



ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026

**STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME
RESIDENZIALE O STRUTTURE DI ASSISTENZA
TERRITORIALE EXTRA-OSPEDALIERA**

(Allegato B)

INDICE

1.0 INTRODUZIONE	3
2.0 AMBITO DI APPLICAZIONE	Errore. Il segnalibro non è definito.
3.0 SCADENZE TEMPORALI	4
LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO SANITARIO.....	4
Mappatura del rischio utilizzando il modello a matrice	6
B 0. AMBITO DI APPLICAZIONE	7
B 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	7
Comitato Controllo Infezioni Correlato all'Assistenza (CC-ICA).....	10
B 2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	11
B 3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	13
B 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE.....	13
Obiettivi presenti nel PARS 2025	13
B 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	16
B 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ.....	16
B 6.1 Obiettivi.....	16
B 6.2 Attività	17
B 7. PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI PALIM.....	20
B 7.1 Profilo Aziendale: la Struttura Sanitaria "Villa Ardeatina".....	20
B 7.2 Destinatari del piano	21
B 7.3 Infezioni correlate all'assistenza: cosa sono e cosa fare	21
B 7.4 Monitoraggio del consumo di SIA.....	25
B 7.5 Risultati sul monitoraggio dell'osservazione della compliance dell'igiene delle mani.....	25
B 8 . PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	28
B 9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	31
B 10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	31

Piano annuale gestione Rischio Sanitario

1.0 INTRODUZIONE

Nella Regione Lazio l'attenzione nei confronti della qualità e la sicurezza delle cure e della persona assistita ha trovato espressione nella definizione dei contenuti del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA), due documenti che, oltre a rappresentare espressione del *commitment* regionale, consentono alle Strutture di rendere pubblica la propria *policy* su questi temi.

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, anche alla luce dell'approvazione della Legge n. 24 e dell'esperienza maturata nel corso della pandemia da SARS-CoV-2, a distanza di oltre sette anni dall'emanazione delle prime linee guida per l'elaborazione del PARM, si ritiene opportuno rivedere il contenuto dei due documenti sopra citati, unificandone il contenuto in un unico Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) con l'obiettivo di:

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

Questo anche al fine di concentrare l'attenzione e le risorse delle Strutture sugli aspetti qualificanti e rilevanti della gestione del rischio, evitando l'elaborazione di documenti volti più al mero rispetto di un adempimento formale che non alla implementazione di una effettiva politica di miglioramento della sicurezza delle cure e della persona assistita anche alla luce dell'esperienza acquisita durante l'impegno quotidiano e l'attento studio di quanto avvenuto all'interno della struttura.

Per raggiungere questi obiettivi, il presente documento è stato diviso in due sezioni principali: la prima riguardante le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuzie e post-acuzie; la seconda le strutture che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale e le strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera.

Nel primo caso il documento procede sostanzialmente alla semplice fusione dei precedenti PARM e PAICA, definendo in maniera ancora più puntuale i ruoli e le responsabilità.

Relativamente alle strutture di assistenza extra ospedaliera, invece, il documento tiene conto delle differenze non secondarie relative ai ruoli e alle responsabilità per come previsti dalla

normativa di autorizzazione e di accreditamento. Questo ha comportato una semplificazione della matrice dei ruoli e delle responsabilità e la riduzione del numero minimo di attività mandatorie da prevedere ogni anno.

2.0 SCADENZE TEMPORALI

Il termine per la trasmissione del documento via mail in formato pdf nativo al Centro Regionale Rischio Clinico (ccrc@regione.lazio.it) è fissato al **28 febbraio** dell'anno solare a cui il documento si riferisce.

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO SANITARIO

La metodologia descritta riguarda la mappatura del rischio, finalizzata alla creazione di una matrice che consenta di sviluppare un sistema procedurale minimo per la gestione del rischio clinico. Questo sistema deve essere conforme ai requisiti di autorizzazione e accreditamento, alle linee guida regionali e alle raccomandazioni ministeriali in materia di sicurezza delle cure. Il processo di valutazione del rischio inizia con l'individuazione delle attività clinico-assistenziali svolte all'interno della struttura. Dopo aver identificato queste attività, si costruisce una matrice a doppia entrata. Sull'asse delle ascisse vengono disposti i documenti che indicano gli adempimenti richiesti (come i requisiti di autorizzazione, i documenti regionali e le raccomandazioni ministeriali), mentre sull'asse delle ordinate vengono elencate le attività cliniche e assistenziali fornite.

Successivamente, è necessario esaminare i punti di intersezione tra le attività clinico-assistenziali e gli adempimenti documentali. In altre parole, bisogna valutare dove e in che modo le attività della struttura coincidono, in tutto o in parte, con i requisiti documentali e le indicazioni provenienti dalle linee guida o dalle buone pratiche adottate in contesti simili. Questi punti di intersezione costituiscono le "evidenze documentali" che la struttura deve raccogliere per dimostrare di avere un sistema adeguato a gestire i rischi specifici legati all'erogazione delle attività clinico-assistenziali. Semplificando, l'obiettivo è creare una mappa che aiuti la struttura a gestire i rischi attraverso l'allineamento delle sue attività alle normative e linee guida di riferimento.

1. Errata o mancata valutazione iniziale per la corretta stesura del Progetto Riabilitativo
Mancato invio alla ASL del Progetto Riabilitativo
 - a. *Stesura corretta ed esaustiva della documentazione necessaria alla corretta presa in carico del paziente*
2. Errori nella compilazione Cartella Clinica
Mancanza di firme nella Cartella Clinica e nella documentazione sanitaria
Mancata o errata compilazione della modulistica prevista o dei registri riguardanti gli aspetti clinici del paziente
 - a. *Stesura corretta ed esaustiva della documentazione necessaria alla corretta presa in carico del paziente*
 - b. *Decreto del Commissario ad Acta 7 Novembre 2017 n. U00469*
3. Errore del Medico nella prescrizione dei farmaci

- a. *Raccomandazione n. 7 sulla prevenzione degli errori nella terapia farmacologica;*
 - b. *Raccomandazione n. 12 sui farmaci LASA;*
 - c. *Raccomandazione n. 17 sulla riconciliazione farmacologica;*
 - d. *Raccomandazione n. 18 sull'uso di sigle e acronimi;*
 - e. *Documento di indirizzo regionale sulla identificazione della persona assistita.*
 - f. *Decreto del Commissario ad Acta 7 Novembre 2017 n. U00469*
4. Errore dell'Infermiere nella somministrazione dei farmaci
- a. *Raccomandazione n. 7 sulla prevenzione degli errori nella terapia farmacologica;*
 - b. *Raccomandazione n. 12 sui farmaci LASA;*
 - c. *Documento di indirizzo regionale sulla identificazione della persona assistita.*
 - d. *Decreto del Commissario ad Acta 7 Novembre 2017 n. U00469*
5. Caduta del paziente - Insorgenza di Lesione da pressione - Trombosi Venosa
- a. *Raccomandazione n. 13 sulla prevenzione delle cadute;*
 - a. *Piano regionale sulla prevenzione delle cadute;*
 - b. *Documento di indirizzo regionale sulle lesioni da pressione;*
 - c. *Decreto del Commissario ad Acta 7 Novembre 2017 n. U00469*
6. Errata o mancata valutazione iniziale, intermedia, finale del paziente da parte del personale sanitario e FKT
- a. *Stesura corretta ed esaustiva della documentazione necessaria alla corretta presa in carico del paziente*
 - b. *Corretta valutazione dei bisogni inerenti lo stato di salute del paziente*
 - c. *Decreto del Commissario ad Acta 7 Novembre 2017 n. U00469*
7. Uso di apparecchiature elettromedicali
- a. *Malfunzionamento e guasti per problemi tecnici*
 - b. *Formazione informazione e addestramento del personale*
 - c. *Decreto del Commissario ad Acta 7 Novembre 2017 n. U00469*
8. Prevenzione degli effetti da disturbo del comportamento con azioni auto- etero- lesive:
- a. *Raccomandazione n. 4 sulla prevenzione del suicidio di paziente;*
 - b. *Raccomandazione n. 8 sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori;*
 - c. *Documento di indirizzo regionale sulla prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori*
 - d. *Decreto del Commissario ad Acta 7 Novembre 2017 n. U00469*
9. Prevenzione delle ICA
- a. *Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani*
 - b. *Decreto del Commissario ad Acta 7 Novembre 2017 n. U00469*
 - c. *Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero* (Piano Regionale Prevenzione PROGRAMMA PREDEFINITO PP10)

Mappatura del rischio utilizzando il modello a matrice

	Stesura corretta ed esaustiva della documentazione necessaria alla corretta presa in carico del paziente	Adesione da parte della struttura sanitaria alle raccomandazioni ministeriali applicabili e stesura dei documenti regionali	Malfunzionamento e guasti per problemi tecnici	Formazione informazione e addestramento del personale	Applicazione di adeguate scale di valutazione	Piano di Intervento Regionale sull' igiene delle mani
1. Errata o mancata valutazione iniziale per la corretta stesura del Progetto Riabilitativo Mancato invio alla ASL del Progetto						
2. Errori nella compilazione Cartella Clinica Mancanza di firme nella C. C. e nella documentazione sanitaria Mancata o errata compilazione della modulistica prevista o dei registri riguardanti gli aspetti clinici del paziente						
3. Errore del Medico nella prescrizione dei farmaci						
4. Errore dell'Infermiere nella somministrazione dei farmaci						
5. Caduta del paziente Insorgenza di Lesione da pressione Trombosi Venosa						
6. Errata o mancata valutazione iniziale, intermedia, finale del paziente da parte del personale sanitario e FKT						
7. Uso di apparecchiature elettromedicali						
8. Prevenzione degli effetti da disturbo del comportamento con azioni auto- etero- lesive						
9. Prevenzione delle ICA						

Dalla mappatura, in sintesi, si evince immediatamente il numero dei documenti di cui, attraverso un processo di sintesi, contestualizzazione e redazione, occorrerà dare evidenza della implementazione all'interno della Struttura.

