

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Unità di Risk Management
Responsabile dott. Siro Simeoni

ANNO 2026

INDICE

1	PREMESSA	3
2	CONTESTO ORGANIZZATIVO	4
3	INTRODUZIONE AL PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025	5
4	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	6
5	DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	7
6	RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE	7
7	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	9
8	OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	10
9	OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	11
10	MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	14
11	BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	14

Allegato 1. Piano di Azione Locale sull'Igiene delle mani

Allegato 2. Relazione Programma di controllo della legionellosi per l'anno 2025

1 PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato la necessità che le organizzazioni sanitarie operino per assicurare ai Pazienti l'erogazione di prestazioni qualificate e sicure. La possibilità di un "Evento avverso" è insita nei sistemi complessi e le realtà sanitarie, come sancito dall'OMS, sono l'ambito lavorativo a maggiore complessità possibile. La sicurezza dei Pazienti deve essere, quindi, continuamente presidiata e le criticità devono essere affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando vari aspetti: monitoraggio e analisi degli eventi avversi, elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, coinvolgimento di Pazienti, formazione degli operatori sanitari e analisi delle criticità.

Tale approccio è definito Gestione del Rischio Clinico che, come tale, rappresenta un elemento di Governo Clinico, definito come "sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica.

Del resto la gestione del rischio in ambito sanitario era una attività già prevista nella Legge 189 del 2012 (Legge Balduzzi) che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi.

La Legge Gelli (Legge 8 Marzo 2017, n. 24) qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative. Le attività di prevenzione del rischio - alle quali concorre tutto il personale - sono messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private. A questo proposito, rispetto a quanto contenuto nella legge di Stabilità, nella legge Gelli sono state apportate alcune modifiche: l'articolo 16, modificando i commi 539 e 540 della legge di stabilità 2016 (legge n. 208/2015) prevede infatti che i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari, e che l'attività di gestione del rischio sanitario sia coordinata da personale medico dotato delle Specializzazioni in Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica o equipollenti, in Medicina Legale, ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

In questa dimensione, la Gestione del Rischio Clinico assume un ruolo fondamentale nel processo di identificazione degli obiettivi di sistema, di definizione dei processi organizzativi, di allocazione delle risorse, oltre che ovviamente, di valutazione delle attività delle singole

unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

2 CONTESTO ORGANIZZATIVO

La “Residenza Villa Carla” è situata nel comune di Aprilia, in Viale Italia 1, in zona climatica mite, ben soleggiata e ventilata. È collegata direttamente con la SS 148 - Pontina, mediante lo svincolo di Viale Europa, e quindi in rapido collegamento con le città di Roma e di Latina. Tramite la Via Toscanini è collegata al centro urbano di Aprilia. La struttura, posizionata al centro di un ampio parco fruibile ai soggetti ricoverati, si sviluppa quasi per intero su di un piano anche al fine di favorire l’accessibilità ai portatori di disabilità.



La struttura è stata autorizzata e accreditata dalla Regione Lazio con DCA U00160 del 24/04/2015 per i servizi di RSA – Residenza Sanitaria Assistenziale: 120 posti letto, divisi in cinque nuclei da 20 posti letto e un nucleo da 10 posti letto di cui:

- 90 posti letto accreditati per RSA livello di Mantenimento Alto
- 10 posti letto accreditati per RSA in regime di semi-residenzialità
- 20 posti letto autorizzati per RSA in regime privato.

Tabella 1 – Presentazione dei dati di attività

“RESIDENZA VILLA CARLA”			
DATI STRUTTURALI			
ASL territorialmente competente		Latina	
Posti letto	120	Residenza Sanitaria Assistenziale	90 posti letto Mantenimento Alto
			10 posti letto semiresidenziali
			20 posti letto privati
DATI DI ATTIVITÀ (Anno 2025)			
Giornate di degenza	39.111	Accessi semiresidenziali	1290

3 INTRODUZIONE AL PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026

La stesura del presente PARS, segue le indicazioni presenti nella Determina della Regione Lazio n. G00643 del 25.01.2022 “Adozione del documento di indirizzo per l’elaborazione del **Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)**” e pertanto coniuga i documenti denominati in precedenza PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza).

