REV.5 2025
Luglio 2025

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

	Redazione	Verifica	Approvazione
	Febbraio 2025	Febbraio 2025	Febbraio 2025
		Rev. Luglio 2025	
Funzione	Medico responsabile	Risk Manager	Legale Rappresentate

Timbro RSA istituto Santo Volto

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

Sommario

1. Contesto Organizzativo 3
2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati 5
3. Descrizione della posizione assicurativa 7
4. Resoconto delle attività del Piano Precedente 7
5. Matrice delle Responsabilità 11
6. Obiettivi e Attività 11
7. Modalità di diffusione del documento 17
8. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi 18

Allegato I:
Piano Formativo Raccomandazione Ministeriali e procedure interne 20

Allegato II:
L'igiene delle Mani, Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani
Determinazione 26 febbraio 2021 – n. G02044 23

Allegato III:
Procedure Controllo Legionellosi…… 42

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

1. Contesto Organizzativo

La Residenza Sanitaria Assistenziale, invece, offre i propri servizi a persone generalmente non auto-sufficienti che non possono essere assistite a domicilio e che, allo stesso tempo, non necessitano di ricovero ospedaliero o di centri di riabilitazione specifici. La R.S.A. dell'Istituto "Santo Volto" è una struttura autorizzata ed accreditata dalla Regione Lazio con DCA U00385 del 07/08/2013, per 40 posti letto di livello prestazionale (Terzo livello – R2) mantenimento Alto, convenzionata con il S.S.R. Tutti i ricoveri sono autorizzati dal Centro di assistenza domiciliare (C.A.D.) della Asl Roma 4.

Gli ospiti della R.S.A. sono persone non auto-sufficienti quali anziani, disabili fisici e mentali, non assistibili a domicilio e che non necessitano di ricovero ospedaliero o in centri di riabilitazione specifici. La struttura fornisce loro ospitalità, prestazioni sanitarie e assistenziali, ma anche servizi finalizzati al recupero fisico e all'inserimento sociale. È prevista la presenza quotidiana del Medico Responsabile e la costante collaborazione dei Medici di medicina generale di libera scelta dell'assistito, nonché degli specialisti del C.A.D. della ASL Roma 4. All'interno della Struttura opera un Comitato Utenti, del tutto autonomo, di cui fanno parte i Congiunti degli Ospiti, affinché tutte le istanze possano essere opportunamente considerate e valutate tenendo presente le specifiche esigenze evidenziate proprio da coloro che sono il centro dell'attenzione assistenziale. Il Comitato è presieduto da uno dei Congiunti individuato da tutti gli altri.

In data 23 aprile 2025 sono stati deliberati i seguenti Comitati, dimensionati sulle reali esigenze e possibilità di una Struttura quale quella sopra descritta e che, per tanto, risulta così costituito:

- **Comitato lotta infezioni correlate all'assistenza per la Casa "Santo Volto" di Santa Marinella (RM), RSA:**
  - Medico responsabile RSA*, pro tempore,* oggi Dr. Damiano Gasparri, componente con funzione di Presidente;
  - Medico infettivologo, individuato dal legale rappresentante, se necessario, sulla base delle complessità e/o rilevanza economica, con competenze specifiche inerente al caso in esame, componente;
  - Risk Manager*, pro tempore*, oggi Dr. Ing. Andrea D'ATTIS, componente;
  - Dirigente Infermieristico*, pro tempore,* oggi Dr.ssa Lorella FANISIO, componente con funzioni di segretaria**.**

- **Comitato Gestione del Rischio Clinico per la Casa "Santo Volto" di Santa Marinella (RM), RSA:**
  - Medico responsabile RSA*, pro tempore,* oggi Dr. Damiano Gasparri, componente con funzione di Presidente;
  - Risk Manager*, pro tempore*, oggi Dr. Ing. Andrea D'ATTIS, componente;
  - Dirigente Infermieristico*, pro tempore,* oggi Dr.ssa Lorella FANISIO, componente con funzioni di segretaria**.**

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

- **Comitato Valutazione Sinistri per la Casa "Santo Volto" di Santa Marinella (RM), RSA:**
  - Risk Manager*, pro tempore*, oggi Dr. Ing. Andrea D'ATTIS, componente;
  - Medico legale*,* individuato dal legale rappresentante sulla base delle complessità e/o rilevanza economica, con competenze specifiche inerente al caso in esame, componente con funzione di Presidente;
  - Avvocato Filippo Fadda con funzione di componente;
  - *"Loss adjuster"* (figura professionale in grado di quantificare l'eventuale danno) individuato dal legale rappresentante sulla base delle complessità e/o rilevanza economica, con competenze specifiche inerente al caso in esame.

DATI STRUTTURALI – 2024			
Posti letto ordinari	**40 autorizzati di cui 40 accreditati**	**Residenza Sanitaria Assistenziale**	**40 autorizzati di cui 40 accreditati**

I ricoveri avvenuti in RSA nell'anno **2024** sono stati n. **14**

DATI ATTIVITA' (anno 2024)		
N Ricoveri ordinari	**RSA**	**14**
	Totale prestazioni	
Risorse umane al 31/12/2024 N° 46	**Personale In Dotazione R.S.A.** **N. 1 Medico Responsabile** **N. 1 Psicologa 12 Ore** **N. 1 Assistente Sociale 12 Ore** **N. 1 Dietista 12 Ore** **N. 1 Dirigente Infermieristico** **N. 9 Infermieri** **N. 2 Fisioterapisti Della Riabilitazione** **N. 1 Educatore Professionale Di Comunità** **N. 1 Terapista Occupazionale** **N. 1 Animatore Sociale** **N. 14 Operatori Socio Sanitari** **N. 1 OTA** **N. 2 Ausiliaria Socio-Sanitario** **N. 4 Addetti Ai Servizi Generali** **N. 3 Amministrativi** **N. 1 Medico Competente** **N. 1 D.P.O. Privacy**	

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

	N. 1 R.S.P.P. **N. 1 Risk Manager**

2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 24/2017, si predispone una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria.

Eventi segnalati nel 2024 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	0	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%)) Procedure Comunicazione (100%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%)) Procedure Comunicazione (100%)	Sistemi di reporting (100
Eventi Avversi	4	100			
Eventi Sentinella	0	0			

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

Tutti gli eventi ricadono nella tipologia degli eventi avversi:

Nello specifico n.4 cadute avvenute all'interno della stanza di degenza, riconducibile ad ospite disorientata nel tempo e nello spazio, a seguito delle quali, si è prontamente intervenuti attivando i protocolli interni atti alla salvaguardia del paziente, rimuovendo la causa stessa dell'evento con esito positivo. Nonostante quanto sopra è stata raccomandata la programmazione di apposite riunioni di equipe al fine di sensibilizzare ulteriormente il personale ad una attenzione maggiore durante le attività di assistenza quotidiana. Nell'anno 2024 non sono stati segnalati, oltre alle cadute, altri eventi avversi e/o sentinella, non si sono verificati eventi riconducibili a problematiche dovute ai dispositivi medici né eventi riconducibili alla somministrazione di farmaci.
Il tutto è stato pubblicato sul sistema informativo regionale.

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

EVENTI/SINISTRI ULTIMI QUINQUENNIO			
ANNO	**N. EVENTI AVVERSI**	**N. EVENTI SENTINELLA**	**N. SINISTRI**
2020	2	0	0
2021	1	0	0
2022	1	0	0
2023	3	0	0
2024	4	0	0

Durante l'anno 2024, presso la RSA ISTITUTO SANTO VOLTO, non si sono verificati Cluster – covid 19. Sono state comunque messe in atto tutte le azioni, procedure ed attività utili a ridurre il rischio di contagi e infezioni da SARS-COV 2, come da normative vigenti.

Sono state effettuate sulle ospiti vaccinazioni antinfluenzali e richiami "Booster" per il Covid -19. SI è provveduto alla diffusione del documento interno: "Procedura per la gestione di casi di infezione da Virus vaiolo delle scimmie (MONKEYPOX)", alla diffusione della Procedura per la Prevenzione Sorveglianza e Controllo della Legionellosi (DGR n. 460 del 28/06/2024), alla corretta applicazione della Procedura "Igiene delle mani" (Det. Del 26 febbraio 2021 – n. G02044) ed alla relativa formazione specifica rivolta a tutto il personale.

Si è provveduto a Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA.

Ai sensi dell'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 si rendono disponibili i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio".

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

Anno	N. Sinistri aperti(A)	N. Sinistri liquidati(A)	Risarcimenti erogati(A)
2020	0	0	0
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0
2024	0	0	0
Totale	0	0	0

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

3. Descrizione della posizione assicurativa

Ai sensi delle normative vigenti la Congregazione, in data 19 giugno 2025 ha stipulato polizza assicurativa n. 732519877, per responsabilità civile verso terzi e/o prestatori di lavoro e/o prodotti con Generali Italia S.p.a. La polizza ha validità di un anno. L'operatività della copertura assicurativa vale per le "richieste di risarcimento" pervenute per iscritto per la prima volta all'*Assicurato* durante il "periodo di decorrenza" del presente contratto e che siano originate da comportamenti colposi posti in essere nello stesso periodo o in data antecedente, come previsto nelle Condizioni dell'Assicurazione.

