

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

SRSR H24

nuovi passi



Via di Settecamini, 121/131 sc. C, int. 3 – 00131 - Roma
Tel. – Fax 06 69759761 - E-mail: srsrnuovipassi@gmail.com

"LA MARGHERITA S.R.L."

Sede legale: Via di Casal Bianco, 135 - 00131, Roma
CF. - P.I. 1657891000
e-mail: lamargheritasrl1@gmail.com - Tel./fax 06 41290425

Redazione	Aggiornamento	Verifica	Approvazione	Autorizzazione alla diffusione
09/02/2026	16/02/2026	18/02/2026	22/02/2026	23/02/2026
Dott.ssa F. Ratti		Sig.ra R. Colarulli	Dott.ssa F. Ratti	
<i>Firma</i> 		LA MARGHERITA srl <i>Firma</i>  Via di Casal Bianco, 135 cap 00131 P.I. 1657891000	<i>Firma</i> 	

INDICE

1. Contesto organizzativo	3
2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	6
3. Descrizione della posizione assicurativa	7
4. Resoconto delle attività del Piano precedente	7
5. Matrice delle responsabilità	9
6. Obiettivi e attività	10
6.1. Obiettivi	10
6.2. Attività	10
7. Modalità di diffusione del documento	16
8. Riferimenti normativi, bibliografia e sitografia.....	16
8.1. Riferimenti normativi.....	16
8.2. Bibliografia.....	19
8.3. Sitografia.....	20
Allegato 1: Piano di azione locale sull'igiene delle mani (PALIM).....	22
1. Attività effettuate nel 2025.....	22
2. Questionario di autovalutazione e obiettivi per il 2026.....	23
3. Confronto con gli anni precedenti.....	26
4. Confronto consumo di soluzione alcolica.....	26
5. Riferimenti bibliografici e normativi.....	27
Allegato 2: Documento di valutazione sul rischio legionella.....	29
1. Costituzione del team.....	29
2. Realizzazione di una piattaforma documentale.....	30
3. Monitoraggio delle attività e tempi di esecuzione	30
4. Esiti del monitoraggio, piani di miglioramento, azioni correttive e pianificazione....	31

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La SRSR H24 “Nuovi Passi” è accreditata con decreto istituzionale definitivo con delibera n. 153 del 23/04/2021, confermando il D.C.A. della Regione Lazio n. **U00437 del 24.10.2019** per l’assistenza psichiatrica ad elevata intensità assistenziale, per complessivi quattro posti letto. La successiva delibera n. 759 del 29.09.2022 autorizza all’esercizio ed accreditamento, per effetto di trasferimento inter-distrettuale, nella nuova sede di Via di Settecamini, n. 121, scala C, int. 3 – Roma. La Struttura ha come finalità quella del sostegno e del miglioramento della qualità di vita delle persone con disagio psichico, attraverso le attività Socio-Riabilitative offerte dalla struttura.

La SRSR H24 “Nuovi Passi” insiste sul territorio della ASL ROMA2. La struttura è collocata in un appartamento, situato in un condominio che fa parte di un comprensorio, dotato di spazi verdi comuni. Questa soluzione abitativa favorisce l’integrazione degli ospiti, con una possibile apertura verso la realtà quotidiana, auspicabile nella riabilitazione verso una futura autonomia.

L’immobile in cui ha sede la struttura è collocato in tranquillo consorzio residenziale dove sono disponibili tutti i servizi: Chiesa, Ufficio, Postale, ambulatori medici, farmacia, negozi di vari tipi e supermercati, bar.

Lo Staff include attualmente un Medico Psichiatra Psicoterapeuta, due Tecnici della Psicologia, un Assistente Sociale, un Infermiere e quattro Operatori Socio-Sanitari.

La SRSR H24 ha tra le principali finalità quella del sostegno e del miglioramento della qualità di vita delle persone con disagio psichico, attraverso le attività Socio-Riabilitative offerte dalla struttura.

La **mission** della La SRSR H24 “Nuovi Passi”, coerentemente con il Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000 (DPR 1° novembre 1999), è *migliorare la qualità della vita e l’integrazione sociale* dei soggetti con una diagnosi di disturbo psichiatrico, attraverso l’accoglienza su base volontaria presso le Strutture Residenziali Socio-Riabilitative H. 24, mirando al potenziamento delle capacità e delle competenze dei singoli. Il principio del nostro lavoro di squadra si basa sull’umanizzazione dell’assistenza e della relazione d’aiuto.

L’inserimento presso la struttura è indicato per pazienti in condizioni cliniche stabilizzate e che, pur non necessitando di trattamenti in regime di ricovero, richiedono una temporanea e specializzata presa in carico. La SRSR H24 accoglie pazienti adulti con disturbi psichiatrici non trattabili a domicilio e che necessitano di periodi di ospitalità di medio-lungo termine in un contesto comunitario protetto. L’accesso alla Struttura avviene tramite autorizzazione del DSM di competenza territoriale su ricettario del SSR, previa valutazione di idoneità della Unità di Valutazione Multidisciplinare competente. L’inserimento avviene secondo una procedura che comporta da parte dell’équipe inviante la definizione di un Piano Terapeutico Individuale.

L’inserimento del paziente nella SRSR viene realizzato seguendo le indicazioni della normativa vigente (DCA 188 del 14 maggio 2015), al fine di poter offrire una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati, ad un corretto rapporto con gli enti erogatori accreditati.

