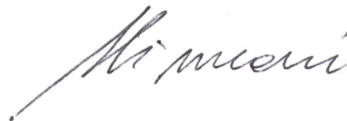


# PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Unità di Risk Management  
Responsabile dott. Siro Simeoni



ANNO 2026

## Sommario

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO .....	2
2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	3
3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	3
4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE .....	4
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ .....	5
6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 2026.....	5
7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO .....	7
8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	7

## 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

- RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA)

### 1. PREMESSA

#### 1.1. Contesto organizzativo (\*)

Immersa in un angolo verde di Roma Nord, a poca distanza dalla Riserva naturale dell'Insugherata e dal Parco dell'Inviolatella Borghese, Villa Sacra Famiglia ospita una RSA dedicata a persone non autosufficienti convenzionata con il S.S.R., ma anche con disponibilità di ricoveri privati e formule di ricovero di sollievo nel territorio della ASL Roma 1.

La sede operativa è a Roma – Largo Ottorino Respighi, 6 - 00135 Roma

La struttura è stata autorizzata dalla Regione Lazio per i servizi di:

- RSA di Alto Mantenimento – 100 posti letto autorizzati e accreditati;
- RSA Estensiva – 20 posti letto autorizzati non accreditati.

**Tabella 1 – Presentazione dei dati di attività RSA Villa Sacra Famiglia**

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA			
DATI STRUTTURALI			
ASL territorialmente competente		RM1	
Posti letto	120	Residenza Sanitaria Assistenziale	100 posti letto Mantenimento Alto
			20 posti letto Estensivi
DATI DI ATTIVITÀ 2025			
Giornate di degenza residenziali: 37.793 N° ricoveri ordinari: 126			

Nella RSA Villa Sacra Famiglia, in data 15/10/2025 con verbale di riunione, è stato istituito il Comitato per la Sorveglianza e il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA). L'istituzione di tale Comitato rientra in una più ampia strategia aziendale volta a istituire un sistema di sorveglianza, prevenzione, diagnosi, trattamento delle infezioni.

Il suddetto Comitato ha le seguenti funzioni:

Elaborare, monitorare ed implementare una serie di azioni volte alla prevenzione ed al controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali (ICPA); promuovere e programmare gli interventi di formazione del personale; segnalare la comparsa di epidemie ed eventi sentinella associati alle pratiche assistenziali; validare e diffondere linee guida e protocolli assistenziali mirati alla riduzione del rischio infettivo/biologico per assistiti, operatori ed altri soggetti coinvolti nel processo di cura.

## 2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

**Tabella 2 – Eventi segnalati occorsi dal 01.01.2025 al 31.12.2025 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti <sup>(A)</sup>	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0			
<b>Eventi Avversi</b>	<b>29 Eventi Avversi</b>  Cadute 28 (96,5%) Analisi acque positive alla legionella 1 (3,5%)	Strutturali (13%) Tecnologici (3.8%) Organizzativi (34.5%) Procedure/Comunicazione (48.7%)	Strutturali (13%) Tecnologici (3.8%) Organizzativi (34.5%) Procedure/Comunicazione (48.7%)	Sistema di Reporting Segnalazione spontanea (100%) + registrazioni in cartella clinica
<b>Eventi Sentinella</b>	0			

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

Anno	N. Sinistri aperti <sup>(A)</sup>	N. Sinistri liquidati <sup>(A)</sup>	Risarcimenti erogati <sup>(A)</sup>
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0
2024	0	0	0
2025	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## 3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

**Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa**

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2022	RCH00020000127 31-01-2023	AM TRUST ASSICURAZIONI SPA	310.000	50.000/ 150.000	EURORISK
2023	191171970 31.01.2024	UnipolSai	280.000	25.000/ 150.000	-

2024	191171970 31.01.2025	UnipolSai	280.000	25.000/ 150.000	-
2025	191171970 31.01.2026	Unipol Assicurazioni S.p.A.	280.000	25.000/ 150.000	-
2026	214480866 31.01.2027	Unipol Assicurazioni S.p.A.	300.000	5.000	-