4. Resoconto delle attività del Piano Precedente

La Direzione della Struttura si pone l'obiettivo strategico di migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente. Tutto ciò passa anche dalla responsabilizzazione dei professionisti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali e dal coinvolgimento di tutte le funzioni organizzative (direzione sanitaria, SGQ, RSPP, servizio tecnico-manutentivo, etc.) che, in un'ottica di integrazione, collaborano con il Risk Manager nell'ambito delle loro specifiche competenze. Si identificano i seguenti obiettivi strategici:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure
- Migliorare l'appropriatezza 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
- Favorire una visione unitaria della sicurezza
- Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività 1	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un evento formativo sulla gestione del rischio Clinico.	15/04/2024 09/05/2024	Incontro col Personale per illustrare finalità, obiettivi e modalità di attuazione del PARS e della funzione di tale strumento per migliorare la sicurezza delle cure

Obiettivo: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi		
Attività 2 e 3	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Implementazione delle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza delle cure	Dal 05/05/2024 17/09/2024	Giornata Nazionale della sicurezza delle cure con coinvolgimento di Operatori sanitari Ospiti, famigliari e religiose

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

Audit su documentazione sanitaria	SI	Verifica randomizzata della documentazione sanitaria.

Obiettivo: Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture		
Attività 4 e 5	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Audit su infortuni del personale	SI	eseguita
Corretta alimentazione del flusso SIMES	SI	SI

Per quanto previsto nel PARS dell'anno precedente si riporta sintesi delle attività realizzate e degli obiettivi raggiunti:

Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA su COVID-19	SI	09/05/2024 CORSO DI FORMAZIONE SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA
Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici	SI	20/08/2024 FORMAZIONE INFORMAZIONE SUL MONITORAGGIO E APPROPIATEZZA DELL'USO DEGLI ANTIBIOTICI
Esecuzione di almeno una indagine di prevalenza sulle principali ICA (infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridium difficile)	Si	05/06/2024 INFEZIONI TRATTO URINARIO ESEGUITE
Elaborazione di report su diffusione a livello delle UU.OO. ospedaliere delle colonizzazioni/infezioni da CPE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento	NA	NA
Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento alle infezioni tratto urinario e infezioni da Clostridium difficile e COVID 19	SI	31/05/2024 IMPLEMENTAZIONE DI TUTTE LE PROCEDURE RELATIVE ALL'ICA

Si sottolinea, inoltre, come l'attenzione costante posta nella diagnosi precoce di patologie infettive e nella individuazione della loro etiologia, unitamente alla puntuale notifica delle patologie in parola attraverso i flussi di legge, abbia generato indagini epidemiologiche da parte dei competenti Servizi ASL a valle delle quali mai nessun addebito sia stato ascritto all'Istituto.

Fino ad oggi è stata comunque posta particolare attenzione a:

A) Epidemiologia delle ICA con particolare riferimento alle quattro principali localizzazioni:
- Vie urinarie circa il 30% di tutte le I.O.
- Ferita chirurgica circa il 20% di tutte le I.O.
- Basse vie respiratorie circa il 20% di tutte le I.O.
- Batteriemie circa il 10% di tutte le I.O.

B) Infezioni opportunistiche in specie negli immunodepressi, attuando una idonea sorveglianza epidemiologica.

C) Epidemiologia, misure di prevenzione, controllo della diffusione e gestione clinica della infezione da Clostridium Difficile nelle strutture sanitarie, come da linee guida dell'IRCCS "Lazzaro Spallanzani", formando/informando tutti gli operatori sanitari.

L'igiene delle Mani - Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani – Determinazione 26 febbraio 2021 – n. G02044

La Direzione Sanitaria della Struttura, ovvero il medico responsabile con un forte mandato da parte dalla Direzione Strategica/proprietà della Struttura, e con l supporto del CCICA, è responsabile delle seguenti attività, di cui si può opportuna evidenza documentale per le attività di verifica e controllo da parte sia degli organi di vigilanza territorialmente competenti che del CRRC:

1. Esecuzione a maggio 2024 dell'autovalutazione nei termini previsti dal documento e dall'atto di adozione. ESITO AVANZATO. Prossima autovalutazione febbraio 2025.
2. È stato elaborato il Piano di AZIONE.
3. È presente e messa in atto in struttura la procedura operativa per l'igiene delle mani
4. È presente e messa in atto in struttura la procedura per il miglioramento continuo relativo all'igiene delle mani
5. Sono stati somministrati del questionario di verifica delle conoscenze pregresse, effettuata formazione specifica con verifica delle competenze acquisite
6. Le disposizioni regionali risultato rispettate anche se contestualizzate rispetto all'ambiente tipico delle RSA
7. La formazione dei: formatori, osservatori e operatori è stata conclusa entro luglio 2021.
8. Visto il numero di pazienti assistiti all'interno della struttura, sono state effettuate ca 60 osservazioni annue.

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

Sono state identificate le seguenti responsabilità

Responsabile	**Attività**
Direttore Sanitario/ medico responsabile/ direzione struttura	1. Esecuzione dell'autovalutazione nei termini previsti dal documento e dall'atto di adozione; 2. Elaborazione e monitoraggio di un piano di azione straordinario nel caso in cui l'esito della autovalutazione di una o più sezioni abbia dato come esito: livello INADEGUATO. In questo casoentro tre mesi dalla prima, andrà ripetuta l'autovalutazione per verificare il raggiungimento almeno del livello BASE. 3. Approva le procedure sull'igiene delle mani
CICA	Coadiuva il Direttore Sanitario/ medico responsabile/ direzione struttura
RISK MANAGER	Redige le procedure sull'igiene delle mani
Coordinatore infermieristico o suo delegato	Redige le procedure sull'igiene delle mani Responsabile dell'attuazione del piano di azione
RSPP	Verifica le procedure sull'igiene delle mani
Formatori n.1	Formazione
Osservatori n.2	Attività di monitoraggio e feedback
Operatori sanitari n. 28	Applicare le procedure operative

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

Prevenzione delle Lesioni da Pressione

Nella Struttura viene utilizzato il Protocollo sulle LDP, (Det. N. G09086 del 08/07/2024). L'ospite viene valutato attraverso la Valutazione Multidimensionale, al fine di ottimizzare la stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI). Per ogni singolo caso, si fa riferimento alla distinzione tra *prevenzione* "soggetti non a rischio" *azione* nei confronti dei "soggetti a rischio" e di quelli con lesione da pressione. La formazione sulla Procedura è stata effettuata dal personale infermieristico, in data 09/01/2025.

5. Matrice delle Responsabilità

Azione	Direttore Sanitario/ Medico Responsabile	*Risk Manager**	Responsabile Affari Legali/Generali*	Direttore Generale/Proprietà	Strutture di suporto
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.

6. Obiettivi e Attività

I quattro obiettivi strategici 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 31/12/2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

Nell'ambito dei suddetti obiettivi strategici e alla luce della particolare fase di transizione in cui tutt'ora si trova la struttura si identificano le seguenti attività.

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

Attività n.1

Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un ulteriore evento formativo sulla gestione del rischio clinico.

Indicatore: Esecuzione di almeno un'edizione entro il 31/12/2025

Standard: Si

Fronte: Risk Management

Matrice delle responsabilità

Azioni	Clinical Risk Manager	Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	C

Legenda R=Responsabile C=Coinvolto I=Interessato

Attività n.2

Corretta alimentazione del flusso SIMES

Indicatore: Inserimento scheda A e scheda B nel flusso SIMES

Standard:

% schede A inserite entro 5 giorni dalla segnalazione al Clinical Risk Manager=>80%

% schede B inserite entro 45 giorni dalla segnalazione al Clinical Risk Manager=>80%

Fronte: Risk Management

Matrice delle responsabilità

Azioni	Risk Manager	Medico Responsabile
Inserimento scheda A	**R**	**C**
Inserimento scheda B	**R**	**C**

Legenda R=Responsabile C=Coinvolto I=Interessato

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

Attività n.3

Audit su infortuni del personale.

Indicatore: Esecuzione di almeno un audit entro il 31/12/2025 a fronte di un infortunio che dovesse verificarsi

Standard: Si

Fronte: Risk Management, direzione sanitaria e RSPP

Matrice delle responsabilità

Azioni	Clinical Risk Manager	Medico Responsabile	RSPP
Esecuzione Audit	**R**	**R**	**R**
Individuazione azioni di miglioramento scaturite dall'audit	**R**	**R**	**R**

Legenda R=Responsabile C=Coinvolto I=Interessato

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

Attività n.4

Implementazione delle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza delle cure.

Indicatore: Verifica della presenza di specifiche procedure e/o loro aggiornamento o produzione

Standard: Si, eventuale adeguamento di 3 protocolli

Fronte: Risk Management e direzione sanitaria

Matrice delle responsabilità

Azioni	Clinical Risk Manager	Medico Responsabile
Promozione e produzione delle procedure	**R**	**R**
Formazione per le procedure	**R**	**C**
Monitoraggio adozione procedure	**R**	**R**

Legenda R=Responsabile C=Coinvolto I=Interessato

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

Attività n.5

Audit su documentazione sanitaria.