In conclusione il modello proposto e applicato consente di:

- Orientare il *Risk Manager* nel processo di mappatura del rischio clinico all'interno di una struttura sanitaria;
- Agevolare la stesura del numero minimo di documenti (istruzioni operative e/o procedure) necessario a garantire il governo del rischio (anche infettivo) presente nella Struttura;
- Individuare i nodi a più elevato impatto organizzativo al fine di produrre procedure selettivamente orientate alle specifiche della Struttura in esame.

B O. AMBITO DI APPLICAZIONE

Sono tenute all'elaborazione del PARS tutte le strutture residenziali pubbliche e private del SSR di seguito elencate:

- RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA);
- PRESIDI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE A FAVORE DI PERSONE PORTATRICI DI DISABILITÀ FISICHE, PSICHICHE E SENSORIALI;
- STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE;
- CENTRI RESIDENZIALI PER CURE PALLIATIVE (HOSPICE);
- CASE ALLOGGIO PER PERSONE CON HIV E AIDS;
- STRUTTURE RESIDENZIALI PER LA CURA E LA RIABILITAZIONE DELLE PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA;
- OSPEDALE DI COMUNITÀ/PROSSIMITÀ
- STRUTTURE RESIDENZIALI TERAPEUTICO-RIABILITATIVE PER ADOLESCENTI (S.R.T.R. ADOLESCENTI PER TRATTAMENTI COMUNITARI INTENSIVI E PER TRATTAMENTI COMUNITARI ESTENSIVI);
- STRUTTURA RESIDENZIALE PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E OBESITÀ

Per l'elaborazione del PARS il Presidio Sanitario Villa Ardeatina utilizza lo schema previsto nell'Allegato B come di seguito riportato.

B I. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Tabella 12 - Presentazione dei dati di attività

PRESIDIO SANITARIO VILLA ARDEATINA					
DATI STRUTTURALI e DATI DI ATTIVITA'					
ASL territorialmente competente ASL RM 2					
Posti letto Riabilitazione estensiva	60	Giornate ricovero	21030	Ricoveri nell'anno	503
Posti letto Servizio Hospice	10	Giornate ricovero	3581	Ricoveri nell'anno	152
Posti letto RSA	40	Giornate ricovero	14082	Ricoveri nell'anno	81
Trattamenti Ambulatoriali	87854		Pazienti presi in carico nell'anno		816
Trattamenti servizio Hospice Domiciliare	14316		Pazienti presi in carico nell'anno		167

“Villa Ardeatina” è un Presidio Sanitario che prevede un Servizio di Riabilitazione extra-ospedaliero (ex art. 26 L.833/78), accreditato con il Servizio Sanitario Regionale con deliberazione della Giunta Regionale del Lazio. Esso provvede all'assistenza di soggetti adulti per il raggiungimento del più alto livello possibile di indipendenza, compatibilmente alla patologia di cui sono portatori, svolgendo attività di recupero e rieducazione mediante la presa in carico globale e adotta interventi terapeutici di tipo estensivo o di mantenimento.

Villa Ardeatina nasce nel 1991 a completamento di un lungo percorso nel settore riabilitativo iniziato dal centro specialistico romano Villa Fulvia. In tutti questi anni il Centro è costantemente cresciuto nel gradimento dell'utenza, ha acquisito prestigio ed autorevolezza per la qualità dei molteplici servizi offerti in campo riabilitativo.

L'elevata professionalità rende la struttura un luogo idoneo allo svolgersi dei programmi riabilitativi di recupero e assistenza per i pazienti. L'impegno è nel rispondere puntualmente e in modo concreto alle richieste dell'utenza, con una offerta di servizi specialistici e di alto livello. L'elevato livello professionale del proprio personale ha consentito al Centro di Riabilitazione di fornire sempre un servizio di alta qualità con notevole soddisfazione da parte dei pazienti e della struttura regionale (Committente).

Presso il servizio riabilitativo del Presidio Sanitario, vengono accolti principalmente pazienti che necessitano di un percorso di recupero post-operatorio o di riabilitazione dopo trattamenti complessi. In particolare, la nostra struttura ospita pazienti provenienti da reparti ospedalieri, spesso dopo interventi chirurgici, come quelli per l'impianto di artroprotesi di anca e ginocchio, o di osteosintesi per fratture di diversa natura. Inoltre, accogliamo pazienti provenienti da Stroke Unit, in fase sub-acuta, che abbiano subito un ictus cerebro ischemico o emorragico, e pazienti che arrivano da reparti di neurochirurgia, che sono stati sottoposti a trattamenti chirurgici recenti per neoplasie, traumi cranici o lesioni emorragiche cerebrali o midollari. La struttura accoglie anche pazienti con polineuropatia acuta severa, che presentano un rischio elevato di complicanze respiratorie, come nel caso di persone affette da sclerosi multipla, morbo di Parkinson e altre patologie neurodegenerative. In aggiunta, trattiamo pazienti che hanno subito amputazioni di uno o più arti, offrendo loro un percorso riabilitativo mirato al recupero funzionale e all'adattamento a nuove modalità di movimento. Per quanto riguarda il trattamento riabilitativo, il servizio di rieducazione motoria funzionale è un elemento centrale dell'assistenza. Questo servizio viene quotidianamente svolto nelle palestre dedicate del Presidio Sanitario, che sono dotate di spazi specializzati e attrezzature elettromedicali all'avanguardia, inclusi apparecchiature per la statica e la mecano terapia. L'attività di riabilitazione si svolge su due turni, uno al mattino e uno al pomeriggio, e può essere integrata, quando necessario, da ulteriori sessioni di deambulazione assistita. Questo tipo di riabilitazione è specificamente pensato per i pazienti che si trovano in una fase di recupero del cammino, con l'obiettivo di migliorare la loro mobilità e aiutarli ad eseguire correttamente il passo. Il nostro approccio riabilitativo è altamente personalizzato, in modo da rispondere alle necessità individuali di ciascun paziente, con l'obiettivo finale di migliorare la loro qualità della vita, promuovere l'autosufficienza e favorire il ritorno alle attività quotidiane con la massima indipendenza possibile.

Il predetto servizio è espletato sotto la guida di medici specialisti fisiatri. Viene preliminarmente stilato un progetto riabilitativo provvisorio sull'apposita cartella clinica, dove vengono identificati gli interventi a breve termine e viene stilato un programma riabilitativo che sarà eseguito dal fisioterapista attraverso il ricorso a tecniche di manualità erogate individualmente, oppure al

ricorso di apparecchiature tecniche (tavolo di statica, spalliere, kinetec) e ulteriori macchine elettro-medicali. A distanza di 7/10 giorni dal ricovero verrà redatto il progetto riabilitativo definitivo, condiviso insieme ai familiari o al Care Giver, medico internista, caposala ,T.d.R. (Terapista della Riabilitazione), T.O. (Terapista Occupazionale), logopedista, assistente sociale, psicologo ecc. ecc. e a seconda della tipologia della motulesione (approssimativamente divisibile in neurologica e / o ortopedica) si compila una certificazione medica per la richiesta di ausili e ortesi ad uso domiciliare o alla prescrizione della richiesta di prosecuzione della riabilitazione. Se il degente viene dimesso perché la condizione di recupero è sufficiente al rientro in regime domestico, gli viene consegnato ,oltre al documento di dimissione, anche un vademecum sui consigli da adottare a casa su molteplici aspetti che possono permettere di evitare al paziente ,familiari e/o Care giver l'eventuale evento avverso e/o sentinella.

Dal dicembre 2019, il Presidio Sanitario offre un Servizio Hospice Residenziale e Domiciliare, autorizzato con il Decreto n. U00459 del 26 ottobre 2017, progettato per rispondere alle necessità dei malati oncologici e non in fase avanzata e terminale. L'Hospice si propone come un ambiente di cura e sostegno che affronta in modo integrato i bisogni assistenziali, clinici, psicologici e spirituali dei pazienti, mirando a garantire loro un supporto completo e rispettoso durante il percorso di fine vita. L'obiettivo principale dell'Hospice è fornire un'assistenza globale e personalizzata, che tenga conto delle esigenze specifiche di ogni paziente preso in carico, garantendo non solo il controllo del dolore e dei sintomi fisici, ma anche il supporto emotivo e psicologico necessario in questa fase della vita. La cura del paziente oncologico in fase terminale viene affrontata con un approccio olistico, che comprende l'aspetto fisico, ma anche quello emotivo, psicologico e spirituale, tenendo sempre al centro la dignità del paziente. Oltre a garantire l'assistenza diretta al paziente preso in carico, l'Hospice offre anche un supporto fondamentale ai familiari, che spesso si trovano a dover affrontare una situazione estremamente delicata e complessa. La nostra struttura si impegna a sostenere i familiari, offrendo loro la formazione e il supporto necessari per affrontare al meglio questo periodo, e permettendo loro di essere presenti e coinvolti nel processo di assistenza.