L’intervento viene realizzato attraverso la stesura di un progetto Socio-Riabilitativo individualizzato (PTRP) ed integrato con l’apporto dell’équipe multidisciplinare, della struttura ospitante, e con i referenti dei servizi territoriali, dell’utente stesso e dei familiari ove presenti.

La realizzazione del progetto si attua, dunque, attraverso il coinvolgimento dell’utente in attività Socio-Riabilitative individuali e/o di gruppo, all’interno e/o all’esterno della struttura. Il raggiungimento degli obiettivi concordati nel progetto individuale è oggetto di valutazione e verifica periodica trimestrale, semestrale o annuale (a breve, medio e lungo termine).

La finalità delle attività è quella di permettere il potenziamento delle abilità residue individuali e del contesto di appartenenza, oltre che il consolidamento delle autonomie rispetto alla cura di sé e dell’ambiente, all’area sociale e relazionale, area psicologica e farmacologica raggiunte dall’utente durante il percorso di riabilitazione. I nostri utenti necessitano di un periodo di ospitalità di medio-lungo termine in un contesto comunitario di tipo familiare che possa fungere da mediatore della “restituzione sociale”. Con la specifica finalità di favorire l’acquisizione della maggiore autonomia possibile e consentire l’uscita dall’ambito dell’assistenza psichiatrica ed il reinserimento sociale, con rientro in famiglia o in abitazione autonoma (con supporto domiciliare) o l’inserimento in comunità alloggio o SRSR con minor livello di assistenza Socio-Sanitaria.

La **vision** aziendale si esplicita nel ricercare e promuovere integrazioni, alleanze e sinergie sia all’interno dell’organizzazione, sia all’esterno, per arricchire la rete di relazioni umane esistente e per qualificare l’offerta dei Servizi per la salute mentale, nel rispetto delle uguali opportunità e nella propensione continua al miglioramento delle prestazioni e dei risultati; sviluppare e qualificare il capitale professionale degli operatori e sostenere il loro impegno nel fornire prestazioni di eccellenza ed in linea con quanto previsto dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 13/054/CR7A/C7 in merito alle Strutture Residenziali.

Il modello di riferimento dell’intervento nella SRSR è il modello biopsicosociale; il lavoro riabilitativo è teso ad aumentare le abilità, attraverso la riduzione contemporanea del grado di vulnerabilità individuale e dello stress ambientale. Le attività svolte sono classificabili in due macroaree, le attività riabilitative e quelle medico-psichiatrica.

Le attività Socio-Riabilitative vengono svolte prevalentemente all’esterno della Struttura, provvedendo soprattutto alla costruzione di una rete intorno alla persona, in grado di supportare il paziente nel raggiungimento degli obiettivi. Nello specifico, le attività Socio-Riabilitative, attraverso il lavoro di rete con i servizi territoriali, il terzo settore ed enti di volontariato, sono finalizzate all’inserimento lavorativo per categorie protette, borse lavoro, tirocini formativi, corsi di informatica, ecc. Esse rappresentano il cardine del lavoro svolto presso la SRSR H24. Vengono promosse e sostenute attività di socializzazione, incentivando rapporti sociali, scambi relazionali e

comunicativi. Nel dettaglio si realizzano iniziative culturali, sociali e sportive nell’ambito del territorio, rivolte sia al gruppo, sia al singolo rispetto al proprio percorso individuale. Tra le attività previste si organizzano: visite a musei, mostre, manifestazioni culturali in generale e, in particolare, si promuove la partecipazione a quelle organizzate dal territorio di appartenenza.

Per quanto riguarda l’area medico-psichiatrica, si svolgono colloqui psichiatrici e psicologici, a frequenza settimanale o più, orientati in senso psicoterapeutico e con monitoraggio costante della terapia. Sono attivi dei protocolli di collaborazione con i Medici di Medicina Generale, liberamente scelti dall’utente, per i controlli di routine con la periodicità dettata dalle linee guida internazionali.