Lo scopo del documento unico denominato **PARS**, come specificato dalla Regione Lazio, è:

- favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il contrasto all’Antimicrobico Resistenza;
- adempiere agli obiettivi previsti dal Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle mani;

Il PARS si prefigge inoltre l’obiettivo di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure partendo dalla necessità di considerare l’errore come una opportunità di apprendimento e tutte le attività concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza, economicità e

sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

Per raggiungere questi obiettivi, il presente documento comprende la sezione riguardante le strutture che erogano prestazioni in Regime Residenziale e Semiresidenziale e le strutture di Assistenza Territoriale Extra-Ospedaliera (Allegato B del “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario – PARS).

4 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Il presente Piano Annuale di Rischio Sanitario, relativo all’anno 2026, è il quinto **PARS** della Residenza Villa Carla, da quando si sono unificati in un solo documento, il PARM e il PAICA.

Si riportano in tabella gli eventi segnalati nel 2025

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

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	Legati al paziente (100%)	Strutturali (0%) Tecnologiche (0%) Organizzative (100%) Procedure-Comunicazione (0%)	Sistemi di reporting (100 %)
Eventi Avversi	16	Legati al personale (0%) Strutturali (0%)		
Eventi Sentinella	1	Tecnologici (0%) Organizzativi (0%)		

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

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
------	-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------

2020	1	0	0
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0
2024	1	0	0
2025	1	0	0
Totale	3	0	0

5 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2021	01/01/2021-31/12/2021	UnipolSai	€ 11.500,00	€ 25.000,00	Willis Italia
2022	01/01/2022-31/12/2022	UnipolSai	€ 11.500,00	€ 25.000,00	UnipolSai
2023	01/01/2023-31/12/2023	UnipolSai	€ 11.500,00	€ 25.000,00	UnipolSai
2024	01/01/2024-31/12/2024	UnipolSai	€ 11.500,00	€ 25.000,00	UnipolSai
2025	01/01/2025-31/12/2025	UnipolSai	€ 11.500,00	€ 25.000,00	UnipolSai
2026	01/01/2026-31/12/2026	UnipolSai	€ 704.160,00 (Polizza di gruppo)	€ 25.000,00	UnipolSai

6 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Tabella 5 –Resoconto delle attività del Piano precedente

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Aggiornamento Corso di formazione in Clinical Risk Management (EA, ES, NM)	SI	<u>Verrà riproposto anche nel corso del 2026</u>
Monitoraggio e Prevenzione Lesioni da Decubito. Report trimestrale	SI	E' presente un Report annuale suddiviso per trimestri.
Effettuazione Corso di Formazione per la Prevenzione degli Atti di violenza a danno degli Operatori Sanitari e non.	NO	<u>Verrà riproposto nel corso del 2026.E' stato inserito in Struttura nel 2025 il Modulo sulle Aggressioni</u>
Corso di Formazione per gli Operatori Sanitari Medici mirata al corretto uso di antibiotici (Antimicrobial Stewardship)	SI	-
Indagine di Prevalenza sulle ICA riscontrate: Clostridium Difficile	SI	Evidenze nel Monitoraggio specifico
Indagine di Prevalenza sulle ICA riscontrate: Infezioni Urinarie	SI	Evidenze nel Monitoraggio specifico
Implementazione del Piano Locale sull'Igiene delle Mani	SI	Alla fine dell'anno 2025, alla luce dell'applicazione del Piano di Intervento Regionale nella nostra struttura, il follow-up del questionario eseguito a fine anno, ha determinato il raggiungimento di 2 livelli Avanzato (A – D) e 3 di livello Intermedio (B – C – E)

7 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La Direzione Gestionale in collaborazione con il Risk Manager ha identificato Ruoli e Responsabilità in relazione alla definizione, redazione ed implementazione del Piano. Tale definizione di ruoli- delineata nella tabella sottostante- è stata poi condivisa con tutti gli interessati ed è da considerarsi parte integrante del Piano stesso.