Il servizio è disponibile sia in modalità residenziale, all'interno della struttura, che domiciliare, per garantire ai pazienti la possibilità di ricevere cure a casa propria, nel rispetto della loro scelta e delle loro preferenze. In entrambi i casi, la nostra missione è quella di assicurare che ogni paziente possa vivere gli ultimi momenti della sua vita con la massima serenità possibile, sentendosi rispettato, assistito e accompagnato con umanità e compassione.

Gli scopi che il servizio Hospice persegue sono i seguenti:

- integrare il servizio di cure palliative domiciliari per il controllo e il contenimento del dolore;
- sollevare temporaneamente le famiglie del carico assistenziale;
- permettere ai pazienti, con brevi ricoveri, di superare situazioni di crisi difficilmente controllabili a casa e che non richiedono degenza ospedaliera;
- sostituire la casa quando quella del degente non sia idonea o quando il degente sia solo e non ha una tessuto familiare che lo può sostenere;
- facilitare la continuità delle relazioni affettive;
- consentire una "dimissione protetta" al domicilio le dimissioni sono concordate con il Medico di Medicina Generale e con il servizio di assistenza domiciliare dell'Azienda ASL.

Il Presidio Sanitario ha significativamente potenziato la propria risposta alle crescenti esigenze del territorio, implementando nel mese di agosto 2020 un servizio RSA accreditato, pensato per la gestione di pazienti che non sono più in grado di rispondere autonomamente alle necessità della quotidianità. Questo servizio si inserisce in un contesto di cura e supporto a lungo termine, mirando a migliorare la qualità della vita di coloro che necessitano di assistenza continuativa. In particolare, la R.S.A. "Villa Ardeatina" si propone di instaurare un rapporto sempre più solido e di fiducia con ogni Ospite, cercando di creare una relazione di dialogo e collaborazione che favorisca una migliore comprensione delle esigenze individuali. L'intento è quello di elevare continuamente la qualità del servizio offerto, rendendolo non solo più efficiente e tempestivo, ma anche più personalizzato e in grado di rispondere con maggiore efficacia alle diverse necessità dei pazienti.

Il nostro obiettivo primario è garantire una accoglienza qualificata, dove l'umanità e la professionalità di tutto il personale che opera nella nostra struttura siano al centro dell'assistenza. Ogni intervento è pensato per offrire supporto, sicurezza e serenità, creando un ambiente che non solo soddisfi le necessità sanitarie, ma che rispetti anche la dignità e il benessere psicologico degli Ospiti. La nostra missione è, quindi, quella di rendere ogni momento trascorso nella nostra struttura un'esperienza il più possibile serena, umana e personalizzata.

Comitato Controllo Infezioni Correlato all'Assistenza (CC-ICA)

L'attività del Comitato Controllo Infezioni Correlato all'Assistenza (CC-ICA) è rivolta in modo sistematico alla verifica delle migliori pratiche e alla verifica di quanto effettuato dal personale operante nella struttura durante tutte le attività di assistenza e cura dei pazienti/ospiti della struttura sanitaria e per contribuire in modo fattivo alla conoscenza da parte degli operatori sanitari delle tecniche e degli strumenti del governo clinico per renderlo un elemento fondante alla partecipazione dei professionisti allo sviluppo strategico delle organizzazioni ed è un fattore basilare per la valorizzazione del ruolo e della responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

Garantire la sicurezza è una delle priorità di un moderno sistema sanitario. Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano uno rischio rilevante e frequente per la salute dei pazienti e possono determinare l'insorgenza di eventi avversi.

Proprio per quanto detto sopra già dal 14-2-2019 come ufficializzato nel PAICA 2019 nella struttura è stato istituito ed è operante il Comitato Controllo Infezioni Correlato all'Assistenza (CC-ICA) e questo è così costituito:

Nomina Professionisti con Attività e Responsabilità	
Medico Responsabile CC-ICA	P. Bianchi
Medico Responsabile area riabilitativa	G. Grossi
Medico responsabile Hospice e RSA	A.M. Scapati
Referente Area Medica	A. Almonte
Risk Manager	P. Bianchi
Coordinatore Sanitario area riabilitativa	O. Said
RSPP	M. Spiridigliozzi

Nomina Professionisti, Gruppo Operativo	
Medico Responsabile CC-ICA	P. Bianchi
Referente Area Medica	A. Almonte
Coord. Infermieristica addetta al controllo delle infezioni (A.I.C.A.)	R. Bettinardi D. Giordani V. Matta

La programmazione e le scelte aziendali come ad esempio il piano formativo o l'acquisizione di apparecchiature elettromedicali, sono elaborate dal gruppo di lavoro multidisciplinare per la gestione del rischio clinico come indicato nella griglia sovrastante, definendo le priorità delle azioni dell'azienda in relazione alla sicurezza delle cure ed includendo progetti aziendali di sorveglianza e controllo delle ICA, individuati sulla base delle priorità aziendali e regionali per rispondere nel modo più attento e puntuale ai 4 punti per la gestione del rischio:

PUNTO 1 - Individuazione e registrazione dei pericoli.

PUNTO 2 - Valutazione dei pericoli per determinare il livello di rischio.

PUNTO 3 - Individuazione delle misure di prevenzione e protezione.

PUNTO 4 - Attuazione delle misure.

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

La presente relazione annuale è redatta **ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 24/2017** ha l'obiettivo di fornire un resoconto dettagliato sugli eventi avversi verificatisi all'interno della nostra struttura nel corso dell'anno 2025, le cause che hanno contribuito al verificarsi degli stessi e le iniziative che sono state adottate per prevenire e gestire tali eventi in futuro. Il nostro impegno nella gestione della sicurezza e qualità delle cure è una priorità, e riteniamo fondamentale analizzare ogni incidente per migliorare continuamente i nostri processi assistenziali e garantire la massima protezione ai nostri pazienti.

A) Eventi Avversi Verificatisi

Nel corso dell'anno 2025, sono stati registrati un totale di 18 eventi avversi all'interno della struttura, suddivisi in diverse categorie. Di seguito vengono riportati i principali eventi:

- **Cadute (18 casi):**

18 pazienti che sono stati interessati da cadute durante la degenza presso il Presidio sanitario Villa Ardeatina non hanno riportato alcun danno o peggioramento e tutto si è potuto risolvere con una attenzione maggiore da parte del personale sanitario della struttura nel verificare lo stato di salute nel periodo subito seguente.

Per Nessun paziente caduto all'interno della struttura è stato necessario il trasferimento presso altro presidio ospedaliero

- **Infezioni ospedaliere (nessun caso):** legate a trattamenti post-operatori in pazienti con comorbidità gravi, che hanno richiesto trattamenti antibiotici mirati.

B) Cause degli Eventi Avversi

Le cause che hanno determinato gli eventi avversi sono state molteplici e hanno coinvolto fattori sia sistemici che operativi. Le principali cause identificate sono le seguenti:

- **Fattori legati alla fragilità dei pazienti:** Molti degli eventi, in particolare le cadute, si sono verificati in pazienti con gravi condizioni di salute e limitata mobilità. Questi pazienti presentano un rischio maggiore di incidenti a causa delle loro condizioni cliniche.
- **Procedimenti operativi non sempre ottimizzati:** Le infezioni ospedaliere sono state in parte il risultato di procedure post-operatorie che avrebbero potuto essere migliorate in termini di sterilizzazione e monitoraggio precoce delle complicanze. La

complessità di alcuni interventi chirurgici ha reso necessario un maggiore controllo sulle pratiche di prevenzione delle infezioni.

C) Iniziative Mette in Atto per la Prevenzione e la Gestione degli Eventi Avversi

A seguito dell'analisi degli eventi avversi e delle relative cause, la struttura ha messo in atto le seguenti azioni correttive e preventive:

- **Formazione continua del personale:** È stata potenziata la formazione riguardo alla gestione dei pazienti fragili e al corretto utilizzo delle apparecchiature mediche, con particolare attenzione alla prevenzione delle cadute. Inoltre, sono stati organizzati corsi specifici per la corretta movimentazione del paziente ospedalizzato e la somministrazione dei farmaci.
- **Rafforzamento dei protocolli di sicurezza:** Sono stati aggiornati e rafforzati i protocolli riguardanti la gestione delle infezioni ospedaliere e le pratiche di osservazione delle ferite chirurgiche post-operatoria, con l'introduzione di nuovi strumenti di monitoraggio. È stato implementato un sistema di rilevazione precoce per evitare complicanze post-operatorie, con una maggiore attenzione al trattamento antibiotico preventivo.
- **Riorganizzazione dei turni e delle risorse:** È stato migliorato l'organizzazione dei turni del personale, con una maggiore distribuzione delle ore di lavoro per evitare sovraccarichi. È stato potenziato anche il numero di operatori durante le fasce orarie di maggiore afflusso, in modo da garantire un supporto adeguato a tutti i pazienti.
- **Monitoraggio costante e revisione periodica dei dati sugli eventi avversi:** Sono stati implementati sistemi di monitoraggio e reporting degli eventi avversi in tempo reale, per poter intervenire tempestivamente e ottimizzare la gestione della sicurezza. La direzione sanitaria ha pianificato un incontro trimestrale con il comitato di qualità per la revisione dei casi e la definizione di azioni preventive future.