Tabella 1 – Presentazione dei dati di attività

SRSR “NUOVI PASSI”			
DATI STRUTTURALI ^(A)			
ASL territorialmente competente		ASL ROMA2	
Posti letto	4	Eventuali divisioni (RSA, Hospice, etc.	Nessuna
DATI DI ATTIVITÀ			
Giornate di degenza	1404	Prestazioni ambulatoriali	Nessuna
Prestazioni domiciliari	Nessuna	N. totale utenti 2025	4
N. ammissioni 2025	8	N. dimissioni 2025	7
ORGANIGRAMMA			
<pre>graph LR; DA[Direzione Amministrativa - AU (Sig.ra Roberta Colarulli)] --- DS[Direzione Sanitaria - DS (Dott.ssa Flavia Ratti)]; DA --- RQ[Responsabile Qualità - RQ (Dott.ssa Flavia Ratti)]; DS --- CO[Coordinatore Clinico-Organizzativo (Dott.ssa Flavia Ratti)]; DS --- TE[Tecnico della Psicologia, educatori (Dott. Tullio Bonelli, Dott.ssa Giovanna Schiavone, Tiziana Loru)]; DS --- RF[Responsabile della Formazione (Dott.ssa Giulia Migliori)]; DS --- AS[Assistente sociale - AS (Dott.ssa Dott.ssa Giulia Migliori)]; DS --- INF[Infermiere (Dott.ssa Diana Oprescu)]; RF --- OSS[OSS (Sig.ra Michela Giallorenzo, Sig. Alessandro Iacobelli, Sig.ra Isabella Mitichecchia, Sig. Matteo Pacella, Sig. Simone Casolaro)];</pre> L'organigramma illustra la struttura organizzativa della SRSR "NUOVI PASSI". Al vertice si trova la Direzione Amministrativa - AU (Sig.ra Roberta Colarulli), che coordina la Direzione Sanitaria - DS (Dott.ssa Flavia Ratti) e il Responsabile Qualità - RQ (Dott.ssa Flavia Ratti). La Direzione Sanitaria - DS è collegata a sei figure professionali: il Coordinatore Clinico-Organizzativo (Dott.ssa Flavia Ratti), il Tecnico della Psicologia, educatori (Dott. Tullio Bonelli, Dott.ssa Giovanna Schiavone, Tiziana Loru), il Responsabile della Formazione (Dott.ssa Giulia Migliori), l'Assistente sociale - AS (Dott.ssa Dott.ssa Giulia Migliori), l'Infermiere (Dott.ssa Diana Oprescu) e l'OSS (Sig.ra Michela Giallorenzo, Sig. Alessandro Iacobelli, Sig.ra Isabella Mitichecchia, Sig. Matteo Pacella, Sig. Simone Casolaro).			

In questo contesto la gestione del rischio affronta molti dei rischi comuni alle Strutture Sanitarie quali il rischio sanitario, il rischio caduta, le infezioni correlate all'assistenza, le aggressioni agli operatori sanitari, l'igiene delle mani. E, in aggiunta, si cercano di individuare tutti i rischi correlati alla natura particolare della malattia psichiatrica di ogni singolo paziente. Le metodologie di gestione del rischio in questo contesto possono essere, pertanto, diverse.

Le procedure organizzative o cliniche vengono di conseguenza continuamente riviste grazie ad un attento lavoro di equipe, sotto il controllo del Direttore Sanitario/Risk Manager della Struttura.

Anche la formazione, attraverso percorsi di sensibilizzazione che coinvolgono tutti i membri dell'equipe, viene continuamente aggiornata con l'obiettivo di contribuire a sviluppare nuove procedure volte a ridurre il rischio sanitario in modo significativo.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 24/2017, la SRSR "Nuovi Passi" nella propria relazione annuale consuntiva, dichiara che non si sono verificati eventi avversi all'interno della struttura.

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2025 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

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

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

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre che "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio". Al fine di ottemperare a tale obbligo è pertanto

necessario elaborare una tabella sul modello di quella di seguito riportata (Tabella 3), che potrà eventualmente essere modificata sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in esso riportati:

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

Anno ^(A)	N. Sinistri aperti ^(B)	N. Sinistri liquidati ^(B)	Risarcimenti erogati ^(B)
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0
2024	0	0	0
2025	0	0	0
Totale	0	0	0

(A): La struttura SRSR “Nuovi Passi” è operativa a partire dal 2019

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

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicurativa	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2020-’21	18/12/2021	Helvetia	714,00		
2021-’22	18/12/2022	Helvetia	714,00		
2022-’23	19/12/2023	Allianz	152,01		
2023-’24	19/12/2024	Allianz	154,00		
2024-’25	19/12/2025	Allianz	152,01		
2025-’26	19/12/2026	Allianz	152,01		

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

In questa sezione una relazione sintetica sulle attività previste il PARS dell’anno precedente, sulla loro realizzazione o sulle criticità che non hanno consentito il raggiungimento di tutti gli obiettivi previsti, secondo la tabella allegata (Tabella 5), modificabile sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati.

Tabella 5 – Resoconto delle attività del Piano precedente

A) Obiettivo Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Diffusione del PARS precedente a tutti gli operatori sanitari.	SI	Inoltro via e-mail, affissione in Struttura, pubblicazione sul sito aziendale.
Attività 2: Monitoraggio del PARS.	SI	Eseguiti controlli cadenzati degli obbiettivi raggiunti.
Attività 3: Organizzazione di attività di informazione e formazione degli operatori sulle tematiche del Rischio Sanitario e sulla sicurezza dei pazienti, anche per quanto riguarda il monitoraggio e la prevenzione delle ICA.	SI	Effettuate riunioni verbalizzate con cadenza trimestrale.
Attività 4: Progettazione ed esecuzione di un “Corso sul Rischio Sanitario”.	SI	Progettata ed eseguita una edizione del corso con report dell’attività.
Attività 5: Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulle ICA”.	SI	Progettata ed eseguita una edizione del corso con report dell’attività.
Attività 6: Riunione di Equipe mensili.	SI	Eseguite, verbalizzate ed obbligatorie per tutti i membri dell’equipe.
B) Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso sulla comunicazione del e con il paziente psichiatrico” (anche in modalità FAD)	SI	Progettata ed eseguita una edizione del corso con report dell’attività.
Attività 2: Implementazione delle procedure per il rispetto delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza degli utenti e degli operatori (anche in modalità FAD).	SI	Il tema è stato oggetto di discussione nel corso delle riunioni di equipe. Riscontri nei verbali.
Attività 3: Attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita dagli utenti.	SI	Effettuati questionari e riunioni di equipe a cadenza semestrale con pubblicazione dei risultati sul sito aziendale.
Attività 4:	SI	Il tema è stato oggetto di discussione nel corso delle riunioni di equipe. Riscontri nei verbali.

