i potenziali fattori di confondimento. Il loro percorso formativo verrà documentato, e la loro competenza verrà rivalutata periodicamente ad opera del Coordinatore del Piano e le attività di addestramento verranno effettuate nelle rispettive U.O. di assegnazione.

c. Operatori sanitari

Contenuti minimi del piano di formazione:

- Definizione e impatto delle ICA;
- Principali modalità di trasmissione delle infezioni;
- La prevenzione delle ICA e il ruolo fondamentale dell'igiene delle mani;
- L'approccio secondo i cinque momenti dell'igiene delle mani;
- Strategie e strumenti di implementazione delle misure di prevenzione, monitoraggio e controllo delle ICA

Nella Struttura si prevede per il presente Piano:

- **una formazione sull'Igiene delle Mani obbligatoria per tutte le categorie professionali di neoassunti e successive formazione continua periodica almeno una volta all'anno**
- un monitoraggio da parte dell'Ufficio Formazione.
- la pubblicazione su intranet aziendale del Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani.
- la pubblicazione su intranet aziendale del Piano di azione Aziendale per l'implementazione del Piano di intervento regionale per il 2026 entro 3 mesi.
- Verifica della presenza dei Poster informativi già forniti.
- L'individuazione di un nuovo coordinatore con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani entro tre mesi.

ATTIVITA' PER FORMAZIONE DEL PERSONALE PREVISTE NEL 2026			
AZIONE	R	T	M
Conferma dei formatori secondo le modalità del Piano di Intervento Regionale sulla Igiene delle Mani.	Risk Management	Entro 3 Mesi	Annuale
Individuazione di nuovi osservatori: 5 su 240 posti letto.	Coordinatore del Piano	Entro 3 Mesi	Annuale

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PIANO AZIENDALE DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI 2026	
		Data: 09/02/2026
		Rev.: 0
		Pagina 8 di 16

Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati.	Direzione Professioni Sanitarie	Entro 2026	Annuale
Definire il piano formativo valutando l'adesione del personale alla formazione obbligatoria di tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai nuovi assunti.	Ufficio Formazione	Entro 2026	Annuale
Conferma un piano d'azione con strumenti di e-learning per affrontare la scarsa o mancata partecipazione alla formazione da parte degli operatori.	Ufficio Formazione / Risk Management	Entro 6 Mesi	Annuale
Rendere obbligatoria la formazione annuale attraverso strumenti di e-learning per tutto il personale sanitario	Ufficio Formazione / Risk Management	Entro 2026	Annuale
Aggiornamento del materiale per la formazione e la sostituzione di quello obsoleto con verifica su materiale disponibile da OMS.	Coordinatore del Piano / Risk Management	Entro 2026	Annuale

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

5. SEZIONE C. MONITORAGGIO E FEEDBACK

Il monitoraggio continuo dell'implementazione della corretta igiene delle mani nella pratica clinico-assistenziale, è un momento fondamentale della strategia multimodale OMS. L'osservazione diretta, rappresentando il gold standard per il monitoraggio e, in considerazione del fatto che si tratta di una attività che richiede un elevato impegno di risorse in termini di tempo-uomo, deve essere accuratamente pianificata dalle Strutture.

I principali aspetti da monitorare sono:

- Corretta pratica dell'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 Struttura.

Le attività di monitoraggio vengono strutturate, a cadenza almeno annuale ed ad opera del team di monitoraggio costituito dal **Cordinatore del Piano di Intervento Aziendale, dagli Osservatori e dal Risk Manager**.

Il feedback avverrà periodicamente ogni tre mesi, diffondendo i dati ai Responsabili ed ai coordinatori delle UU.OO: che dovranno a loro volta diffonderli al personale.

Tale report comprenderà:

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

Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti verranno valutate almeno annualmente sulle indicazioni e sulla corretta tecnica di igiene delle mani nelle sessioni di osservazione.

5.1. OSSERVAZIONE DIRETTA

RESOCONTO ATTIVITA' SVOLTE PER MONITORAGGIO E FEEDBACK DAL 2025		
AZIONE	Realizzata	Stato di Attuazione
Progettare o rivedere le attività di valutazione e feedback tra cui: (a) osservazione della compliance sull'igiene delle mani; indagini sulle UU.OO.; indagini sul consu-	Parzialmente	Riproposta nel 2026

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PIANO AZIENDALE DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI 2026	
		Data: 09/02/2026
		Rev.: 0
		Pagina 9 di 16

mo di soluzione alcolica; indagini sul consumo di guanti; indagini di percezione per dirigenti apicali; Indagini sulla conoscenza degli operatori sanitari.		
Restituzione dei risultati della valutazione ai dirigenti apicali, al CCICA. compreso un piano d'azione per affrontare la scarsa conformità, le conoscenze e le infrastrutture.	SI	Completata e presentata nei report semestrali ai responsabili e coordinatori delle UU.OO.
Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori (ad esempio, annualmente).	SI	Implementato il database specifico. Implementati gli strumenti di e-learning interni.
Diffondere a tutta la struttura il piano per le osservazioni in corso secondo un programma concordato.	NO	Difficoltà nel mantenere le date proposte secondo un programma rigido.
Presentare i risultati delle osservazioni ogni semestre o secondo un programma concordato con il team di implementazione dell'igiene delle mani e il CCICA.	SI	Completato
Stabilire obiettivi annuali per il miglioramento della conformità all'igiene delle mani tenendo conto dei dati di partenza.	SI	Obiettivi proposti secondo le linee guida OMS
Valutare le informazioni sulla prevalenza sul consumo di antibiotici secondo i dati ECDC nella Struttura.	SI	Completata
Definire un sistema per monitorare la prevalenza di utilizzo antibiotici su base continuativa insieme al livello di compliance dell'igiene delle mani.	SI	Completata e presentata nei report semestrali