Indicatore: Esecuzione di un audit con ogni UO entro il 31/12/2025

Standard: Si

Fronte: Risk Management e direzione sanitaria

Matrice delle responsabilità

Azioni	**Clinical Risk Manager**	**Medico Responsabile**
Predisposizione calendario audit	**C**	**R**
Esecuzione audit	**R**	**R**
Individuazione azioni di miglioramento scaturite dall'audit	**R**	**R**

Legenda R=Responsabile C=Coinvolto I=Interessato

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 31/12/2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi**

Attività n.6

Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani

Indicatore: Autovalutazione entro febbraio 2025 e messa in atto delle disposizioni regionali

Standard: Si, eventuale adeguamento organizzativo e gestionale

Fronte: medico responsabile e risk manager

Matrice delle responsabilità

Azioni	**Clinical Risk Manager**	**Medico Responsabile**
Promozione e produzione delle procedure	**R**	**R**
Formazione per le procedure	**R**	**C**
Monitoraggio adozione procedure	**R**	**R**

Legenda R=Responsabile C=Coinvolto I=Interessato

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

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

Attività n.7

Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA

Indicatore: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2025
Standard: Si
Fronte: CICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	**CICA**	**Formazione**
Progettazione del corso	**R**	**C**
Accreditamento del corso	**C**	**R**
Esecuzione del corso	**R**	**I**

R=Responsabile C=Coinvolto I=Informato

Attività n.8

Monitoraggio del consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg degenza

Indicatore: Elaborazione/revisione/implementazione di procedure entro il 31/12/2025
Standard: Si
Fronte: CICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	**CCIA**	**Risk Manager**
Progettazione	**R**	**R**
Esecuzione	**R**	**R**

R=Responsabile C=Coinvolto I=Informato

Attività n.9

Implementazione di un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani, ove in uso (in litri/1.000 giornate di degenza ordinaria)

Indicatore: Elaborazione/revisione/implementazione di procedure entro il 31/12/2025
Standard: Si
Fronte: CICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	**CCIA**	**Risk Manager**
Progettazione	**R**	**R**
Esecuzione	**R**	**C**

R=Responsabile C=Coinvolto I=Informato

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

Attività n.10

Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento alle infezioni tratto urinario e infezioni da Clostridium difficile

Indicatore: Esecuzione di almeno una indagine entro il 31/12/2025
Standard: Si
Fronte: CICA

Azione	CCIA	Formazione
Progettazione indagine	**R**	**C**
Esecuzione indagine	**R**	**I**
Comunicazione interna	**I**	**R**

R=Responsabile C=Coinvolto I=Informato

Attività n.11

Partecipazione del Risk Manager e del Presidente CCIA ai tavoli permanenti

Indicatore: Partecipazione a tutti gli eventi
Standard: Si
Fronte: CICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Risk Manager**	**Presidente CCIA**	**Legale Rappresentante**
Progettazione indagine	**R**	**R**	**I**
Esecuzione indagine	**R**	**R**	**I**
Comunicazione interna	**R**	**R**	**I**

R=Responsabile C=Coinvolto I=Informato

Attività n.12

Informazione e/o formazione sulle risultanze dei tavoli permanenti agli operatori

Indicatore: Realizzazione di eventi e/o materiale informativo e/o formativo
Standard: Si
Fronte: CICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Risk Manager**	**Presidente CCIA**	**Legale Rappresentante**
Progettazione indagine	**R**	**R**	**I**
Esecuzione indagine	**R**	**R**	**I**
Comunicazione interna	**R**	**R**	**I**

R=Responsabile C=Coinvolto I=Informato

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

7. Modalità di diffusione del documento

Il presente documento verrà diffuso con le seguenti modalità:

- Trasmesso alla CRRC Regione Lazio entro il 28 febbraio dell'anno a cui si riferisce il documento
- Presentato in apposita riunione al Personale operante presso la Struttura;
- Presentato al Comitato Paritetico Utenti durante la riunione annuale;
- Pubblicato nell'apposita in home page del sito Web della Struttura;
- Reso disponibile per la consultazione in formato cartaceo presso la Segreteria di Direzione.

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

8. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi

a) Documento regionale su eventi avversi: 2021_Documento_Indirizzo_Definizione-Eventi_Avversi_Eventi_Sentinella
b) Documento regionale su cadute: 06 novembre 2022 2022_Determinazione_G15198_Documento_Indirizzo_Cadute
c) Documento regionale su buone pratiche ICA: 25 novembre 2022 – Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).
d) Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025".
e) DCA 469/17
f) DM 19/12/22 ex lege n. 118/2022
g) DGR 869/23
a) Determinazione G0063 del 25 gennaio 2022 Regione Lazio: Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".
b) Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio del 7/11/2017 n. U00469 "Modifica del DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D.Lgvo 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la Salute 2010-2012"
c) Legge 24/2017
d) Determinazione della Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica n. G00164 in data 11 Gennaio 2019
e) Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio del 21 Ottobre del 2016, n. 15848 "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 Giugno 2003, n.131, tra Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempienti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie.
f) Legge 8 Marzo 2017, n.24
g) D. Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in maniera sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
h) D.P.R. 14/01/97 "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"
i) D. Lgs. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 Novembre 1998, n. 419.
j) D. Lgs. 254/00 "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 Giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari"
k) D. Lgs. 81/08 "Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 Agosto 2007n n. 123 in maniera di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".
l) Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità".
m) Circolare Ministeriale n. 52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere".
n) Circolare Ministeriale n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza".
o) DM 24 Luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 Novembre 1995.

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

p) Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 – DPR 23 Luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria dell'intervento.
q) PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena
r) PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria.
s) Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 Marzo 2008.
t) Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 Giugno 2003, n. 131.
u) Decreto legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 Ottobre 1992, n. 421".
v) DPR del 14 Gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private
w) Libro bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013".
x) Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR).
y) Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità – il problema degli errori "Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 Marzo 2003
z) WHO – World Alliance for patient safety – The second Global patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live"
aa) The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997.
bb) Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997
cc) Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770
dd) Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione
ee) Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella Luglio 2009: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza
Regione Lazio: http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=contenutiDettaglio&id=311

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

Allegato 1: Piano Formativo Raccomandazione Ministeriali e procedure interne

Premessa

La Residenza Sanitaria Assistenziale, nell'ambito delle attività formative per l'anno 2025 destinate al personale interno, intende organizzare un percorso corso formativo per:

- **formare i dipendenti rispetto a tematiche come la gestione del rischio clinico;**
- **promuovere la sicurezza delle cure dei nostri ospiti;**
- **coinvolgere il personale nei processi di risk management;**

Il corso risponde agli obblighi di implementazione delle raccomandazioni ministeriali in materia di sicurezza delle cure, ed è strutturato sulla base delle procedure che sono implementate nella Struttura. Saranno inoltre fornite alcune nozioni di base relative al Risk Management, alla nomina e funzione dei Comitati al ruolo partecipativo all'interno della organizzazione.

Finalità del progetto formativo aziendale:

- **fare acquisire competenze di base/aggiornamenti sulle raccomandazioni e procedure interne**
- **fare acquisire abilità manuali, tecniche o pratiche sul tema**
- **fare migliorare le capacità relazionali e comunicative**

Durata ed articolazione

Il percorso formativo si suddivide in una parte teorica ed in una parte pratica per la durata complessiva di 20 ore complessive e sarà articolato in 10 moduli.

MODULO	ARGOMENTO	RELATORE	MESE E DURATA	A chi è rivolto
Modulo 1	Aspetti generali della sicurezza delle cure	Dott. Gasparri Damiano Dott. D'Attis Andrea	Marzo 2025 2 ore	Tutto il personale della RSA
Modulo 2	Antibiotico Resistenza	Dott.ssa Fanisio Lorella	Maggio 2025 2 ore	Infermieri
Modulo 3	Gestione LDP Regione Lazio G09086 del 08/07/2024	Dott.ssa Fanisio Lorella	Maggio 2025 2 ore	Infermieri

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

Modulo 4	Raccomandazione n. 8 Violenza sugli Operatori Sanitari	Ing. Iori RSPP	Novembre 2025 2 ore	Tutto il personale della RSA
Modulo 5	Raccomandazione n.7,12,17,18,19 Gestione dei Farmaci	Dott. Gasparri Damiano Dott.ssa Fanisio Lorella	Aprile 2025 2 ore	Infermieri
Modulo 6	Raccomandazione n.13 Prevenzione delle Cadute	Dott. Gasparri Damiano Fanisio Lorella	Maggio 2025 2 ore	Tutto il personale della RSA
Modulo 7	Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani	Dott.re Gasparri Damiano Dott.ssa Fanisio Lorella	Settembre 2025 2 ore	Tutto il personale della RSA
Modulo 8	Procedura per la Prevenzione Sorveglianza e Controllo della Legionellosi (DGR n. 460 del 28/06/2024),	Dott.re Gasparri Damiano Dott.ssa Fanisio Lorella	Ottobre 2025 2 ore	Tutto il personale della RSA
Modulo 9	Raccomandazione n.4 Prevenzione del Suicidio	Dott.ssa Francesca Parisi (Psicologa)	Novembre 2025 2 ore	Tutto il personale della RSA
Modulo 10	Raccomandazione n.9 Eventi sentinella dovuti al malfunzionamento dei dispositivi elettromedicali	Ing. Reginaldo Iori RSPP	Dicembre 2025 2 ore	Tutto il personale della RSA

È prevista anche particolare formazione per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione. Ogni singolo modulo potrà essere ripetuto sulla base della capienza delle aule fisiche o virtuali a disposizione.

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

A chi si rivolge:

Il percorso formativo è indirizzato a tutti i dipendenti che verranno convocati volta per volta a seconda che siano o meno direttamente interessati, per le loro mansioni, ai contenuti affrontati nel modulo specifico.

Metodologia didattica

Gli aspetti che caratterizzano il metodo didattico sono la valorizzazione dell'impegno "attivo" dei partecipanti nel processo di apprendimento, il riferimento costante ad obiettivi educativi espressi in forma di "capacità da acquisire" e formulati in rapporto ai bisogni formativi dei partecipanti.