D) Conclusioni

Nel corso dell'anno 2025, la nostra struttura ha registrato eventi avversi che, seppur gestiti tempestivamente, hanno fornito spunti importanti per il miglioramento continuo della sicurezza dei pazienti. Le iniziative intraprese mirano a ridurre la probabilità di ulteriori incidenti, a migliorare la qualità dell'assistenza e a garantire un ambiente sicuro per tutti coloro che vi si affidano. Si continuerà a monitorare l'efficacia delle misure adottate e a coinvolgere tutto il personale in un processo di miglioramento costante.

Il nostro impegno rimane quello di garantire la migliore qualità delle cure, ponendo la sicurezza del paziente al centro di ogni azione.

Tabella 5 - Eventi segnalati nel 2022 (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		Strutturali : 1 (05,5%)	Formazione/informazione al personale nel corso dell'anno 2026 sulla corretta gestione del paziente a rischio caduta e su argomenti inerente il rischio Clinico	Sistemi di reporting Sinistri della direzione Sanitaria (100%)
Eventi Avversi 2025	18 100 % cadute (18) 0 % altro evento	Procedure/Comunicazione: 17 (94,4 %)	Formazione del personale neoassunto su utilizzo degli ausili minori presenti in struttura	
Eventi Sentinella		Organizzativi:0 (00,0%)		

B 3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
Dal 25/07/2025 Polizza n. B177325D007885	25/07/2025	LLOYD'S	48.900,00	Euro 5.000,00 per persone e 1.000,00 per cose	EXE INSURANCE BROKERS SRL

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre che "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio". Al fine di ottemperare a tale obbligo è pertanto stata elaborare una tabella sul modello di quella di seguito riportata (Tabella 6), modificata sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati:

Tabella 6 -Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^{1A}	Risarcimenti erogati ^(A)
2021	0	0	-----
2022	3	0	-----
2023	0	0	-----
2024	1	0	60.000 (riserva)
2025	0	0	
Totale	4	0	0

A): vanno riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

B 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Obiettivi presenti nel PARS 2025

A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo:

OBIETTIVO A	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.
ATTIVITA' :	Implementazione della sorveglianza tramite effettuazione di tampone sulle ferite chirurgiche
INDICATORE :	Registrazione dell'effettuazione di tampone su essudato di ferite chirurgiche sospette
STANDARD :	Si
FONTE :	CC-ICA; Responsabile area medica; Responsabile Laboratorio.
Stato di attuazione al 31/12/2025	Registrazione dell'effettuazione di tampone su essudato di ferite chirurgiche elaborato e conservato presso il Direzione Sanitaria

OBIETTIVO A	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.
ATTIVITA' :	Formazione/informazione degli operatori sanitari sulla corretta gestione della sepsi
INDICATORE :	Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2025
STANDARD :	Si
FONTE :	Formazione , Risk Management
Stato di attuazione al 31/12/2025	Corso effettuato nelle date sotto riportate presso la sala conferenze della Casa di Cura Villa Fulvia: 05/12/2025

- 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:**

OBIETTIVO B	Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi
ATTIVITA' :	Consolidamento del Piano di azione locale per l'igiene delle mani
INDICATORE :	Mantenimento del livello almeno intermedio nelle sezioni del questionario di valutazione della struttura
STANDARD :	Si
FONTE :	CC-ICA; Medico Responsabile; Responsabile Qualità
Stato di attuazione al 31/12/2025	Il livello di valutazione della struttura ha evidenziato il mantenimento del livello almeno intermedio in tutte le sezioni valutative.

OBIETTIVO B	Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi
ATTIVITA' :	Incremento del numero di operatori "osservatori", tramite ulteriore formazione per una maggiore registrazione e verifica dell'adesione all'Igiene Mani all'interno della prassi della Struttura Sanitaria
INDICATORE :	Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2025
STANDARD :	Si
FONTE :	Formazione , Risk Management
Stato di attuazione al 31/12/2025	Effettuato nel mese di settembre 2025

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

OBIETTIVO C	Migliorare la propria attività assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e il monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
ATTIVITA' :	Monitoraggio microbiologico matrici ambientali per superfici a diretto contatto con il paziente (3 verifiche annuali), quali arredi, lettini di terapia, stoviglie e aree comuni)
INDICATORE :	Effettuazione della rilevazione in tutti i reparti servizi della struttura
STANDARD :	Si
FONTE :	Direzione Sanitaria Risk Manager Risk Management
Stato di attuazione al 31/12/2025	Controlli microbiologici effettuati in data 12/02/2025 (aria + superfici) e 07/08/2025 Controlli legionella 06/2025 e 12/2025

OBIETTIVO C	Migliorare la propria attività assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e il monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
ATTIVITA' :	Programma di valutazione della qualità della documentazione sanitaria come strumento di risk management: esecuzione di almeno una analisi mediante lo sviluppo di Risk Assessment con identificazione dei rischi per una rappresentazione chiara e immediata del ventaglio delle minacce cui si può andare incontro–
INDICATORE :	Analisi e verifica della corretta ed esaustiva compilazione delle Cartelle Cliniche.
STANDARD :	Verifica di almeno n. 50 Cartelle Cliniche al 31/12/2025
FONTE :	Risk Management
Stato di attuazione al 31/12/2025	La relazione sull'avvenuto controllo delle cartelle cliniche è presente presso l'ufficio della Direzione Sanitaria

D) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture.

OBIETTIVO D	Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.
ATTIVITA' :	Formazione/informazione degli operatori della struttura sul tema "STRESS E BURN OUT: RICONOSCERLO PER POTERLO GESTIRE"
INDICATORE :	Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 30/06/2025
STANDARD :	Si
FONTE:	Formazione , Risk Management
Stato di attuazione al 31/12/2025	Controlli microbiologici effettuati in data 12/02/2025 (aria + superfici) e 07/08/2025 Controlli legionella 12/05/2025 e 11/12/2025

OBIETTIVO D	Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.
ATTIVITA' :	Formazione/informazione degli operatori della struttura sul tema "FORMAZIONE GENERALE E SPECIFICA RIGUARDO I RISCHI PRESENTI IN AMBIENTE SANITARIO" con riferimento all'importanza delle soluzioni idroalcoliche per una corretta gestione della sanificazione delle mani e la gestione del rischio biologico
INDICATORE :	Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2025
STANDARD :	Si
FONTE :	Formazione , Risk Management
Stato di attuazione al 31/12/2025	Corso effettuato nelle date sotto riportate presso la sala conferenze della Casa di Cura Villa Fulvia: 17/10/2025 ; 21/10/2025 ; 24/10/2025 ; 04/11/2025 28/11/2025 ; 12/12/2025

E) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

OBIETTIVO E	Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi
ATTIVITA' :	Mantenimento della segnalazione delle batteriemie da CRE e di tutte le infezioni/colonizzazioni da CRE
INDICATORE :	Verifica delle comunicazioni delle infezioni pervenute presso il Referente dell'Area Medica e registrazione su report aziendale.
STANDARD :	Si
FONTE :	CC-ICA; Responsabile Area Medica; Medici.
Stato di attuazione al 31/12/2025	Registrazione delle infezioni rilevate su report aziendale conservato presso la Direzione Sanitaria

OBIETTIVO E	Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi
ATTIVITA' :	Mantenimento della sorveglianza attiva delle batteriemie da CRE e di tutte le infezioni/colonizzazioni da CRE tramite effettuazione di tampone rettale/coprocoltura.
INDICATORE :	Verifica dell'effettuazione di tampone rettale/coprocoltura e registrazione su report mensile aziendale .
STANDARD :	Si
FONTE :	CC-ICA; Responsabile area medica; Responsabile Laboratorio.
Stato di attuazione al 31/12/2025	Registrazione dell'effettuazione di tampone rettale/coprocoltura elaborato e conservato presso il Laboratorio Analisi

B 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del Piano riconosce responsabilità non del tutto sovrapponibili a quelle previste per le strutture che erogano assistenza per l'acuzie e la post-acuzie. Spesso, infatti, la figura del Direttore Sanitario (ove presente) o del Medico Responsabile concentrano sia le responsabilità igienico-sanitarie della struttura che quelle relative alla gestione del rischio. La tabella 13, pertanto, va intesa come semplice esempio, da adattare alle specificità organizzative della singola struttura, purché per ogni azione in essa contenuta, da intendersi come minimo mandatorio, venga individuata una unica figura responsabile.

Tabella 13 - Matrice delle responsabilità

AZIONE	Medico Responsabile	Risk Manager*	Responsabile Affari Legali/Generali *	Direttore Generale/Proprietà	Strutture di supporto
Redazione PARS	R	C	C	c	-
Adozione PARS	I	I	I	R	-
Monitoraggio PARS	R	C	C	I	c

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

*Se presente

B 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

B 6.1 Obiettivi

In considerazione della complessità organizzativa e assistenziale del Presidio Sanitario Villa Ardeatina di cui al punto B1, si è ritenuto di integrare gli obiettivi strategici come di seguito riportato:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- 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;
- 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 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

B 6.2 Attività

Con riferimento alle disposizioni per l'anno 2026, Il Presidio Sanitario Villa Ardeatina ha pianificato gli obiettivi e le attività al fine di raggiungere gli obiettivi come successivamente indicati nelle specifiche griglie e definiti nel punto B 6.1 del piano sanitario . La selezione delle priorità è stata effettuata sulla base di una valutazione attenta e approfondita del rischio sanitario, per garantire interventi mirati e tempestivi e per rispondere a quanto evidenziato dal personale della struttura. Per ciascuna delle attività indicate, sono stati stabiliti indicatori misurabili che ci permetteranno di monitorare i progressi e il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Gli indicatori sono stati scelti con attenzione, considerando le necessità specifiche e la fattibilità delle azioni previste:

1. **Indicatori Si/No:** in alcuni casi, l'indicatore assumerà la forma di una valutazione binaria (sì/no), particolarmente utile per attività che richiedono il raggiungimento di un risultato immediato e verificabile.
2. **Indicatori Percentuali o Rapporto:** per altre attività, sarà possibile calcolare un rapporto o una percentuale da raggiungere, al fine di monitorare in modo preciso l'andamento delle azioni intraprese.