La principale attività di monitoraggio, costituita dall'osservazione diretta, che si prefigge lo scopo di valutare il grado di rispetto dell'igiene delle mani tra gli operatori sanitari, di stimarne l'adesione, identificare le eventuali criticità e attuare le azioni di miglioramento. L'osservazione viene effettuata in aree di assistenza sanitaria diretta al paziente, sia in contesti di attività ambulatoriale che nei reparti di degenza e verrà strutturata in modo che sia rappresentativa delle attività della Struttura, in termini sia di setting assistenziale che di categorie professionali da monitorare.

Al fine di limitare la variabilità fra gli osservatori il numero degli osservatori sarà quello minimo sufficiente per consentire il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Intervento Aziendale e verranno formati nei primi tre mesi dai formatori sulla base delle indicazioni del Piano di Intervento Regionale e delle linee guida dell'OMS.

L'osservazione verrà condotta ogni tre mesi per valutare le variazioni sulla adesione alla igiene delle mani delle varie U.O.

L'osservatore deve compilare una scheda che riporta le seguenti informazioni (**Scheda M 131**):

A. Intestazione: contiene le informazioni di quando e dove è stata eseguita la rilevazione. I punti di riferimento sono: il luogo (dipartimento, unità operativa), gli operatori sanitari osservati (categorie professionali), la data dell'osservazione e le ore in cui è stata effettuata l'osservazione.

B. Griglia dei dati per l'osservazione: la griglia è costituita da quattro colonne, ciascuna delle quali è dedicata ad una categoria professionale, identificata con uno specifico codice. Pertanto in caso di osservazione di un infermiere o di un medico durante una singola sessione, i dati devono essere registrati in due colonne differenti. Ogni colonna è indipendente dall'altra. In altre parole l'ordine in cui sono inseriti i dati non è necessariamente lo stesso per ogni colonna. Dipende dal numero di opportunità osservate per la categoria professionale. Il numero di operatori sanitari osservati durante ciascuna sessione si registra con un segno verticale (I) nella casella "Num." relativa alla categoria professionale a cui appartiene ciascun operatore sanitario, quando entra nel campo di osservazione. Se si osservano numerose opportunità senza interruzioni in una singola sessione per lo stesso operatore sanitario, l'operatore è conteggiato una sola volta. È possibile osservare più operatori sanitari contemporaneamente (quando lavorano con lo stesso paziente o nella stessa stanza). Tuttavia non è consigliabile osservare contemporaneamente più di tre operatori. In base all'intensità delle attività e al numero di indicazioni, gli osservatori possono limitare l'osservazione a uno o due operatori in modo

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PIANO AZIENDALE DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI 2026	
		Data: 09/02/2026
		Rev.: 0
		Pagina 10 di 16

da non perdere le opportunità che si evidenziano durante una sequenza di assistenza. Se l'osservazione viene condotta in un'unità di terapia intensiva, per esempio, si consiglia di osservare solo un operatore alla volta.

C. Categorie professionali: Gli operatori sanitari sono classificati nelle seguenti categorie e utilizzando codici come segue:

1. Infermiera/e
2. Operatore di supporto all'assistenza
3. Medico
 - 3.1. Medico di Reparto
 - 3.2. Chirurgo
 - 3.3. Anestesista
 - 3.5 Altro
 - 3.6 Studente
4. Altro operatore sanitario coinvolto nell'assistenza al paziente
 - 4.1. Terapeuta (fisioterapista, ergoterapista, audiologo, logopedista, ecc.)
 - 4.2. Tecnico (di radiologia, di cardiologi, di laboratorio, ecc.)
 - 4.3. Altro (dietologo, dentista, assistente sociale, altro operatore sanitario)
 - 4.4. Studente

Ciascuna delle otto righe che compongono la scheda corrisponde a un'opportunità per la quale occorre inserire le indicazioni e le azioni osservate.

D. Opportunità: è l'oggetto di attenzione per l'osservatore. Dal suo punto di vista **l'opportunità sussiste ogni volta che si presenta e si osserva una delle indicazioni per l'igiene delle mani.** Un'opportunità può essere determinata da diverse indicazioni. Ciò significa che ci possono essere numerose ragioni contemporanee per l'azione d'igiene delle mani. L'opportunità è un'unità da conteggiare per verificare l'azione conseguente; determina la necessità di effettuare l'igiene delle mani, sia nel caso in cui l'indicazione che determina l'azione sia singola, che multipla. **Costituisce il denominatore per misurare il tasso di adesione all'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari.**

E. Indicazione: è la ragione per cui l'igiene delle mani è necessaria in un dato momento. È giustificata dal rischio di trasmissione di microrganismi da una superficie all'altra. È formulata in relazione ad un punto di riferimento temporale: "prima" o "dopo" il contatto. Le indicazioni "prima" e "dopo" non corrispondono necessariamente all'inizio e alla fine della sequenza di trattamento o dell'attività. Si possono verificare durante lo spostamento tra due luoghi, durante la transizione tra compiti successivi in prossimità dei pazienti, tra pazienti o a una certa distanza da essi. Nel modulo di osservazione l'indicazione è codificata come segue:

- **pr-cont** = prima del contatto con il paziente;
- **pr-aseps** = prima di una manovra asettica;
- **dp-fluido** = dopo manovre a rischio di esposizione con liquido biologico;
- **dp-cont** = dopo il contatto con il paziente;
- **dp-circ** = dopo il contatto con ciò che circonda il paziente;

F. Azione: per ogni indicazione deve essere documentata l'azione. Possono verificarsi due casi:

• **Azione eseguita (o azione positiva)**

- a. Frizione con un prodotto (soluzione\gel) a base alcolica = frizione
- b. Lavaggio con acqua e sapone = lavaggio

NB: Le azioni positive registrate senza indicazione non devono essere conteggiate in fase di analisi. La qualità dell'azione in termini di tecnica di esecuzione e di tempo dedicato non viene valutata.

• **Azione non eseguita (o azione negativa) = nulla.**

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PIANO AZIENDALE DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI 2026	
		Data: 09/02/2026
		Rev.: 0
		Pagina 11 di 16

È imperativo registrare la mancata esecuzione di un'azione per non confondere i casi di mancata adesione da parte degli operatori sanitari osservati con la mancata registrazione dell'osservatore.

L'uso dei guanti deve essere registrato solo quando l'operatore sanitario sotto osservazione indossa i guanti nel momento in cui si presenta l'occasione e non esegue un'azione di igiene delle mani.

NB: Un'azione può essere applicata a più di un'indicazione. Un'azione documentata può essere positiva o negativa, a condizione che corrisponde a un'opportunità. L'osservazione di un'azione positiva non sempre implica la esistenza di un'opportunità.

Il rispetto dell'igiene delle mani (compliance) è il rapporto tra azioni e numero di opportunità ed è espresso dal secondo la seguente formula:

$$\text{Compliance} = \frac{\text{Azioni di igiene delle mani eseguite}}{\text{opportunità}}$$

Indicazioni particolari

- I dati di osservazione devono essere raccolti in modo anonimo e riservato.
- L'osservazione deve essere formalmente annunciata al coordinatore infermieristico e al responsabile medico del reparto. Gli operatori sanitari devono essere informati che durante l'osservazione non vengono raccolti dati sulla loro identità. Devono inoltre essere informati sul modo in cui saranno utilizzate e restituite le informazioni.
- Prima di iniziare, l'osservatore si presenta agli operatori da osservare e ai pazienti (se del caso), e fornisce una spiegazione generale sullo scopo della sua presenza.
- L'osservatore può seguire l'operatore o disporsi in un punto che non sia di intralcio all'assistenza. Il punto di osservazione deve consentire di vedere l'operatore, il paziente, l'erogatore di soluzione alcolica e/o il lavandino.
- Le sessioni di osservazione devono essere cronometrate. Tuttavia l'osservatore non dovrebbe indossare un orologio da polso.
- L'osservazione va condotta nel rispetto della privacy dei pazienti.
- L'osservazione non dovrebbe riguardare la gestione di un'emergenza, in quanto non rappresenta una situazione standard.
- Solo gli operatori a diretto contatto con i pazienti sono oggetto di osservazione: questo non significa che gli altri non debbano praticare l'igiene delle mani.
- L'osservazione va divisa in sessioni di 20-30 minuti. Ogni sessione dovrebbe valutare una attività sanitaria dall'inizio alla fine: per questo la sessione può essere prolungata se necessario. Se durante la sessione non si verificano attività rilevanti, può essere conclusa anticipatamente.
- Ove possibile il feedback dell'osservazione dovrebbe essere immediato nei confronti del personale osservato, garantendo un clima aperto e collaborativo.
- Successivamente, una volta che siano stati opportunamente analizzati, i dati verranno diffusi a tutto il personale della U.O., alla direzione strategica e al CCICA.
- L'osservatore deve avere familiarità con i cinque momenti dell'igiene delle mani e dovrebbe avere esperienza nella gestione clinico-assistenziale dei pazienti.

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PIANO AZIENDALE DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI 2026	
		Data: 09/02/2026
		Rev.: 0
		Pagina 12 di 16

ATTIVITA' DI MONITORAGGIO E FEEDBACK PREVISTE PER IL 2026			
AZIONE	R	T	M
Progettare o rivedere le attività di valutazione e feedback tra cui: (a) osservazione della compliance sull'igiene delle mani; indagini sulle UU.OO.; indagini sul consumo di soluzione alcolica; indagini sul consumo di guanti.	Coordinatore del Piano/Risk Management/ Farmacia	Entro 6 mesi	Semestrale
Restituzione dei risultati della valutazione ai dirigenti apicali, al CCICA. compreso un piano d'azione per affrontare la scarsa conformità, le conoscenze e le infrastrutture.	Coordinatore del Piano/Risk Manager/CCICA	Entro 2026	Annuale
Stabilire un sistema per la formazione continua e verifica dei livelli di conoscenza con restituzione di report annuale.	Coordinatore del Piano/Ufficio Formazione	Entro 2026	Annuale
Presentare i risultati delle osservazioni ogni semestre o secondo un programma concordato con il team di implementazione dell'igiene delle mani e il CCICA.	Risk Manager	Entro 2026	Semestrale
Valutare le informazioni sulla prevalenza sul consumo di antibiotici secondo i dati ECDC nella Struttura e sulla incidenza delle ICA.	CCICA	Entro 2026	Annuale
Definire un sistema per monitorare la prevalenza di utilizzo antibiotici access, watch, reserve, su base continuativa insieme al livello di compliance dell'igiene delle mani.	CCICA	Entro 2026	Annuale