Le metodologie che si intendono utilizzare:

- ☐ Lezioni frontali
- ☐ Esercitazioni teoriche, pratiche e relative discussioni
- ☐ Problem solving
- ☐ Analisi di un caso

Materiale didattico che si intende utilizzare

- ☐ Slide
- ☐ Copia delle relazioni tenute dai docenti
- ☐ Video

Valutazione apprendimento

La valutazione dell'apprendimento sarà effettuata per ciascun modulo mediante somministrazione di un test a risposta multipla,

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

Allegato II

L'igiene delle Mani
Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani – Determinazione 26 febbraio 2021 – n. G02044

Ultima rev. – Febbraio 2025
Prossima rev. – Febbraio 2026

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

L'igiene delle Mani
Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani – Determinazione 26 febbraio 2021 – n. G02044

Piano di azione

Redazione/ Revisione	**Elaborazione**	**Informato**	**Approvazione**
Aprile 2021 Maggio 2023 Maggio 2024 Febbraio 2025	Risk Manager – Direzione Sanitaria	RSPP	Direzione sanitaria

Prossima revisione Febbraio 2026

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

Sommario

1. *Introduzione* 26
2. *Scopo e campo di applicazione* 28
3. *Glossario* 28
4. *Flow Chart* 30
5. *Responsabilità* 31
6. *Sezioni: criteri di valutazione e azioni di miglioramento* 32
   - 6.1 *Sezione A – Requisiti strutturali e tecnologici* 32
   - 6.2 *Sezione B – Formazione del Personale* 33
   - 6.3 *Sezione C – Monitoraggio e feedback* 34
   - 6.4 *Sezione D – Comunicazione Permanente* 36
   - 6.5 *Sezione E – Clima Organizzativo e Commitment* 37
7. *Informazione sintetiche da riportare nel PARS* 38
8. *Riferimenti* 40

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

1. Introduzione

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

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT

Ogni sezione è corredata da un questionario specifico di autovalutazione, al fine di consentire alle Strutture di determinare il proprio livello di implementazione delle misure necessarie. Si è scelto di assegnare un punteggio a ogni sezione, in modo da consentire alle Strutture di evidenziare meglio le eventuali criticità riscontrate per ogni ambito. Il punteggio, in analogia al documento OMS, individua quattro livelli:

1. **INADEGUATO**: la promozione e la pratica di igiene delle mani sono insufficienti. Sono necessari significativi miglioramenti.
2. **BASE**: sono in essere alcune misure ma è necessario un ulteriore miglioramento. **Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2025, indipendentemente dalla complessità organizzativae dall'intensità assistenziale della Struttura**.
3. **INTERMEDIO**: è stata sviluppata una adeguata strategia di promozione e la pratica di igiene dellemani è migliorata. È necessario sviluppare programmi a lungo termine per garantire che il miglioramento sia sostenuto nel tempo e progressivo. **Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2025, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura**.
4. **AVANZATO**: la promozione e l'adesione all'igiene delle mani sono ottimali.

Sulla base del punteggio ottenuto in ogni singola sezione, le Strutture dovranno elaborare un pianodi azione di cui dovranno dare opportuna evidenza nel Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PARS) trasmesso annualmente al CRRC, sia nel paragrafo relativo al *Resoconto dell'attività*, sia come attività da condurre nel corso dell'anno di vigenza del PARS stesso.

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

Nel caso in cui l'autovalutazione di una o più sezioni raggiunga il livello INADEGUATO, le Strutture dovranno elaborare un piano di azione straordinario con azioni da implementare entro un termine massimo di tre mesi per la/le sezioni/i che abbia/abbiano evidenziato tale criticità.

Al termine di ogni sezione sono riportate due tabelle:

- ✓ **INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE**, contenente una panoramica delle azioni necessarie per garantire l'implementazione di quanto previsto nella specifica sezione della strategia multimodale. Per ogni azione, si dovrà identificare ruoli e responsabilità, definire l'intervallo temporale per l'esecuzione e i momenti in cui effettuare il monitoraggio dello stato di avanzamento. L'elenco delle azioni potrà essere adattato alle singole specificità organizzative;

- ✓ **INDICAZIONI SPECIFICHE SULLA BASE DEL LIVELLO OTTENUTO NEL QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE**

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

9. Esecuzione dell'autovalutazione nei termini previsti dal documento e dall'atto di adozione;

10. Elaborazione e monitoraggio di un piano di azione straordinario nel caso in cui l'esito della autovalutazione di una o più sezioni abbia dato come esito: livello INADEGUATO. In questo caso entro tre mesi dalla prima, andrà ripetuta l'autovalutazione per verificare il raggiungimento almeno del livello BASE. In questo caso la Struttura potrà ripetere l'autovalutazione dopo un anno. In caso contrario dovrà elaborare un nuovo piano di azione e procedere a una nuova autovalutazione fino al raggiungimento del livello BASE.

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, il questionario di autovalutazione dovrà essere compilato con cadenza almeno annuale. L'obiettivo delle Strutture dovrebbe essere quello di tendere il più possibile al livello AVANZATO per ogni sezione analizzata.

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

2. Scopo e campo di applicazione

Il seguente piano di azione mira al miglioramento dei processi sull'igiene delle mani è redatto dopo la somministrazione dei questionari di valutazione per ogni sezione con cadenza almeno annuale. Nel caso in cui in una sezione l'esito dei questionari dovesse restituire un livello INADEGUATO il presente assume carattere di Piano di azione straordinario e viene indicata per ogni sezione la data in cui è avvenuta alla valutazione ed entro quanto il piano deve essere messo in atto.

3. Glossario

Antisepsi delle mani	La riduzione o l'inibizione della crescita di microrganismi a seguito di una frizione antisettica o del lavaggio antisettico delle mani. Nel primo caso l'operazione richiede l'impiego di un gel/soluzione idroalcolica, nel secondo caso di un antisettico da applicare sulle mani insieme all'acqua.
Agente antisettico	Sostanza antimicrobica che riduce o inibisce la crescita dei microrganismi sui tessuti viventi. Gli esempi includono alcol, gluconato di clorexidina, derivati del cloro, iodio,cloroxilenolo (PCMX), composti dell'ammonio quaternario e triclosan.
Bundle	Un bundle è un insieme contenuto (da 3 a 5) di interventi, comportamenti e/o pratiche *evidence-based*, rivolti ad una specifica tipologia di pazienti e setting di cura, che, applicati congiuntamente e in modo adeguato, migliorano la qualità e l'esito dei processi con un effetto maggiore di quello che gli stessi determinerebbero, se ogni strategia fosse attuata separatamente. Un bundle ha successo solo se tutte le sue componenti vengono applicate.
CCICA	Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.
Colonizzazione	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o altri siti senzaevidenza d'invasione tissutale o di reazione infiammatoria loco regionale e/o sistemica e/o risposta dell'ospite.
CRRC	Centro Regionale Rischio Clinico.
Disinfezione	Procedimento chimico o fisico che comporta l'eliminazione di tutte le formepatogene e del maggior numero di microrganismi presenti in un ambiente o su di un substrato, ad eccezione delle spore.
Frizione antisettica	Frizione delle mani con preparazione alcolica volta a ridurre la flora microbica transitoria, ma non necessariamente quella residente. Si effettua utilizzando un antisettico conforme alla norma EN 1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791. La durata dell'operazione è di 20-30 sec in relazione al prodotto impiegato. La frizione antisettica è indicata per procedure a rischio infettivo basso o intermedio: igiene di routine e procedure asettiche di livello intermedio.