Tabella 6 – Matrice delle responsabilità

Azione	Direttore Sanitario/Medico Responsabile	Risk Manager	Risorse Umane	Direttore Gestionale
Redazione PARS	C	R	I	C
Adozione PARS	C	I	I	R
Monitoraggio PARS	C	R	I	I

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

Nella specifica realtà della “Residenza Villa Carla”, l’Unità di Risk Management è composta dal **Risk Manager** e dal **Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio**, costituito da un nucleo ristretto di figure professionali preposte alle attività di Programmazione, Verifica e Controllo delle attività di Risk Management.

Le figure di riferimento dell’Unità di Risk Management con Funzioni di Coordinamento per la Gestione del Rischio sono di seguito elencate:

- Dott. Siro Simeoni (Risk Manager)
- Dott. Peppino Nicolucci (Medico Responsabile)
- Dott.ssa Manuela Rucco
- Caposala, Iagnocco Andrea
- Coordinatrice Terapia Occupazionale, Maria Tontaro

8 OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

8.1 PARS Obiettivi 2026 per la Gestione del Rischio Sanitario

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale per il 2026 sono:

- 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

OBIETTIVO A) - Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del Rischio Sanitario

ATTIVITÀ 1 – Incontri formativi di aggiornamento sul sistema di segnalazione degli Eventi Avversi , Near Miss, Eventi Sentinella (Incident Reporting) finalizzato al miglioramento della qualità delle segnalazioni

INDICATORE: Svolgimento di più sessioni formative entro il 31.12.2026;

STANDARD: Numero totale di operatori sanitari che hanno partecipato > al 65%

FONTE: UO Rischio Clinico

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	UO Formazione
Attuazione Programma	R	C
Progettazione materiale	C	R
Condivisione risultati	R	I

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

OBIETTIVO B) -Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

ATTIVITA' 2 – Monitoraggio e Prevenzione Lesioni da Decubito. Report trimestrale

INDICATORE: Esecuzione di monitoraggio annuale entro il 31.12.2026

STANDARD: Analisi sul 100% dei Pazienti

FONTE:UO Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	RGQ
Raccolta dati	C	R
Elaborazione Monitoraggio	R	C

Condivisione risultati	R	C
------------------------	---	---

OBIETTIVO C) - Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli Operatori e delle Strutture		
ATTIVITÀ 3 - Effettuazione Corso di Formazione per la Prevenzione degli Atti di violenza a danno degli Operatori Sanitari e non.		
INDICATORE: svolgimento di una sessione formativa entro il 31.12.2026;		
STANDARD: N° di partecipanti all'incontro rispetto al totale degli operatori sanitari > al 65%		
FONTE: UO Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Raccolta dati	R	I
Elaborazione del Corso	R	I
Condivisione risultati	R	I

9 OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

9.1 PARS Obiettivi 2026 per la Gestione del Rischio Infettivo

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale per il 2026 sono:

- D) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo
- E) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione che individui le attività per raggiungere entro il 31.12.2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento.
- F) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai Carbapenemi (CRE)

Obiettivo D) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo

Attività 4 – Corso di formazione in tema di Prevenzione delle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza).

INDICATORE: Effettuazione attività formativa entro 31.12.2026

STANDARD: Numero totale di operatori sanitari che hanno partecipato > al 65%

FONTE: UO Rischio Clinico

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	RISK MANAGER	UO FORMAZIONE
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I

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

Obiettivo E) – Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione che, individui le attività per raggiungere entro il 31.12.2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento

Attività 5 – Implementazione del Piano Locale sull'Igiene delle mani

INDICATORE: Implementazione del Piano 2026 e analisi dei risultati dell'autovalutazione

STANDARD: Adesione al cronoprogramma regionale

FONTE: UO Rischio Clinico

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	RISK MANAGER	CCICA
Compilazione e analisi dei 5 questionari di autovalutazione	R	I
Azioni di miglioramento	R	I
Elaborazione del piano di azione locale	R	I

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

Obiettivo F) – Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo.