Prevenzione delle cadute dei pazienti: Attività di verifica della corretta conoscenza e applicazione delle procedure.		
Attività 5: Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari: Attività di verifica della corretta conoscenza e applicazione delle procedure (anche in modalità FAD).	Si	Il tema è stato oggetto di discussione nel corso delle riunioni di equipe. Riscontri nei verbali.
Attività 6: Analisi per il miglioramento dell'organizzazione dei compiti e delle responsabilità di ogni singolo membro dell'equipe e questionari sul clima di gruppo con verifica dell'efficacia delle interazioni e della comunicazione.	Si	Effettuati questionari sul clima di gruppo con riunioni di equipe a cadenza semestrale. Riscontri nei verbali.
C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani		
Attività	Realizzata^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Attività di verifica sulle procedure avviate previste dal piano di azione locale sull'igiene delle mani.	SI	Il tema è stato oggetto di discussione nel corso delle riunioni di equipe. Riscontri nei verbali.
Attività 2: Organizzazione di attività di informazione e formazione e monitoraggio degli operatori sull'igiene delle mani per la prevenzione delle ICA.	SI	Il tema è stato oggetto di discussione nel corso delle riunioni di equipe. Riscontri nei verbali. Affissione poster informativi.
D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).		
Attività	Realizzata^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Monitoraggio epidemiologico sulle ICA.	SI	Monitoraggio periodico di eventuali sintomi respiratori e disponibilità del tampone rapido per la ricerca di SarsCov2 per tutti gli operatori. Effettuate riunioni di equipe. Riscontri nei verbali.
Attività 2: Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica	Si	Il tema è stato oggetto di discussione nel corso delle riunioni di equipe. Riscontri nei verbali.
Attività 3: Riunioni del personale sull'uso dei disinfettanti e sulla corretta igiene delle mani.	Si	Il tema è stato oggetto di discussione nel corso delle riunioni di equipe. Riscontri nei verbali.
Attività 4: Pulizia e sanificazione degli ambienti.	Si	Effettuate verifiche e sanificazioni periodiche. Riscontri nei verbali.

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

L'unità di gestione del Rischio Clinico di struttura risulta composta da:

- Dott.ssa Flavia Ratti (Direttore Sanitario nominato Risk Manager e Responsabile Clinico-Organizzativo)
- Sig.ra Roberta Colarulli (Responsabile Gestione Amministrativa)
- Dott.ssa Diana Oprescu (Responsabile Servizio Infermieristico)

Tabella 6 – Matrice delle responsabilità

Azione	RISK MANAGER	DIRETTORE SANITARIO	RESPONSABILE INFERMIERISTICO	RESPONSABILE AMMINISTRATIVO	COORDINATORE CLINICO- ORGANIZZATIVO
Redazione PARS	C	R	I	C	-
Adozione PARS	I	R	C	R	-
Monitoraggio PARS	C	R	C	C	I

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITA'

6.1. Obiettivi

I quattro obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.
- B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

6.2. Attività

La SRSR “Nuovi Passi” Si impegna per il PARS 2026 ad ottemperare a tale mandato nel definire le attività seguenti:

Tabella 7 – Declinazione delle attività

OBIETTIVO A) - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE					
ATTIVITÀ 1:					
Diffusione del PARS 2026 a tutti gli operatori sanitari.					
INDICATORE: Inoltro via e-mail, affissione in Struttura, pubblicazione sul sito aziendale.					
STANDARD: SI					
FONTE: Risk manager					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Operatività	R	R	C	I	C
ATTIVITÀ 2:					
Monitoraggio del PARS					
INDICATORE: Controlli cadenzati degli obiettivi raggiunti.					
STANDARD: SI					
FONTE: Direttore Sanitario					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Operatività	R	R	C	I	I
ATTIVITÀ 3:					
Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sulle tematiche del Rischio Sanitario e sulla sicurezza dei pazienti, anche per quanto riguarda il monitoraggio e la prevenzione delle ICA.					
INDICATORE: Riunioni con cadenza trimestrale					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Operatività	R	R	C	I	I
ATTIVITÀ 4:					
Progettazione ed esecuzione di un “Corso sul Rischio Sanitario”.					
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Progettazione del corso	R	R	C	I	I

Accreditamento del corso	C	R	R	I	I
Esecuzione del corso	C	R	I	I	I
ATTIVITÀ 5: Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulle ICA”.					
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Progettazione del corso	R	R	C	I	I
Accreditamento del corso	C	R	R	I	I
Esecuzione del corso	C	R	I	I	I
ATTIVITÀ 6: Riunioni di equipe mensili.					
INDICATORE: A cadenza mensile, obbligatoria per tutti i membri della equipe					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Operatività	R	R	C	C	C
OBIETTIVO B) – MIGLIORARE L’APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI					
ATTIVITÀ 1: Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso sulla comunicazione del e con il paziente psichiatrico” (anche in modalità FAD)					
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Progettazione dell’attività	R	R	C	I	C
Organizzazione dell’attività	C	C	R	I	R
Esecuzione dell’attività	C	R	I	I	C