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

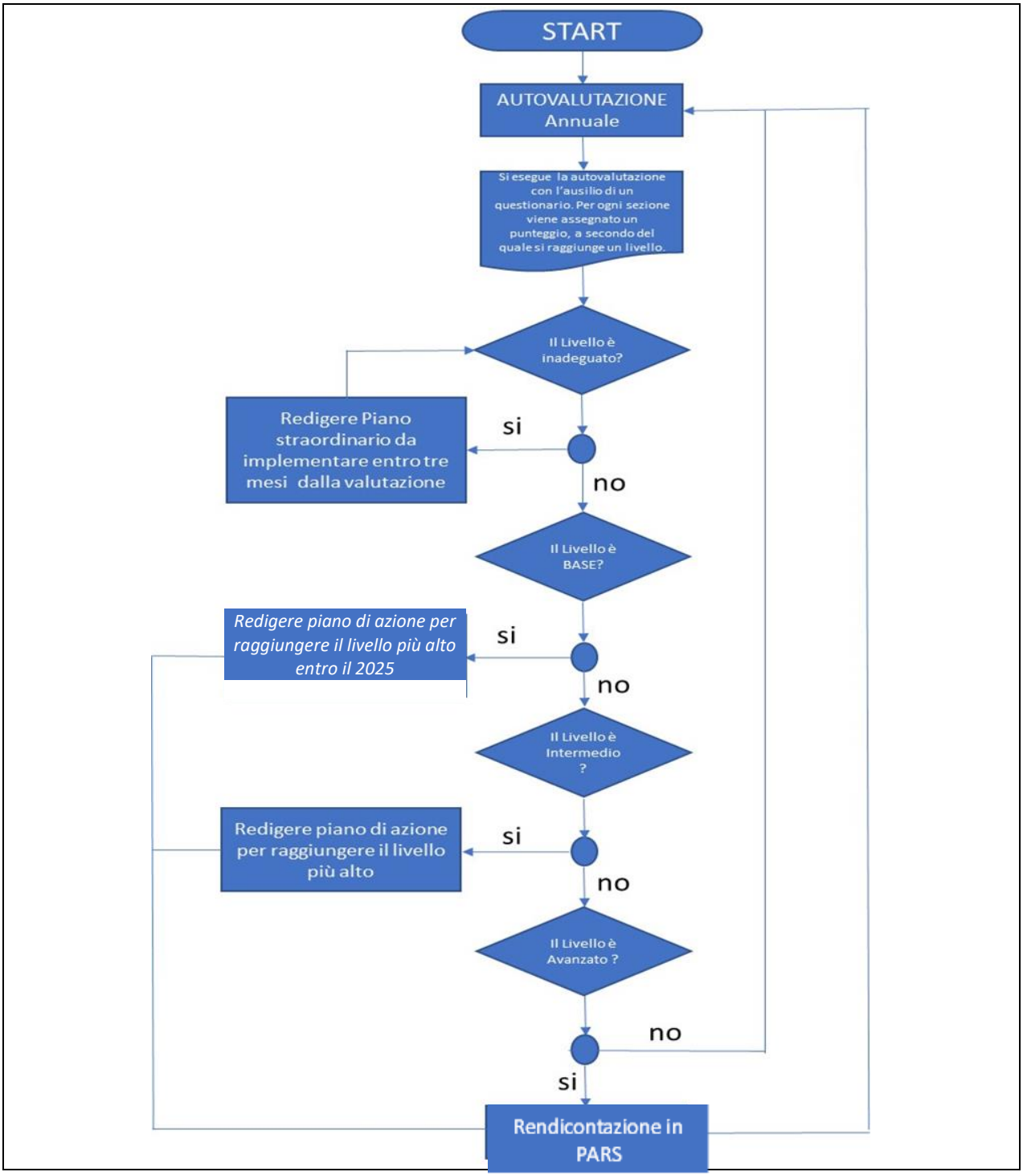
2025

ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza. Infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale e che non era presente né in incubazione al momento dell'ingresso in ospedale. La malattia può anche manifestarsi dopo la dimissione del paziente.
Igiene Ospedaliera	Disciplina che contempla tutti gli aspetti relativi al benessere fisico e psichico dei degenti, dei visitatori e degli operatori sanitari. Da un punto di vista gestionale consiste nell'insieme di funzioni che mira a garantire in modo efficiente che un qualsiasi *setting* assistenziale (ospedale, ambulatorio, ecc.) sia adeguato allo svolgimento di specifiche attività assistenziali, nonché siano sicure e confortevoli per utenti e operatori.
Infezione	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o in altri siti con evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria.; prevede l'invasione, lamoltiplicazione e la risposta loco regionale e/o sistemica dell'ospite.
PARS	Piano Annuale per le Infezioni Correlate all'Assistenza.
Punto di Assistenza	Il punto di assistenza è il luogo dove tre elementi si uniscono: il paziente, l'operatore sanitario e la cura o il trattamento che comporti il contatto con il paziente o il suo ambiente circostante (all'interno della zona del paziente). Il concetto abbraccia la necessità di eseguire l'igiene delle mani nei momenti raccomandati esattamente dove ha luogo l'assistenza. Ciò richiede che un prodotto per l'igiene delle mani (a base di soluzione alcolica, se disponibile) sia facilmente accessibile e il più vicino possibile - a portata di mano dove si svolge l'assistenza o il trattamento del paziente. I prodotti al punto di assistenza devono essere accessibili senza dover lasciare la zona paziente.

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

4. Flow Chart



ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

5. Responsabilità

Responsabile	**Attività**
Direttore Sanitario/ medico responsabile/ direzione struttura	1. Esecuzione dell'autovalutazione nei termini previsti dal documento e dall'atto di adozione; 2. Elaborazione e monitoraggio di un piano di azione straordinario nel caso in cui l'esito della autovalutazione di una o più sezioni abbia dato come esito: livello INADEGUATO. In questo casoentro tre mesi dalla prima, andrà ripetuta l'autovalutazione per verificare il raggiungimento almeno del livello BASE. 3. Approva le procedure sull'igiene delle mani
CICA	Coadiuva il Direttore Sanitario/ medico responsabile/ direzione struttura
RISK MANAGER	Redige le procedure sull'igiene delle mani
Coordinatore infermieristico o suo delegato	Redige le procedure sull'igiene delle mani Responsabile dell'attuazione del piano di azione
RSPP	Verifica le procedure sull'igiene delle mani
Formatori: 1	Formazione
Osservatori numero: 2	Attività di monitoraggio e feedback
Operatori sanitari: 2	Applicare le procedure operative

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

6. Sezioni: criteri di valutazione e azioni di miglioramento

In questo paragrafo vengono riportate, per ogni sezione di indagine, vengono riportati:

1) Data in cui è effettuata la valutazione
2) Esito delle valutazioni
3) Piano di azione o Piano di azione straordinario in caso di esito INADEGUATO

I questionari sono quelli riportati nella Procedura di miglioramento - Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani – Determinazione 26 febbraio 2021 – n. G02044

6.1 Sezione A- Requisiti strutturali e tecnologici

Data della valutazione: 05 febbraio 2025

Punteggio: 100

Esito: AVANZATO

Piano di azione (indicare se è straordinario o meno): Piano di azione non straordinario

Data di scadenza del Piano: febbraio 2026

Data prossima Valutazione: febbraio 2026

Indicazioni operative sulla base dei risultati dell'autovalutazione. Specificate in tabella

TABELLA A2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	
INADEGUATO (punteggio: 0-25)	**BASE (punteggio: 26-50)**
AVANZATO (punteggio: 76-100)	
• **Valutazione**: valutare la tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso; • **Prodotti per l'igiene delle mani**: rendere disponibili più tipi di dispenser (ad esempio flaconi tascabili, dispenser a muro, dispenser su carrelli e guide del letto) per soddisfare al meglio le esigenze al punto di assistenza; • **Sostegno da parte della Direzione**: effettuare un'analisi costo-beneficio del cambiamento del sistema nella propria Struttura e condividerla con i dirigenti apicali.	

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

INDICATORI DI STRUTTURA

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichinoalmeno quanto segue:

- Definizione di un piano che preveda:
  - Modalità di approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani;
  - Modalità di immagazzinamento e di distribuzione dei prodotti per l'igiene delle mani;
  - Modalità di manutenzione dei lavandini e dei *dispenser*;
  - Modalità di segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture;
  - Distribuzione dei *dispenser* all'interno della Struttura;

NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

Indicare se sono disponibili: Rispetto quanto riportato nella tabella A2 e gli indicatori di struttura il Comitato ICA, dopo aver effettuato le attività di monitoraggio, con cadenza almeno trimestrale, riporterà i risultati nella Relazione Semestrale del Comitato ICA.

6.2 Sezione B – Formazione del Personale

Data della valutazione: 5 Febbraio 2025

Punteggio: 100

Esito: AVANZATO

Piano di azione (indicare se è straordinario o meno): Piano di azione non straordinario

Data di scadenza del Piano: Febbraio 2026

Data prossima Valutazione: Febbraio 2026

Indicazioni operative sulla base dei risultati dell'autovalutazione.

Specificate in tabella

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

TABELLA B2 – INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE
FORMAZIONE DEL PERSONALE
AVANZATO (punteggio: 76-100)
• **Formazione**: formazione obbligatoria sull'igiene delle mani per I nuovi dipendenti e formazione continua per tutto il personale utilizzando metodi differenziati e 34elative3434; • **Integrazione e allineamento**: prevedere un 34elativ 34elative all'igiene delle mani in tutti I protocolli, procedure, istruzioni operative, ove applicabile; • **Valutazione**: valutare regolarmente le conoscenze degli operatori sanitari sull'igiene delle mani e utilizzare I risultati per perfezionare ulteriormente la formazione;

INDICATORI DI STRUTTURA

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichinoalmeno quanto segue:

Definizione di un piano formativo che preveda:

- Tempi e modalità di erogazione della formazione;
- Individuazione del personale da formare (requisiti per l'arruolamento e profilo di competenze in uscita).

NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni. Indicare se sono disponibili: Rispetto quanto riportato nella tabella B2 e gli indicatori di struttura il Comitato ICA, dopo aver effettuato le attività di monitoraggio, con cadenza almeno trimestrale, riporterà i risultati nella Relazione Semestrale del Comitato ICA.

6.3 Sezione C – Monitoraggio e feedback

Data della valutazione: 5 Febbraio 2025

Punteggio: 100

Esito: AVANZATO

Piano di azione (indicare se è straordinario o meno): Piano di azione non straordinario

Data di scadenza del Piano: Febbraio 2026

Data prossima Valutazione: Febbraio 2026

Indicazioni operative sulla base dei risultati dell'autovalutazione. Specificate in tabella

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

TABELLA C2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE
AVANZATO (punteggio: 76-100)
• **Monitoraggio regolare**: condurre il monitoraggio della compliance all'igiene delle mani almeno ogni 3 mesi in aree ad alto rischio e possibilmente in tutta la Struttura. Effettuare un monitoraggio continuo del consumo di soluzione alcolica; • **Interpretazione dei risultati**: condurre la sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e correlare l'osservanza dell'igiene delle mani e il consumo di soluzione alcolica con i dati sui risultati, identificando i fattori di successo e gli ostacoli al miglioramento continuo; • **Feedback**: organizzare sessioni interattive per restituire l'interpretazione dei risultati della vostra struttura ai dirigenti e al personale; • **Comunicazione**: comunicare apertamente i risultati attraverso più canali, sia internamente che all'esterno, incoraggiando un clima costruttivo e trasparente.

INDICATORI DI STRUTTURA

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

a. Definizione delle attività di monitoraggio della *compliance* degli operatori sull'igiene delle mani:
b. Definizione e formazione di una rete di osservatori
c. Definizione della cadenza e delle modalità di esecuzione delle attività di osservazione
d. Definizione della cadenza e delle modalità di restituzione dei risultati dell'osservazione aglioperatori e alla Direzione
e. Definizione delle attività di monitoraggio sullo stato dei dispenser e dei lavandini presenti nellastruttura

NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

INDICATORI DI PROCESSO

f. Percentuale di azioni di igiene delle mani effettuate correttamente dagli operatori sul totaledelle opportunità.
g. Quantità di detergente e di soluzione a base di alcol per l'igiene delle mani utilizzata per millegiornate di degenza.

Indicare se sono disponibili: Rispetto quanto riportato nella tabella C2 e gli indicatori di struttura e di processo, il Comitato ICA, dopo aver effettuato le attività di monitoraggio, con cadenza almeno trimestrale, riporterà i risultati nella Relazione Semestrale del Comitato ICA.