Tutti gli standard e gli obiettivi indicati sono stati scelti in modo da essere realistici e raggiungibili nei tempi previsti, tenendo conto delle risorse disponibili e delle peculiarità del contesto. Il nostro impegno è orientato alla continua valutazione e al miglioramento della qualità del servizio, con l'obiettivo di garantire il massimo livello di salute e sicurezza per tutti i nostri assistiti e per quanti prestano la loro opera nell'assistenza dei pazienti presi in carico.

La Struttura nelle figure di riferimento chiamate ad adoperarsi nella progettazione e realizzazione degli obiettivi strategici riportati al punto B 6.1 ha elaborato diverse attività riportate nelle tabelle sotto elaborate e scomposte in una o più azioni elementari (minimo richieste cinque) attività distribuite su tutti e cinque gli obiettivi a tal proposito si ricorda che le attività legate a:

Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili

Implementazione dei documenti regionali applicabili (diversi dal Piano Regionale sull'Igiene delle Mani)

Revisione periodica almeno triennale delle procedure

non possono concorrere al raggiungimento del numero minimo di cinque attività in quanto si tratta di attività mandatorie e/o routinarie. Potranno eventualmente rientrare fra le attività ulteriori che le Strutture potranno definire, sulla base delle specifiche esigenze

A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo:

OBIETTIVO A	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo .		
ATTIVITA' :	Migliorare la sicurezza e l'efficacia della deglutizione durante la somministrazione di terapie e vitto Promuovere la collaborazione interdisciplinare nell'ottica della riduzione dei rischi associati alla disfagia		
INDICATORE :	Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2026		
STANDARD :	Si		
FONTE :	Direzione Sanitaria, Formazione , Risk Management		
Matrice delle responsabilità			
Azione	Direzione Sanitaria	Risk Management	Formazione
Progettazione corso	R	C	C
Accreditamento corso	C	C	R
Esecuzione corso	R	R	R

OBIETTIVO A	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo .		
ATTIVITA' :	Formazione/informazione degli operatori sanitari sulla corretta gestione della sepsi importanza e corretto uso della soluzione idroalcolica per la prevenzione delle infezioni in ambiente ospedaliero		
INDICATORE :	Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2026		
STANDARD :	Si		
FONTE :	Formazione , Risk Management		
Matrice delle responsabilità			
Azione	DirezioneSanitaria	Risk Manager	Risk Management
Stesura procedura	R	C	C
Applicazione procedura	R	R	R

OBIETTIVO A	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo .		
ATTIVITA' :	Formazione/informazione degli operatori della struttura sul tema: “ <i>FORMAZIONE GENERALE SUI RISCHI LEGATI ALLA LEGIONELLA</i> ”, con particolare riferimento all'importanza del Piano di Controllo della Legionellosi e alle relative attività di monitoraggio.		
INDICATORE :	Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2026		
STANDARD :	Si		
FONTE :	Formazione , Risk Management, RSPP		
Matrice delle responsabilità			
Azione	Risk Management	Responsabile Formazione	RSPP
Progettazione corso	C	R	C
Accreditamento corso	C	R	I
Esecuzione corso	R	I	R

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;

OBIETTIVO B	Migliorare la propria attività assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e il monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.		
ATTIVITA' :	Programma di valutazione della qualità della documentazione sanitaria come strumento di risk management: esecuzione di almeno una analisi mediante lo sviluppo di Risk Assesment con identificazione dei rischi per una rappresentazione chiara e immediata del ventaglio delle minacce cui si può andare incontro–		
INDICATORE :	Analisi e verifica della corretta ed esaustiva compilazione delle Cartelle Cliniche.		
STANDARD :	Verifica di almeno n. 50 Cartelle Cliniche al 31/12/2026		
FONTE :	Risk Management		
Matrice delle responsabilità			
Azione	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Risk Management
Indicazione metodica	R	C	C
Verifica cartelle	C	C	R

OBIETTIVO B	Migliorare la propria attività assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e il monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.		
ATTIVITA' :	Monitoraggio prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica mediante la compilazione di un modulo atto alla registrazione da parte del personale sanitario della ferita chirurgica e attivazione di tampone in caso di sospetta infezione		
INDICATORE :	Registrazione dell'attività di controllo e prevenzione su modulo aziendale		
STANDARD :	Si		
FONTE :	CC-ICA; Responsabile area medica; Responsabile Laboratorio.		
Matrice delle responsabilità			
Azione	Responsabile CC-ICA	Medici Reparto/Servizio	Laboratorio Analisi
Effettuazione del tampone	C	R	I
Verifica comunicazioni arrivo	R	C	I
Applicazione I.O.	C	C	R

OBIETTIVO B	Migliorare la propria attività assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e il monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.		
ATTIVITA' :	Monitoraggio microbiologico matrici ambientali per superfici a diretto contatto con il paziente (3 verifiche annuali), quali arredi, lettini di terapia, stoviglie e aree comuni)		
INDICATORE :	Effettuazione della rilevazione in tutti i reparti servizi della struttura		
STANDARD :	Sì		
FONTE :	Direzione Sanitaria, Formazione , Risk Management		
Matrice delle responsabilità			
Azione	Direzione Sanitaria	Risk Management	Responsabile Qualità
Sviluppo programma	R	C	C
Esecuzione programma	R	I	R

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 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi:

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 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi		
ATTIVITA' :	Consolidamento del Piano di azione locale per l'igiene delle mani PALIM, Mantenere ed incrementare il consumo di soluzione idroalcolica per 1.000 giornate di degenza rispetto all'anno precedente.		
INDICATORE :	≥ valore medio dell'anno 2025.		
STANDARD :	Litri di soluzione idroalcolica / 1.000 giornate di degenza.		
FONTE :	CC-ICA; Medico Responsabile; Responsabile rischio sanitario		
Matrice delle responsabilità			
Azione	Responsabile CC-ICA	Risk Manager	Responsabile rischio sanitario
Sviluppo programma	R	C	C
Esecuzione programma	R	R	I

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 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi	
ATTIVITA' :	Incremento del numero di operatori "osservatori", tramite ulteriore formazione per una maggiore registrazione e verifica dell'adesione all'Igiene Mani all'interno della prassi della Struttura Sanitaria	
INDICATORE :	Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2025	
STANDARD :	Sì	
FONTE :	Formazione , Risk Management	
Matrice delle responsabilità		
Azione	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione corso	R	C
Accreditamento corso	C	R
Esecuzione corso	R	I

D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

OBIETTIVO D	Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi		
ATTIVITA' :	Analisi di secondo livello sulle resistenze agli antibiotici per i ceppi di <i>ENTEROBATTERI</i> resistenti a ceftazidime /avibactam, meropenem/varbactam e imipenem/relabactam.		
INDICATORE :	Verifica delle comunicazioni delle infezioni pervenute presso il Referente dell'Area assistenziale e registrazione su report aziendale.		
STANDARD :	Sì		
FONTE :	CC-ICA; Responsabile Area Medica; Medici.		
Matrice delle responsabilità			
Azione	Responsabile CC-ICA	Medici Reparto/Servizio	Laboratorio Analisi
Comunicazione di batteriemie e infezioni presso area Medica	C	R	R
Verifica delle comunicazioni pervenute	R	C	I
Emissione Istruzione Operativa	R	C	I
Applicazione della Istruzione Operativa	R	R	C

OBIETTIVO D	Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi		
ATTIVITA' :	Mantenimento della sorveglianza attiva delle batteriemie da CRE e di tutte le infezioni/colonizzazioni da CRE tramite effettuazione di tampone rettale/coprocoltura.		
INDICATORE :	Verifica dell'effettuazione di tampone rettale/coprocoltura e registrazione su report mensile aziendale .		
STANDARD :	Sì		
FONTE :	CC-ICA; Responsabile area medica; Responsabile Laboratorio.		
Matrice delle responsabilità			
Azione	Responsabile CC-ICA	Medici Reparto/Servizio	Responsabile Laboratorio
Effettuazione del tampone rettale/coprocoltura	C	R	I
Verifica delle comunicazioni pervenute	R	C	I
Applicazione della Istruzione Operativa	C	C	R

B 7. PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI PALIM

B 7.1 Profilo Aziendale: la Struttura Sanitaria "Villa Ardeatina"

"Villa Ardeatina" è un Presidio Sanitario accreditato con il Servizio Sanitario Regionale con deliberazioni della Giunta Regionale del Lazio.

Villa Ardeatina nasce nel 1991 a completamento di un lungo percorso nel settore riabilitativo iniziato dal centro specialistico romano Villa Fulvia. In tutti questi anni la struttura è costantemente cresciuta nel gradimento dell'utenza, ha acquisito prestigio ed autorevolezza per la qualità dei molteplici servizi offerti in campo riabilitativo.