ATTIVITÀ 2:					
Implementazione delle procedure per il rispetto delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza degli utenti e degli operatori (anche in modalità FAD)					
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Progettazione dell'attività	R	R	C	I	C
Organizzazione dell'attività	C	C	R	I	R
Esecuzione dell'attività	C	R	I	I	C
ATTIVITÀ 3:					
Attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita dagli utenti					
INDICATORE: Valutazione questionari e riunioni di equipe ogni semestre, pubblicazione dei risultati sul sito aziendale					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Progettazione dell'attività	R	R	C	I	C
Organizzazione dell'attività	C	C	R	I	R
Esecuzione dell'attività	C	R	I	I	C
ATTIVITÀ 4:					
Prevenzione delle cadute dei pazienti: Attività di verifica della corretta conoscenza e applicazione delle procedure					
INDICATORE: Riunioni di equipe					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Progettazione dell'attività	R	R	C	I	C
Organizzazione dell'attività	C	C	R	I	R

Esecuzione dell'attività	C	R	I	I	C
ATTIVITÀ 5:					
Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari: Attività di verifica della corretta conoscenza e applicazione delle procedure (anche in modalità FAD)					
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Progettazione dell'attività	R	R	C	I	C
Organizzazione dell'attività	C	C	R	I	R
Esecuzione dell'attività	C	R	I	I	C
ATTIVITÀ 6:					
Analisi per il miglioramento dell'organizzazione dei compiti e delle responsabilità di ogni singolo membro dell'equipe e questionari sul clima di gruppo con verifica dell'efficacia delle interazioni e della comunicazione					
INDICATORE: Riunioni di equipe, questionario semestrale sul clima di gruppo					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Progettazione dell'attività	R	R	C	I	C
Organizzazione dell'attività	C	C	R	I	R
Esecuzione dell'attività	C	R	I	I	C
OBIETTIVO C) – IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI					
ATTIVITÀ 1:					
Attività di verifica sulle procedure avviate previste dal piano di azione locale sull'igiene delle mani					
INDICATORE: Riunioni di equipe.					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Esecuzione	R	R	C	R	C
Verifiche	C	R	C	C	C
ATTIVITÀ 2:					

Organizzazione di attività di informazione/formazione e monitoraggio degli operatori sull'igiene delle mani per la prevenzione delle ICA					
INDICATORE: Riunioni di equipe					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Esecuzione	R	R	C	R	I
Verifiche	C	R	C	I	R
OBIETTIVO D) – PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA					
ATTIVITÀ 1:					
Monitoraggio epidemiologico sulle ICA					
INDICATORE: Riunioni di equipe.					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Esecuzione	R	R	C	R	C
Verifiche	R	R	C	I	R
ATTIVITÀ 2:					
Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica					
INDICATORE: Riunioni di equipe					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività e scheda di monitoraggio					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Esecuzione	R	R	C	R	C
Verifiche	C	R	C	I	R
ATTIVITÀ 3:					
Riunioni del personale sull'uso dei disinfettanti e sulla corretta igiene delle mani					
INDICATORE: Riunioni di equipe					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
ATTIVITÀ 4:					
Pulizia e sanificazione degli ambienti					
INDICATORE: Verifiche periodiche					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo

Esecuzione	C	R	R	I	I
Verifiche	C	C	R	I	C

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

7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Per permettere l'idonea conoscenza e messa in pratica dei contenuti del presente documento, e per il conseguimento degli obiettivi programmati, il PARS 2026 si avvale dei seguenti mezzi di diffusione:

- Pubblicazione sul sito internet della struttura
- Invio al Centro Regionale per il Rischio Clinico della Regione Lazio

8. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

8.1. Riferimenti normativi

- Circolare Ministeriale n. 52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere".
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezione ospedaliere: la sorveglianza".
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".
- Ministero della Salute. Risk management in sanità: Il problema degli errori. Commissione Tecnica sul Rischio clinico. DM 5 marzo 2003.
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro;
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009: Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
- Decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012 (c.d. "decreto omnibus" per la sanità).
- Circolare Ministero della Salute n. 4968 Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE) del 26 febbraio 2013.

- Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): “Gestione del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza” (Determinazione Regionale N. G04112 del 01/04/2014).
- Determinazione n. G09535 del 02/07/2014 “Linee Guida Regionali per l’attività di Gestione dei sinistri da responsabilità Medico/Sanitaria – Composizione e Funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri.
- Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante: “Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014. Preliminare individuazione dei Programmi regionali e approvazione del "Quadro di contesto" del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018”.
- Nota Regione Lazio Prot. n. 99218 del 23 febbraio 2015 Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti.
- Decreto del Commissario ad Acta 6 luglio 2015, n. U00309 recante: “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep. Atti 156/CSR)”.
- DCA n. 00563 del 24/11/2015 con il quale è stato istituito il Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni correlate all’assistenza (ICA) per la elaborazione delle Linee di indirizzo per la stesura dei Piani attuativi per i CC-ICA della Regione Lazio.
- Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 Approvazione delle “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”.
- Determinazione Regionale n. G12355 del 25/10/2016 recante “Approvazione del documento recante definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”
- Determinazione Regionale n. G12356 del 25/10/2016 recante “Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”.
- DCA n. U00328 del 4/11/2016, Progetto 7.3 "contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici".
- Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.

