

DATA EMISSIONE	REDATTO DA	ADOTTATO DA	INFORMATO
24/2/2026	DIRETTORE SANITARIO	MEDICI RESPONSABILI	DIRETTORE DI 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 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 operatori¹. 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:

- 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.

¹ 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”*.

 Villa Sant'Alessandro Psichiatria	“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)”	Anno 2025
---	---	------------------

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).

 Villa Sant'Alessandro Psichiatria	“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)”	Anno 2025
---	---	------------------

1.1 IL CONTESTO ORGANIZZATIVO

DATI STRUTTURALI		
SRTRe Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per Trattamenti Comunitari Estensivi	N. 19	Posti residenziali in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio
SRSR 24H Struttura Residenziale Socio- Riabilitativa a Elevata Intensità Assistenziale Socio-Sanitaria	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
Ricoveri in regime privato	N. 39	Posti residenziali in regime di autorizzazione

DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI (2025)	
SRTRe Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per Trattamenti Comunitari Estensivi	NUMERO INSERIMENTI: 14
SRSR 24H Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa a Elevata Intensità Assistenziale Socio-Sanitaria	NUMERO INSERIMENTI: 2
Struttura per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare	NUMERO INSERIMENTI: 53
Ricoveri in regime privato	NUMERO INSERIMENTI: 233

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 2025.

 Villa Sant'Alessandro Psichiatria	“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)”	Anno 2025
---	---	------------------

TIPO DI EVENTO	N. E % TOTALE DEGLI EVENTI	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/ CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
NEAR MISS ²	1	STRUTTURALI (/)	STRUTTURALI (/)	SISTEMI DI REPORTING (100%)
EVENTI AVVERSI ³	13	TECNOLOGICI (/)	TECNOLOGICHE (/)	SINISTRI (/)
		ORGANIZZATIVI (50%)	ORGANIZZATIVE (50%)	ICA (/)
		PROCEDURE/ COMUNICAZIONE (50%)	PROCEDURE/ COMUNICAZIONE (50%)	FARMACOVIGILANZA (/)
EVENTI SENTINELLA ⁴	0			

Si registrano: 1 near miss: evento aggressivo eterodiretto che non ha avuto conseguenze avverse; 13 eventi avversi: n° 8 come agiti aggressivi (n°1 agiti aggressivi autodiretti, n°7 agiti aggressivi eterodiretti contro altri pz e operatori), n°3 cadute, n° 2 errori di somministrazione della terapia; e 0 eventi 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.

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.

² 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.

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

⁴ 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 abbiamo contribuito b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

 Villa Sant'Alessandro Psichiatria	“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)”	Anno 2025
---	---	------------------

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

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

1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

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

 Villa Sant'Alessandro Psichiatria	“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)”	Anno 2025
---	---	------------------

1.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITA' PER L'ANNO PRECEDENTE

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

**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/ 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).

 Villa Sant'Alessandro Psichiatria	“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)”	Anno 2025
---	---	------------------

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 SANITARIO /RISK MANAGER	MEDICI RESPONSABILI	DIRETTORE 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 SANITARIO /RISK MANAGER	MEDICI RESPONSABILI	DIRETTORE STRUTTURA
Progettazione del corso/predisposizione materiale didattico	R	R	I
Erogazione del corso	I	R	I

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.

ATTIVITA' 1: aggiornamento delle procedure clinico-organizzative di ciascuna unità operativa in relazione alle specificità clinico-assistenziali ed al profilo specifico di rischio clinico

INDICATORE: Aggiornamento entro il 31/12/2026

STANDARD: Linee guida evidence-based/Buone pratiche clinico-assistenziali

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	DIRETTORE SANITARIO /RISK MANAGER	MEDICI RESPONSABILI
Aggiornamento procedure	R	R

ATTIVITA' 2: riunioni annuali dei comitati multidisciplinari sulle aggressioni nei confronti degli operatori, e maltrattamenti verso i pz.

INDICATORE: Aggiornamento entro il 31/12/2026

STANDARD: Linee guida evidence-based/Buone pratiche clinico-assistenziali

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	DIRETTORE SANITARIO /RISK MANAGER	MEDICI RESPONSABILI
Aggiornamento procedure	R	R

ATTIVITA' 3: aggiornamento di tutte le procedure clinico-organizzative della struttura con divulgazione a tutte le unità operative

INDICATORE: Aggiornamento entro il 30/6/2026

STANDARD: Linee guida evidence-based/Buone pratiche clinico-assistenziali

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	DIRETTORE SANITARIO /RISK MANAGER	MEDICI RESPONSABILI
Aggiornamento procedure	R	R

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

ATTIVITA' 1: monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani

INDICATORE: report consumo

STANDARD: regolare fornitura e disponibilità in tutte le unità organizzative.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	DIRETTORE SANITARIO/ RISK MANAGER	MEDICI RESPONSABILI
Compilazione report	R	R

ATTIVITA' 2: Monitoraggio microbiologico matrici ambientali (acqua/superfici) e alimenti.

INDICATORE: n. campionamenti effettuati

STANDARD: linee guida/piano HACCP

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	DIRETTORE SANITARIO/ RISK MANAGER	MEDICI RESPONSABILI
Monitoraggio report	R	I

ATTIVITA' 3: diffusione del piano di intervento regionale sull'igiene delle mani

INDICATORE: diffusione piano

STANDARD: diffusione piano annuale.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	DIRETTORE SANITARIO/ RISK MANAGER	MEDICI RESPONSABILI
Diffusione piano	R	R

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/ 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”.