#### 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

**Tabella 5 –Resoconto delle attività del Piano precedente-PARS 2025**

Attività	Realizzata <sup>(B)</sup>	Stato di attuazione
<b>ATTIVITÀ A.1:</b> Effettuazione di un corso di formazione in Clinical Risk Management (near miss, eventi avversi, eventi sentinella; incident reporting)	Sì	Corso effettuato
<b>ATTIVITÀ B.2:</b> Monitoraggio delle Lesioni da Pressione	Sì	Indicatori KPI raccolti mensilmente
<b>ATTIVITÀ B.3:</b> Monitoraggio Cadute	Sì	Indicatore KPI raccolto mensilmente
<b>ATTIVITÀ B.4:</b> Monitoraggio Aggressioni	Sì	Non sono state riscontrate aggressioni nel 2025.
<b>ATTIVITÀ B.5:</b> Effettuazione periodica di Safety Walk Around	Sì	Effettuati sopralluoghi a cura dell'Ufficio Hotel Service per la verifica dello stato igienico sanitario della struttura, effettuati periodici audit (consulenti, interni, ente di certificazione) nelle aree medico/infermieristico/assistenziale
<b>ATTIVITÀ C.6 –</b> Implementazione del Piano Locale Igiene delle Mani (refresh)	Sì	Da riproporre nel 2026
<b>ATTIVITÀ D.7:</b> Corso di aggiornamento in ambito di prevenzione delle ICA	Sì	Da riproporre nel 2026
<b>ATTIVITÀ D.8:</b> Monitoraggio tramite effettuazione semestrale di indagine di prevalenza cumulativa di ICA (infezioni urinarie e clostridium)	Sì	Da riproporre nel 2026

<b>ATTIVITÀ D.9:</b> Monitoraggio consumo annuale gel idroalcolico	Si	Da riproporre nel 2026
<b>ATTIVITÀ D.10:</b> Effettuazione di un corso di formazione sull'antimicrobico resistenza	Si	Corso effettuato

## 5. 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 definizioni 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	Medico Responsabile	Consulente rischio clinico Korian Lazio	Direttore Gestionale	CC-ICA	Referente Gestione Qualità
Redazione PARS	R	C	C	C	C
Adozione PARS	C	C	R	C	C
Monitoraggio PARS	R	C	C	C	C

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

## 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 2026

### 6.1 Obiettivi

#### Obiettivi e Attività 2026 per la gestione del rischio sanitario

Gli obiettivi strategici definiti 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 31/12/2026 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 resistenti ai carbapenemi (CRE).

#### Obiettivi e Attività 2026 per la gestione del rischio sanitario

**OBIETTIVO A)** Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.

**ATTIVITÀ 1:** Eventi formativi di aggiornamento sul sistema di segnalazione (eventi avversi, near miss, eventi sentinella, incident reporting)

**INDICATORE :** Realizzazione incontri formativi entro 31.12.2026

<b>STANDARD SI</b>		
<b>FONTE</b> Direzione Medica- Risk Manager		
<b>ATTIVITA' 2:</b> implementazione dei Safety Walk Around		
<b>INDICATORE:</b> effettuazione di almeno 2 Safety Walk Around entro il 31.12.2026		
<b>STANDARD SI</b>		
<b>FONTE</b> Direzione Medica- Risk Manager		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Risk manager</b>	<b>Risk manager</b>	<b>UO Formazione</b>
R	R	C
C	C	R
R	R	I

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

<b>OBIETTIVO B)</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.		
<b>ATTIVITA' 1: MONITORAGGIO e PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE</b>		
<b>INDICATORE:</b> relazione annuale conclusa entro dicembre 2026		
<b>STANDARD SI</b>		
<b>FONTE</b> Direzione Medica- Risk Manager		
<b>ATTIVITA' 2: MONITORAGGIO E PREVENZIONE DELLE CADUTE</b>		
<b>INDICATORE:</b> relazione annuale conclusa entro dicembre 2026		
<b>STANDARD SI</b>		
<b>FONTE</b> Direzione Medica- Risk Manager		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>CCICA</b>
Implemento del Piano	R	I
Monitoraggio	R	I
Condivisione risultati	R	I