- Legge 8/03/2017 n. 24 recante “Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”.
- Determinazione regionale n. G16829 del 6/12/2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”.
- Determinazione Regionale n. G13505 del 25/10/2018 recante “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli Atti di violenza a danno degli operatori sanitari”.
- Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”.
- Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”.
- Determinazione n. G00163 dell’11.01.2019 con la quale la Regione Lazio ha approvato le “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza” (PAICA).
- Circolare Ministero Salute 6 dicembre 2019 – Indicazioni per la sorveglianza e controllo infezioni da CRE.
- Decreto-legge 23/02/2020, n. 6 “Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19”.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 04/03/2020.
- Ordinanza Presidente Regione Lazio N. Z00034 del 18/04/2020 “Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019: prevenzione, contenimento e gestione dei focolai da SARS-CoV-2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali”.
- Linee Guida CRRC “Piano di intervento Regionale sull’igiene delle mani” del 19 febbraio 2021.
- Determinazione Regionale n. G02044 del 26 febbraio 2021 recante “Adozione del “Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle Mani”.
- Determinazione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n, G02044 del 26/02/2021 “Adozione del Piano di intervento Regionale sull’Igiene delle Mani”.

- Deliberazione Regione Lazio n. 970 del 21 dicembre 2021 “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025”.
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022–2025.
- Determinazione Regionale n. G00643 del 25/01/2022 recante “Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".
- Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all’assistenza (ICA) del 29/11/2022.
- Circolare del 31/12/2022 del Ministero della Salute.
- Deliberazione Giunta Regionale (Regione Lazio) n. 460 del 28/06/2024 con oggetto “Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi”.

8.2. Bibliografia

- Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere: Linee guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle Strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all’assistenza (ICA), 2018.
- Biondi, Massimo (2014) “Comunicazione con il Paziente. Il metodo END. «Empatia, normalizzazione, deescalation» in crisi ed emergenza” Alpes Italia
- Brusaferrò Silvio - Istituto Superiore di Sanità – “L’igiene delle mani come strumento primario per la prevenzione delle ICA e nel contesto del Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza” - Giornata mondiale dell’Igiene delle mani 2019, Roma 9 maggio 2019
- Catino Maurizio (2012) “Capire le Organizzazioni” Il Mulino
- “Comunicazioni relative all’elaborazione del PARM 2020” Area rete ospedaliera e specialistica, prot. U63179 del 21/01/2020 – Regione Lazio
- Direzione Generale UOC Rischio Clinico dell’Azienda Sanitaria di Latina “Piano Aziendale per la Prevenzione delle Cadute dei Pazienti”.
- “Linee guida per l’elaborazione del piano annuale di risk management (PARM)”, pubblicato sul BURL n. 8 del 24/01/2019

- Ministero della Salute, Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi Etici di Sistema: Sicurezza del paziente e Gestione del Rischio Clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari.
- Ministero della Salute “Risk Management in Sanità – Il Problema degli Errori”. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 05/03/2023
- Reason James (1990), “The Contribution of Latent Human Failures to the Breakdown of Complex Systems”. *Philosophical Transactions*.
- Reason James (1997). "Managing the risks of Organizational Accidents". *Ashgate 1 edizione*.
- Reason James, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
- Prevenzione specifica e sorveglianza sanitaria in ambiente ospedaliero alla luce del D.Lgs. 81/08. *Prevenzione Oggi*, n.4 ottobre - dicembre 2008.
- *The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997.*
- WHO – A guide to the implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene improvement strategy (2009).
- WHO guidelines on hand hygiene in health care (2009).
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”.

8.3. Sitografia

- AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators:
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione
- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza
- <https://www.epicentro.iss.it/>
- <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>

- <https://www.ospedalesantandrea.it/index.php/menu-approfondimenti/parlano-gli-specialisti/658-sps-servizio-prevenzione-suicidio>
- Regione Lazio; Piano regionale per l'igiene delle mani
<https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2021-03/Piano-Intervento-Igiene-Mani2021.pdf>

ALLEGATO 1

PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI (PALIM)

Con la Determinazione G02044 del 26/02/2021 è stato adottato il documento “Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani”.

Il presente documento viene redatto al fine di rappresentare quanto già posto in essere dalla Struttura nell'ambito del Piano e, soprattutto, quanto programmato per raggiungere il livello INTERMEDIO che *“Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2023, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura”* (**Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani**) e per mantenerlo come livello standard anche negli anni a seguire.

1. Attività effettuate nel 2025

Attività	Realizzata	Note
Attività 1: Definizione del proprio livello di stato relativamente alle varie sezioni del Piano, in considerazione dei miglioramenti ottenuti e programmazione Attività al fine di raggiungere l'obiettivo proposto.	Si	Effettuata rivalutazione del questionario con analisi comparativa rispetto al 2021-2024 con l'obiettivo di mantenere il “livello intermedio” su tutti gli items del questionario.
Attività 2: Monitoraggio consumo gel idroalcolico.	Si	Monitoraggio del consumo di prodotto e riunione di equipe con stesura del report annuale.
Attività 3: Sessione di osservazione semestrale	Si	Effettuata riunione di equipe con stesura del report.
Attività 4: Formazione ICA e igiene mani per il personale della Struttura.	Si	Effettuata riunione di equipe con stesura del report.
Attività 5: Monitoraggio dell'osservazione della compliance relativa all'Igiene delle Mani e confronto con l'anno precedente.	Si	Monitoraggio e riunione di equipe con stesura del report annuale.
Attività 6: Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari.	Si	Affissione dei report e di materiale informativo in bacheca.