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

6.4 Sezione D – Comunicazione Permanente

Data della valutazione: 5 Febbraio 2025

Punteggio: 85

Esito: AVANZATO

Piano di azione (indicare se è straordinario o meno): Piano di azione non straordinario

Data di scadenza del Piano: Febbraio 2026

Data prossima Valutazione: Febbraio 2026

Indicazioni operative sulla base dei risultati dell'autovalutazione. Specificate in tabella

TABELLA D2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE
COMUNICAZIONE PERMANENTE
AVANZATO (punteggio: 76-100)
• **Risorse**: raccogliere idee per l'elaborazione di materiale informativo innovativo e incoraggiare la competizione tra i reparti; • **Consegna dei messaggi**: fornire ed esporre poster e opuscoli in tutti gli ambienti clinici; • **Sostenibilità**: produrre promemoria supplementari e aggiornati su base continuativa, compresi strumenti innovativi diversi da poster e opuscoli, basati sulle specificità locali e sui "media" disponibili. Condividere il materiale con altre Strutture

INDICATORI DI STRUTTURA

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichinoalmeno quanto segue:

- Modalità di comunicazione della struttura sull'igiene delle mani.
  NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

Indicare se sono disponibili. Indicare se sono disponibili: Rispetto quanto riportato nella tabella D2 e gli indicatori di struttura il Comitato ICA, dopo aver effettuato le attività di monitoraggio, con cadenza almeno trimestrale, riporterà i risultati nella Relazione Semestrale del Comitato ICA.

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

6.5 Sezione E – Clima Organizzativo e Commitment

Data della valutazione: 5 Febbraio 2025
Punteggio: 100

Esito: AVANZATO

Piano di azione (indicare se è straordinario o meno): Piano di azione non straordinario

Data di scadenza del Piano: Febbraio 2026

Data prossima Valutazione: Febbraio 2026

Indicazioni operative sulla base dei risultati dell'autovalutazione. Specificate in tabella

TABELLA E2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE
CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT
AVANZATO (punteggio: 76-100)
• **Approccio multimodale**: continuare l'autovalutazione nell'ottica del miglioramento continuo; • **Coinvolgimento dei pazienti**: facilitare le interazioni tra pazienti e operatori sanitari su questo tema; • **Promuovere il miglioramento**: valutare la possibilità di premiare i comportamenti virtuosi, individuali e/o di reparto; • **Sostenibilità**: incorporare gli obiettivi sull'igiene delle mani negli obiettivi di budget anche relativi ad altre attività (ad esempio, piani di contrasto all'antimicrobico/resistenza); presentare l'igiene delle mani come partedel programma generale di miglioramento della sicurezza del paziente e di miglioramento della qualità; • **Capacità**: stanziare risorse per sostenere e la campagna del 5 maggio o analoghe iniziative regionali.

INDICATORI DI STRUTTURA

- Istituzione di un CCICA e definizione del suo Gruppo Operativo

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichinoalmeno quanto segue:

- Regolamento del CCICA
- Adozione del PARS secondo le indicazioni regionali

NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

INDICATORI DI PROCESSO

- Monitoraggio delle azioni previste nel PARS

Indicare se sono disponibili: Rispetto quanto riportato nella tabella E2 e gli indicatori di struttura e di processo, il Comitato ICA, dopo aver effettuato le attività di monitoraggio, con cadenza almeno trimestrale, riporterà i risultati nella Relazione Semestrale del Comitato ICA.

7. Informazione sintetiche da riportare nel PARS 2025

È presente e messa in atto in struttura la procedura operativa per l'igiene delle mani (si/no)? SI

È presente e messa in atto in struttura la procedura per il miglioramento continuo relativo all'igiene delle mani (si/no)? SI

Sono state identificate le seguenti responsabilità

Responsabile	**Attività**
Direttore Sanitario/ medico responsabile/ direzione struttura	4. Esecuzione dell'autovalutazione nei termini previsti dal documento e dall'atto di adozione; 5. Elaborazione e monitoraggio di un piano di azione straordinario nel caso in cui l'esito della autovalutazione di una o più sezioni abbia dato come esito: livello INADEGUATO. In questo casoentro tre mesi dalla prima, andrà ripetuta l'autovalutazione per verificare il raggiungimento almeno del livello BASE. **6.** Approva le procedure sull'igiene delle mani
CICA	Coadiuva il Direttore Sanitario/ medico responsabile/ direzione struttura
RISK MANAGER	Redige le procedure sull'igiene delle mani
Coordinatore infermieristico o suo delegato	Redige le procedure sull'igiene delle mani Responsabile dell'attuazione del piano di azione
RSPP	Verifica le procedure sull'igiene delle mani
Formatori: 1	Formazione
Osservatori: 2	Attività di monitoraggio e feedback
Operatori sanitari: 2	Applicare le procedure operative

ISTITUTO SANTO VOLTO
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

2025

Si riportano gli esiti e le azioni per le seguenti sezioni

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT

Sezione	DATA VALUTAZIONE	PUNTEGGIO	ESITO	PIANO (indicare se era ordinario o straordinario)	Data di scadenza del piano	Data di nuova valutazione	Esito nel caso di piano straordinario durante l'anno in corso
A	05/02/2025	100	A	ORDINARIO	05/02/2026	05/02/2026	NR
B	05/02/2025	100	A	ORDINARIO	05/02/2026	05/02/2026	NR
C	05/02/2025	100	A	ORDINARIO	05/02/2026	05/02/2026	NR
D	05/02/2025	85	A	ORDINARIO	05/02/2026	05/02/2026	NR
E	05/02/2025	100	A	ORDINARIO	05/02/2026	05/02/2026	NR

A=AVANZATO

Altre considerazioni:

Le disposizioni regionali risultato rispettate anche se contestualizzate rispetto all'ambiente tipico delle RSA.

La formazione dei: formatori, osservatori e operatori è stata conclusa nel luglio 2023.

Visto il numero di pazienti assistiti all'interno delle strutture si faranno un numero di almeno di 200 osservazioni totali annue su tutte le strutture e quindi almeno 70 osservazioni annue per struttura.

8. Riferimenti

1. Hand Hygiene Technical Reference Manual. WHO, 2009.
2. Guide to Implementation: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. WHO, 2009
3. Template Action Plan, WHO, 2009
4. Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user Instructions. WHO, 2010
5. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Inadequate/Basic Results, WHO, 2012
6. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Intermediate Results, WHO, 2012
7. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework – Advanced/Leadership Results, WHO, 2012
8. Sax H et al.: The World Health Organization hand hygiene observation method, Am J Infect Control 2009;37:827-34
9. Secondo studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti – Protocollo ECDC". Dipartimento Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. 2018.
10. Griffith CJ et al. Environmental surface cleanliness and the potential for contamination during handwashing. American Journal of Infection Control, 2003, 31:93-6.
11. Ansari SA et al. Comparison of cloth, paper, and warm air drying in eliminating viruses and bacteria from washed hands. American Journal of Infection Control, 1991,19:243-249.
12. Yamamoto Y et al. Efficiency of hand drying for removing bacteria from washed hands: comparison of paper towel drying with warm air drying. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2005, 26:316-320.

13. Bottone EJ et al. Ineffectiveness of handwashing with lotion soap to remove nosocomial bacterial pathogens persisting on fingertips: a major link in their intrahospital spread. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2004, 25:262-264.
14. Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere: Linee guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle Strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), 2018.
15. Colasanti P., Martini L., Raffaele B., Vizio M., ANIPIO: La prevenzione delle infezioni ospedaliere. Carocci Faber, 2009.
16. http://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica (data ultima consultazione: 2 dicembre 2020).
17. Cimon K, Featherstone R. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017 Mar 3. PMID: 29533568.
18. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Inf ection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines. Ottawa: CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health); 2017 Mar.
19. Wałaszek MZ, et al., Nail microbial colonization following hand disinfection: a qualitative pilot study, Journal of Hospital Infection (2018), https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.06.02

CONGREGAZIONE BENEDETTINA DELLE SUORE RIPARATRICI DEL SANTO VOLTO DI NOSTRO SIGNORE GESÙ CRISTO

VIA DEI CAPPUCCINI, 1 - BASSANO ROMANO (VT)

SEDE OPERATIVA

ISTITUITO SANTO VOLTO

VIA CESARE BATTISTI, 7 – 00058 SANTA MARINELLA (RM)

DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI

D.LGS. 81/2008

Art.71 co.4, D.Lgs.81/08

ALLEGATO: LEGIONELLOSI - PROCEDURE DI CONTROLLO

Datore di lavoro _____

Medico Responsabile _____

Risk Manager _____

RSPP _____

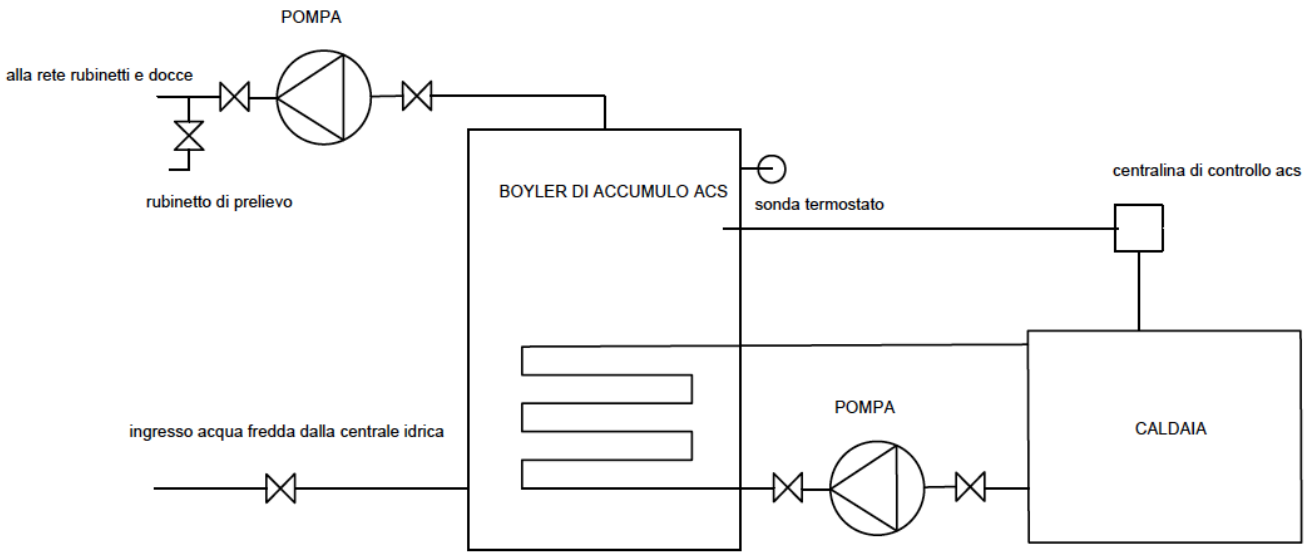
Data:_____ rev.1

Il presente documento di aggiornamento integrativo al DVR Aziendale ha per oggetto la valutazione dei rischi per la salute e sicurezza contro il rischio della legionellosi nei confronti dei lavoratori e degli ospiti della RSA.

