

|                                                                                                                           |                                                                             |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|
|  <b>Villa<br/>Armonia</b><br>Psichiatria | <b>“PIANO ANNUALE PER LA<br/>GESTIONE DEL<br/>RISCHIO SANITARIO (PARS)”</b> | <b>Anno 2025</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|

| <b>DATA EMISSIONE</b> | <b>REDATTO DA</b>      | <b>ADOTTATO DA</b>     | <b>INFORMATO</b>          |
|-----------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|
| 24/2/2026             | DIRETTORE<br>SANITARIO | MEDICI<br>RESPONSABILI | DIRETTORE DI<br>STRUTTURA |

## **1. PREMESSA**

La gestione del rischio clinico è un processo finalizzato ad identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi per aumentare il livello di sicurezza delle cure. Tale attività ha pertanto l’obiettivo di ridurre le probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ossia che subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo non volontario, alle cure erogate presso la struttura.

Il “Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)” è lo strumento che definisce le azioni programmate ai fini della prevenzione e gestione del rischio clinico, con l’obiettivo di ridurre la probabilità di accadimento di eventi avversi, in continuità con le azioni intraprese negli anni precedenti. Tale strumento è espressione dell’impegno della Direzione ai fini della qualità dell’assistenza e della sicurezza delle cure, che rappresentano un obiettivo prioritario da perseguire attraverso la realizzazione di interventi coordinati che coinvolgono l’intera organizzazione sanitaria attraverso l’integrazione di competenze cliniche, assistenziali e tecnico-professionali. L’adozione della filosofia del miglioramento continuo è un approccio imprescindibile ai fini della

|                                                                                   |                                                                                                   |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>“PIANO ANNUALE PER LA<br/>GESTIONE DEL<br/>RISCHIO SANITARIO (PARS)”</b></p> | <p align="center"><b>Anno 2025</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|

programmazione delle attività sanitarie orientate alla qualità e alla sicurezza. Tale finalità è ottenuta attraverso:

- la standardizzazione di alcune fasi del processo clinico-assistenziale attraverso l'utilizzo di Raccomandazioni ministeriali e regionali e l'osservanza di linee guida cliniche evidence-based;
- la misurazione, tramite l'analisi e la valutazione degli eventi;
- il reporting, ovvero la segnalazione tempestiva degli eventi da parte degli operatori necessaria per la mappatura dei rischi presenti, l'identificazione delle criticità e delle opportune azioni di miglioramento.

Il tema della sicurezza delle cure, richiamato dalla Legge 8 marzo 2017 n. 24 *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*, prevede l'adozione di un modello organizzativo di gestione del rischio clinico con la funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio con il coinvolgimento attivo di tutti gli operatori<sup>1</sup>. Il PARS, pertanto, fa riferimento a tutti gli ambiti organizzativi in una visione sistemica tramite tre dimensioni “core”:

- clinica, incentrata sull'outcome dei trattamenti sanitari;
- tecnica, incentrata sugli aspetti tecnologico-strutturali;
- legale e assicurativa, incentrata sulla prevenzione e gestione del contenzioso.

Il PARS, rappresentando l'esplicitazione delle modalità di analisi, prevenzione e gestione del rischio clinico, favorisce un confronto trasparente con gli stakeholders in un'ottica di accountability e di promozione condivisa delle iniziative finalizzate al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

Poiché la sicurezza dei pazienti si colloca nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità e dell'appropriatezza clinico-organizzativa e rappresenta una delle aree di attività del governo clinico, il PARS rientra nell'ambito degli interventi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi strategici identificati nel Piano Annuale della Qualità e delle Attività.

Il “Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)” comprende, altresì, gli adempimenti relativi alla L. 24/2017:

---

<sup>1</sup> Art. 1: *“La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale”*.

|                                                                                                                       |                                                                     |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------|
|  <b>Villa Armonia</b><br>Psichiatria | <b>“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)”</b> | <b>Anno 2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------|

- 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;

- dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario.

La programmazione delle attività aziendali finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio clinico contenuta nel PARS è incentrata sulle seguenti azioni strategiche:

- predisposizione del “Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)” e di procedure aziendali specifiche;

- diffusione di Raccomandazioni nazionali e regionali;

- sviluppo e attuazione di metodologie per l'analisi degli eventi avversi e relativo feedback agli operatori sull'esito della valutazione;

- identificazione delle situazioni in grado di generare una condizione di rischio (mappatura dei rischi generali e specifici) tramite sopralluoghi nelle unità organizzative e interviste agli operatori;

- diffusione della cultura della segnalazione degli eventi tramite incident reporting;

- raccolta e analisi dei dati provenienti dai sistemi di segnalazione (eventi avversi, eventi sentinella e near miss), dall'analisi delle cartelle cliniche e da reclami, infortuni e sinistri;

- monitoraggio dell'attività aziendale tramite reportistica e site visit;

- definizione e realizzazione delle azioni finalizzate ad individuare, ridurre e prevenire l'incidenza di eventi avversi con il coinvolgimento attivo di tutto il personale (valutazione delle priorità di intervento, analisi costi-benefici, analisi dell'impatto dell'azione proposta, definizione delle modalità operative di realizzazione e della tempistica, valutazione dell'efficacia dell'azione realizzata);

- attivazione dei flussi informativi previsti dalla normativa nazionale e regionale (SIMES, Centro Regionale Rischio Clinico);

- attuazione di eventi formativi finalizzati alla promozione della competenza tecnico-professionale degli operatori e alla prevenzione di eventuali procedimenti inerenti alla malpractice professionale;

- attivazione di iniziative finalizzate al coinvolgimento del paziente e dei familiari/caregivers nella promozione della sicurezza delle cure;

- coordinamento della funzione di clinical risk management con la gestione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e la compliance aziendale (D. Lgs. 81/08; D. Lgs. 231/01 e DCA n. U00469/2017).

|                                                                                                                       |                                                                             |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|
|  <b>Villa Armonia</b><br>Psichiatria | <b>“PIANO ANNUALE PER LA<br/>GESTIONE DEL<br/>RISCHIO SANITARIO (PARS)”</b> | <b>Anno 2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|