2. Questionario di autovalutazione e obiettivi per il 2026

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
Domanda	Risposta	Punteggio
A.1 - Nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani?	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo	10
A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?	Almeno 1:10 nell'intera Struttura	10
A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?	Si	10
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	Si	15
A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	Si	15
PUNTEGGIO:	60 - Livello intermedio	
OBIETTIVO 2026	Mantenimento del livello mappando le risorse necessarie per garantire l'igiene delle mani per tutta la Struttura, fornendo prodotti e informazioni necessarie secondo un programma definito e con il coinvolgimento della Direzione nello stanziare risorse economiche per l'acquisto del necessario.	
SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE		
Domanda	Risposta	Punteggio
B1 - Formazione degli operatori sanitari		
B.1.1 Nella Struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull'igiene delle mani?	Formazione continua per il personale infermieristico e medico o per tutte le categorie professionali almeno una volta all'anno	10
B.1.2 - Esiste un Sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	Si	20
B2 - Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali		
B.2.1 Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	Si	5
B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale	Si	5
B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani: quando, come e perchè	Si	5
B.2.4 Poster informativi	No	0
B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?	Si	15
B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	No	0
B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	No	0
PUNTEGGIO:	60 - Livello intermedio	
OBIETTIVO 2026	Mantenimento del livello pianificando la formazione e il monitoraggio, e il coinvolgimento del personale per aggiornamenti regolari e coinvolgimento della Direzione per lo stanziamento dedicato alla formazione.	

SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK		
Domanda	Risposta	Punteggio
C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)	Si	10
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	Si	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	Si	5
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani		
C.3.1 Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	Si	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	Si	5
C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	No	0
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani		
C.4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Annualmente	10
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	51-60%	15
C.5 Feedback		
C.5.1 Feedback immediato: al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	Si	5
C.5.2 Feedback sistematico: viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	No	0
C.5.3 Feedback sistematico: viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	No	0
PUNTEGGIO:	60 - Livello intermedio	
OBIETTIVO 2026	Mantenimento del livello organizzando attività di osservazione con cadenza regolare, monitorando ed eventualmente implementando il consumo di soluzione alcolica e la formazione del personale.	
SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE		
Domanda	Risposta	Punteggio
D.1 Sono esposti i seguenti poster (o materiali locali con contenuti simili)?		

D.1.1 - Poster che illustrano le indicazioni per l’igiene delle mani	Esposti in alcuni reparti / dipartimenti (35%)	15
D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	Esposti in alcuni reparti / dipartimenti (35%?)	5
D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	Esposti in alcuni reparti / dipartimenti (35%?)	5
D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	Almeno una volta all’anno	10
D.3 - La promozione dell’igiene delle mani è intrapresa attraverso l’esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?	No	0
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull’igiene delle mani?	Si	10
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	No	0
PUNTEGGIO:	40 - Livello base	
OBIETTIVO 2026	Rivalutazione del materiale informativo a disposizione per esporre poster e opuscoli in più ambienti della struttura, pianificando l’aggiornamento e la produzione di promemoria.	
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
Domanda	Risposta	Punteggio
E.1 - Team per la promozione e l’implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:		
E.1.1 - Esiste un team definito?	Si	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	Si	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell’igiene delle mani?	Si	5
E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell’igiene delle mani?		
E.2.1 - Direzione generale?	Si	5
E.2.2 - Direzione sanitaria?	Si	5
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	No	0
E.3 - Esiste un programma per la promozione dell’igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell’igiene delle mani del 5 maggio?	No	0
E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i “leader” per l’igiene delle mani in tutte le discipline?		
E.4.1 - Designazione dei “promotori” dell’igiene delle mani?	Si	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l’igiene delle mani?	Si	5
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull’igiene delle mani:		
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull’importanza dell’igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	Si	5

E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	No	0
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:		
E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	No	0
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani	Si	5
E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	No	0
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	Si	5
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	Si	5
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	Si	5
PUNTEGGIO:	60 - Livello intermedio	
OBIETTIVO 2026	Mantenimento del livello proseguendo con l'autovalutazione periodica (almeno annualmente) e descrivendo i cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti; assicurare un budget regolare e adeguato alle attività di promozione e sostegno dell'igiene delle mani e per le attività di miglioramento; comunicazione sui progressi e i risultati ottenuti, diffondendo il messaggio attraverso anche altri canali (ad esempio pagine web, eventi, etc.); mirare ad un maggior coinvolgimento dei pazienti.	

3. Confronto con i punteggi degli anni precedenti

SEZIONI	2025	2024	2023	2022	2021
A – Requisiti strutturali e tecnologici	60	60	50	45	45
B – Formazione del personale	60	55	55	55	40
C – Valutazione, monitoraggio e feedback	60	55	55	50	45
D – Comunicazione permanente	40	40	35	35	30
E – Clima organizzativo e commitment	60	60	55	50	50

4. Confronto consumo soluzione alcolica

GEL ALCOLICO (L/1000 giornate degenza)	2025	2024	2023	2022	2021
Tutti gli ambienti della Struttura	16l	16l	15l	15l	13l

