



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

(PARS) 2026

RSA Villa Letizia

(Italian Hospital Group 3 Srl)

Dr. Siro Simeoni

Risk Manager Korian Lazio

Anno 2026

1. INTRODUZIONE

La gestione del rischio clinico in sanità rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti. Negli anni si è visto che solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica. Il coinvolgimento delle Professioni all'interno delle aziende sanitarie risulta essere un elemento vincente in termini di conoscenza e consapevolezza, così da favorire la disponibilità al cambiamento e l'utilizzo sinergico e consapevole dei vari strumenti offerti dal Risk Management. Il presente Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS) definisce e pianifica le modalità, le responsabilità, i criteri, gli strumenti, gli indicatori e gli obiettivi individuati dall'organizzazione per la prevenzione, contenimento e gestione di eventi avversi, con l'obiettivo di garantire la sicurezza dei pazienti e migliorare la qualità delle cure. La gestione del rischio clinico mira a garantire la sicurezza dei pazienti, prevenendo gli errori evitabili e contenendo i possibili effetti dannosi. La conoscenza di tutti i fattori causali o contribuenti al verificarsi di errori è fondamentale per migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza.

Il PARS è stato elaborato sulla base di quanto indicato dal "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)" approvato e adottato con determina G00643 del 25.01.2022 della Regione Lazio.

La società Italian Hospital Group 3 Srl nasce nel 2015 e prende in gestione "Villa Letizia", una struttura socio-sanitaria extra-ospedaliera in regime di accreditamento con il SSN, collocata nel comune di Patrica e nel territorio di competenza della ASL di Frosinone.

2. AMBITO DI APPLICAZIONE

Ai sensi della citata Determinazione regionale recante le "linee di indirizzo per l'elaborazione del PARS", il presente documento si applica alla seguente struttura:

- Struttura Residenziale per persone non autosufficienti, anche anziane, livello di Mantenimento Alto e Basso.

3. CONTESTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE

Tabella 1: presidi socio-sanitari attivi

DENOMINAZIONE STRUTTURA	Indirizzo	Tipologia	ASL di competenza	Livello Assistenziale	Posti
ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE A <u>PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI, ANCHE ANZIANE</u>					
RSA	Strada Statale dei Monti Lepini km 11.300 - 03010 Patrica (FR)	RSA	FR	Mantenimento Alto e Basso	90
(*) RSA Estensiva per Disturbi Cognitivo Comportamentali Gravi (DCCG)	Strada Statale dei Monti Lepini km 11.300 - 03010 Patrica (FR)	RSA	FR	Estensivo DCCG	20

STRUTTURE CHE EROGANO CURE PALLIATIVE IN REGIME RESIDENZIALE E DOMICILIARE					
CENTRO DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE DOMICILIARE	Strada Statale dei Monti Lepini km 11.300 - 03010 Patrica (FR)	Hospice Domiciliare	FR	n.a.	36
CENTRO DI CURE PALLIATIVE - HOSPICE RESIDENZIALE	Strada Statale dei Monti Lepini km 11.300 - 03010 Patrica (FR)	Hospice Residenziale	FR	n.a.	9

DATI DI ATTIVITA' 2025	
GIORNATE DI DEGENZA RSA Mantenimento alto e basso:	N. 30550
GIORNATE DI DEGENZA HOSPICE	N. 2308

4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2024 (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	Strutturali (6%) Tecnologici (6%) Organizzativi (8%) Procedure/ Comunicazione(80%)	Strutturali (3%) Tecnologici (3%) Organizzativi (4%) Procedure/ Comunicazione(50%)	Sistemi di reporting (registrazione in cartella clinica elettronica)
Eventi Avversi	0			
Eventi Sentinella	0			

(A): I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi. Si rimanda al documento “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella” adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul cloud regionale.