## 1.1 IL CONTESTO ORGANIZZATIVO

| DATI STRUTTURALI                                                                                                                  |                         |                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| STPIT<br>Struttura per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali                                                            | N. 30                   | Posti residenziali in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio                     |
| SRTRi<br>Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per Trattamenti Comunitari Intensivi                                    | N. 10                   | Posti residenziali in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio                     |
| SRTRe<br>Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per Trattamenti Comunitari Estensivi                                    | N. 10                   | Posti residenziali in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio                     |
| SRSR 24H<br>Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa a Elevata Intensità Assistenziale Socio-Sanitaria                          | N. 24                   | Posti residenziali in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio                     |
| SRTRi Adolescenti<br>Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per Adolescenti – SRTR per trattamenti comunitari intensivi | N. 10                   | Posti residenziali in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio                     |
| Struttura per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare                                                            | N. 10                   | Posti residenziali in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio                     |
|                                                                                                                                   | N. 10                   | Posti semiresidenziali (Centro Diurno) in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio |
| DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI (2024)                                                                                                |                         |                                                                                                   |
| STPIT - Struttura per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali                                                             | NUMERO INSERIMENTI: 494 |                                                                                                   |
| SRTRi - Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per Trattamenti Comunitari Intensivi                                     | NUMERO INSERIMENTI: 64  |                                                                                                   |
| SRTRe - Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per Trattamenti Comunitari Estensivi                                     | NUMERO INSERIMENTI: 6   |                                                                                                   |
| SRSR 24H - Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa a Elevata Intensità Assistenziale Socio-Sanitaria                           | NUMERO INSERIMENTI: 6   |                                                                                                   |
| SRTRi ADOLESCENTI - Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per Adolescenti- SRTR per trattamenti comunitari intensivi   | NUMERO INSERIMENTI: 34  |                                                                                                   |
| Struttura per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare – Posti residenziali                                       | NUMERO INSERIMENTI: 38  |                                                                                                   |
| Struttura per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare – Posti semiresidenziali                                   | NUMERO INSERIMENTI: 39  |                                                                                                   |

|                                                                                                                       |                                                                     |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------|
|  <b>Villa Armonia</b><br>Psichiatria | <b>“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)”</b> | <b>Anno 2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------|

## 1.2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017 le strutture sanitarie devono predisporre 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. Al fine di ottemperare a tale obbligo, è stata predisposta la seguente tabella, relativa all'anno 2021.

| TIPO DI EVENTO                 | N. E % TOTALE DEGLI EVENTI | PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/ CONTRIBUENTI | AZIONI DI MIGLIORAMENTO           | Fonte del dato                 |
|--------------------------------|----------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| NEAR MISS <sup>2</sup>         | 1                          | STRUTTURALI<br>(/)                       | STRUTTURALI<br>(/)                | SISTEMI DI REPORTING<br>(100%) |
| EVENTI AVVERSI <sup>3</sup>    | 20                         | TECNOLOGICI<br>(/)                       | TECNOLOGICHE<br>(/)               | SINISTRI<br>(/)                |
| EVENTI SENTINELLA <sup>4</sup> | \                          | ORGANIZZATIVI<br>(50%)                   | ORGANIZZATIVE<br>(50%)            | ICA<br>(/)                     |
|                                |                            | PROCEDURE/ COMUNICAZIONE<br>(50%)        | PROCEDURE/ COMUNICAZIONE<br>(50%) | FARMACOVIGILANZA<br>(/)        |

Si registrano: 1 near miss; 20 eventi avversi: n° 15 come agiti aggressivi eterodiretti contro altri pz e/o operatori, n°2 cadute, n° 1 allontanamento dalla struttura, n° 2 errori di terapia; nessun evento sentinella. Ciascun evento è stato documentato tramite incident reporting ed è stato oggetto di apposita riunione di staff finalizzata ad analizzare l'evento, le cause e le opportune azioni di miglioramento, ove necessario.

<sup>2</sup> Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

<sup>3</sup> Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.

<sup>4</sup> Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

|                                                                                                                       |                                                                             |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|
|  <b>Villa Armonia</b><br>Psichiatria | <b>“PIANO ANNUALE PER LA<br/>GESTIONE DEL<br/>RISCHIO SANITARIO (PARS)”</b> | <b>Anno 2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|

L'art. 4 c. 3 della L. 24/2017 prevede che le strutture sanitarie rendano disponibili i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio. Ai fini dell'ottemperanza a tale obbligo è stata predisposta la seguente tabella indicante i dati relativi alla sinistrosità e ai risarcimenti erogati nel periodo di riferimento.

| ANNO | N. SINISTRI | RISARCIMENTI EROGATI |
|------|-------------|----------------------|
| 2021 | /           | /                    |
| 2022 | /           | /                    |
| 2023 | n. 1        | /                    |
| 2024 | n.1         | /                    |
| 2025 | /           | /                    |

Come evidenziato nella tabella riepilogativa, non sono stati erogati risarcimenti nell'ultimo quinquennio.

### 1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

| ANNO | POLIZZA<br>(SCADENZA)                                     | COMPAGNIA<br>ASSICURATIVA | PREMIO               | FRANCHIGIA                  | BROKERAGGIO |
|------|-----------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------|
| 2021 | 30/06/2021<br>n.<br>RCH9210040000001                      | AM TRUST                  | € 16.948             | € 50.000                    | MARSH       |
| 2022 | 30/06/2021<br>n.<br>RCH9210040000001                      | AM TRUST                  | € 16.948             | € 50.000                    | MARSH       |
| 2023 | dal 01/01/2023 al<br>30/11/2023<br>n.<br>RCH9210040000001 | AM TRUST                  | € 16.948             | € 50.000                    | MARSH       |
| 2023 | dal 01/12/2023 al<br>30/11/2026<br>n. RCH00020000196      | AM TRUST                  | € 16.948             | € 50.000                    | MARSH       |
| 2024 | 30/11/2023 al<br>30/11/2026<br>n°<br>RCH00020000209       | AM TRUST                  | 729.814,59€<br>annui | SIR assistita di<br>50.000€ | MARSH       |
| 2025 | 30/11/2026                                                | AM TRUST                  | 729.814,59           | -                           | MARSH       |

|                                                                                                                       |                                                                     |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------|
|  <b>Villa Armonia</b><br>Psichiatria | <b>“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)”</b> | <b>Anno 2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------|