Dal 2017 Villa Ardeatina è stata autorizzata dalla Regione Lazio come centro residenziale e domiciliare per cure palliative per rispondere ai bisogni assistenziali, clinici, psicologici e spirituali del malato oncologico in fase avanzata e terminale e per offrire sostegno ai suoi familiari.

Dal 2022 Villa Ardeatina è stata autorizzata dalla Regione Lazio come Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) quindi come struttura sociosanitaria residenziale dedicata ad anziani non autosufficienti, ma anche ad adulti disabili, che necessitano di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa a tempo pieno.

L'elevato livello professionale del proprio personale ha consentito alla Struttura Sanitaria Riabilitazione di fornire sempre un servizio di alta qualità con notevole soddisfazione da parte dei pazienti e della struttura regionale (Committente).

Esso provvede a:

- assistenza di soggetti adulti per il raggiungimento del più alto livello possibile di indipendenza, compatibilmente alla patologia di cui sono portatori, svolgendo attività di recupero e rieducazione mediante la presa in carico globale e adotta interventi terapeutici di tipo estensivo o di mantenimento.
- ✓ Reparto riabilitativo estensivo ex art. 26
- ✓ Reparto di RSA
- assistenza residenziale per cure palliative a persone con patologie terminali (Hospice).
- ✓ Reparto Hospice
- assistenza per il raggiungimento del più alto livello possibile di indipendenza, compatibilmente alla patologia di cui sono portatori, svolgendo attività di recupero e rieducazione o assistenza medico infermieristica mediante la presa in carico nei servizi ambulatoriali e domiciliare
- ✓ Servizio ex art. 26 ambulatoriale

Nella corretta strategia di prevenzione delle infezioni veicolate dalle mani dell'operatore rientrano i "Cinque Momenti Fondamentali per l'Igiene delle Mani" che scandiscono i corretti tempi di maggiore importanza in cui l'igiene delle mani la struttura nel corso dello scorso anno ha effettuato l'autovalutazione tramite il "Questionario di Autovalutazione" ripreso dal "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" emesso nel 2021.

Sono state considerate:

Sezio ne	Argomento	Livello 2025	Rilevazione anno 2026	Livello 2026
A	Requisiti strutturali e tecnologici	Avanzato	85	Avanzato
B	Formazione del personale	Avanzato	90	Avanzato
C	Monitoraggio e Feedback	Intermedio	67,5	Intermedio
D	Comunicazione permanente	Intermedio	70	Intermedio
E	Clima organizzativo e committente	Intermedio	70	Intermedio

B 7.2 Destinatari del piano

Il Piano è rivolto a tutti gli operatori del Presidio Sanitario che operano nei diversi setting assistenziali, residenziale, ambulatoriale e domiciliare. Il Piano è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti, degli esercenti la professione sanitaria e della Struttura; le Azioni previste dal Piano interessano qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo.

B 7.3 Infezioni correlate all'assistenza: cosa sono e cosa fare

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite che costituiscono la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria e possono verificarsi in ogni ambito assistenziale. Le ICA includono infezioni trasmesse dall'esterno (**esogene**), da persona a persona o tramite gli operatori e l'ambiente, e infezioni causate da batteri presenti all'interno del corpo (**endogene**).

Le cause sono molteplici:

- la progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, con l'uso prolungato di dispositivi medici invasivi e gli interventi chirurgici complessi, che, pur migliorando le possibilità terapeutiche e l'esito della malattia, possono favorire l'ingresso di microrganismi in sedi corporee normalmente sterili
- l'indebolimento del sistema di difesa dell'organismo (immunosoppressione) o gravi patologie concomitanti
- la scarsa applicazione di misure di igiene ambientale e di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito assistenziale
- l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, dovuta soprattutto all'uso scorretto o eccessivo di questi farmaci, che complica ulteriormente il decorso di molte ICA.

Queste infezioni hanno un impatto clinico ed economico rilevante: secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le ICA provocano un prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, un carico economico aggiuntivo per i sistemi sanitari e per i pazienti e le loro famiglie e una significativa mortalità in eccesso.

La maggior parte delle ICA interessa il tratto urinario, l'apparato respiratorio, le ferite chirurgiche, le infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie). Le più frequenti sono le infezioni urinarie, che da sole rappresentano il 35-40% di tutte le infezioni ospedaliere.

In Europa, le ICA provocano ogni anno:

- 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza

- 37.000 decessi attribuibili
- 110.000 decessi per i quali l'infezione rappresenta una concausa.

I costi vengono stimati in approssimativamente 7 miliardi di Euro, includendo solo i costi diretti.

Come ridurre l'impatto delle ICA

La prevenzione e il controllo delle ICA in tutte le strutture assistenziali rappresentano interventi irrinunciabili per ridurre l'impatto di queste infezioni e, più in generale, per ridurre la diffusione dei microrganismi antibiotico-resistenti.

Uno dei punti cruciali per il contrasto alle ICA è la definizione e l'applicazione di buone pratiche di assistenza e di altre misure, secondo un programma integrato che deve essere adattato a ogni ambito assistenziale. Tra le misure chiave che il Presidio Sanitario Villa Ardeatina in tutti i suoi servizi persegue ricordiamo il lavaggio corretto delle mani (che rimane una delle più importanti ed efficaci), la riduzione delle procedure diagnostiche e terapeutiche non necessarie, il corretto uso degli antibiotici e dei disinfettanti, il rispetto dell'asepsi nelle procedure invasive, il controllo del rischio di infezione ambientale, la protezione dei pazienti con utilizzo appropriato della profilassi antibiotica, la vaccinazione degli operatori sanitari, le attività di sorveglianza delle infezioni, l'identificazione e il controllo tempestivi delle epidemie, l'eventuale isolamento dagli altri pazienti, il rinforzo delle misure che già di norma devono essere adottate per evitare la trasmissione tra i pazienti.

Attività	Responsabile dell'implementazione	Arco temporale (data di inizio e fine)	Progressi (incluse variazioni di date e azioni)
<u>Indicazioni inerenti i REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI</u>			
Esaminare le informazioni disponibili sulla compliance all'igiene delle mani e/o sulle ICA per definire un programma di miglioramento.	Responsabile del Rischio Clinico	Dicembre 2026	
Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: - Indagine sui singoli Reparti/Servizi; - Indagine sul consumo di soluzione alcolica.	Responsabile del Rischio Clinico	Gennaio-Dicembre 2026 Gennaio-Dicembre 2026	
Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura.	Addetto acquisti	Gennaio 2026	Secondo esperienza e monitoraggio del consumo effettuato nel 2025

Attività	Responsabile dell'implementazione	Arco temporale (data di inizio e fine)	Progressi (incluse variazioni di date e azioni)
<u>Indicazioni inerenti FORMAZIONE DEL PERSONALE</u>			
Consolidare le conoscenze degli operatori sulle ICA e sulla base delle specificità e dei bisogni locali con formazione informazioni e addestramento. Corretto uso dei sanificanti e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Responsabile della formazione	Piano Formativo 2026	
Rivedere/progettare un programma di formazione/informazione sulla base del Piano di Intervento Regionale inserendo almeno: - Corso sulla sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture. - Gestione della sepsi - Corso sulla Legionella	Responsabile della formazione	Piano Formativo 2026	
Incrementare il numero degli osservatori	Responsabile del Rischio Clinico	Giugno 2026	
Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati.	Direzione Aziendale	Dicembre 2026	
Effettuare la formazione dei formatori e degli osservatori nel caso in cui questi siano vartati o incrementati: formatori e osservatori possono ricevere la stessa formazione di base, ma gli osservatori ricevano una formazione specifica aggiuntiva che preveda un addestramento sul campo sotto la supervisione di un tutor esperto.	Responsabile della formazione	Marzo 2026	
Definire nel piano formativo, la formazione obbligatoria di tutti i nuovi assunti con specifica formazione su igiene mani e sanificanti	Responsabile della formazione e Rischio Clinico	Piano Formativo 2026	
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari (ad esempio annualmente).	Responsabile della formazione e Rischio Clinico	Dicembre 2026	Informazione/opuscoli depliant
Organizzare attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	Responsabile del Rischio Clinico	Giugno 2026	Formazione ripetuta anche con incontri informali durante la normale attività
Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione e la sostituzione di quello obsoleto.	Responsabile del Rischio Clinico	Dicembre 2026	Osservazione o comunicazione da parte dei coordinatori di reparto/servizio con richiesta di sostituzione o integrazione

Attività	Responsabile dell'implementazione	Arco temporale (data di inizio e fine)	Progressi (includere variazioni di date e azioni)
Indicazioni inerenti MONITORAGGIO E FEEDBACK			
Effettuare attività di valutazione e feedback tra cui: (a) osservazione della compliance sull'igiene delle mani; indagini sulle infrastrutture di reparto;; indagini di percezione per gli operatori sanitari; indagini di percezione per dirigenti apicali; Indagini sulla conoscenza degli operatori sanitari. indagini sul consumo di soluzione alcolica/sapone	Responsabile del Rischio Clinico	Giugno 2026 Dicembre 2026	Questionario da inviare su @ Aziendale e rilevazione di quanto pervenuto
Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori (ad esempio, annualmente).	Responsabile della formazione e Rischio Clinico	Piano Formativo 2026	
Presentare i risultati delle osservazioni ogni semestre o secondo un programma concordato con il team di implementazione dell'igiene delle mani e il CCICA.	Responsabile del Rischio Clinico	Giugno 2026 Dicembre 2026	Verifica semestrale
Valutare le informazioni sui tassi di ICA nella Struttura.	Responsabile del Rischio Clinico	Dicembre 2026	Verifica semestrale
Monitorare i tassi di ICA su base continuativa mediante la comunicazione su modello M 09.05-51"Statistiche Giornaliere"	Responsabile del Rischio Clinico	Dicembre 2026	