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

Anno	N. Sinistri	Risarcimenti erogati
2025	0	0
2024	1	0
2023	1	0
2022	0	0
2021	0	0

5. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio (€)	Franchigia (€)	Brokeraggio
2026	210623742 31-12-2026	Unipol Assicurazioni S.p.A.	704.159,99 premio complessivo della polizza di Gruppo di Segesta S.p.A. SB	25.000 euro	
2025	181715421 31-12-2025	Unipol Assicurazioni S.p.A.	704.159 premio complessivo della polizza di Gruppo di Segesta S.p.A. SB	25.000 euro	-
2024	181715421 31-12-2024	UnipolSai	704.159 premio complessivo della polizza di Gruppo di Segesta S.p.A. SB	25.000 euro	-
2023	181715421/15	UnipolSai	10.434,80	25.000	-
2022	Z082024 31-12-2022	ZURICH INSURANCE PLC	12.911,00	25.000	EURORISK

6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Tabella 5 –Resoconto delle attività del PARS 2025

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 – Effettuazione di un corso di formazione in Clinical Risk Management (near miss, eventi avversi, eventi sentinella; incident reporting)	Si	attuato
OBIETTIVO B) Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi		
ATTIVITÀ 2 – Effettuazione monitoraggio semestrale Aggressioni	Si	Attuato

OBIETTIVO C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 3 – Implementazione del Piano Locale Igiene delle Mani (refresh)	Non totalmente	Da riprogrammare

OBIETTIVO D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento ICA

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 4 – Corso di formazione in tema di prevenzione delle ICA	Si	Attuato
ATTIVITÀ 5 - Monitoraggio tramite effettuazione semestrale di indagine di prevalenza cumulativa di ICA (infezioni urinarie e clostridium)	Si	Attuato
ATTIVITÀ 6 - Monitoraggio consumo soluzione idroalcolica	Si	Attuato

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La Tabella 6 viene adattata all'organigramma aziendale ed alle specificità organizzative del Gruppo. Di seguito si indica la matrice delle Responsabilità.

Tabella 6 – Matrice delle responsabilità

Azione	Risk Manager Korian Lazio	Medico Responsabile	Direttore Gestionale	Referente ICA	Referente Gestione Qualità
Redazione PARS	R	C	C	C	C
Adozione PARS	I	C	R	C	C
Monitoraggio PARS	C	R	C	C	C

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

8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 2026

8.1 Obiettivi

I quattro obiettivi strategici definiti dalle linee di indirizzo per l'elaborazione del PIANO ANNUALE di RISCHIO SANITARIO a livello regionale sono:

A	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo
B	Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
C	Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.
D	Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

8.2 Attività

Le attività dell'anno in corso saranno focalizzate sull'implementazione delle attività formative relative alla diffusione della cultura della sicurezza, con particolare riferimento alla prevenzione e gestione del rischio clinico e del rischio infettivo, anche ai fini dell'attuazione del Piano di Azione Locale per l'Igiene delle Mani.

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio clinico			
ATTIVITÀ 1 – Effettuazione di un corso di formazione in Clinical Risk Management (near miss, eventi avversi, eventi sentinella; incident reporting)			
INDICATORE: Effettuazione prevista entro il 31/12/2026			
STANDARD: SI			
FONTE : Direzione Medica			
<i>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</i>			
Azione	Risk Manager	Direttore Gestionale	HR
Progettazione attività	R	C	C
Approvazione attività	C	R	C
Esecuzione attività	C	C	R

OBIETTIVO B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.			
ATTIVITÀ 2 – Effettuazione monitoraggio semestrale Aggressioni			
INDICATORE: Effettuazione prevista entro il 31/12/2026			
STANDARD: SI			
FONTE: Direzione Medica			
<i>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</i>			
Azione	Medico Responsabile	Direttore Gestionale	Èquipe
Progettazione attività	R	C	C
Approvazione attività	C	R	C
Esecuzione attività	C	C	R

OBIETTIVO C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni su

ATTIVITÀ 3 – Implementazione del Piano Locale Igiene delle Mani (refresh)

INDICATORE: Effettuazione prevista entro il 31/12/2026

STANDARD: SI

FONTE: Direzione Medica

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Medico Responsabile	Referente ICA	Direttore Gestionale
Progettazione attività	C	R	C
Approvazione attività	R	I	C
Esecuzione attività	C	R	C