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

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALLIERI ITALIANI	PIANO AZIENDALE DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI 2026	
		Data: 09/02/2026
		Rev.: 0
		Pagina 13 di 16

6. SEZIONE D. COMUNICAZIONE PERMANENTE

RESOCONTO DELLE ATTIVITA' SULLA COMUNICAZIONE PERMANENTE DAL PIANO 2025		
AZIONE	Realizzata	Stato di attuazione
Fornire annualmente il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici.	SI	Attività Mantenuta
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti (ad esempio al punto di cura, sopra i lavabi).	SI	Verifica in corso di audit Qualità ed in corso delle Osservazioni
Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporli in tutti gli ambienti clinici. Richiedere la stampa di nuovi opuscoli alla Direzione Amministrativa.	Parzialmente	Opuscoli esposti. Distribuzione non avvenuta

I promemoria sul posto di lavoro sono strumenti importanti per ricordare agli operatori sanitari l'importanza dell'igiene delle mani e le indicazioni e le procedure appropriate per la sua esecuzione. Sono anche mezzi per informare i pazienti e i visitatori dello standard di assistenza che dovrebbero aspettarsi. La comunicazione può utilizzare diversi strumenti (ad es.: poster; brochure, adesivi affissi al punto di assistenza, spille, screensaver, ecc.) e può utilizzare materiale istituzionale nazionale o internazionale oppure sviluppato localmente.

I poster sulla corretta tecnica di frizione con soluzione alcolica o di lavaggio delle mani, già ampiamente presenti in Struttura, verranno affissi in prossimità di ogni lavandino e di ogni dispenser fisso di soluzione alcolica, ove questo non sia già stato effettuato.

In occasione delle attività di osservazione nei reparti avverrà ad opera degli Osservatori una ispezione dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo.

Sul sito Intranet Aziendale verranno resi disponibili materiali multimediali per la promozione della Igiene delle mani.

ATTIVITA' DI COMUNICAZIONE PERMANENTE PER IL 2026			
AZIONE	R	T	M
Fornire annualmente il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici, secondo le ultime iconografie OMS.	Direzione Sanitaria/DIPS	Entro 2026	Annuale
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti (ad esempio al punto di cura, sopra i lavabi).	Osservatori	Entro sei mesi	Semestrale
Aggiornamento continuo di Poster OMS, Ministero Salute, Salute Lazio	Coordinatore del Piano/Risk Manager	Entro 2026	Annuale

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

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PIANO AZIENDALE DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI 2026	
		Data: 09/02/2026
		Rev.: 0
		Pagina 14 di 16

7. SEZIONE E. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Verrà definita e comunicata anche nel 2024 ai responsabili ed ai coordinatori la policy sul tema delle ICA che chiarisca anche la possibilità di interventi disciplinari in caso di ingiustificata violazione delle norme di buona pratica sul tema.

Si ribadisce, secondo quanto riportato nel Piano di Intervento Regionale, che pazienti attenti e informati sull'importanza dell'igiene delle mani possono rappresentare una barriera di sicurezza e uno stimolo per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni. Il loro coinvolgimento verrà intrapreso mediante con depliant informativi.

Sul sito Intranet Aziendale sono resi disponibili materiali multimediali pubblicati dall'OMS per la promozione della Igiene delle mani e vengono aggiornate le cartellonistiche con le ultime pubblicate dall'OMS, anche per il coinvolgimento dei parenti.

RESOCONTO SULLE ATTIVITA' CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT DAL PIANO 2025		
AZIONE	Realizzata	Stato di attuazione
Chiarire che tutte le altre azioni per assicurare il cambiamento del sistema, la formazione/istruzione, la valutazione e il feedback e i promemoria sul posto di lavoro hanno luogo mediante la pubblicazione del Piano.	SI	Piano pubblicato sulla intranet e condiviso con i responsabili.
Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture.	SI	Piano condiviso con l'Alta Direzione.
Preparare e inviare una mail per comunicare ai dirigenti apicali ed ai coordinatori le iniziative sull'igiene delle mani e previste nel Piano 2025.	SI	Piano diffuso
Stabilire riunioni regolari per avere un feedback e rivedere il piano d'azione di conseguenza.	NO	Attività riproposta nel 2026
Elaborare un piano per pubblicizzare le attività di igiene delle mani in tutta la Struttura utilizzando, se disponibili, le competenze interne di comunicazione, o il piano formativo aziendale.	SI	Attività formativa interna programmata pubblicizzata dall'Ufficio Formazione
Rivedere l'attuale coinvolgimento dei pazienti nelle attività di miglioramento dell'assistenza sanitaria e considerare i tempi per avviare discussioni/collaborazioni continue con le principali organizzazioni di pazienti.	SI	Elaborata modulistica per avvenuta informazione dei degenti.
Avviare attività di sostegno per i pazienti.	SI	Personale sanitario tenuto alla formazione dei degenti secondo la nuova modulistica introdotta.
Considerare la possibilità di iniziative per premiare o riconoscere comportamenti virtuosi da parte di singoli operatori sanitari, reparti o servizi.	SI	Reparti virtuosi evidenziati in corso di report semestrale.
Pianificare la produzione di materiali di formazione supplementari di e-learning o l'organizzazione di attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori	NO	Attività riproposta nel 2026

Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti è già previsto dalla relativa Procedura Aziendale PG71-08.