<b>OBIETTIVO C)</b> Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;		
<b>ATTIVITÀ 1 –</b> Implementazione del Piano di Azione Locale attraverso la realizzazione delle azioni previste entro Dicembre 2026		
<b>INDICATORE:</b> azioni implementate		
<b>STANDARD</b> Realizzazione del 100% delle Azioni previste		
<b>FONTE</b> Risk Manager		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>CCICA</b>
Implemento del Piano	R	I
Monitoraggio	R	I
Condivisione risultati	R	I

<b>OBIETTIVO D)</b> Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)
<b>ATTIVITÀ 1 –</b> Monitoraggio semestrale tramite indagine di prevalenza cumulativa di ICA (Infezioni urinarie, clostridium difficile)
<b>INDICATORE</b> Presenza/assenza

<b>STANDARD:</b> SI
<b>FONTE</b> Risk Manager
<b>ATTIVITÀ 2</b> – Monitoraggio consumo annuale gel idroalcolico
<b>INDICATORE:</b> Litri gel consumati
<b>STANDARD:</b> SI
<b>FONTE</b> Risk Manager

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>UO Formazione</b>
<b>Attuazione Piano</b>	R	C
<b>Monitoraggio</b>	C	R
<b>Condivisione dei risultati</b>	R	I

## 7. 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.

## 8. 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 art. 8, comma 6, 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
9. Decreto del Commissario *ad acta* 28 maggio 2013, n. U00206 "Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della regione Lazio".

Roma, 23/02/2026

## Relazione Programma di controllo della legionellosi Villa Sacra Famiglia - Roma

### 1. Costituzione del Team

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

- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP): Gerardo Coviello
- Responsabile Tecnico/Manutenzione Impianti (BM/Manutentore): Filippello, Pepino
- Medico Responsabile: Alberto Siniscalchi
- Referente Qualità/Risk Management: Marta Perrotti

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.
- A seguito di modifiche strutturali o impiantistiche.
- 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

**clariane.it**

ITALIAN HOSPITAL GROUP S.P.A. A SOCIO UNICO (Soggetta a direzione e coordinamento di Clariane S.E.)

Sede Legale e Amministrativa: Via Tiburtina Valeria 188 - 00012 Guidonia Montecelio (RM)

Tel. +39 0774 3861 - Fax +39 0774 386104 - info@clariane.it

C.F., P.IVA e Registro Imprese di Roma 06703461001 - R.E.A. 984329 - Capitale Sociale € 1.650.000,00 int. versato  
italianhospitalgroup@legalmail.it

#### 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 del personale delle pulizie.
- 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 e dei boiler annuale, a cura della ditta di manutenzione, interventi effettuati in data
- Monitoraggio microbiologico periodico semestrale a cura della ditta certificata, interventi effettuati in data 19/06/2025 ; 13/01/2026.

#### 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, 21/08/2025 Arpa 6 punti fuori limiti.
  - 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.
- 21/08/2025 Arpa 6 punti fuori limiti.
- |                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| 1- Boiler fondo valore             | 4.900 ufc/L  |
| 2- Piano terra stanza 505 lavabo   | 5.700 ufc/L  |
| 3- Piano terra stanza 505 doccia   | 15.000 ufc/L |
| 4- Piano secondo stanza 408 lavabo | 10.000 ufc/L |
| 5- Piano secondo stanza 408 doccia | 5.600 ufc/L  |
| 6- Piano secondo stanza 407 lavabo | 1.000 ufc/L  |
- Azione intraprese:**  
10/09/2025 Iperclorazione e sanificazione impianto, boiler ed accumulo.  
12/09/2025 analisi microbiologico ricerca legionella punti fuori limite. Non ci sono punti fuori limiti.
- Campioni analizzati **dall'Arpa prelevati il 22/10/2025** è stata evidenziata la presenza di Legionella nei seguenti punti di prelievi:
- |                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| 1- Boiler fondo                  | 250 ufc/L |
| 2- Piano terra stanza 505 lavabo | 100 ufc/L |
| 3- Piano secondo stanza 408      | 250 ufc/L |
- Azione intraprese:**  
19/11/2025 Iperclorazione e sanificazione impianto, boiler ed accumulo.  
21/11/2025 analisi microbiologico ricerca legionella punti fuori limite. Non ci sono punti fuori limiti.  
11/12/2025 analisi microbiologico ricerca legionella punti fuori limite. Non ci sono punti fuori limiti.  
22/01/2026 analisi microbiologico ricerca legionella punti fuori limite. Non ci sono punti fuori limiti.