Attività 6 – Indagine di Prevalenza sulle ICA riscontrate: Clostridium Difficile

INDICATORE: Effettuazione della rilevazione entro il 31.01.2026

STANDARD: Emissione Report

FONTE: UO Rischio Clinico

MATRICE DELLE RESPONSABILITA’

AZIONE	RISK MANAGER	UO Formazione
Elaborazione corso e procedura	R	I
Verifica procedura	R	I
Azioni di miglioramento	R	I

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

Attività 7 – Indagine di Prevalenza sulle ICA riscontrate: Infezioni Urinarie

INDICATORE: Effettuazione di una rilevazione entro il 31.01.2026

STANDARD: Emissione Report

FONTE: UO Rischio Clinico

MATRICE DELLE RESPONSABILITA’

AZIONE	RISK MANAGER	UO Formazione
Elaborazione corso e procedura	R	I
Verifica procedura	R	I
Azioni di miglioramento	R	I

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

Attività 8 – Monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l’Igiene delle Mani (Litri/1000 giornate di degenza ordinaria)

INDICATORE: Consumo espresso in litri/1000 giorni di degenza ordinaria

STANDARD: Almeno un Report annuale entro il 31.12.2026

FONTE: UO Rischio Clinico

MATRICE DELLE RESPONSABILITA’

AZIONE	RISK MANAGER	UO Formazione
Elaborazione corso e procedura	R	I
Verifica procedura	R	I
Azioni di miglioramento	R	I

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

10 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento sarà diffuso attraverso i seguenti strumenti:

- pubblicazione sul sito internet;
- presentazione alla Direzione Aziendale;
- diffusione al personale di struttura;
- presentazione al personale di struttura.

11 BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. 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”;
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
3. 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”
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
5. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
6. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
7. Seduta della Conferenza Stato-Regioni 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.131”;
8. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità

**PIANO DI AZIONE LOCALE
SULL'IGIENE DELLE MANI
2026**

VILLA CARLA

DESCRIZIONE ATTIVITÀ E PIANO DI INTERVENTO

Il Piano Regionale sull'Igiene delle mani prevede la compilazione di un questionario di autovalutazione iniziale sullo stato di adeguatezza delle strutture.

Nella Residenza "Villa Carla" è stato effettuato il questionario di autovalutazione della struttura con i seguenti risultati:

Risultati 2025

Livello Avanzato nella Sezione A;
Livello Intermedio nella Sezione B;
Livello Intermedio nella Sezione C;
Livello Avanzato nella Sezione D;
Livello Intermedio nella Sezione E.

Risultati 2026

Livello Avanzato nella Sezione A;
Livello Intermedio nella Sezione B;
Livello Base nella Sezione C;
Livello Avanzato nella Sezione D;
Livello Intermedio nella Sezione E.

Monitoraggio consumo SIA

Risultati 2024

4,20 litri x 1000 GDO

Risultati 2025

3,63 litri x 1000 GDO

Monitoraggio dell'osservazione della compliance dell'igiene mani

Non è stato possibile effettuare il monitoraggio dell'osservazione della *Compliance* dell'igiene mani nel corso del 2025.

ATTIVITA' PIANO DI AZIONE LOCALE 2026

1. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

A. VALUTAZIONE INIZIALE GENNAIO 2026	B. IMPLEMENTAZIONE MARZO-DICEMBRE 2026	C. VALUTAZIONE AL FOLLOW UP LUGLIO 2026	D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA DICEMBRE 2026
Somministrazione questionario autovalutazione struttura e tecnologie 2024	Monitoraggio consumi gel e sapone per le mani Verifica corretto posizionamento dispenser e installazione di nuovi ove necessario	Analisi dei risultati primo semestre e identificazione azioni di miglioramento	Somministrazione questionario autovalutazione a fine anno per verificare il mantenimento dei livelli

2. FORMAZIONE DEL PERSONALE

A. VALUTAZIONE INIZIALE GENNAIO 2026	B. IMPLEMENTAZIONE MARZO-MAGGIO 2026	C. VALUTAZIONE GIUGNO 2026	D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA LUGLIO 2026
Somministrazione questionario autovalutazione	Analisi questionario di autovalutazione Aggiornamento di un programma di formazione specifico per l'igiene mani e prevenzione ICA con il coinvolgimento della Dirigenza Sanitaria Centrale (Annual Refresh) Implementazione azioni di formazione "on the job" da parte del dirigente infermieristico Somministrazione "Questionario finale igiene delle mani"	Indagine attraverso "questionari di follow up sulla percezione degli operatori sanitari" Feed-back corretto utilizzo dispositivi DPI, rimozione monili e corretta igienizzazione delle mani	Somministrazione questionario autovalutazione Attenta analisi risultati e corretta applicazione del Piano di azione