 Villa Sant'Alessandro Psichiatria	“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)”	Anno 2025
---	---	------------------

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	COINVOLTO	ADOTTATO DA
26/2/2026	DIRETTORE SANITARIO	DIRETTORE DI STRUTTURA	RESPONSABILI DI 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.).



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	60	75
SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK	70	65
SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE	65	65
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	70	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: - 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

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 %	75 %

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 COMMITMENT

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.



4. CONSUMO GEL ALCOLICO

TABELLA CONSUMO GEL ALCOLICO PER IGIENE MANI

	2024	2025
n. giornate di degenza	13305	14039
Consumo soluzione alcolica annua	38 l	30 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.

	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	Dicembre 2025
Struttura Villa Sant'Alessandro_ROMA		

Il presente documento viene redatto al fine di rappresentare quanto già posto in essere dalla Struttura **Villa Sant'Alessandro _ 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:** Dott. 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: Dssa Pauletto Alda
- **Responsabile della gestione del rischio:** Direttore Sanitario: Dott. 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 Sant'Alessandro: 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.	Ricerca legionella semestrale Ricerca legionella trimestrale (pz rischio molto elevato)

Punti critici	Descrizione e tipologia di rischio	Intervento e periodicità
	<i>Ipoclorazione con conseguente crescita batterica</i>	
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) <i>Perdita di efficienza con conseguente crescita batterica su filtro</i>	Lavaggio e disinfezione*
Cisterna/vasca	accumulo acqua fredda La pulizia viene prima valutata visivamente, quando possibile del manutentore, che qualora necessario richiede intervento dell'appaltatore; (* qualora i risultati delle analisi lo rendano necessario) pulizia e disinfezione sono obbligatori in caso di interventi di manutenzione dell'impianto Nota: (con 50 ppm di cloro residuo libero per 60 minuti); la stessa operazione va effettuata a fronte di lavori che possono aver dato luogo a contaminazioni o a un possibile ingresso di acqua non potabile). <i>Sedimenti/sporcizia con conseguente crescita batterica</i>	Pulizia e disinfezione annuale*
Autoclave/vaso di espansione	accumulo acqua fredda/calda (* qualora i risultati delle analisi lo rendano necessario) pulizia e disinfezione sono obbligatori in caso di interventi di manutenzione dell'impianto <i>Sedimenti/sporcizia con conseguente crescita batterica</i>	Pulizia e disinfezione annuale*
Addolcitore	Per prevenire la formazione di calcare all'interno degli impianti <i>Sedimenti/sporcizia con conseguente crescita batterica</i>	Controllo visivo settimanale Pulizia e disinfezione semestrale serbatoio contenimento salamoia
boiler/accumulo	accumulo acqua calda (* qualora i risultati delle analisi lo rendano necessario) <i>Sedimenti/temperatura inadeguata (25°C e 45°C) con conseguente crescita batterica</i>	Svuotamento, pulizia e disinfezione semestrale* Mantenere la T tra 55 e 60°C
scambiatore di calore a piastra	Riscaldamento dell'acqua (* qualora i risultati delle analisi lo rendano necessario) <i>Incrostazioni con conseguente crescita batterica</i>	Pulizia e disinfezione* annuale dopo interventi di manutenzione su scambiatori, disinfettare l'impianto acqua calda sanitaria (con cloro residuo libero 50 mg/l per 1 ora o 20 Mg/l per 2 ore)
rompi getto, flessibili e soffioni (rubinetto lavabo, bidet e docce)	Formazione di Incrostazioni <i>proliferazione batterica</i>	Pulizia e disinfezione/ sostituzione ogni 6 mesi o al bisogno
ristagno dell'acqua in PRESENZA di impianto di disinfezione	Ristagno dell'acqua e diminuzione della temperatura nelle utenze periferiche e calo della concentrazione del disinfettante (impianto a biossido di cloro operativo a regime da metà settembre 2022) <i>proliferazione batterica</i>	Flussaggio acqua calda di tutti i terminali ogni 7 gg per almeno 3 minuti

Punti critici	Descrizione e tipologia di rischio	Intervento e periodicità
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; crescita batterica nella rete idrica	Controllo della temperatura <u>Semestrale</u> durante i campionamenti per la ricerca della legionella
Impianto di biossido di cloro (impianto operativo a regime da metà settembre 2022)	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. Ipoclorazione con conseguente crescita batterica	Verifica visiva settimanale del funzionamento dell'impianto e registrazione dei controlli/interventi
	il valore di cloro residuo deve essere compreso tra 0,10 e 0,40 , Ipoclorazione con conseguente crescita batterica	verifica presenza disinfettante residuo alle utenze (e registrazione dei valori) almeno 3 utenze al mese , se i valori dovessero essere inferiori, contattare la ditta che ha in appalto il servizio di manutenzione
impianto irrigazione	È presente impianto di irrigazione Ipoclorazione con conseguente crescita batterica	Programmazione dell'irrigazione in orario diurno

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 Incremento carica batterica	Pulizia trimestrale e sostituzione annuale
Altre componenti dell'impianto	Incremento carica batterica	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.