OBIETTIVO D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

ATTIVITÀ 4 – Corso di formazione in tema di prevenzione delle ICA

INDICATORE: Effettuazione prevista entro il 31/12/2026

STANDARD: SI

FONTE: Direzione Medica

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Medico Responsabile	Referente ICA	Direttore Gestionale
Progettazione attività	C	R	C
Approvazione attività	R	I	C
Esecuzione attività	C	R	C

OBIETTIVO D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

ATTIVITÀ 5 - Monitoraggio tramite effettuazione semestrale di indagine di prevalenza cumulativa di ICA (infezioni urinarie e clostridium)

INDICATORE: Effettuazione prevista entro il 31/12/2026

STANDARD: SI

FONTE: Direzione Medica

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Medico Responsabile	Referente ICA	Direttore Gestionale
Progettazione attività	C	R	C
Approvazione attività	R	I	C
Esecuzione attività	C	R	C

OBIETTIVO D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

ATTIVITÀ 6 - Monitoraggio consumo soluzione idroalcolica			
INDICATORE: Effettuazione prevista entro il 31/12/2026			
STANDARD: SI			
FONTE: Direzione Medica			
<i>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</i>			
Azione	Medico Responsabile	Referente ICA	Direttore Gestionale
Progettazione attività	C	R	C
Approvazione attività	R	I	C
Esecuzione attività	C	R	C

9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Al fine del corretto svolgimento e del monitoraggio costante di tutte le attività previste dal PARS, la Direzione Gestionale assicura la sua diffusione attraverso la pubblicazione dello stesso sul sito internet aziendale (www.korian.it) e la condivisione con tutte le figure coinvolte nella sua elaborazione ed approvazione.

10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Circolare ministeriale 52/1985 - Lotta alle infezioni ospedaliere
- Circolare ministeriale 8/1988 - Lotta alle infezioni ospedaliere
- Decreto del 11 dicembre 2009: Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità
- DCA Regione Lazio del 10/02/2011 n. U0008 “Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie”
- Legge 8 novembre 2012, n. 189. (Legge Balduzzi) «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.»
- Circolare Ministero della Salute del 26 febbraio 2013. n. 4968 Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)
- Determinazione Regionale del 1° aprile 2014 n. G04112 “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)"
- DCA Regione Lazio del 4 novembre 2016, n. U00328 Progetto 7.3 “contenimento delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell’uso degli antibiotici”
- DCA Regione Lazio del 7 novembre 2017 n.U00469 Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D.lgs.502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010/2012
- Legge n 24 dell’8 marzo 2017 (Gelli-Bianco) Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie
- Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020
- Determinazione Regione Lazio del 6 dicembre 2017 n. 16829 Istituzione del “Centro Regionale per il Rischio Clinico” (CRRC)

- Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2 Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali
- Determinazione Regione Lazio del 26 febbraio 2021 n. G02044 Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani".
- Determinazione Regione Lazio del 20 luglio 2021 n G09850 Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella"
- Determinazione Regione Lazio del 25/01/2022 n. G00643 Adozione del “Documento di indirizzo Regione Lazio per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”
- Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all’assistenza (ICA) atto n.G16501 del 28/11/2022
- Determinazione –GSA Regione Lazio G09086 DEL 08/07/2024 Revisione del "Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)" (Determinazione n.G05584/2018).

Allegato 1

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

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

1. PREMESSA.....	
2. INTRODUZIONE.....	
3. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONI.....	
4. ACRONIMI, TERMINI E DEFINIZIONI	
5. METODOLOGIA	
6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO DI AZIONE LOCALE 2024.....	
7. INTERVENTI-AZIONI-CRONOLOGIA-INDICATORI 2024	
8. RIFERIMENTI NORMATIVI	
9. BIBLIOGRAFIA	

1. PREMESSA

1.1 Complessità organizzativa e intensità assistenziale

Italian Hospital Group 3 S.r.l. si costituisce nel 2015 per la gestione di Strutture socio-sanitarie extra-ospedaliere in regime di accreditamento con il S.S.R.