Attività	Responsabile dell'implementazione	Arco temporale (data di inizio e fine)	Progressi (includere variazioni di date e azioni)
Indicazioni inerenti COMUNICAZIONE PERMANENTE			
Rinnovare dove necessario il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici e renderlo facilmente visibile a pazienti e parenti.	Responsabile del Rischio Clinico	Giugno 2026	
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti (ad esempio al unto di cura, mediche, ambienti comuni).	Responsabile del Rischio Clinico	Giugno 2026	
Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporli in tutti gli ambienti clinici.	Responsabile del Rischio Clinico	Giugno 2026	Inserire materiale divulgativo in Intranet Aziendale
Pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli.	Responsabile del Rischio Clinico	Giugno 2026	

Attività	Responsabile dell'implementazione	Arco temporale (data di inizio e fine)	Progressi (includere variazioni di date e azioni)
Indicazioni inerenti CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT			
Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture, tramite la condivisione della stesura del Pars e la Verifica di quanto raggiunto nel precedente	Risk Management	Gennaio-Dicembre 2026	
Ampliare il comitato per attuare gestire il piano d'azione locale della Struttura.	Risk Management	Gennaio-Dicembre 2026	
Pianificare la produzione di materiali di formazione supplementari o l'organizzazione di attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	Risk Management	Gennaio-Dicembre 2026	

B 7.4 Monitoraggio del consumo di SIA

Obiettivo

Nel periodo di riferimento è stato monitorato l'andamento del consumo di soluzione idroalcolica quale indicatore indiretto di adesione alle pratiche di igiene delle mani. Tale monitoraggio consente di valutare nel tempo l'efficacia delle azioni di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e il livello di sensibilizzazione del personale sanitario.

Nel corso dell'anno **2025**, la struttura sanitaria ha distribuito complessivamente **350 litri di soluzione idroalcolica (SIA)** presso i reparti attivi nell'assistenza in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo, secondo la seguente suddivisione:

Reparti Riabilitativi:	190,9 litri	pari a 190900 ml
Reparti RSA:	127,2 litri	pari a 127200 ml
Hospice	31,8 litri	pari a 31800 ml
Totale:		350 litri

Tabella di monitoraggio

Reparto Assistenza	Giornate di degenza	SIA consumata (ml)	Consumo medio (ml/gdo)	Litri/1000 GDO
Riabilitazione	21030	190900	9.1 ml	9,1 litri
RSA	14028	127200	9.1 ml	9,1 litri
Hospice resid	3581	31800	8.9 ml	8,9 litri
Totale struttura	38.639	349900		

Analisi del consumo di soluzione idroalcolica e pratiche di igiene delle mani

Nonostante il consumo di soluzione idroalcolica rilevato non rientri negli standard indicati dall'OMS, risultando inferiore ai valori di riferimento, dalle osservazioni dirette effettuate e per quanto riferito nei continui colloqui e eventi formativi emerge che il personale operante nella struttura sanitaria applica in modo diffuso e costante la pratica di igienizzazione delle mani mediante lavaggio con acqua e sapone.

In particolare, durante le attività assistenziali è stato riscontrato un frequente ricorso al lavaggio delle mani, soprattutto prima e al termine dell'assistenza al paziente e prima e dopo il contatto con l'ambiente circostante lo stesso, a conferma di una buona attenzione alle pratiche di prevenzione del rischio infettivo. Tale comportamento contribuisce comunque al mantenimento di adeguati livelli di sicurezza assistenziale, pur incidendo sul minore utilizzo della soluzione idroalcolica.

Resta tuttavia obiettivo della struttura promuovere una maggiore sensibilizzazione e un costante richiamo all'importanza dell'utilizzo della soluzione idroalcolica, quale strumento efficace, rapido e raccomandato per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, in particolare nei contesti e nei momenti in cui il suo impiego risulta indicato rispetto al lavaggio tradizionale delle mani.

B 7.5 Risultati sul monitoraggio dell'osservazione della compliance dell'igiene delle mani

Premessa

L'igiene delle mani rappresenta una delle principali misure di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). In tale contesto, il monitoraggio della compliance degli operatori sanitari

all'igiene delle mani costituisce uno strumento fondamentale per valutare l'adesione alle buone pratiche assistenziali e per orientare interventi di miglioramento continuo. La presente relazione descrive i risultati del monitoraggio dell'osservazione della compliance dell'igiene delle mani, effettuato secondo le indicazioni fornite dal SERESMI,

Attività di monitoraggio

Il monitoraggio è stato condotto mediante osservazione diretta strutturata, secondo la metodologia raccomandata dal SERESMI e in coerenza con il modello dei "5 momenti per l'igiene delle mani" dell'OMS e tutte sono state effettuate utilizzando la scheda di registrazione in uso e formalmente adottata dalla struttura, applicata in modo uniforme in tutte le unità operative coinvolte.

Le osservazioni sono state eseguite da personale appositamente formato, che ha partecipato a specifici corsi di formazione, svolti anche nel corso dell'anno le osservazioni sono state effettuate in modalità dichiarata nella quasi totalità dei casi ma sporadicamente anche in modo non dichiarata, al fine di ridurre il rischio di correzione delle abitudini nel momento osservazionale. Sono state considerate valide tutte le opportunità di igiene delle mani rilevate e correttamente registrate in tutti i settori e servizi della struttura.

Nel periodo preso in esame sono state osservate complessivamente **1020** opportunità di igiene delle mani. L'osservazione effettuata sulla compliance all'igiene delle mani ha evidenziato un risultato soddisfacente.

L'attività di osservazione ha coinvolto il personale sanitario, in particolare Infermieri e operatori socio-sanitari (OSS), durante l'assistenza diretta al paziente, nonché il personale medico nello svolgimento dell'attività diagnostica e di cura. La verifica è stata inoltre effettuata all'interno delle palestre per la riabilitazione, prendendo in considerazione il personale riabilitativo e il personale addetto all'assistenza e alla movimentazione del paziente.

Dalle osservazioni effettuate risulta che, nella maggior parte dei casi, al termine dell'attività svolta sul paziente o sull'ambiente circostante a questo, viene preferito il lavaggio delle mani con acqua e sapone rispetto all'utilizzo della soluzione idroalcolica.

Il risultato complessivo dell'osservazione attesta una buona rispondenza da parte del personale della struttura sanitaria, pari a oltre il **95%**, sia per l'utilizzo della soluzione idroalcolica sia per il lavaggio delle mani, confermando un elevato livello di adesione alle pratiche di igiene delle mani e di conoscenza dell'importanza di tale azione nei confronti della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

Confronto con l'anno precedente

L'attività di monitoraggio dell'osservazione della compliance all'igiene delle mani evidenzia un andamento pressoché sovrapponibile a quello registrato nell'anno precedente. Tale stabilità del dato è da attribuirsi principalmente al consolidamento di una corretta abitudine nell'utilizzo della soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani da parte del personale sanitario.

A ciò contribuiscono in maniera significativa la continua formazione e sensibilizzazione del personale durante i diversi incontri formativi su argomenti inerenti il rischio sanitario, le infezioni nosocomiali o il rischio biologico, sull'importanza e sulle corrette modalità di utilizzo della soluzione idroalcolica, nonché il potenziamento numerico degli osservatori dedicati all'attività di monitoraggio. Quest'ultimo ha consentito una rilevazione più capillare e sistematica, favorendo il mantenimento di elevati livelli di attenzione e di adesione alle buone pratiche di igiene delle mani.

MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO

Il presente Piano viene archiviato in formato digitale su server aziendale. Una copia cartacea viene resa disponibile presso le medicherie di reparto. I contenuti del presente documento sono condivisi con il personale delle Strutture in formato digitale mediante l'area riservata del sito internet istituzionale che consente di tracciare gli accessi e di richiedere la conferma di presa visione da parte dell'operatore; La diffusione del documento tra gli operatori avverrà inoltre mediante incontri formativi programmati nell'ambito del piano formativo aziendale.

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 semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali.**

B 8 . PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

1. Introduzione alla relazione

Il documento di seguito riportato illustra, in modo strutturato e coerente, le principali fasi del percorso intrapreso, a partire dalla costituzione del team multidisciplinare incaricato, passando per la realizzazione della piattaforma documentale a supporto dei processi di controllo, fino alla definizione delle modalità operative e delle tempistiche adottate per la valutazione del rischio, con l'indicazione delle misure di controllo previste.

Sono inoltre presentati gli esiti sintetici del monitoraggio operativo finalizzato alla verifica dell'efficacia delle misure in atto. I risultati ottenuti attestano il corretto funzionamento delle azioni implementate e confermano l'efficacia delle misure adottate nel contenimento e nella prevenzione delle principali criticità rilevate, evidenziando un quadro complessivamente stabile e sotto controllo.

2. Costituzione e funzionamento del Team per il Controllo della Legionellosi

Il Team rappresenta l'organo tecnico-operativo responsabile della pianificazione, attuazione, monitoraggio e revisione del Programma Aziendale di Controllo della Legionellosi, assicurando un approccio sistematico, integrato e orientato al miglioramento continuo.