#### 1.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITA' PER L'ANNO PRECEDENTE

| <b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ATTIVITA'                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | STATO DI ATTUAZIONE                                                                                                                     |
| Programmazione e realizzazione di eventi formativi per la gestione del rischio clinico sulle Infezioni Correlate all'Assistenza.                                                                                                                                                                                                                                                                                | Sono stati organizzati dall'azienda corsi formativi sul rischio clinico in particolare sulle ICA, le infezioni correlate all'assistenza |
| Programmazione e realizzazione di eventi formativi per la gestione del rischio clinico sulle aggressioni dei pazienti.                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Sono stati creati due comitati e previste riunioni annuali                                                                              |
| <b>OBIETTIVO B MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E IL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.</b>                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |
| ATTIVITA'                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | STATO DI ATTUAZIONE                                                                                                                     |
| aggiornamento delle procedure clinico-organizzative di ciascuna unità operativa in relazione alle specificità clinico-assistenziali ed al profilo specifico di rischio clinico                                                                                                                                                                                                                                  | Sono state aggiornate le istruzioni clinico organizzative in ogni singolo reparto                                                       |
| riunioni semestrali dei comitati multidisciplinari sulle aggressioni nei confronti degli operatori, e maltrattamenti verso i pz.                                                                                                                                                                                                                                                                                | Sono state eseguite le riunioni con cadenza annuale                                                                                     |
| <b>OBIETTIVO C) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2024 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI;</b> |                                                                                                                                         |
| ATTIVITA'                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | STATO DI ATTUAZIONE                                                                                                                     |
| monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | report                                                                                                                                  |
| Monitoraggio microbiologico matrici ambientali (acqua/superfici) e alimenti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | report                                                                                                                                  |
| diffusione del piano di intervento regionale sull'igiene delle mani                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Diffusione del nuovo Piano di azione locale per l'igiene delle mani - 2025                                                              |

|                                                                                                                       |                                                                     |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------|
|  <b>Villa Armonia</b><br>Psichiatria | <b>“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)”</b> | <b>Anno 2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------|

**OBIETTIVO D) PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).**

| ATTIVITA'                                                                                                                                                 | STATO DI ATTUAZIONE                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aggiornamento della procedura aziendale per la prevenzione e gestione dell'epidemia di Covid-19 in base all'evoluzione normativa ministeriale e regionale | Non c'è stata una ulteriore aggiornamento della procedura anche in assenza di una evoluzione normativa ministeriale e regionale |

**2. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS**

| AZIONE            | DIRETTORE SANITARIO/<br>RISK MANAGER | DIREZIONE MEDICA KOS | DIRETTORE DI STRUTTURA | MEDICI RESPONSABILI |
|-------------------|--------------------------------------|----------------------|------------------------|---------------------|
| REDAZIONE PARS    | R                                    | C                    | I                      | I                   |
| ADOZIONE PARS     | I                                    | R                    | R                      | C                   |
| MONITORAGGIO PARS | R                                    | I                    | C                      | R                   |

LEGENDA  
 R= RESPONSABILE  
 C= COINVOLTO  
 I= INTERESSATO

**3. OBIETTIVI**

- A. Diffondere una 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 il monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C. Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- D. Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

|                                                                                                                       |                                                                     |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------|
|  <b>Villa Armonia</b><br>Psichiatria | <b>“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)”</b> | <b>Anno 2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------|

#### 4. ATTIVITA' E RESPONSABILITA'

##### **OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO**

**ATTIVITA' 1:** Programmazione e realizzazione di eventi formativi per la gestione del rischio clinico sulle Infezioni Correlate all'Assistenza.

**INDICATORE:** svolgimento corsi.

**STANDARD:** almeno 1 edizione per ciascun evento entro il 31/12/2026

##### **MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

| AZIONE                                                      | DIRETTORE<br>SANITARIO /RISK<br>MANAGER | MEDICI<br>RESPONSABILI | DIRETTORE<br>STRUTTURA |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|------------------------|
| Progettazione del corso/predisposizione materiale didattico | R                                       | R                      | I                      |
| Erogazione del corso                                        | I                                       | R                      | I                      |

**ATTIVITA' 2:** Programmazione e realizzazione di eventi formativi per la gestione del rischio clinico sulle aggressioni dei pazienti.

**INDICATORE:** svolgimento corsi.

**STANDARD:** almeno 1 edizione per ciascun evento entro il 31/12/2026

##### **MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

| AZIONE                                                      | DIRETTORE<br>SANITARIO /RISK<br>MANAGER | MEDICI<br>RESPONSABILI | DIRETTORE<br>STRUTTURA |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|------------------------|
| Progettazione del corso/predisposizione materiale didattico | R                                       | R                      | I                      |
| Erogazione del corso                                        | I                                       | R                      | I                      |

|                                                                                                                       |                                                                             |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|
|  <b>Villa Armonia</b><br>Psichiatria | <b>“PIANO ANNUALE PER LA<br/>GESTIONE DEL<br/>RISCHIO SANITARIO (PARS)”</b> | <b>Anno 2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|

**OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E IL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.**

|                                                                                                                                                                                                    |                                   |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| <b>ATTIVITA' 1:</b> aggiornamento delle procedure clinico-organizzative di ciascuna unità operativa in relazione alle specificità clinico-assistenziali ed al profilo specifico di rischio clinico |                                   |                     |
| <b>INDICATORE:</b> Aggiornamento entro il 31/12/2026                                                                                                                                               |                                   |                     |
| <b>STANDARD:</b> Linee guida evidence-based/Buone pratiche clinico-assistenziali                                                                                                                   |                                   |                     |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>                                                                                                                                                               |                                   |                     |
| AZIONE                                                                                                                                                                                             | DIRETTORE SANITARIO /RISK MANAGER | MEDICI RESPONSABILI |
| Aggiornamento procedure                                                                                                                                                                            | R                                 | R                   |
| <b>ATTIVITA' 2:</b> riunioni annuali dei comitati multidisciplinari sulle aggressioni nei confronti degli operatori, e maltrattamenti verso i pz.                                                  |                                   |                     |
| <b>INDICATORE:</b> Aggiornamento entro il 31/12/2026                                                                                                                                               |                                   |                     |
| <b>STANDARD:</b> Linee guida evidence-based/Buone pratiche clinico-assistenziali                                                                                                                   |                                   |                     |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>                                                                                                                                                               |                                   |                     |
| AZIONE                                                                                                                                                                                             | DIRETTORE SANITARIO /RISK MANAGER | MEDICI RESPONSABILI |
| Aggiornamento procedure                                                                                                                                                                            | R                                 | R                   |
| <b>ATTIVITA' 3:</b> aggiornamento di tutte le procedure clinico-organizzative della struttura con divulgazione a tutte le unità operative                                                          |                                   |                     |
| <b>INDICATORE:</b> Aggiornamento entro il 30/6/2026                                                                                                                                                |                                   |                     |
| <b>STANDARD:</b> Linee guida evidence-based/Buone pratiche clinico-assistenziali                                                                                                                   |                                   |                     |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>                                                                                                                                                               |                                   |                     |
| AZIONE                                                                                                                                                                                             | DIRETTORE SANITARIO /RISK MANAGER | MEDICI RESPONSABILI |
| Aggiornamento procedure                                                                                                                                                                            | R                                 | R                   |