Ai sensi della citata Determinazione regionale recante le “linee di indirizzo per l’elaborazione del PARS”, il presente documento si applica alle strutture socio-sanitarie IHG a regime residenziale.

Le strutture a regime semiresidenziale e domiciliare continueranno, in tema di gestione del rischio clinico e del rischio infettivo, ad ottemperare ai requisiti previsti dalla normativa regionale di autorizzazione e di accreditamento.

Nell’ambito dell’Area Rischio Clinico e nell’ottica della gestione complessiva del Rischio Sanitario, la prevenzione dell’insorgenza delle complicanze infettive evitabili nel corso dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria rappresenta uno dei principali obiettivi di miglioramento della Qualità del servizio e delle cure proposte ai pazienti. In considerazione dell’impatto che le stesse hanno sull’assistenza e in considerazione nello specifico delle richieste normative della Regione Lazio (v. Tavolo Permanente 04/02/2020).

Pertanto, il presente Piano d’azione si applica al seguente settings assistenziale IHG:

- **Struttura Residenziale per persone non autosufficienti, anche anziane.**

2. INTRODUZIONE

Il Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Lazio ha predisposto il PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL’IGIENE DELLE MANI che la Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria ha adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021, n. G02044.

Il provvedimento dispone che tutte le strutture sanitarie o sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale effettuino l’autovalutazione prevista dal Piano Regionale ed elaborino un piano di azione locale sulla base dei risultati della suddetta autovalutazione entro un termine di quattro mesi dalla data di adozione. Il Ministero della Salute ha recentemente reso noti i risultati per l’Italia di una “Indagine sullo stato di attuazione dei programmi di igiene delle mani e di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza svolta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2019”.

Con il termine Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA) si intendono tutte le infezioni

riconducibili a momenti assistenziali, anche non strettamente ospedalieri, che al momento dell'ingresso del

assistito nella struttura o prima dell'erogazione dell'assistenza, non erano né presenti né in incubazione e compaiono per la prima volta almeno 48 ore dopo l'inizio un processo/percorso assistenziale, che possono manifestarsi anche dopo la dimissione e che possono riscontrarsi anche tra il personale della struttura.

La definizione stessa delle ICA suggerisce come questa tipologia di infezioni sia in diretta correlazione con l'erogazione delle prestazioni assistenziali agli assistiti e che, sia le condizioni critiche fisiologiche degli stessi, che quelle del sistema, di natura strutturale tecnologica e procedurale, ne aumentino l'incidenza annua.

L'igiene delle mani è la più semplice e la più efficace tra le misure di prevenzione delle ICA. La trasmissione delle ICA avviene, infatti, quasi sempre tramite il contatto tra "fonte-veicolo-ospite" e il veicolo più frequente sono le mani degli operatori, coinvolte in tutte le pratiche terapeutiche ed assistenziali.

La strategia multimodale dell'OMS sopra richiamata prevede 5 momenti da ottimizzare parallelamente:

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

3. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

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

A CHI	Il documento è rivolto a tutti i settings assistenziali e agli esercenti la professione sanitaria che in essi operano
--------------	---

DOVE	Il documento trova applicazione in tutte le Strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali
PER CHI	Il documento è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti e degli esercenti la professione sanitaria della Struttura.
QUANDO	Qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo. NB: Le indicazioni contenute nel documento non si applicano alle procedure che richiedono il lavaggio chirurgico delle mani.

4. ACRONIMI, TERMINI E DEFINIZIONI

Acronimi	
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
PARS	Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario
CCICA	Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza
CRRC	Centro Regionale Rischio Clinico
HH	Hands Hygiene (igiene delle mani)
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control