Il Team è composto dalle seguenti figure professionali, ciascuna con specifiche competenze e responsabilità:

• Responsabile del Rischio Clinico e Responsabile del CCICA	Dott. P. Bianchi
• Responsabile per il Controllo della Legionella	Sig. M. Spiridigliozzi
• Medico Responsabile della Struttura Sanitaria	Dott. G. Grossi
• Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (R.S.P.P.)	Sig. M. Spiridigliozzi
• Responsabile del Servizio di Manutenzione degli Impianti Idrici e Aeraulici	Geom. T. Perfetti

3. Realizzazione della Piattaforma Documentale

Al fine di garantire una gestione trasparente e verificabile delle misure preventive, il Presidio Sanitario Villa Ardeatina ha istituito un sistema di Registri degli Interventi dedicato. Tali registri rappresentano lo strumento cardine per il monitoraggio della *compliance* rispetto al Piano di Manutenzione e sono mantenuti in formato cartaceo presso l'Ufficio Tecnico aziendale, il quale garantisce l'integrità dei dati e la facilità di consultazione in caso di audit.

I registri presenti in struttura e continuamente alimentati sono i seguenti:

- *Registro di gestione dell'impianto idro-sanitario*

- *Registro di gestione dell'impianto aeraulico (UTA)*
- *Registro gestione impianto di condizionamento e split*
- *Registro della piscina riabilitativa e monitoraggio parametri*
- *Registro Manutentivo*
- *Registro dei Parametri Chimico-Fisici*

4. Modalità di esecuzione e tempi della valutazione del rischio e identificazione sintetica delle misure di controllo previste

La Struttura Sanitaria ha adottato un protocollo di sorveglianza dinamico, e in virtù di questo la valutazione del rischio non è intesa come un atto statico, ma come un processo in costante evoluzione, subordinato a scadenze temporali rigide e a eventi sentinella specifici.

Revisione Ordinaria Annuale: Con cadenza almeno annuale, il Team Multidisciplinare procede alla revisione formale dell'intero impianto documentale.

Modifiche Strutturali e Impiantistiche: Ogni qualvolta la struttura sia oggetto di interventi di ristrutturazione, ampliamento dei reparti o modifiche sostanziali alla rete idrica e aeraulica (es. sostituzione di caldaie, installazione di nuove UTA, modifica dei rami di distribuzione), la valutazione viene aggiornata per mappare i nuovi potenziali punti critici.

Riscontri Microbiologici: Nel programma di prevenzione della struttura sono cadenzati almeno 2 interventi di campionamento di analisi microbiologica; in caso di esiti analitici che evidenzino cariche batteriche superiori alle soglie di allerta definite dalle Linee Guida Nazionali la struttura procede con gli interventi previsti per la bonifica.

Per quanto concerne le misure di controllo previste dal Presidio Sanitario il piano di campionamento è stato dimensionato sulla reale complessità dell'impianto idrico e aeraulico presente, identificando i punti di "stasi" e di potenziale proliferazione (punti critici).

5. Risultato sintetico degli esiti del monitoraggio operativo di verifica sull'efficacia delle misure di controllo in atto

In ottemperanza al protocollo operativo aziendale vigente in materia di prevenzione e controllo del rischio biologico correlato alla contaminazione del circuito idrico sanitario, nel corso dell'anno 2025 sono state effettuate due campagne programmate di monitoraggio microbiologico: la prima nel mese di giugno e la seconda nel mese di dicembre.

Complessivamente sono stati eseguiti n. 23 campionamenti, distribuiti nei punti rappresentativi della rete idrica sanitaria, secondo quanto previsto dal piano di autocontrollo.

Gli esiti analitici hanno evidenziato in tutti i campioni esaminati l'assenza di *Legionella* spp, confermando l'efficacia delle misure di prevenzione, gestione e controllo del rischio attualmente adottate dalla Struttura.

I risultati ottenuti attestano, pertanto, la sostanziale conformità del sistema di gestione del rischio legionellosi agli standard normativi e procedurali di riferimento, nonché la corretta applicazione delle procedure di manutenzione, sanificazione e monitoraggio previste dal piano aziendale.

6. Sintesi del piano di miglioramento eventualmente previsto e indicazione sintetica delle azioni correttive

Il piano mira a minimizzare il rischio di proliferazione batterica attraverso trattamenti, manutenzioni periodiche, controlli termici e analisi, in linea con le normative applicabili in materia.

Acqua Fredda e Calda Sanitaria

- Trattamenti chimici e filtrazione: Circuito trattato con cloro o analoghi tramite impianto di depurazione con filtraggio e centralina elettronica; acqua da rete municipale.
- Manutenzione serbatoi e boiler: Ispezione, pulizia e disinfezione annuale serbatoi acqua fredda (con spurgo e analisi *Legionella* se non svuotabili); boiler acqua calda svuotato, decalcificato e pulito semestralmente da ditta esterna, con registri interventi.
- Controllo temperature: Acqua fredda <20°C; acqua calda >50°C (serbatoi ≥60°C, ricircolo ≥50°C), con innalzamento termico trimestrale a 75°C per 15 min e verifica terminali >50°C via termometri.
- Pulizia terminali e flusso: Pulizia/sostituzione trimestrale rompigitto, docce e diffusori da personale interno (sostituzione filtri); eliminazione bracci morti; scarico acqua 5-10 min prima uso stanze se inutilizzate per diverso tempo; flussaggi periodici.

Impianto Aeraulico (UTA)

- Disinfezione e analisi: Trattamento cloro o analoghi; piano campionamento acqua UTA per *Legionella*, con azioni correttive in caso di positività.
- Manutenzione: Trattamento e manutenzione regolare Unità di Trattamento Aria.

Impianto Condizionamento

- Sanificazione filtri: Pulizia e sanificazione periodica filtri split nei punti di uscita.

Azioni Correttive in Atto

Tutte le misure sono operative con cadenze definite (trimestrale/semestrale/annuale), monitorate tramite registri, schede e bolle interventi; analisi microbiologiche pianificate per verifica continua e adeguamenti tempestivi.

7. Pianificazioni delle azioni di supporto previste

Le misure adottate nel Presidio Sanitario comprendono interventi tecnici, gestionali e manutentivi come sopra descritto. Unitamente a questo la struttura prevede:

Monitoraggio Microbiologico

Campionamenti periodici presso punti rappresentativi e critici dell'impianto per la ricerca e quantificazione di *Legionella spp.* registrazione e archiviazione dei risultati;

Gestione delle Non Conformità

In caso di superamento dei valori di riferimento o di riscontro di criticità:

Formazione e informazione

All'interno del Presidio Sanitario sono previsti incontri per l'anno 2026 di formazione e informazione rivolti al personale sanitario, tecnico e di assistenza al paziente, finalizzati a incrementare la consapevolezza del rischio biologico associato alla legionellosi per ridurre il rischio di esposizione per pazienti, operatori e visitatori.

Registrazioni e Tracciabilità

Tutte le attività svolte sono documentate e archiviate,

B 9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento viene diffuso attraverso diverse modalità, ognuna delle quali ha l'obiettivo di garantire che tutte le parti interessate siano informate in modo adeguato e tempestivo. Le modalità di diffusione sono le seguenti:

1. Presentazione al responsabile amministrativo;
2. Presentazione e collaborazione nella stesura ai Responsabili dei diversi Servizi
3. Pubblicazione sul portale intranet del Presidio Sanitario Villa Ardeatina;
4. Pubblicazione sul sito internet del Presidio Sanitario Villa Ardeatina

Unitamente a quanto sopra riportato come modalità di diffusione del presente documento si considerano momenti importanti per la condivisione dello stesso la:

5. Presentazione del PARS durante lo svolgimento di riunioni Aziendali come quelle del CVS.
6. Presentazione del PARS durante le attività formative il quale verrà utilizzato come strumento educativo, favorendo una comprensione approfondita e un'applicazione pratica dei concetti al fine di migliorare le pratiche quotidiane.

NB: entro il 28 febbraio dell'anno solare a cui il documento si riferisce tutte le Strutture pubbliche e private dovranno inviare il PARS in formato pdf nativo all'indirizzo crc@regione.lazio.it per il caricamento sul *cloud* regionale.

B 10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernete la gestione del Rischio Clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure.
2. Raccomandazioni Ministeriali reperibili sul sito del Ministero della Salute
3. Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)
4. Documento di Indirizzo sulla Prevenzione e la Gestione degli Atti di Violenza a danno degli Operatori Sanitari
5. Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani
6. Decreto del Commissario ad Acta 7 Novembre 2017 n. U00469
7. Piano Regionale sulla prevenzione delle cadute

8. Documento di indirizzo Regionale sulle lesioni da Pressione rev. del 01/07/2024
9. Documento di indirizzo regionale sulla identificazione della persona assistita
10. Sito del Ministero della Salute “ Risk Management in Sanità- il problema degli errori”
Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 Marzo 2003
11. Documento di indirizzo per l’elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS) del 25/02/2022
12. Determinazione Regione Lazio n. 16501 del 28/11/2022 “Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".
13. Determinazione Regionale n. G15665 del 23 novembre 2023 recante l’Approvazione del "Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" in sostituzione delle "Linee Guida
14. Nota Regione Lazio U 0091714. del 22/01/2024 avente ad oggetto “Piano annuale di gestione del Rischio Sanitario 2024 PARS”
15. Linee di indirizzo Regionale per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della Legionella adottato con DGR n.460 del 28 giugno 2024
16. Decreto Legislativo n. 102/2025, entrato in vigore dal 19 luglio 2025