	Somministrazione "Questionario per gli operatori sanitari" Somministrazione "Questionario sulla percezione dei responsabili di reparto e dei coordinatori infermieristici" Analisi fabbisogni formativi nelle aree "più carenti" emerse dai questionari.		
--	---	--	--

3. VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK

A. VALUTAZIONE INIZIALE GENNAIO 2026	B. IMPLEMENTAZIONE MARZO-AGOSTO 2026	C. VALUTAZIONE SETTEMBRE 2026	D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA NOVEMBRE 2026
Somministrazione questionario autovalutazione monitoraggio e feedback 2026 Analisi questionario di autovalutazione 2026	Osservatori: definizione ruolo e responsabilizzazione. Progettare un programma di osservazioni random delle quali il 50% almeno per gli infermieri. Monitorare 200 opportunità. Raccolta dati su acquisti sapone e prodotti a base alcolica (proxy del consumo effettivo) Nomina osservatore Formazione Osservatore	Osservatori: - Feed back su osservazioni -Verifica correttezza osservazioni -Feedback dei dati. Comunicazione dei risultati ai dirigenti apicali, in particolar modo sull'adesione all'applicazione del piano regionale Analisi dei dati quantitativi dei prodotti per l'igiene delle mani.	Somministrazione questionario autovalutazione. Attenta analisi risultati e corretta applicazione del Piano di azione. Analisi dei dati quantitativi dei prodotti per l'igiene delle mani

4. COMUNICAZIONE PERMANENTE

A. VALUTAZIONE INIZIALE GENNAIO 2026	B. IMPLEMENTAZIONE APRILE 2026	C. VALUTAZIONE MAGGIO GIUGNO 2026	D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA
somministrazione e valutazione questionario autovalutazione comunicazione permanente 2026.	Analisi carenze comunicative sull'igiene delle mani. Disposizione più capillare poster. Distribuzione depliant sull'igiene delle mani agli operatori Verifica del posizionamento dei poster che riguardano l'igiene delle mani.	Indagine per operatore sanitario sull'efficacia della comunicazione per la corretta applicazione del piano regionale igiene mani. Analisi risultati ed audit. Analisi dei risultati ottenuti con i nuovi strumenti comunicativi.	Somministrazione questionario autovalutazione. Attenta analisi risultati e corretta applicazione del Piano di azione con riferimento alla comunicazione permanente Previsione di miglioramenti ulteriori nella comunicazione.

5. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

A. VALUTAZIONE INIZIALE GENNAIO 2026	B. IMPLEMENTAZIONE APRILE 2026	C. VALUTAZIONE SETTEMBRE 2026	D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA OTTOBRE 2026
Somministrazione questionario autovalutazione clima organizzativo e commitment.	Analisi questionario di autovalutazione Incontro con focus sulle azioni per la promozione dell'igiene delle mani. Condivisione con il personale di Reparto Sensibilizzare pazienti e parenti sul tema igiene delle	Si stabilisce una riunione del CCICA di lavoro ogni 6 mesi come feedback del piano d'azione implementato. Feedback sul miglioramento nei comportamenti dei degenti ricoverati rispetto al tema	Somministrazione questionario autovalutazione. Attenta analisi risultati e corretta applicazione del Piano di azione.

	mani come prevenzione delle ICA, promuovere comportamenti virtuosi fornendo opuscoli informativi sull'igiene delle mani.	igiene delle mani.	
--	--	--------------------	--

Il tutto verrà concluso nei tempi previsti (Dicembre 2026), riportato nel PARS con aggiornamento annuale e trasmesso con analoga cadenza al CRRC (Comitato Regionale Rischio Clinico).