#### 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).
- 23/09/2025 - A seguito di positività campionamento acque comunicata dalla ASL RM 4, in riferimento ai campionamenti effettuati il giorno 21/08/2025 si prevede l'attuazione dei seguenti interventi migliorativi ad integrazione della procedura:
  - o Sanificazione e/o sostituzione rompigitto con frequenza bimestrale.
  - o Flussaggio di tutti i punti terminale dell'impianto due volte a settimana per 1 minuto acqua calda e fredda.

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.

ITALIAN HOSPITAL GROUP S.p.A.  
VILLA SACRA FAMIGLIA  
Largo Ottorino Respighi, 6  
00135 ROMA



Scopo del presente documento è quello di raccogliere in modo organico tutte le evidenze del Piano Azione locale delle mani al fine di consentire un corretto monitoraggio dell'applicazione dello stesso

**SEZIONE A REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI**

**A. VALUTAZIONE INIZIALE**

Azione	Evidenza
Somministrazione e valutazione questionario autovalutazione struttura e tecnologie	Test effettuato a cura della Direzione Gestionale Livello Avanzato (11.02.26)
Pianificare le attività	redazione piano di azione locale igiene delle mani
Definire i bisogni strutturali	Verificati i requisiti esistenti non si evidenziava necessità di ulteriori bisogni
Valutare, consumi e acquisti prodotti per igiene mani	Report da portale acquisti forniture gel idroalcolico

**B. IMPLEMENTAZIONE**

Azione	Evidenza	Note
Monitoraggio consumi gel e sapone per le mani	Report acquisti gel idroalcolico	L'OMS ha consigliato l'utilizzo di un indicatore che monitora il consumo di prodotti su base alcolica per l'igiene delle Mani rispetto ai giorni di degenza (L/1000 giorni-paziente), con un valore di soglia di accettabilità pari ad un consumo minimo di 20 litri di prodotto rapportato a 1000 giornate di degenza (L/1000 giorni-paziente). Tale valore, che rappresenta una media accettata a livello internazionale, può non riflettere però le diverse esigenze e caratteristiche dei vari setting di ricovero.
Verifica corretto posizionamento dispenser e installazione di nuovi ove necessario	Report posizionamento dispenser e proposte di miglioramento	

**C. VALUTAZIONE**

Azione	Evidenza	Note
Feedback dei dati	Audit stato di avanzamento piano di azione locale igiene delle mani (Dicembre 2025)	

**D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA**

Azione	Evidenza	Note
Prosegue l'installazione di dispenser gel nelle medicherie ove non previsti lavandini sia a muro che non:	Sono presenti dispenser gel su tutti i piani	
Pianificare le attività:	Pianificato attività 2025 Effettuati corsi in presenza incentrati sull'Igiene delle Mani, che hanno visto il coinvolgimento di tutte le figure professionali sanitarie, anche per i nuovi assunti ed inoltre interventi formativi sulle ICA.	A cura del Medico Responsabile e Coord. Inf.