Il documento è stato aggiornato con le recenti disposizioni normative e linee guida del D.Lgs.18/2023 e DGR n.460/2024 Linee Indirizzo Legionellosi.

Schema esemplificativo dell'impianto idrico di distribuzione generale:

L'impianto di distribuzione dell'intera struttura della RSA dell'acqua calda sanitaria è illustrato nei seguenti schemi:



L'acqua proveniente dalla rete di distribuzione è accumulata in un primo serbatoio temporaneo, prelevata da questo e mediante un gruppo di pressurizzazione (autoclave) viene distribuita alla rete interna fredda o riscaldata dagli impianti della centrale termica (caldaia e boyler di accumulo dotato di serpentino).

Controlli e analisi periodiche:

I punti di controllo delle temperature e livelli del cloro nella centrale idrica e nella centrale termica sono realizzati mediante termometri e kit di controllo colorimetrico del cloro libero, i controlli sono eseguiti sui rubinetti di prelievo a monte e a valle dell'autoclave di pressurizzazione del boyler e nelle stanze a campione. Altre analisi sono condotte periodicamente dal laboratorio esterno accreditato sulla la rete interna di distribuzione nei vari bagni delle persone ospitate nella RSA.

Punti critici:

Considerato che il rischio della legionellosi è attraverso l'inalazione di goccioline di acqua i punti critici sono principalmente costituiti dalla nebulizzazione dell'acqua attraverso i soffioni delle docce presenti nei servizi igienici delle stanze degli ospiti e quelle a disposizione del personale, dalla eventuale presenza di impianti di climatizzazione (split) e da eventuali rami poco utilizzati della rete idrica.

1. ***Criteri adottati per la valutazione dei rischi e l'adozione delle misure di tutela:***

All'interno della presente valutazione sono state prese a riferimento le LINEE GUIDA RELATIVE ALLA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI a cura del ***Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano*** – D.Lgs.281/97 – Circ. 400.2/9/5708 (sorveglianza delle legionellosi), D.Lgs.18/2023 e DGR n.460/2024 Linee Indirizzo Legionellosi.

Gruppo di lavoro

In base alla documentazione sopra riportata, dunque, la valutazione del rischio e la successiva concezione delle misure di tutela da mettere un atto hanno seguito il percorso descritto all'interno del presente documento dal datore di Lavoro con la consultazione del Risk Manager, Medico Responsabile (ove presente) RSPP.

Strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali compiti e disposizioni sanitarie verso gli ospiti:

Come indicato dal DGR n.460/2024 "Linee Indirizzo Legionellosi" *Le Direzioni Sanitarie o i responsabili delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socioassistenziali devono assicurare la disponibilità dei test diagnostici di laboratorio per Legionella da parte dei medici operanti nella struttura e ne devono verificare periodicamente l'effettivo utilizzo.*

Almeno una volta all'anno è necessario analizzare la proporzione di pazienti con polmonite o con polmonite insorta durante il ricovero per i quali è stato richiesto ed effettuato almeno un test diagnostico per Legionella.

Le attività/funzioni della Direzione Sanitaria o del Responsabile delle strutture sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali ***a seguito di ogni caso segnalato****, sono le seguenti:*

- *segnalazione tempestiva alla ASL competente per territorio di ogni caso nosocomiale sospetto o confermato;*
- *nei reparti interessati, senza attendere gli esiti del campionamento, devono essere fin da subito:*
- *informati i soggetti potenzialmente interessati (operatori sanitari, pazienti, ecc.);*
- *monitorate le procedure assistenziali;*
- *implementata la sorveglianza clinica sui pazienti e garantita la tempestiva esecuzione di test diagnostici al presentarsi di sintomi compatibili con legionellosi;*
- *attuate le prime misure per minimizzare l'eventuale rischio derivante dagli impianti idrici e aeraulici, escludendo ad esempio l'uso delle docce, disattivando la funzione di umidificazione delle UTA, ecc.;*

Deve formare il personale di assistenza, il personale addetto al controllo delle infezioni e quello addetto alla gestione ed alla manutenzione degli impianti, sulle misure di controllo delle legionellosi associate alle pratiche assistenziali.

2. Epidemiologia

"Legionellosi" è la definizione di tutte le forme morbose causate da batteri gram-negativi aerobi del genere *Legionella*. Essa si può manifestare sia in forma di polmonite, sia in forma febbrile extra polmonare o in forma subclinica. La specie più frequentemente coinvolta in casi umani è *Legionella pneumophila* anche se altre specie sono state isolate da pazienti con polmonite.

Tabella 1. Fattori di rischio e malattie di base che favoriscono l'acquisizione di una polmonite da *Legionella*

Fattori di rischio	Malattie di base
Età avanzata Sesso maschile Alcoolismo Tabagismo Sonda nasogastrica, alimentazione con sondino Inalazione di acqua non sterile Presenza di *Legionella* in più del 30% dei campioni d'acqua analizzati o di concentrazioni di *Legionella* > 10^3 /L in una determinata struttura Presenza di torri di raffreddamento degli impianti di condizionamento nell'area circostante	Broncopneumopatia cronica ostruttiva Immunosoppressione: • Trapianto d'organo • Terapia corticosteroidea Neoplasie e interventi chirurgici ORL Insufficienza renale terminale Insufficienza cardiaca Diabete

Tabella 2. Principali modalità e sorgenti di trasmissione della *Legionella sp.*

Modalità	Fonte
Inalazione di aerosol	Contaminazione dell'impianto idrico Torri di raffreddamento degli impianti di condizionamento Umidificazione centralizzata degli impianti Apparecchi per aerosol e ossigenoterapia
Aspirazione	Sonda nasogastrica Colonizzazione dell'orofaringe
Respirazione assistita	Contaminazione delle apparecchiature per la respirazione assistita

3. Valutazione del rischio – misure di prevenzione e di intervento

Tabella 3. Prevenzione e controllo della contaminazione del sistema idrico

Metodi	Quando?	Commenti
• **Ricerca della *Legionella* nell'impianto idrico**	**<u>Nelle strutture ricettive</u>: in presenza di 1 o più casi;** <u>In ospedale</u>: monitoraggio periodico nei reparti ad alto rischio.	Rischio elevato di infezioni nosocomiali nel caso in cui la concentrazione di legionelle sia $\geq 10^3$ UFC/L

Trattamento termico: • Aumento della T° dell'acqua calda a 70- 80°C continuativamente per tre giorni consecutivi con scorrimento per 30 minuti al giorno (shock termico) **oppure** • Mantenimento di una temperatura tra i 55-60°C nella rete dell'acqua calda	In caso di infezioni da *Legionella* sp. e in presenza di massiva contaminazione dell'impianto Quando si mette in funzione il sistema idrico	Indispensabili controlli microbiologici, da ripetere periodicamente Controlli periodici della temperatura in punti periferici rappresentativi dell'impianto. Controlli microbiologici in presenza di uno o più casi
Clorazione: • Iperclorazione shock: immettere cloro nell'acqua fino ad ottenere concentrazioni di cl residuo di 20-50 mg/L. Periodo di contatto: 2 ore con 20mg/L oppure 1 ora con 50mg/L. **oppure** • Iperclorazione continua: aggiungere cloro in modo che la concentrazione residua sia compresa tra 1-3 mg/L.	In caso di infezioni da *Legionella* sp. e in presenza di massiva contaminazione dell'impianto	Disinfezione sistemica, con una concentrazione disinfettante residua. Azione corrosiva del cloro sulle tubature minimizza la colonizzazione di legionella nei punti distali
• **Raggi ultravioletti**	Misura di riserva applicabile in circostanze particolari	Metodo relativamente costoso. I raggi UV hanno solo un effetto locale e sono possibili contaminazioni distali
• **Ionizzazione rame/argento**	In presenza di contaminazione da *Legionella* sp nell'impianto idrico o come misura preventiva in alternativa alla disinfezione termica	Facile applicazione e non influenzato dalla T° dell'acqua Verificare che la concetrazione degli ioni Cu e Ag non superi la CMA prevista dalla legislazione vigente
• **Perossido d'idrogeno e argento stabilizzati**	In presenza di contaminazione da *Legionella* sp nell'impianto idrico o come misura preventiva in alternativa alla disinfezione termica o con cloro.	Tecnica recente che necessita di ulteriori conferme sperimentali

• **Biossido di cloro**	In presenza di contaminazione da *Legionella* sp nell'impianto idrico o come misura preventiva in alternativa alla disinfezione termica o all'iperclorazione.	Indicato per contrastare la crescita di biofilm Tecnica recente che necessita di ulteriori conferme sperimentali

4. Situazione della RSA con riferimento al rischio legionellosi:

Casi accertati alla data di redazione del presente documento: NESSUN CASO ACCERTATO

5. Descrizione generale degli impianti potenzialmente a rischio e misure di prevenzione:

Tipologia di impianto	**descrizione**	**misure di prevenzione**
Torri di raffreddamento	assenti	
Unità di trattamento aria	Presenti solo ventilatori come **estrazione** dell'aria in alcuni servizi igienici.	Pulire e disinfettare con frequenza mensile la griglia di estrazione presente nel locale.
Sistemi di umidificazione dell'aria e canali	**Assenti**	
Vasche idromassaggio	**Assenti**	
Docce e lavelli con ACS	Presenti	Temperatura dell'acqua di accumulo nel serbatoio ACS ≥ 55/60 Gradi; Pulizia e disinfezione quotidianamente degli erogatori. Disincrostazione degli aeratori dei lavandini e dei soffioni delle docce. Sostituzione annuale degli aeratori e dei soffioni delle docce
Impianto di riscaldamento	Impianto costituito da soli radiatori	
Split	Presenti solo in in alcuni locali di servizio.	Pulizia mensile e sostituzione periodica annuale dei filtri; Pulizia e disinfezione periodica annuale della batteria.