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PIANO AZIENDALE DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI 2026	
		Data: 09/02/2026
		Rev.: 0
		Pagina 15 di 16

CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT. PIANO DELLE ATTIVITA' PER IL 2026			
AZIONE	R	T	M
Chiarire che tutte le altre azioni per assicurare il cambiamento del sistema, la formazione/istruzione, la valutazione e il feedback e i promemoria sul posto di lavoro hanno luogo mediante la pubblicazione del Piano.	Coordinatore del Piano/Risk Manager	Entro 3 mesi	Trimestrale
Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture.	Coordinatore del Piano/Risk Manager	Entro 3 mesi	Annuale
Preparare e inviare una mail per comunicare ai dirigenti apicali ed ai coordinatori le iniziative sull'igiene delle mani e previste nel Piano 2026.	Risk Manager	Entro 3 mesi	Annuale
Elaborare un piano per pubblicizzare su intranet le attività di igiene delle mani in tutta la Struttura utilizzando l'Ufficio Formazione.	Direzione Professioni Sanitarie / Risk Manager	Entro 2026	Annuale
Programma formale per il coinvolgimento dei parenti nel reparto UDR (cod. 75)	Responsabile U.O.	Entro 2026	Annuale
Avviare attività di sostegno per i pazienti (ad esempio, fornire opuscoli informativi sull'igiene delle mani ai pazienti e pianificare sessioni educative).	Coordinatori Infermieri	Entro 2026	Annuale
Riconoscere comportamenti virtuosi da parte di singoli operatori sanitari, reparti o servizi.	Direzione Sanitaria	Entro 2026	Annuale
Comunicare regolarmente convegni, attività FAD al personale	Ufficio Formazione	Entro 2026	Annuale

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

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PIANO AZIENDALE DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI 2026	
		Data: 09/02/2026
		Rev.: 0
		Pagina 16 di 16

8. BIBLIOGRAFIA

Determinazione 26 Febbraio 2021 "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani". G02044

Hand Hygiene Technical Reference Manual. WHO, 2009.

Guide to Implementation: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. WHO, 2009

Template Action Plan, WHO, 2009

Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user Instructions. WHO, 2010

Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Inadequate/Basic Results, WHO, 2012

Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Intermediate Results, WHO, 2012

Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework – Advanced/Leadership Results, WHO, 2012

Sax H et al.: The World Health Organization hand hygiene observation method, Am J Infect Control 2009;37:827-34

Secondo studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti – Protocollo ECDC". Dipartimento Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. 2018.

Griffith CJ et al. Environmental surface cleanliness and the potential for contamination during handwashing. American Journal of Infection Control, 2003, 31:93-6.

Ansari SA et al. Comparison of cloth, paper, and warm air drying in eliminating viruses and bacteria from washed hands. American Journal of Infection Control, 1991,19:243-249.

Yamamoto Y et al. Efficiency of hand drying for removing bacteria from washed hands: comparison of paper towel drying with warm air drying. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2005, 26:316-320.

Bottone EJ et al. Ineffectiveness of handwashing with lotion soap to remove nosocomial bacterial pathogens persisting on fingertips: a major link in their intrahospital spread. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2004, 25:262-264.

Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere: Linee guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle Strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), 2018.

Colasanti P., Martini L., Raffaele B., Vizio M., ANIPIO: La prevenzione delle infezioni ospedaliere. Carocci Faber, 2009.

<http://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica> (data ultima consultazione: 2 dicembre 2020).

Cimon K, Featherstone R. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017 Mar 3. PMID: 29533568.

Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines. Ottawa: CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health); 2017 Mar.

Wąsaszek MZ, et al., Nail microbial colonization following hand disinfection: a qualitative pilot study, Journal of Hospital Infection (2018), <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.06.023>

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PROGRAMMA DI CONTROLLO PER LA LEGIONELLOSI 2026	Data: 21/01/2026
		Rev.: 0
		Pagina 1 di 7

REVISIONE	OdM N°	DESCRIZIONE	DATA
0	1	Prima emissione	21/01/2026

PREPARATO	VERIFICATO	APPROVATO
CLINICAL RISK MANAGER UFFICIO TECNICO/RSPP	DIPS	DIREZIONE SANITARIA
 Firma:	 Firma:	 Firma:
 Jose Telles		Data:

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALLIERI ITALIANI	PROGRAMMA DI CONTROLLO PER LA LEGIONELLOSI 2026	
		Data: 21/01/2026
		Rev.: 0
		Pagina 2 di 7

SOMMARIO

1. Costituzione del TEAM	3
2. Realizzazione Piattaforma Documentale	4
3. Modalità di esecuzione e tempi della valutazione del rischio	4
4. Piano di miglioramento ed azioni correttive.....	6
5. Pianificazione ed azioni di supporto previste	9