|                                                                                                                       |                                                                     |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------|
|  <b>Villa Armonia</b><br>Psichiatria | <b>“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)”</b> | <b>Anno 2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------|

**OBIETTIVO C) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI;**

|                                                                                                  |                                      |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|
| <b>ATTIVITA' 1:</b> monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani    |                                      |                     |
| <b>INDICATORE:</b> report consumo                                                                |                                      |                     |
| <b>STANDARD:</b> regolare fornitura e disponibilità in tutte le unità organizzative.             |                                      |                     |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                              |                                      |                     |
| AZIONE                                                                                           | DIRETTORE SANITARIO/<br>RISK MANAGER | MEDICI RESPONSABILI |
| Compilazione report                                                                              | R                                    | R                   |
| <b>ATTIVITA' 2:</b> Monitoraggio microbiologico matrici ambientali (acqua/superfici) e alimenti. |                                      |                     |
| <b>INDICATORE:</b> n. campionamenti effettuati                                                   |                                      |                     |
| <b>STANDARD:</b> linee guida/piano HACCP                                                         |                                      |                     |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                              |                                      |                     |
| AZIONE                                                                                           | DIRETTORE SANITARIO/<br>RISK MANAGER | MEDICI RESPONSABILI |
| Monitoraggio report                                                                              | R                                    | I                   |
| <b>ATTIVITA' 3:</b> diffusione del piano di intervento regionale sull'igiene delle mani          |                                      |                     |
| <b>INDICATORE:</b> diffusione piano                                                              |                                      |                     |
| <b>STANDARD:</b> diffusione piano annuale.                                                       |                                      |                     |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                              |                                      |                     |
| AZIONE                                                                                           | DIRETTORE SANITARIO/<br>RISK MANAGER | MEDICI RESPONSABILI |
| Diffusione piano                                                                                 | R                                    | R                   |

|                                                                                                                       |                                                                     |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------|
|  <b>Villa Armonia</b><br>Psichiatria | <b>“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)”</b> | <b>Anno 2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------|

**OBIETTIVO D) PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).**

**ATTIVITA' 1:** Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura in base alle indicazioni Regionali

**INDICATORE:** disponibilità procedura

**STANDARD:** aggiornamento in base alla normativa

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

| DIRETTORE SANITARIO/<br>RISK MANAGER | MEDICI RESPONSABILI |
|--------------------------------------|---------------------|
| R                                    | R                   |

**5. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS**

Il contenuto del presente Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario è portato a conoscenza di tutti i livelli aziendali ed è oggetto di valutazioni periodiche in itinere in relazione alla verifica dell'attuazione degli interventi programmati. Ai sensi della Determinazione n. G00163 del 25/1/2022 della Regione Lazio, è prevista la pubblicazione del PARS sul sito internet aziendale.

**6. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”.

Decreto 11 dicembre 2009 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità”.

Determinazione 1 aprile 2014, n. G04112 . Approvazione del documento recante: "Linee di Indirizzo Regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA)".

Determinazione 11 gennaio 2022, n. G00163 recante “documento di indirizzo per l’elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)”

Determinazione Regionale 25 ottobre 2016, n. G12355. Approvazione del documento recante “Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”.

|                                                                                                                           |                                                                             |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|
|  <b>Villa<br/>Armonia</b><br>Psichiatria | <b>“PIANO ANNUALE PER LA<br/>GESTIONE DEL<br/>RISCHIO SANITARIO (PARS)”</b> | <b>Anno 2025</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|

Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”.

Determinazione 25 ottobre 2018 n. G13505 recante “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”.

Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12356 recante “Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”.

Ministero della Salute – Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure.

Agenas – Rischio clinico e sicurezza del paziente.

WHO – Patient safety.

| DATA EMISSIONE | REDATTO DA          | INFORMATO                 | ADOTTATO DA                |
|----------------|---------------------|---------------------------|----------------------------|
| 26/2/2026      | DIRETTORE SANITARIO | DIRETTORE DI<br>STRUTTURA | RESPONSABILI DI<br>REPARTO |

## 1. Cenni storici

Per secoli il lavaggio delle mani con acqua e sapone è stato considerato una misura di igiene personale, mentre la connessione con la trasmissione delle malattie è stata stabilita solo negli ultimi 200 anni. Alla metà del 1800 gli studi di Ignaz Semmelweis, a Vienna, e di Oliver Wendell Holmes, a Boston, stabilirono che le infezioni contratte in ospedale, che ora sappiamo essere causate da agenti infettivi, venivano trasmesse attraverso le mani del personale sanitario. Un trial controllato prospettico condotto in un nido ospedaliero e ricerche effettuate negli ultimi 40 anni hanno confermato l'importante ruolo delle mani contaminate del personale sanitario nella trasmissione dei patogeni associati all'assistenza sanitaria.

Le prime Linee Guida sull'igiene delle mani furono pubblicate negli anni '80, seguite da molte altre in tempi più recenti. Queste Linee Guida sono state diffuse principalmente nei Paesi dell'emisfero settentrionale, inclusi gli USA, il Canada e alcuni Paesi europei.