Definire i bisogni strutturali	Piano della formazione 2025/26	
Valutare, consumi e acquisti prodotti per igiene mani	Preventivi ufficio acquisti	
Somministrazione questionario autovalutazione Attenta analisi risultati e corretta applicazione del Piano di azione	Somministrato questionario il 11.02.26	analisi dati effettuata prossima somministrazione feb.2027

## SEZ B FORMAZIONE PERSONALE

### A. VALUTAZIONE INIZIALE

Azione	Evidenza
Somministrato questionario autovalutazione Formazione del personale	Analisi questionario di autovalutazione, posizionamento livello avanzato (11.02.26)
Nomina Formatore	Verbale di nomina
Formazione Formatore	Verbale di formazione
Somministrazione questionari autovalutazione operatori sanitari	Questionari somministrati
Elaborazione piano azione igiene mani Analisi	Audit check a novembre 2025 + Redazione piano a Febbraio 2026

### B. IMPLEMENTAZIONE

Azione	Evidenza	Note
Rivedere/Progettare un programma di formazione specifica per l'igiene mani e prevenzione ICA con il coinvolgimento della Dirigenza	Effettuati corsi in presenza/remoto incentrati sull'Igiene delle Mani, che hanno visto il coinvolgimento di tutte le figure professionali sanitarie, anche per i nuovi assunti ed inoltre interventi formativi sulle ICA	Medico Responsabile effettuata attività di formazione distribuzione materiale formativo
Corretto utilizzo dispositivi DPI, rimozione monili e corretta igienizzazione delle mani	Corso Annual refresh igiene e prevenzione delle ICA	evidenza dei corsi effettuati in giugno 2025

### C. VALUTAZIONE

Azione	Evidenza	Note
Istituito Corso annuale con presentazione igiene delle mani e prevenzione infezioni ICA	Pianificazione annual refresh 2025 con corso "Igiene e prevenzione delle ICA"	
Feed-back corretto utilizzo dispositivi DPI, rimozione monili e corretta igienizzazione delle mani	Audit check a novembre 2025	Regolarmente effettuati e Registrati
Redazione fascicolo personale operatori con evidenza dei corsi effettuati	Fascicoli personali operatori	Presso l'Ufficio amm.vo creati fascicoli personali di tutto il personale contenenti gli attestati dei corsi effettuati

### D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA

Azione	Evidenza	Note
Somministrazione questionario autovalutazione Attenta analisi risultati e corretta applicazione	Somministrato questionario del 11.02.26	analisi dati effettuata prossima somministrazione feb 2027

del Piano di azione		
Revisione del piano d'azione a tre anni o in virtù cambiamenti	come da cronoprogramma	

**SEZ C MONITORAGGIO E FEEDBACK**

**A. VALUTAZIONE INIZIALE**

Azione	Evidenza	Note
Somministrato questionario autovalutazione monitoraggio e feedback	Analisi questionario di autovalutazione e audit, posizionamento livello intermedio (11.02.2026)	
Nomina osservatore	Verbale nomina	
Formazione osservatore	risultati su griglia valutazione questionario	

**B. IMPLEMENTAZIONE**

Azione	Evidenza	Note
Progettare un programma di osservazioni random delle quali il 50% almeno per gli infermieri	compilate schede di osservazione random per il 50% degli infermieri	
Si elabora una istruzione operativa per l'utilizzo della scheda e che evidenzi in modo dettagliato le osservazioni	Istruzione Operativa Corretto Utilizzo Della Scheda Osservazione	Ist-CORRETTO_UTILIZZO_SCHEDA_OSS-vsf-rev0

**C. VALUTAZIONE AL FOLLOW UP**

Azione	Evidenza	Note
Osservatori feed back su osservazioni verifica correttezza osservazioni Feedback dei dati	somministrato il questionario di feedback agli operatori	Somministrato questionario
Comunicazioni dei risultati ai dirigenti apicali, in particolar modo sull'adesione all'applicazione del piano regionale	comunicati i risultati della analisi dei questionari di follow-up	

**D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA**

Azione	Evidenza	Note
Somministrazione questionario autovalutazione Attenta analisi risultati e corretta applicazione del Piano di azione	Somministrato questionario del 11.02.26	analisi dati effettuata prossima somministrazione Feb 2027

**SEZ D COMUNICAZIONE PERMANENTE**

**A. VALUTAZIONE INIZIALE**

Azione	Evidenza
Somministrato questionario autovalutazione comunicazione permanente	Scheda di autovalutazione posizionamento livello intermedio (11.02.26)
Verifica del posizionamento dei poster che riguardano l'igiene delle mani	verificati i giusti posizionamenti di tutti i poster per il corretto utilizzo di gel e per la corretta igiene con acqua e sapone