Termini e definizioni	
Antisepsi delle mani	La riduzione o l'inibizione della crescita di microrganismi a seguito di una frizione antisettica o del lavaggio antisettico delle mani. Nel primo caso l'operazione richiede l'impiego di un gel/soluzione idroalcolica, nel secondo caso di un antisettico da applicare sulle mani insieme all'acqua.
Agente antisettico	Sostanza antimicrobica che riduce o inibisce la crescita dei microrganismi sui tessuti viventi. Gli esempi includono alcol, gluconato di clorexidina, derivati del cloro, iodio, cloroxilenolo (PCMX), composti dell'ammonio quaternario e triclosan.
Bundle	Un bundle è un insieme contenuto (da 3 a 5) di interventi, comportamenti e/o pratiche evidence-based, rivolti ad una specifica tipologia di pazienti e setting di cura, che, applicati congiuntamente e in modo adeguato, migliorano la qualità e l'esito dei processi con un effetto maggiore di quello che gli stessi determinerebbero, se ogni strategia fosse attuata separatamente. Un bundle ha successo solo se tutte le sue componenti vengono applicate.
Colonizzazione	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o altri siti senza evidenza d'invasione tissutale o di reazione infiammatoria loco regionale e/o sistemica e/o risposta dell'ospite.
CRCC	Centro Regionale Rischio Clinico

Disinfezione	Procedimento chimico o fisico che comporta l'eliminazione di tutte le forme patogene e del maggior numero di microrganismi presenti in un ambiente o su di un substrato, ad eccezione delle spore.
Frizione idroalcolica	Frizione delle mani con preparazione idroalcolica volta a ridurre la flora microbica transitoria, ma non necessariamente quella residente. Si effettua utilizzando un antisettico conforme alla norma EN 1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791. La durata dell'operazione è di 20-30 sec in relazione al prodotto impiegato. La frizione antisettica è indicata per procedure a rischio infettivo basso o intermedio: igiene di routine e procedure asettiche di livello intermedio.
Infezione	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o in altri siti con evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria; prevede l'invasione, la moltiplicazione e la risposta loco regionale e/o sistemica dell'ospite.
Punto di Assistenza	Il punto di assistenza è il luogo dove tre elementi si uniscono: il paziente, l'operatore sanitario e la cura o il trattamento che comporti il contatto con il paziente o il suo ambiente circostante (all'interno della zona del paziente). Il concetto abbraccia la necessità di eseguire l'igiene delle Mani nei momenti raccomandati esattamente dove ha luogo l'assistenza. Ciò richiede che un prodotto per l'Igiene delle Mani (a base di soluzione alcolica, se disponibile) sia facilmente accessibile e il più vicino possibile - a portata di mano dove si svolge l'assistenza o il trattamento del paziente. I prodotti al punto di assistenza devono essere accessibili senza dover lasciare la zona

5. METODOLOGIA

La metodologia in accordo a quanto indicato nel "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" prevede i seguenti steps:

Autovalutazione rispetto ai seguenti ambiti:

1. Ambito dei **requisiti strutturali e tecnologici** con riferimento, ad esempio:

- all'esistenza di percorsi sporco/pulito;
- al rapporto lavandini/utenti;
- alla presenza di specifiche procedure per la sanificazione;
- alla disponibilità dei dispenser per la soluzione idroalcolica nei punti di assistenza;

2. Ambito della **formazione del personale**, con riferimento, ad esempio:

- all'esistenza di programmi di formazione del personale;
- all'attuazione del monitoraggio e verifica della formazione del personale;
- alla disponibilità di materiale formativo;

3. Ambito del **monitoraggio e feedback**, con riferimento, ad esempio:

- corretta Igiene delle Mani attraverso l'osservazione diretta;
- quantità e qualità dei dispenser di soluzione alcolica e dei lavandini all'interno della struttura;
- formazione degli operatori sanitari in materia di Igiene delle Mani e ICA;
- consumo di soluzione alcolica e di sapone all'interno del Gruppo IHG

4. Ambito della **comunicazione permanente**, con riferimento, ad esempio:

- disponibilità di materiale informativo (locandine, brochure) a disposizione del personale e dei visitatori e aggiornamento dello stesso

5. Ambito del clima organizzativo e commitment, con riferimento a:

- istituzione di un team per la promozione e implementazione della pratica dell'Igiene delle Mani ed al coinvolgimento della Direzione Sanitaria sull'argomento.