Le linee guida CDC/HICPAC pubblicate nel 2002 hanno definito la frizione delle mani con prodotto a base alcolica lo standard per le pratiche di igiene delle mani in ambiente sanitario. In molti altri Paesi, tuttavia, il lavaggio delle mani viene tuttora considerato lo standard di assistenza, mentre la frizione delle mani con prodotto a base alcolica viene riservata a determinate situazioni (emergenze, mancanza di lavandini).

Le pubblicazioni OMS sulle misure di controllo delle infezioni, volte a ridurre la diffusione dei patogeni nelle strutture sanitarie, hanno enfatizzato il ruolo dell'igiene delle mani come misura fondamentale. È quindi evidente la notevole evoluzione del concetto di igiene delle mani negli ultimi vent'anni. Attualmente, l'igiene delle mani è considerata la principale misura preventiva contro la diffusione dei patogeni nelle strutture sanitarie.

## 2. Igiene delle mani

Le mani sono un ricettacolo di germi; una piccola percentuale è rappresentata da microrganismi non patogeni, che risiedono normalmente sulla cute senza creare danni. A questi, però, possono aggiungersi virus e batteri che circolano nell'aria o con cui veniamo in contatto toccando le più diverse superfici. I germi, quando trovano un ambiente ideale, vi si annidano e, se le condizioni ambientali lo consentono, proliferano moltiplicandosi in maniera estremamente rapida. Possono sopravvivere per ore sulle superfici e da qui possono essere trasmessi al naso, alla bocca o agli occhi, semplicemente attraverso le mani. I germi patogeni presenti sulle mani possono essere responsabili di molte malattie, dalle più frequenti e meno gravi, come l'influenza e il raffreddore, a quelle più severe come le infezioni correlate all'assistenza.

L'igiene delle mani è un elemento fondamentale per prevenire le infezioni. Secondo il Center for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta rappresenta la misura più importante per prevenire la diffusione delle infezioni.

L'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) ogni anno promuove, per il 5 maggio, la **Giornata mondiale per il lavaggio delle mani** per ricordare l'importanza di questo gesto essenziale per la prevenzione delle infezioni trasmissibili, soprattutto negli ambienti sanitari.

Secondo le linee guida dell'OMS, sono 5 i momenti chiave in cui dovrebbe venire sempre assicurata la massima igiene:

1. prima del contatto con il paziente, per evitare la contaminazione;
2. prima di una manovra asettica (es., come l'inserimento di un catetere), per evitare inoculazione di patogeni;
3. dopo l'esposizione a un liquido corporeo (sangue, secrezioni, ferite aperte ecc.);
4. dopo il contatto con il paziente, per evitare la contaminazione dell'ambiente circostante;
5. dopo il contatto con l'ambiente e gli oggetti accanto al paziente (lenzuola, guanti, ecc.).



|                                                                                                                       |                                                           |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------|
|  <b>Villa Armonia</b><br>Psichiatria | <b>PIANO DI AZIONE LOCALE PER<br/>L'IGIENE DELLE MANI</b> | <b>Anno 2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------|

Per il lavaggio routinario delle mani deve essere utilizzato un normale detergente.

La cute delle mani deve essere mantenuta in buone condizioni e le unghie devono essere corte e prive di smalto o unghie artificiali. Durante l'attività non è consentito indossare anelli, bracciali o altri monili.

### 3. Piano per 2026

Durante la riunione di coordinamento tra direzione di struttura, direzione sanitaria e infermieristica le figure coinvolte hanno analizzato i questionari di autovalutazione delle 5 sezioni (A, B, C, D, E - previste dal "Piano d'Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" del 19.02.2021), corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale raccomandata dall'OMS, e definito le azioni di miglioramento per l'anno 2026.

| RISULTATI QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE       |           |           |
|-------------------------------------------------|-----------|-----------|
| SEZIONE                                         | ANNO 2024 | ANNO 2025 |
| SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI | 90        | 90        |
| SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE            | 55        | 65        |
| SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK             | 70        | 65        |
| SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE            | 65        | 65        |
| SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT    | 60        | 65        |

| AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2026                                                                             |                |         |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------|---------|
| SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI                                                               |                |         |         |
| AZIONI DI MIGLIORAMENTO                                                                                       | R              | T       | M       |
| 1- Indagine sul consumo di soluzione alcolica                                                                 | MR/INF.D.      | 12 mesi | 12 mesi |
| 2- Mantenimento del rapporto lavandini/utenti                                                                 | DS/manutentore | 12 mesi | 12 mesi |
| 3- Monitoraggio e feedback disponibilità gel idroalcolico                                                     | MR/INF.D       | mensile | 12 mesi |
| 4- Sviluppo delle seguenti istruzioni operative:<br>- Approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani | MR             | 6 mesi  | 12 mesi |

Legenda: R: responsabile, T: tempo previsto per implementazione, M: tempo di monitoraggio, Amm. : amministrazione, DS: direzione di struttura, MR: medico responsabile, INF.D.: infermiere dirigente

|                                                                                                                       |                                                           |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------|
|  <b>Villa Armonia</b><br>Psichiatria | <b>PIANO DI AZIONE LOCALE PER<br/>L'IGIENE DELLE MANI</b> | <b>Anno 2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------|

| AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2026                                                                         |                                |         |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------|---------|
| SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE                                                                      |                                |         |         |
| AZIONI DI MIGLIORAMENTO                                                                                   | R                              | T       | M       |
| 1-aumentare la partecipazione al corso sulle “ICA-INFEZIONI CORRELATE ALL’ASSISTENZA (>80% del personale) | MR/INF.D./referente formazione | 12 mesi | 12 mesi |
| 2- distribuzione a tutto il personale del Piano locale per l’igiene delle mani                            | MR/INF.D                       | 6 mesi  | 12 mesi |

Legenda: R: responsabile, T: tempo previsto per implementazione, M: tempo di monitoraggio, Amm.: amministrazione, DS: direzione di struttura, MR: medico responsabile, INF.D.: infermiere dirigente.

| AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2026                                                                          |           |            |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|---------|
| SEZIONE c – MONITORAGGIO E FEEDBACK                                                                        |           |            |         |
| AZIONI DI MIGLIORAMENTO                                                                                    | R         | T          | M       |
| 1- verificare il grado di compliance tramite osservazione diretta degli operatori (scheda di osservazione) | MR/INF.D. | semestrale | 12 mesi |
| 2- fornire feedback immediato e sistematico sul grado di compliance rilevato agli operatori                | MR/INF.D. | 12 mesi    | 12 mesi |