**B. IMPLEMENTAZIONE**

Azione	Evidenza	Note
Disposizione di poster più capillare	verificati i giusti posizionamenti di tutti i poster per il corretto utilizzo di gel e per la corretta igiene con acqua e sapone e predisposto un aumento degli stessi ove ritenuto necessario (es. al fianco di dispenser)	posizionati poster nelle vicinanze dispenser e lavabi
Definizione di altri strumenti innovativi di comunicazione e implementazione	Informazione sull'igiene delle mani a pazienti, familiari e persone addette all'assistenza (caregiver, badanti, ecc.)	

**C. VALUTAZIONE**

Azione	Evidenza
Indagine per operatore sanitario sull'efficacia della comunicazione per la corretta applicazione del piano regionale igiene mani	Somministrato questionario
Analisi risultati ed audit	Audit check a novembre 2025

**D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA**

Azione	Evidenza
Somministrazione questionario autovalutazione Attenta analisi risultati e corretta applicazione del Piano di azione con riferimento alla comunicazione permanente	Somministrato questionario del 11.02.26
Revisione del piano d'azione a tre anni	come da cronoprogramma

**SEZ E CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT**

**A. VALUTAZIONE INIZIALE**

Azione	Evidenza	Note
Somministrato questionario	Questionario di autovalutazione: posizionamento livello intermedio	

autovalutazione clima organizzativo e commitment	(11.02.26)	
Verificare l'esistenza di un team per la promozione dell'ottimale pratica igiene mani con la collaborazione dei dirigenti apicali	Definizione del team in audit programmatico	
Elaborazione piano azione implementazioni igiene mani Analisi questionario di autovalutazione e audit, posizionamento livello intermedio	Vedi piano locale	

## B. IMPLEMENTAZIONE

Azione	Evidenza
Istituzione di un team di lavoro che si occupi di promuovere il miglioramento e la corretta applicazione delle norme sull'igiene delle mani	riunioni di direzione per definire tutti i ruoli
Sensibilizzare pazienti e parenti sul tema igiene delle mani come prevenzione delle ICA, promuovere comportamenti virtuosi fornendo opuscoli informativi sull'igiene delle mani	Locandine esposte in struttura

## C. VALUTAZIONE AL FOLLOW UP

Azione	Evidenza	Note
Si stabilisce una riunione del team di lavoro ogni 6 mesi come feedback del piano d'azione implementato	Verbali team igiene	
Feedback sul miglioramento nei comportamenti dei degenti ricoverati rispetto al tema igiene delle mani	formalizzato a un flyer informativo per caregiver da fornire alla dimissione	vedi flyer esposti in struttura

## D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA

Azione	Evidenza	Note
Somministrazione questionario autovalutazione Attenta analisi risultati e corretta applicazione del Piano di azione con riferimento alla comunicazione permanente	Somministrato questionario del 11.02.26	
Nominare nuovi membri del team, sostenerli con iniziative che abbiano un impatto comunicativo importante	come da cronoprogramma	

## 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.
- Tavolo Permanente 17 dicembre 2021
- Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitari (PARS)
- Circolare Ministeriale n. 52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere"
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: 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. 1,100017 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 o 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 o (316829 del 06/12/2017 recante Istituzione Centro Regionale
- Rischio Clinico ai sensi della legge 24/2017;
- Decreto del Commissario ad Acta del 29/10/2018, n o U00400 Recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico";
- Determinazione 11/01/2019. N O GOOI 63 "Approvazione ed adozione del documento recante: "Le Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'assistenza PAICA" Sistema Nazionale di sorveglianza sentinella dell'antibiotico resistenza (AR-ISS) protocollo 2019.

## BIBLIOGRAFIA

Ministero della Salute "Risk Management in Sanità — il problema degli errori". Commissione

Tecnica sul Rischio Clinico DM 05/03/2003;

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

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

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