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PROGRAMMA DI CONTROLLO PER LA LEGIONELLOSI 2026	
		Data: 21/01/2026
		Rev.: 0
		Pagina 3 di 7

1. COSTITUZIONE DEL TEAM

Il 19/12/2024 è stato istituito mediante delibera della Direzione Generale il Gruppo di Lavoro Multidisciplinare per il controllo della Legionellosi, individuando i componenti di seguito elencati:

- Direttore Sanitario
- Clinical Risk Manager
- RSPP
- Responsabile Ufficio Tecnico
- Responsabile di U.O.C. di reparti degenza ordinaria
- Responsabile Laboratorio Analisi

2. REALIZZAZIONE DI PIATTAFORMA DOCUMENTALE

I documenti riguardanti il controllo della Legionellosi sono caricati in una cartella condivisa su server aziendale **/Gestione Del Rischio/Legionella**, nella quale vengono raccolti il Piano Annuale per il controllo della Legionellosi, i controlli e le attività periodiche effettuate, le Delibere aziendali sul tema, i verbali delle riunioni effettuate. ecc.

3. MODALITÀ DI ESECUZIONE E TEMPI DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO ED INDICAZIONE SINTETICA DELLE MISURE DI CONTROLLO PREVISTE

Presso l'Ospedale sono attuate analisi del sistema idrico, dalla captazione al rubinetto al fine di rispondere al quesito: il sistema è in grado regolarmente di distribuire acqua tale da soddisfare i requisiti di qualità per la tutela della salute umana? Attraverso la fase di valutazione sono stati identificati tutti i potenziali pericoli relativi ad ogni segmento della filiera idrica (captazione, trattamenti, distribuzione), definito il livello di rischio associabile a ciascun pericolo identificato, e stabilite le misure di controllo ad esso funzionali, secondo un ordine di priorità (stabilito in base al livello di rischio), al fine di garantire che l'approvvigionamento di acqua sia sicuro, gli standard e gli obiettivi di qualità siano soddisfatti.

A tal fine vengono effettuati i **CONTROLLI INTERNI**.

L'art.7 del D. Lgs. 31/01 e s.m.i. stabilisce che l'Ente Gestore deve garantire la qualità dell'acqua erogata con opportuni controlli interni. Questi controlli vengono effettuati nei punti "significativi" del sistema idrico e sono finalizzati a individuare le situazioni a rischio. Il monitoraggio operativo sistematico, della qualità delle acque nei punti significativi, ha l'obiettivo di assicurare che ogni deviazione dalla prestazione richiesta venga rapidamente rilevata e affrontata.

La pianificazione dei controlli avviene in considerazione di:

1. conformazione del sistema idrico e manutenzione impiantistica;
2. Individuazione dei punti di controllo;
3. Tipologia dei controlli e frequenza dei controlli;

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PROGRAMMA DI CONTROLLO PER LA LEGIONELLOSI 2026	
		Data: 21/01/2026
		Rev.: 0
		Pagina 4 di 7

Per quanto riguarda la tipologia dei controlli la vigente normativa stabilisce che nell'arco di ogni anno vengano effettuati controlli di routine e di verifica.

Il controllo di routine è finalizzato a fornire indicazioni sulla qualità organolettica, sulla qualità microbiologica, sull'efficacia dei trattamenti, nonché su tutte quelle sostanze per le quali, in base alla situazione locale e ai dati disponibili, si possa ritenere sussistente il rischio di superamento del valore di parametro nell'acqua distribuita.

Il controllo di verifica è finalizzato a integrare le informazioni fornite dal controllo di routine.

Il Decreto Legislativo del 2 febbraio 2001 n. 31 fissa i requisiti di qualità per una serie di parametri rilevati, sulle acque destinate al consumo umano, dividendoli in tre categorie:

- Microbiologici (Enterococchi, Escherichia coli). I rischi sanitari d'infezione dovuti ad inquinamenti microbiologici riguardano un elevatissimo numero di batteri, virus, protozoi; le acque vengono analizzate allo scopo di identificare quei parametri microbiologici indicatori certi di una contaminazione fecale
- Chimici (Nitrati, Nitriti, Cloro libero etc.). Questi elementi e composti sono tossici o nocivi per la salute.
- Indicatori (pH, conducibilità, odore, colore, torbidità etc.).

La maggior parte di questi parametri è tipica delle caratteristiche naturali delle acque potabili distribuite.

Il piano di monitoraggio è da intendersi in condizioni di routine, ovvero in assenza di casi (cluster), esiti di campioni fuori dai valori limite, etc. e comunque in tutti quei casi in cui non è ravvisata la necessità di effettuare una disinfezione o altro intervento a lungo termine, e rappresenta il piano di campionamento cui fanno riferimento le misure di prevenzione "general".

Per l'**Ospedale San Giovanni Battista**, ogni ciclo di monitoraggio prevede il prelievo di campioni, la frequenza dei controlli si articola come segue:

- analisi di 3 campioni a semestre ai fini della potabilità comprendenti i seguenti parametri: pH, conducibilità, odore, colore, torbidità, sapore, Conducibilità, Nitrati, Nitriti, Cloro libero, ferro, Coliformi totali, E. coli, CBT 37 °C, CBT 22 °C, Streptococchi fecali, Clostridi solfito riduttori.
- Campionamento e analisi di 20 campioni (10 acqua fredda, 10 acqua calda) a quadrimestre comprendenti: Legionella

L'analisi del campione viene effettuata da un laboratorio accreditato per la ricerca e quantificazione di Legionella. La sensibilità del metodo deve essere in grado di rilevare quantità ≤ 50 UFC/L.