Legenda: R: responsabile, T: tempo previsto per implementazione, M: tempo di monitoraggio, Amm.: amministrazione, DS: direzione di struttura, MR: medico responsabile, INF.D.: infermiere dirigente.

| Risultati del monitoraggio dell’osservazione della compliance dell’igiene mani |      |        |
|--------------------------------------------------------------------------------|------|--------|
|                                                                                | 2024 | 2025   |
| % risultati scheda di osservazione                                             | 83 % | 79,1 % |

| AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2026                                                                |                       |         |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------|---------|
| SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE                                                             |                       |         |         |
| AZIONI DI MIGLIORAMENTO                                                                          | R                     | T       | M       |
| 1- monitoraggio dei poster e delle locandine già affisse, eventuale aggiornamento                | MR/INF.D.             | 12 mesi | 12 mesi |
| 2- inserire un focus sui social aziendali relativi alla giornata mondiale sull’igiene delle mani | MR/funzione marketing | 5 mesi  | 12 mesi |

Legenda: R: responsabile, T: tempo previsto per implementazione, M: tempo di monitoraggio, Amm.: amministrazione, DS: direzione di struttura, MR: medico responsabile, INF.D.: infermiere dirigente.

| AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2026                                                               |           |        |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|---------|
| SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT                                                   |           |        |         |
| AZIONI DI MIGLIORAMENTO                                                                         | R         | T      | M       |
| 1-Creazione del team per la promozione e l’implementazione della pratica dell’igiene delle mani | MR/INF.D. | 6 mesi | 12 mesi |

Legenda: R: responsabile, T: tempo previsto per implementazione, M: tempo di monitoraggio, Amm.: amministrazione, DS: direzione di struttura, MR: medico responsabile, INF.D.: infermiere dirigente.

|                                                                                                                       |                                                           |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------|
|  <b>Villa Armonia</b><br>Psichiatria | <b>PIANO DI AZIONE LOCALE PER<br/>L'IGIENE DELLE MANI</b> | <b>Anno 2025</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------|

#### 4. CONSUMO GEL ALCOLICO

**TABELLA CONSUMO GEL ALCOLICO PER IGIENE MANI**

|                                         | <b>2024</b> | <b>2025</b> |
|-----------------------------------------|-------------|-------------|
| <b>n. giornate di degenza</b>           | 34010       | 33945       |
| <b>Consumo soluzione alcolica annua</b> | 65 L        | 36 L        |

Si segnala che, considerata l'utenza della struttura psichiatrica e il potenziale rischio di assunzione per via orale di prodotti idroalcolici, la direzione ha deciso di distribuire il gel idroalcolico nei locali di uso esclusivo per gli operatori e le sole zone comuni a visitatori sempre presidiati dal personale della struttura.

|                                                                                   |                                                      |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------|
|  | <b>PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA<br/>LEGIONELLOSI</b> | <b>Dicembre<br/>2025</b> |
| Struttura "Villa Armonia" - Roma                                                  |                                                      |                          |

Il presente documento viene redatto al fine di rappresentare quanto già posto in essere dalla Struttura **Villa Armonia - Roma** nell'ambito della Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi e, soprattutto, quanto programmato per l'anno 2025 e rappresenta a tutti gli effetti il *Programma di Controllo della Legionellosi*, come previsto dalle suddette Linee di Indirizzo.

#### **a. COSTITUZIONE DEL TEAM;**

Al fine di garantire un'efficace attuazione delle misure di prevenzione, sorveglianza e controllo della legionellosi, la Struttura provvede alla costituzione di un **Team multidisciplinare per la gestione del rischio legionella**.

Il Team ha il compito di coordinare e monitorare tutte le attività previste dal Programma di Controllo della Legionellosi, assicurando l'applicazione delle procedure di prevenzione, il controllo degli impianti idrici e di climatizzazione, la pianificazione delle attività di monitoraggio ambientale e la gestione di eventuali criticità.

Il Team è composto da figure professionali con competenze tecniche, sanitarie e gestionali, tra cui, a titolo esemplificativo:

- **Direzione sanitaria della struttura:** Dr. Vassilij Di Giorgio
- **Direzione della struttura:** Elettra Pozzilli
- **Responsabile servizio prevenzione e protezione:** Francesca Guarino
- **Responsabile servizio tecnico di area Kos Servizi s. cons. a r. l.:** Edoardo Faienza
- **Medico competente:** Dr. Paolo Sanchioli
- **Laboratorio di Microbiologia:** Testing Point 5 srl – Associato Biolab: D.ssa Pauletto Alda
- **Responsabile della gestione del rischio:** Direttore Sanitario: Dr. Vassilij Di Giorgio
- **Responsabili dell'effettuazione dei controlli sull'applicazione della procedura:**
  - Per le attività in carico al manutentore/aziende appaltatrici: Resp. Area Manutentiva
  - Per le attività in carico ai dipendenti di Struttura Villa Armonia : direttore della struttura
  - Audit di terza parte: gruppo di audit, costituito da: R.s.p.p. KC (auditor interno), R.s.p.p. Kos Servizi Auditor esterno di terza parte
  - Audit estemporanei: qualora ritenuto opportuno, eseguita dall'ODV, costituito ai sensi del D.Lgs 231/01

Il Team provvede inoltre alla definizione delle responsabilità operative, alla verifica periodica dell'efficacia delle misure adottate e all'aggiornamento del Programma di Controllo della Legionellosi in funzione di eventuali modifiche impiantistiche, organizzative o normative.

#### **b. REALIZZAZIONE DELLA PIATTAFORMA DOCUMENTALE;**

Al fine di garantire una corretta gestione delle informazioni e la tracciabilità delle attività previste dal Programma di Controllo della Legionellosi, la Struttura provvede alla realizzazione di una piattaforma documentale dedicata, finalizzata alla raccolta, organizzazione e aggiornamento della documentazione relativa alla prevenzione, sorveglianza e controllo della legionellosi.