Risultati per l'anno 2025

E' stato effettuato il questionario di autovalutazione della struttura con i seguenti risultati:

Risultati 2025	Risultati 2026
• Livello Intermedio nella Sezione A; • Livello Intermedio nella Sezione B; • Livello Intermedio nella Sezione C; • Livello Intermedio nella Sezione D; • Livello Intermedio nella Sezione E.	• Livello Intermedio 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	Risultati 2025
5,55 litri x 1000 GDO	6,42 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

6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO DI AZIONE LOCALE 2025

Tabella 5 –Resoconto delle attività del PIANO LOCALE 2025

SEZIONE A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	Resoconto
Implementazione dei requisiti strutturali	Verifica corretto posizionamento dispenser e installazione dei nuovi ove necessario	Direzione Gestionale	Dicembre 2025	Dotazione al 80%
Sviluppo piano locale	Somministrazione e questionario autovalutazione	Referente ICA	LUGLIO-DICEMBRE 2025	Mantenimento o livello intermedio
Implementazione dei requisiti strutturali	Monitoraggio consumo SIA	Direzione Gestionale	LUGLIO-DICEMBRE 2025	Aumentato il consumo per 1000 posti letto rispetto al 2024

SEZIONE B: FORMAZIONE DEL PERSONALE				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	Resoconto
Implementare un programma di formazione specifica per l'igiene delle mani	Formazione tramite Annual Refresh	Direzione Medica	Entro dicembre 2025	80% degli operatori sanitari
Prevedere azioni di formazione “on the job”	Formazione all'interno delle strutture	DI+Coord Inf	Entro dicembre 2025	80 % degli operatori sanitari
Sviluppo piano locale	Somministrazione questionario	Referente ICA	Luglio-Dicembre	Mantenimento livello

	autovalutazione		2025	intermedio
--	-----------------	--	------	------------

SEZIONE C: MONITORAGGIO E FEEDBACK				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	Resoconto
eseguire il programma di osservazione specifica per l'igiene delle mani	Esecuzione di 600 opportunità	Referente ICA	marzo 2025 giugno 2025 settembre 2025 dicembre 2025	Non raggiunto
Analisi dei dati dopo l'osservazione effettuata in tutte le unità operative	diffusione dei dati dell'osservazione	Referente ICA	marzo 2025 giugno 2025 settembre 2025 dicembre 2025	Non raggiunto
Sviluppo piano locale	Somministrazione questionario autovalutazione	Referente ICA	Luglio-Dicembre 2025	Ottenuto livello base

SEZIONE D: COMUNICAZIONE PERMANENTE				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	Resoconto
Verifica e implementazione del programma sulla comunicazione permanente	Analisi carenze comunicative Verifica la presenza dei poster e brochure	Responsabili strutture	giugno 2025 dicembre 2025	Ottenuto livello intermedio aumentando il punteggio autovalutazione

SEZIONE E: CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	Resoconto
Incontri sulla	Analisi dei	Referente ICA	ogni 6 mesi	Effettuato

programmazione delle azioni di promozione della corretta igiene delle mani	questionari di autovalutazione			
Sensibilizzazione operatori, pazienti e parenti sul tema dell'igiene delle mani	Promozione dei comportamenti virtuosi e fornitura di opuscoli informativi	Responsabili strutture	dicembre 2025	Effettuato

7. INTERVENTI-AZIONI-CRONOLOGIA-INDICATORI 2026

SEZIONE A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Implementazione dei requisiti strutturali	Verifica corretto posizionamento dispenser e installazione dei nuovi ove necessario	Direzione Gestionale	Dicembre 2026	Dotazione al 100%
Sviluppo piano locale	Somministrazione e questionario autovalutazione	Referente ICA	LUGLIO-DICEMBRE 2026	Mantenimento livello intermedio
Implementazione dei requisiti strutturali	Monitoraggio consumo SIA	Direzione Gestionale	LUGLIO-DICEMBRE 2026	Aumentare il consumo per 1000 posti letto rispetto al 2024

SEZIONE B: FORMAZIONE DEL PERSONALE				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE

Implementare un programma di formazione specifica per l'igiene delle mani	Formazione tramite Annual Refresh	Direzione Medica	Entro dicembre 2026	80% degli operatori sanitari
Prevedere azioni di formazione "on the job"	Formazione all'interno delle strutture	DI+Coord Inf	Entro dicembre 2026	80 % degli operatori sanitari
Sviluppo piano locale	Somministrazione questionario autovalutazione	Referente ICA	Luglio-Dicembre 2026	Mantenimento livello intermedio

SEZIONE C: MONITORAGGIO E FEEDBACK				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
eseguire il programma di osservazione specifica per l'igiene delle mani	Esecuzione di 600 opportunità	Referente ICA	marzo 2026 giugno 2026 settembre 2026 dicembre 2025	150 opportunità ogni 3 mesi
Analisi dei dati dopo l'osservazione effettuata in tutte le unità operative	diffusione dei dati dell'osservazione	Referente ICA	marzo 2026 giugno 2026 settembre 2026 dicembre 2026	nr osservazioni effettuate /nr osservazioni programmate
Sviluppo piano locale	Somministrazione questionario autovalutazione	Referente ICA	Luglio-Dicembre 2026	Raggiungimento livello intermedio

SEZIONE D: COMUNICAZIONE PERMANENTE				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Verifica e implementazione	Analisi carenze	Responsabili strutture	giugno 2026	Mantenimento livello

del programma sulla comunicazione permanente	comunicative Verifica la presenza dei poster e brochure		dicembre 2026	intermedio aumentando il punteggio autovalutazione
--	--	--	---------------	--

SEZIONE E:CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT				
OBIETTIVO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	TEMPISTICA	INDICATORE
Incontri sulla programmazione delle azioni di promozione della corretta igiene delle mani	Analisi dei questionari di autovalutazione	Referente ICA	ogni 6 mesi	Da fare entro le due date giugno 2026 dicembre 2026
Sensibilizzazione operatori, pazienti e parenti sul tema dell'igiene delle mani	Promozione dei comportamenti virtuosi e fornitura di opuscoli informativi	Responsabili strutture	dicembre 2026	

8. RIFERIMENTI NORMATIVI

Determina Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria G02044 del 26_02_2021 -" Adozione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani"

Circolare Ministero della Salute n. 4968 Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE) del 26 febbraio 2013.

DCA n. U00328 del 4 novembre 2016, Progetto 7.3 "contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici"

Ordinanza Presidente Regione Lazio N. Z00034 del 18/04/2020 "Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019: prevenzione, contenimento e gestione dei focolai da SARS -CoV -2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali. Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2 "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali" -Versione del 24 agosto 2020.

Documento di *indirizzo* per l'elaborazione del piano annuale per la gestione *del* rischio sanitari (PARS)

Circolare Ministeriale n. 52/1985 recante "Lotta contro le infezioni Ospedaliere"

Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";

Circolare Ministeriale 25 febbraio 2013 "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)";

Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante "Recepimento dell'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge del 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018";

Decreto del Commissario ad Acta del 06/07/2015, n° U000309 recante: "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP 2014-2018), ai sensi dell'intesa Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 13/11/2014;

Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobico resistenza (PNCAR) 2017-2020;

Determinazione Regionale n° G16829 del 06/12/2017 recante Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della legge 24/2017;

9. BIBLIOGRAFIA

Ministero della Salute "Risk Management in Sanità - il problema degli errori". Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 05/03/2003;

WHO- World Alliance for Patient Safety - The second Global Patient Safety - Challenge 2008 "Safe Surgery Safe Live";

WHO: A Guide to the implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene improvement Strategy (2009);

Rapporto Istituto Superiore di Sanità "Indagine sullo stato di attuazione dei programmi di igiene delle mani e di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza svolta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2019: risultati per l'Italia"

Silvio Brusaferrò -Istituto Superiore di Sanità – "L'igiene delle mani come strumento primario per la prevenzione delle ICA e nel contesto del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza" -Giornata mondiale dell'Igiene delle mani 2019, Roma 9 maggio 2019.

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

1. Costituzione del Team

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

- Medico Responsabile: Carlo de Lena
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP): Marco De Santis
- 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.

- 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.