Al fine di abbattere la carica batterica residua ACISMOM ha impiantato e attivato presso l'Ospedale San Giovanni Battista un erogatore di biossido di cloro prima dell'ingresso nei boiler.

Impianti di condizionamento

Le epidemie di legionellosi si diffondono sovente a causa di carente o assente manutenzione degli impianti di condizionamento centralizzato. Per tale ragione l'impresa che ha la responsabilità della manutenzione dell'impianto idrico ha la responsabilità dell'applicazione delle buone pratiche con tenuta delle apposite registrazioni, come da linee guide per la prevenzione e il controllo della Legionellosi (Ministero della Salute, 2015), indicate nel Piano di Manutenzione.

Impianto di distribuzione dell'acqua potabile

Giornalmente durante la pulizia delle camere di degenza e dei bagni, il personale dell'impresa incaricata della pulizia ha il compito di aprire il rubinetto dell'acqua calda e dell'acqua fredda e di farla scorrere per 1 minuto (l'acqua calda e l'acqua fredda).

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PROGRAMMA DI CONTROLLO PER LA LEGIONELLOSI 2026	
		Data: 21/01/2026
		Rev.: 0
		Pagina 5 di 7

In caso che la camera di degenza resti vuota per più di sette giorni il responsabile di reparto ha l'obbligo di far aprire tutti i rubinetti dell'acqua calda per 10' e dell'acqua fredda altri per 10'.

Azioni di pulizia annuale.

Attraverso una società esterna e determinate da specifico contratto vengono effettuate le seguenti **manutenzioni**:

- sostituzione di tutti i filtri di tutti i terminali delle degenze e degli ambulatori.
- smontaggio e lavaggio con anticalcare di tutti i soffioni delle docce.
- pulizia e disincrostazione dei serbatoi di accumulo acqua attraverso lavaggio con specifici prodotti

Per le strutture ambulatoriali ed i Centri Odontoiatrici il campionamento e analisi di campioni (secondo quanto previsto per il singolo centro per l'acqua fredda e l'acqua calda) annuali comprendenti: Legionella e Cloro residuo libero.

4. PIANO DI MIGLIORAMENTO ED AZIONI CORRETTIVE EVENTUALMENTE PREVISTE

A seguito della revisione degli schemi impiantistici e di una migliore conoscenza della distribuzione:

• Riduzione del numero di punti da 72 a 60, con aumento della frequenza di campionamento da semestrale a quadrimestrale.

• Inserimento in procedura di una frequenza mensile in caso di positività o anomalie, fino a due controlli consecutivi negativi, con successivo ritorno alla frequenza ordinaria.

Presenza di almeno un punto di ingresso per garantire la qualità dell'acqua in arrivo dall'esterno.

• Priorità ai punti terminali e a quelli poco utilizzati, considerati più critici per il rischio Legionella.

• Attenzione particolare alle aree con utenti più vulnerabili (UDR).

• Mantenimento di alcuni punti su acqua fredda, pur privilegiando l'acqua calda

5. PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI DI SUPPORTO PREVISTE

Il Risk Management aziendale effettua periodicamente azioni di sensibilizzazione sulle misure generali di prevenzione per legionellosi (**Procedura Aziendale Generale 71-06 - DVR Rischio Legionella**), elencando tutte le misure a rischio, pertanto da evitare, come di seguito elencate:

- Per l'utilizzo dei dispositivi e delle apparecchiature devono essere seguite le indicazioni fornite dal produttore.
- Quando possibile si raccomanda di prediligere l'utilizzo di dispositivi semicritici monouso. Al termine dell'impiego, dovranno essere immediatamente smaltiti all'interno dei contenitori per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.
- I dispositivi semicritici riutilizzabili devono essere ricondizionati con la modalità di sterilizzazione o di disinfezione di alto livello ideale per il presidio utilizzato.
- Si ricorda che le fasi del processo di ricondizionamento dei dispositivi riutilizzabili sono: decontaminazione, accurata pulizia e disinfezione/sterilizzazione. Si evidenzia, inoltre, che al termine della disinfezione ad alto livello, il dispositivo dovrà essere sottoposto a risciacquo con acqua sterile (per evitarne la ricontaminazione derivante dall'uso di acqua non batteriologicamente pura), infine, asciugato e confezionato prestando attenzione a non contaminare gli articoli durante tale processo. Il materiale deve essere stoccato in un luogo pulito ed asciutto in modo da evitarne l'eventuale contaminazione.
- La presenza di acqua o umidità determina la proliferazione di microrganismi del genere Legionella.
- I dispositivi utilizzati per la nebulizzazione devono essere esclusivamente quelli dati in dotazione dalla Farmacia. Essi sono monouso, monopaziente e devono essere impiegati con strettissima aderenza alle istruzioni.
- Tra un trattamento e l'altro sullo stesso paziente, i nebulizzatori di farmaci di piccolo volume devono essere puliti, disinfettati, risciacquati **con acqua sterile** e asciugati.
- Non utilizzare umidificatori ambientali di largo volume che producono aerosol (es. umidificatori tipo Venturi, a ultrasuoni o disco rotante) e che quindi sono veri nebulizzatori.
- Le protesi dentarie **non devono essere lavate con acqua del rubinetto** e comunque vanno accuratamente asciugate.
- Nelle pratiche clinico-assistenziali ad alto rischio si deve porre la massima attenzione, adottando le indicazioni di seguito sintetizzate.