La piattaforma documentale costituisce lo strumento di riferimento per il Team incaricato e consente di archiviare in modo sistematico e facilmente consultabile tutta la documentazione tecnica e gestionale, tra cui:

- *il Documento di Valutazione del Rischio Legionella;*
- *il Programma di Controllo della Legionellosi;*

- le procedure operative di prevenzione e manutenzione;
- i registri degli interventi di manutenzione, sanificazione e disinfezione;
- i rapporti di prova relativi ai campionamenti e alle analisi microbiologiche;
- eventuali segnalazioni, non conformità e azioni correttive intraprese.

La piattaforma documentale viene costantemente aggiornata dai soggetti responsabili e resa disponibile al Team di gestione del rischio legionella, al fine di garantire il monitoraggio continuo delle attività e la piena conformità alle disposizioni normative e alle Linee di Indirizzo regionali.

**c. MODALITÀ DI ESECUZIONE E TEMPI DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO E INDICAZIONE SINTETICA DELLE MISURE DI CONTROLLO PREVISTE;**

La valutazione del rischio legionella viene effettuata mediante un'analisi sistematica degli impianti idrico-sanitari e degli eventuali impianti aeraulici presenti nella Struttura, al fine di individuare le condizioni che possano favorire la proliferazione e la diffusione del batterio *Legionella* spp..

Tale attività viene svolta da personale qualificato e comprende:

- l'analisi documentale degli impianti e delle procedure di gestione e manutenzione;
- il sopralluogo tecnico degli impianti idrici e degli eventuali sistemi di climatizzazione;
- l'individuazione dei punti critici e delle possibili condizioni di rischio (ristagni d'acqua, temperature favorevoli alla proliferazione, presenza di incrostazioni o biofilm, scarsa circolazione dell'acqua);
- la verifica delle modalità di gestione e manutenzione degli impianti;
- l'eventuale definizione dei punti di campionamento per il monitoraggio microbiologico.

La valutazione del rischio viene aggiornata con cadenza annuale (*con i seguenti contenuti: - la valutazione del rischio – individuazione degli interventi volti alla prevenzione e al controllo, compresa la definizione delle procedure da attuare in presenza di casi – interventi di formazione specifica*) o ripetuta ogni volta che ci siano modifiche significative degli impianti, della tipologia di pazienti assistiti e in caso di reiterata e anomala presenza di *Legionella* negli impianti riscontrata a seguito dell'attività di monitoraggio.

In particolare una revisione obbligatoria qualora il 30% dei campioni prelevati risulti positivo (UFC/l tra 101 e 1.000) e la seconda analisi che riconfermi il superamento, oppure in caso che il 20% dei campioni prelevati risultino positivi (UFC/l tra 1.001 e 10.000) oppure per valori superiori a 10.000 UFC/l come descritto in dettaglio nella tabella 4 (impianti idrici) e tabella 7 (UTA) come da linee guida.

Gli esiti della valutazione specifica sono discussi annualmente in occasione della riunione annuale ex art. 35 e nel riesame della direzione.

Tutte le attività di valutazione del rischio e le relative misure di controllo adottate vengono documentate e registrate all'interno della piattaforma documentale dedicata, al fine di garantirne la tracciabilità e il costante aggiornamento.

**MISURE DI CONTROLLO PREVISTE**

**IMPIANTO IDRICO**

| Punti critici                    | Descrizione e tipologia di rischio                                                                                                                                                                                                                             | Intervento e periodicità                                                                                     |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Clorazione dell'acqua in entrata | La struttura è collegata alla rete idrica comunale dalla quale attinge l'acqua per tutte le utenze e necessità (antincendio, sanitaria, irrigazione). L'acqua comunale è trattata con cloro.<br><b><i>Ipoclorazione con conseguente crescita batterica</i></b> | Ricerca legionella <b>semestrale</b><br><br>Ricerca legionella <b>trimestrale</b> (pz rischio molto elevato) |

| Punti critici                                                        | Descrizione e tipologia di rischio                                                                                                                                                                                                                                                                 | Intervento e periodicità                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| T acqua fredda                                                       | Proliferazione della legionella per temperatura > 20°                                                                                                                                                                                                                                              | Annuale periodo estivo dopo 20''/40''/60''                                                                                                                                                                                            |
| filtri                                                               | I filtri in ingresso della struttura hanno la funzione di trattenere il particolato (* qualora i risultati delle analisi lo rendano necessario)<br><b>Perdita di efficienza con conseguente crescita batterica su filtro</b>                                                                       | Lavaggio e disinfezione*                                                                                                                                                                                                              |
| Autoclave/vaso di espansione                                         | accumulo acqua fredda/calda (* qualora i risultati delle analisi lo rendano necessario)<br>pulizia e disinfezione sono obbligatori in caso di interventi di manutenzione dell'impianto<br><b>Sedimenti/sporcizia con conseguente crescita batterica</b>                                            | Pulizia e disinfezione annuale*                                                                                                                                                                                                       |
| Addolcitore                                                          | Per prevenire la formazione di calcare all'interno degli impianti<br><b>Sedimenti/sporcizia con conseguente crescita batterica</b>                                                                                                                                                                 | Controllo visivo settimanale<br><br>Pulizia e disinfezione semestrale serbatoio contenimento salamoia                                                                                                                                 |
| boiler/accumulo                                                      | accumulo acqua calda (* qualora i risultati delle analisi lo rendano necessario)<br><br><b>Sedimenti/temperatura inadeguata (25°C e 45°C) con conseguente crescita batterica</b>                                                                                                                   | Svuotamento, pulizia e disinfezione semestrale*<br>Mantenere la T tra 55 e 60°C                                                                                                                                                       |
| rompi getto, flessibili e soffioni (rubinetto lavabo, bidet e docce) | Formazione di Incrostazioni<br><b>proliferazione batterica</b>                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Pulizia e disinfezione/ sostituzione</b> ogni 6 mesi o al bisogno                                                                                                                                                                  |
| ristagno dell'acqua in <b>PRESENZA</b> di impianto di disinfezione   | Ristagno dell'acqua e diminuzione della temperatura nelle utenze periferiche e calo della concentrazione del disinfettante<br><b>proliferazione batterica</b>                                                                                                                                      | <b>Flussaggio</b> acqua calda di tutti i terminali <b>ogni 7 gg</b> per almeno 3 minuti                                                                                                                                               |
| Temperatura dell'acqua calda nei diversi punti della rete            | La legionella è termofila e cresce bene tra i 25°C e 42°C. se l'acqua viene conservata nei serbatoi in questo range di temperatura o distribuita ai reparti, vi è un ragionevole rischio che l'impianto idrico si possa colonizzare con Legionella;<br><b>crescita batterica nella rete idrica</b> | Controllo della temperatura <u>Semestrale</u> durante i campionamenti per la ricerca della legionella                                                                                                                                 |
| Impianto di biossido di cloro                                        | E' presente un impianto di biossido di cloro regolarmente mantenuto agisce tramite la produzione di biossido di cloro attraverso la miscela di clorito di sodio con acido cloridrico iniettato in acqua fredda/calda.<br><b>Ipoclorazione con conseguente crescita batterica</b>                   | Verifica visiva <b>settimanale</b> del funzionamento dell'impianto e registrazione dei controlli/interventi                                                                                                                           |
|                                                                      | il valore di cloro residuo deve essere compreso tra 0,10 e 0,40,<br><br><b>ipoclorazione con conseguente crescita batterica</b>                                                                                                                                                                    | <b>verifica presenza disinfettante residuo alle utenze</b> (e registrazione dei valori) <b>almeno 3 utenze al mese</b> ,<br>se i valori dovessero essere inferiori, contattare la ditta che ha in appalto il servizio di manutenzione |
| impianto irrigazione                                                 | È presente impianto di irrigazione NON AUTOMATICO CON ACQUA PROVENIENTE DA POZZO DI PROFONDITA'                                                                                                                                                                                                    | Programmazione dell'irrigazione in orario notturno                                                                                                                                                                                    |