6. *Misure di prevenzione:*

Come indicato nelle linee guida di valutazione del rischio di contrarre la malattia verranno applicate le misure seguenti:

- In caso di presenza di una concentrazione di legionelle fino a 10^2 UFC/L (assenza di casi): non è necessario alcun intervento ma verranno comunque continuate le azioni di monitoraggio e manutenzione degli impianti.

- In caso di presenza di una concentrazione di legionelle compresa tra 10^3-10^4 UFC/L: contaminazione, si potrebbero verificare casi sporadici.

In presenza di concentrazione di legionelle ma in assenza di casi verrà evitato l'uso dell'acqua dell'impianto idrico per docce o abluzioni che possano provocare la formazione di aerosol e verranno messe in atto immediatamente le seguenti misure:

- Disincrostazione e disinfezione mediante ipoclorito di sodio ad alta concentrazione dei filtri dei rubinetti e cipolle delle docce, sostituzione degli elementi usurati compreso i tubi flessibili delle docce e di ogni altro elemento di discontinuità.

- Decalcificazione degli elementi meno usurati in una soluzione acida (per es. acido sulfamico, aceto bianco ecc.) e disinfezione in una soluzione contenente almeno 50 mg di cloro libero per litro d'acqua fredda per almeno 30 minuti.

- Decontaminazione mediante shock termico o iperclorazione con successiva verifica dei risultati e verranno ripetuti periodicamente i controlli batteriologici.

Allo stato attuale, come misura preventiva, nonostante non vi siano stati casi di legionellosi nella struttura, sono eseguite le seguenti azioni di manutenzione e i seguenti monitoraggi :

a. Ricerca della eventuale presenza di contaminazione da Legionella nell'impianto idrico mediante campionatura periodica e analisi di laboratorio esterno certificato/accreditato;

b. Controllo periodico trimestrale con registrazione delle temperature del serbatoio di accumulo dell'ACS e nei terminali di utilizzo (rubinetti nei bagni a campione);

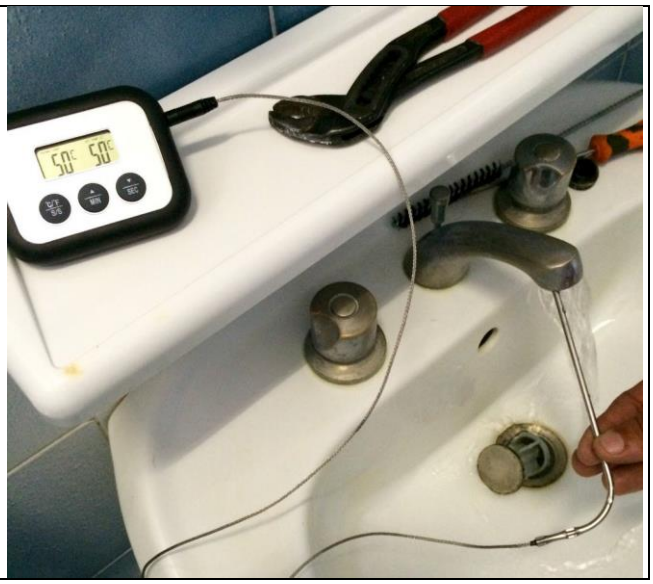
c. Controllo periodico mensile dell'impianto di clorazione nella centrale idrica e nei terminali di utilizzo (rubinetti nei bagni a campione); Cloro attivo libero 0,2 – 0,4 mg/l.

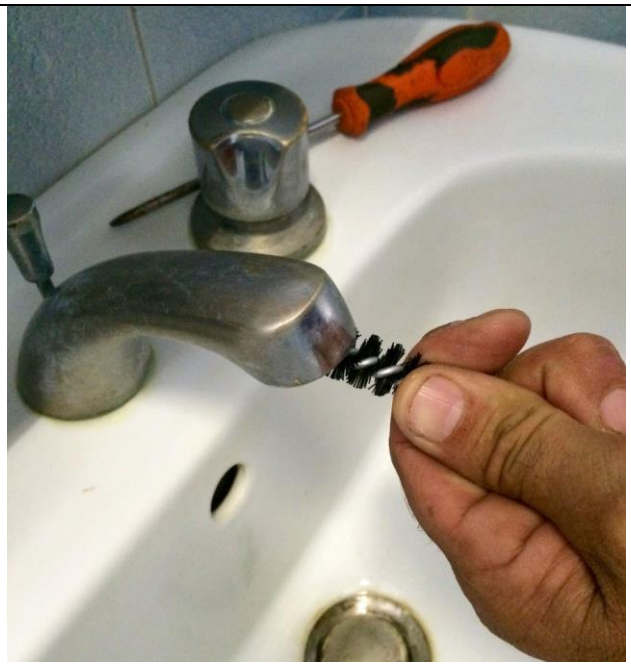
d. Manutenzione degli impianti di erogazione terminali rubinetti e soffioni delle docce.

e. Svuotamento/pulizia dei serbatoi di accumulo.

Apertura dei rubinetti/docce nei servizi igienici inutilizzati da almeno 7gg. delle stanze prima del ricovero delle persone.

Controllo periodico trimestrale delle temperature di accumulo dell'ACS	

Controllo periodico delle temperature nell'impianto di distribuzione dell'ACS	

Manutenzione dell'impianto di distribuzione dell'ACS, disincrostazione dei rubinetti terminali.	

Manutenzione dell'impianto di distribuzione dell'ACS Manutenzione dell'impianto di distribuzione dell'ACS, trattamento ad alta temperatura dei rubinetti terminali.	

DECRETO LEGISLATIVO 23 febbraio 2023, n. **18**.

Attuazione della direttiva (UE) 2020/2184 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 2020, concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano.

q) «gestore della distribuzione idrica interna»: il proprietario, il titolare, l'amministratore, il direttore o qualsiasi soggetto, anche se delegato o appaltato, che sia responsabile del sistema idro-potabile di distribuzione interno ai locali pubblici e privati, collocato fra il punto di consegna e il punto d'uso dell'acqua;	8. La valutazione e gestione del rischio dei sistemi di distribuzione interni per gli edifici e locali prioritari di cui al comma 2, lettera *c)*, è effettuata dai gestori idrici della distribuzione interna per la prima volta entro il 12 gennaio 2029, inserita dai medesimi gestori nel sistema AnTeA, riesaminata ogni sei anni e, se necessario, aggiornata.

ALLEGATO VIII (articolo 2)

Classi di strutture prioritarie

[Riferimento Linee Guida per la valutazione e la gestione del rischio per la sicurezza dell'acqua nei sistemi di distribuzione interni degli edifici prioritari e non prioritari e di talune navi ai sensi della Direttiva (UE) 2020/2184*]

Classe di priorità[1]	Esempi (non esaustivi)	Criteri di valutazione e gestione del rischio da applicare per i sistemi di distribuzione interni	
		Azione a carattere di obbligo	Azioni a carattere di raccomandazione
A	Strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali in regime di ricovero.	- Identificazione del Gestore idrico della distribuzione interna (GIDI). - Piano di sicurezza dell'acqua del sistema idrico di distribuzione interna, con particolare riguardo a piombo e *Legionella*. Soggetto attuatore: Team multidisciplinare presieduto dal Team-leader.	
B	Strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali non in regime di ricovero, inclusi centri riabilitativi, ambulatoriali e odontoiatrici.	Piano di autocontrollo degli impianti idrici interni, con controllo minimo relativo a piombo, *Legionella* e *L. pneumophila*. Soggetto attuatore: GIDI.	Manuali di corretta prassi per l'implementazione dei piani di autocontrollo igienico per gli impianti idrici, elaborati da associazioni di settore o ordini professionali.
C	1) Strutture ricettive alberghiere, istituti penitenziari[2], navi[3], stazioni, aeroporti.	Piano di autocontrollo degli impianti idrici interni, eventualmente incorporato in documenti di analisi di rischio finalizzati alla prevenzione sanitaria (es. documento di valutazione dei rischi ai sensi del D.Lgs 81/08 e *s.m.i.*[4], o piano di autocontrollo HACCP), con controllo minimo relativo a piombo, *Legionella* e *L. pneumophila*. Soggetto attuatore: GIDI.	Manuali di corretta prassi per l'implementazione dei piani di autocontrollo igienico per gli impianti idrici, elaborati da associazioni di settore o ordini professionali
	2) Ristorazione pubblica e collettiva, incluse mense aziendali (pubbliche e private) e scolastiche.	Piano di autocontrollo degli impianti idrici interni, eventualmente integrato del piano di autocontrollo HACCP. Soggetto attuatore: GIDI[5].	