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PROGRAMMA DI CONTROLLO PER LA LEGIONELLOSI 2026	
		Data: 21/01/2026
		Rev.: 0
		Pagina 6 di 7

OSSIGENOTERAPIA : GESTIONE UMIDIFICATORI PER OSSIGENOTERAPIA

- I gorgogliatori per l'ossigenoterapia devono essere sterili e monouso.
- Il gorgogliatore monouso, al termine del ciclo di terapia, deve essere smaltito.
- In caso di ossigenoterapia prolungata sullo stesso paziente, la sostituzione dell'umidificatore deve avvenire al bisogno (ad esempio quando finisce l'acqua nel gorgogliatore o quando il sistema, inclusa la prolunga nasale o la maschera, è visibilmente contaminato), o dopo 15 giorni di utilizzo.
- Il sistema di umidificazione deve essere sostituito tra un paziente ed il successivo.

AEROSOLTERAPIA

- dispositivi per l'aerosol terapia monouso quali ampolla, tubo di raccordo, mascherina, boccaglio o forcella, al termine dell'impiego, dovranno essere immediatamente smaltiti.
- Deviatori di flusso da utilizzare in caso di aerosolterapia con utilizzo di ossigeno o aria compressa devono essere risterilizzati al termine dell'uso sullo stesso paziente.
- Nel caso in cui le indicazioni del produttore consentano il riutilizzo dei dispositivi sullo stesso paziente:
A. Tra un impiego e il successivo sullo stesso paziente, i dispositivi devono essere detersi e successivamente risciacquati impiegando sempre acqua sterile, **(non deve mai essere impiegata acqua del rubinetto)** asciugati con panno monouso pulito o salviette di carta monouso, infine riposti in un contenitore pulito ed asciutto.
B. I dispositivi comunque devono essere sostituiti secondo le indicazioni fornite dal produttore, fatto salvo criticità assistenziali che ne richiedono una sostituzione più frequente.

- Se si impiegano dispositivi riutilizzabili questi devono essere lavati, risciacquati accuratamente e a lungo, asciugati, confezionati e **sottoposti a sterilizzazione**.
- Ogni qualvolta sia possibile, devono essere usati farmaci per nebulizzazione in preparazioni monodose. Se si utilizzano preparazioni multidose, devono essere seguite le istruzioni del produttore per la manipolazione, la conservazione e la somministrazione del preparato.

DISPOSITIVI PER L'INTUBAZIONE OROTRACHEALE

- I dispositivi utilizzati per la gestione della via aerea devono essere sterili.
- Il laringoscopia deve essere sterilizzato dopo l'utilizzo tra un paziente e l'altro.
- Dopo l'impiego i dispositivi utilizzati, se monouso, devono essere smaltiti, se riutilizzabili, devono essere decontaminati, detersi, risciacquati, asciugati, correttamente confezionati ed infine sterilizzati.

FIBROLARINGOSCOPIA E SOSTITUZIONE CANNULA ENDOTRACHEALE

Tali procedure devono essere effettuate con tecnica asettica.

- A. Il risciacquo del fibroscopio, al termine del reprocessing, deve essere effettuato con acqua sterile **(non deve mai essere impiegata acqua del rubinetto)**.
- B. Per il lavaggio della controcannula non deve mai essere impiegata acqua del rubinetto.
- C. In tutti i casi bisogna procedere ad asciugatura completa.

TRACHEOASPIRAZIONE E BRONCOASPIRAZIONE

Tali procedure devono essere eseguite con tecnica asettica. Le secrezioni aspirate devono essere rimosse dal sondino **utilizzando esclusivamente acqua sterile**. Non deve mai essere impiegata acqua del rubinetto. Al termine della procedura i dispositivi utilizzati devono essere smaltiti.

SONDINO NASO-GASTRICO

La presenza del sondino naso gastrico è un fattore di rischio riconosciuto per la migrazione dei microrganismi a livello dell'apparato respiratorio, compresa la Legionella. Pertanto deve essere posta una particolare cura nella gestione di tale dispositivo:

L'igiene del cavo orale deve essere curata con particolare attenzione **evitando l'utilizzo di acqua del rubinetto**;

- La pervietà della sonda deve essere verificata sistematicamente e in particolare dopo la somministrazione di farmaci ed alimenti;

 ORDINE DI MALTA ITALIA ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI	PROGRAMMA DI CONTROLLO PER LA LEGIONELLOSI 2026	
		Data: 21/01/2026
		Rev.: 0
		Pagina 7 di 7

- Il lavaggio della sonda deve essere effettuato con almeno 30 ml di acqua sterile.

Non deve mai essere impiegata acqua del rubinetto.

6. BIBLIOGRAFIA

REGIONE.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE.U.0037825.15-01-2026. Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2026 (PARS).

Documento di linee-guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 04/04/20. Ministero della Salute.

Linee guida per il controllo e la prevenzione della legionellosi ” 7 maggio 2015