| Punti critici | Descrizione e tipologia di rischio                      | Intervento e periodicità |
|---------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|
|               | <i>ipoclorazione con conseguente crescita batterica</i> |                          |

#### **IMPIANTO TRATTAMENTO ARIA**

| Punti critici                    | Descrizione e tipologia di rischio                                                                | Intervento e periodicità                                                            |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ☑ Filtri delle UTA               | Nell'impianto di trattamento dell'aria sono presenti filtri<br><i>Incremento carica batterica</i> | Pulizia trimestrale e sostituzione annuale                                          |
| ☑ Altre componenti dell'impianto | <i>Incremento carica batterica</i>                                                                | Vedi capitolato tecnico, parte integrante del contratto di appalto manutenzione UTA |

#### **d. RISULTATO SINTETICO DEGLI ESITI DEL MONITORAGGIO OPERATIVO DI VERIFICA SULL'EFFICACIA DELLE MISURE DI CONTROLLO IN ATTO;**

Gli esiti delle attività di monitoraggio operativo finora effettuate evidenziano, in linea generale, la corretta applicazione delle misure di controllo previste e l'assenza di criticità rilevanti tali da richiedere interventi straordinari di bonifica.

Le verifiche effettuate confermano pertanto l'efficacia delle procedure di gestione e manutenzione adottate, fermo restando il mantenimento delle attività di controllo e monitoraggio previste dal Programma di Controllo della Legionellosi.

Tutti i risultati delle verifiche e delle eventuali analisi effettuate vengono registrati e archiviati nella piattaforma documentale dedicata, al fine di garantirne la tracciabilità e consentire una costante valutazione dell'andamento del rischio.

#### **e. SINTESI DEL PIANO DI MIGLIORAMENTO EVENTUALMENTE PREVISTO E INDICAZIONE SINTETICA DELLE AZIONI CORRETTIVE;**

Sulla base degli esiti della valutazione del rischio e delle attività di monitoraggio operativo, la Struttura ha provveduto, ove necessario, alla definizione di un piano di miglioramento finalizzato a rafforzare le misure di prevenzione e controllo del rischio legionella.

Il piano di miglioramento prevede l'individuazione di eventuali criticità o ambiti di ottimizzazione nella gestione degli impianti idrico-sanitari e nelle procedure operative, nonché la programmazione di specifiche azioni correttive e preventive, tra cui:

- l'implementazione o l'aggiornamento delle procedure di gestione e manutenzione degli impianti;
- il potenziamento delle attività di monitoraggio e controllo dei parametri gestionali (temperature, flussaggi, verifiche periodiche);
- l'eventuale sostituzione o adeguamento di componenti impiantistiche che possano favorire fenomeni di ristagno o proliferazione batterica;
- la programmazione di interventi straordinari di pulizia, disinfezione o bonifica qualora emergano condizioni di rischio;
- il rafforzamento delle attività di informazione e formazione del personale coinvolto nella gestione degli impianti.

Le azioni correttive eventualmente individuate vengono pianificate indicando tempi di attuazione, responsabilità operative e modalità di verifica dell'efficacia degli interventi, al fine di garantire il continuo miglioramento del sistema di prevenzione e controllo della legionellosi.

Tutte le attività previste nell'ambito del piano di miglioramento sono documentate e monitorate attraverso la piattaforma documentale dedicata, al fine di assicurare la tracciabilità degli interventi e il costante aggiornamento del Programma di Controllo della Legionellosi.

**f. PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI DI SUPPORTO PREVISTE (AD ESEMPIO SULLA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI).**

Al fine di garantire una corretta attuazione del Programma di Controllo della Legionellosi, la Struttura prevede specifiche azioni di supporto, finalizzate a rafforzare le competenze del personale coinvolto e a migliorare l'efficacia delle attività di prevenzione, sorveglianza e controllo.

Tra le principali azioni previste rientrano:

- la formazione e l'aggiornamento periodico del personale coinvolto nella gestione e manutenzione degli impianti idrico-sanitari e di climatizzazione, con particolare riferimento ai rischi associati alla legionella e alle corrette procedure di prevenzione e controllo;
- la diffusione di procedure operative e istruzioni di lavoro relative alla gestione degli impianti e alle attività di manutenzione e sanificazione;
- la sensibilizzazione del personale sui comportamenti corretti da adottare per ridurre il rischio di proliferazione e diffusione del batterio;
- il supporto tecnico e organizzativo al Team di gestione del rischio legionella, anche mediante il coinvolgimento di consulenti o laboratori qualificati per le attività di monitoraggio e analisi;
- l'eventuale aggiornamento delle procedure interne e della documentazione tecnica, in funzione di modifiche normative, organizzative o impiantistiche.