8. Riferimenti bibliografici e normativi

- Hand Hygiene Technical Reference Manual. WHO, 2009. Guide to Implementation: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. WHO, 2009
- Template Action Plan, WHO, 2009
- Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user Instructions. WHO, 2010
- Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Inadequate/Basic Results, WHO, 2012
- Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Intermediate Results, WHO, 2012
- Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework – Advanced/Leadership Results, WHO, 2012
- Sax H et al.: The World Health Organization hand hygiene observation method, Am J Infect Control 2009;37:827-34
- Secondo studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti – Protocollo ECDC”. Dipartimento Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. 2018.
- Griffith CJ et al. Environmental surface cleanliness and the potential for contamination during handwashing. American Journal of Infection Control, 2003, 31:93-6.
- Ansari SA et al. Comparison of cloth, paper, and warm air drying in eliminating viruses and bacteria from washed hands. American Journal of Infection Control, 1991,19:243-249.
- Yamamoto Y et al. Efficiency of hand drying for removing bacteria from washed hands: comparison of paper towel drying with warm air drying. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2005, 26:316-320.
- Bottone EJ et al. Ineffectiveness of handwashing with lotion soap to remove nosocomial bacterial pathogens persisting on fingertips: a major link in their intrahospital spread. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2004, 25:262-264.
- Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere: Linee guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle Strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), 2018.

- Colasanti P., Martini L., Raffaele B., Vizio M., ANIPIO: La prevenzione delle infezioni ospedaliere. Carocci Faber, 2009.
- <http://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica>
- Cimon K, Featherstone R. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017 Mar 3. PMID: 29533568.
- Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines. Ottawa: CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health); 2017 Mar.
- Wałaszek MZ, et al., Nail microbial colonization following hand disinfection: a qualitative pilot study, Journal of Hospital Infection (2018), <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.06.023>

ALLEGATO 2

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

Con la Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Lazio n. 460 del 28/06/2024 è stato adottato il documento “Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi”.

Il presente documento viene redatto considerando che la Struttura SRSR H24 “Nuovi Passi” consiste di un appartamento ubicato all’interno di un **condominio, con riscaldamento autonomo** ed è **priva di impianti di condizionamento**. La struttura ha i requisiti di una civile abitazione e non è dotata di serbatoi di accumulo dell’acqua, in quanto la riceve direttamente dalle condutture del pubblico gestore. Non è stato possibile reperire gli schemi dell’impianto idricosanitario.

Di seguito viene riportato uno schema sintetico del Programma annuale come da indicazioni della nota regionale del 15/01/2026 con oggetto “Piano annuale di Gestione del Rischio Sanitario”.

1. Costituzione del Team

Il team è costituito dalle seguenti figure:

- **Responsabile della Struttura**, garante legale dell’applicazione del protocollo.
- **Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)**, che si occupa della valutazione dei rischi.
- **Referente infermieristico**, che si occupa della sorveglianza clinica degli ospiti.
- **Consulente tecnico specialistico**, che effettuerà periodicamente dei campionamenti e che fornirà documentazione dei risultati.
- **Manutentore dell’impianto di riscaldamento**, Responsabile della manutenzione ordinaria e straordinaria dell’impianto rilasciando documentazione aggiornata degli interventi effettuati.

2. Realizzazione di una piattaforma documentale

La documentazione sarà raccolta in un apposito **Registro Legionella**, archiviato presso la direzione e disponibile per gli organi di vigilanza (ATS/ASL). La Documentazione comprenderà:

- I verbali di campionamento forniti dal tecnico incaricato,
- I rapporti dei test eseguiti dal laboratorio,
- Schede di manutenzione ordinaria e straordinaria effettuate dalla ditta manutentrice incaricata per la caldaia e per l'impianto di riscaldamento,
- Protocollo di gestione di eventuali casi sospetti o confermati di legionella,
- Report sulla formazione del personale e riunioni annuali.

3. Monitoraggio delle attività e tempi di esecuzione

Attività	Stato	Periodicità
Costituzione formale del team di gestione del Rischio	Costituito	Aggiornato in caso di variazioni organizzative
Riunioni del gruppo di lavoro	Effettuate	Annuale
Redazione/aggiornamento DVR ai sensi D.Lgs. 81/08 e Linee Guida 2015	Effettuato	Biennale o a seguito di modifiche o criticità
Sopralluogo tecnico per individuazione e/o conferma fonti di rischio	Effettuato	Annuale
Implementazione misure strutturali e gestionali (controllo temperature, flussaggi, manutenzione, disinfezioni)	Effettuate	Attuazione continuativa
Esecuzione piano di campionamento	Effettuato	Annuale
Definizione flussi informativi interni ed esterni	Effettuato	In caso di evento
Analisi esiti microbiologici e indicatori operativi	Effettuato	Annuale
Revisione ordinaria caldaia e impianto acqua calda	Effettuato	Biennale
Attuazione eventuali azioni correttive o migliorative	Da programmare	A seguito del monitoraggio
Evento formative sul rischio Legionella	Da programmare	Annuale
Iniziative informative per personale e utenti	Da programmare	Annuale

4. Esiti del monitoraggio, piani di miglioramento, azioni correttive e pianificazione

I controlli e le analisi effettuate non hanno evidenziato criticità. Si prosegue con la pianificazione annuale degli interventi di controllo e della formazione del personale come da precedente tabella.

Poiché non si sono riscontrati casi positivi nella Struttura negli ultimi cinque anni, non si ritiene necessario, visto il rischio molto basso, di adottare ulteriori misure correttive.