Allegato 2

Relazione Programma di controllo della legionellosi per l'anno 2025 Villa Carla

1. Costituzione del Team

È stato formalmente costituito il Gruppo di Gestione del Rischio Legionella, composto da:

- Medico Responsabile: Peppino Nicolucci
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP): Gaetano Petrone
- Responsabile Tecnico/Manutenzione Impianti (BM/Manutentore): Filippello, Pepino/
- Referente Qualità/Risk Management: Gaetano Petruzziello

Il team ha il compito di:

- Redigere e aggiornare la Valutazione del Rischio Legionella
- Definire e supervisionare il piano di controllo
- Verificare l'efficacia delle misure adottate
- Coordinare eventuali azioni correttive

2. Realizzazione della Piattaforma Documentale

È stata implementata una piattaforma documentale dedicata, in formato digitale e/o cartaceo, contenente:

- Documento di Valutazione del Rischio Legionella
- Planimetrie e schemi impiantistici aggiornati
- Registro degli interventi di manutenzione
- Piano di campionamento microbiologico
- Rapporti di prova dei laboratori accreditati
- Registro temperature e controlli periodici
- Procedure operative standard (POS)
- Registro non conformità e azioni correttive

3. Modalità di Esecuzione, Tempi di Valutazione del Rischio e Misure di Controllo

Valutazione del Rischio

La valutazione del rischio è stata effettuata: 12/01/2026.

- x A seguito di aggiornamento periodico annuale.
- o A seguito di modifiche strutturali o impiantistiche.
- o A seguito di positività microbiologica significativa.

L'analisi comprende:

- Analisi semestrali microbiologiche.
- Identificazione dei punti critici (serbatoi, bollitori, terminali, torri evaporative)
- Valutazione delle temperature dell'acqua
- Analisi delle condizioni di stagnazione e incrostazioni

Misure di Controllo Effettuate:

- Mantenimento temperatura acqua calda tra i 55°C e i 60°C in accumulo e $\geq 50^{\circ}\text{C}$ ai terminali.
- Acqua fredda $< 20^{\circ}\text{C}$.
- Flussaggi periodici dei punti poco utilizzati settimanale a cura di
- Disincrostazione e sanificazione periodica trimestrale dei terminali dell'impianto a cura del manutentore, interventi effettuati nel mese di Marzo, Giugno, Settembre, Dicembre.
- Pulizia e disinfezione serbatoi di accumulo annuale e dei boiler semestrale a cura della ditta di manutenzione.
- Monitoraggio microbiologico periodico semestrale a cura della ditta certificata.

4. Risultato Sintetico del Monitoraggio Operativo

Il monitoraggio microbiologico e tecnico ha evidenziato:

- Regolare mantenimento dei parametri di temperatura
- Conformità della maggior parte dei campioni analizzati nel corso del 2025
- Eventuali non conformità puntuali gestite con interventi tempestivi (iperclorazione, shock termico, ripetizione campionamenti) in caso di analisi con risultato positivo indicare cosa è stato fatto per la gestione nc in dettaglio.

5. Sintesi del Piano di Miglioramento (nel caso di criticità riscontrate o caso clinico)

Qualora siano emerse criticità segnalate dall'ASL, gli interventi che sono stati messi in atto prevedono: indicare in dettaglio le azioni messe in atto passo-passo fino alla data analisi con esito negativo.

- Osservazione e ricerca tratti di rete idrica obsoleti.
- Ricerca ed eventuale eliminazione di rami morti.
- Ricerca e sostituzioni di componenti impianto idrico obsoleti o con presenza di ossidazione o accumuli di calcare (boiler, accumuli, valvole, tubazioni, terminali).
- Implementazione flussaggio punti critici.
- Incremento frequenza campionamenti in aree critiche.
- Interventi previsti in caso di valori di legionella fuori norma risultati dalle analisi microbiologiche, si segue la normativa (linee guida 7 Maggio 2015).

Verifica finale di efficacia delle attività tramite analisi microbiologica.

6. Pianificazione delle Azioni di Supporto

Sono state pianificate le seguenti azioni:

- Formazione periodica del personale tecnico e sanitario
- Sensibilizzazione degli operatori sulle buone pratiche (es. flussaggi)
- Audit interni annuali
- Riesame annuale del protocollo Legionella
- Aggiornamento continuo secondo Linee Guida nazionali vigenti della valutazione del rischio legionellosi nel caso di presunto caso con descrizione degli interventi eseguiti.