

## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario\_2026 (PARS)



Via Tiburtina Valeria, 258 – 00012 Guidonia Montecelio (RM)

Il presente Piano Annuale 2026 di Gestione del rischio Sanitario è di proprietà di Villa Elisa  
È vietata la riproduzione parziale o totale senza preventiva autorizzazione scritta di Villa Elisa

Rev.	Data di approvazione	Causale modifica
0.0	28.02.2022	Prima edizione
0.1	28.02.2023	Seconda edizione
0.2	28.02.2024	Terza edizione
0.3	28.02.2025	Quarta edizione
0.4	28.02.2026	Quinta edizione

Redazione	Verifica	Approvazione
Direttore Sanitario DR FRANCESCO OTTAVIANI	Direttore Sanitario DR FRANCESCO OTTAVIANI	Direzione Amministrativa DOTT.SSA MARIELLA RISCHIA

## Sommario

<b>1.0 CONTESTO ORGANIZZATIVO .....</b>	
<b>2.0 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI .....</b>	
<b>3.0 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA .....</b>	
<b>4.0 RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE .....</b>	
<b>5.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITA' .....</b>	
<b>6.0 OBIETTIVI E ATTIVITA' .....</b>	
<b>7.0 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO .....</b>	
<b>8.0 RIFERIMENTI NORMATIVI .....</b>	
<b>9.0 BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI .....</b>	

## 1.0 Contesto Organizzativo

Il PARS (Piano annuale per la Gestione del Rischio Sanitario) si riferisce alla Struttura Terapeutica Riabilitativa estensiva "VILLA ELISA" gestita dalla Società 3D -Srl ed accreditata dalla Regione Lazio.

La suddetta struttura insiste sul territorio della ASL ROMA 5.

Qui di seguito vengono riportate le peculiarità organizzative utili a definire la complessività dell'organizzazione.

La società è iscritta alla Camera di Commercio di Roma al numero REA RM-627278.

Sede Operativa: Via Tiburtina, 258 -00012 Guidonia Montecelio RM

Recapito telefonico: 0774391297

E-mail: [srtr.villaelisa@gmail.com](mailto:srtr.villaelisa@gmail.com)

Sede Legale: Via Tiburtina, 258-00012 Guidonia Montecelio RM

PEC: [soc3dsncdirischiamariella@cgn.legalmail.it](mailto:soc3dsncdirischiamariella@cgn.legalmail.it)

P.IVA 01856791007

### AREA RIABILITATIVA

- . Cognitive Remediation-Riabilitazione Cognitiva
- . Cineforum
- . Gruppo Abilità di Coping
- . Gruppo Musicale/Espressivo
- . Uscite di socializzazione con supervisione sul territorio
- . Uscite di gruppo finalizzate a progetti specifici
- . Gruppi di discussione e gruppi di lettura
- . Social Skills Training
- . Gruppo Cura del Se
- . Gruppo Culturale
- . Gruppo Focus
- . Attività di gioco di gruppo
- . Ergoterapia
- . Sport e nutrizione
- . Arteterapia in gruppo

## AREA MEDICO PSICHIATRICA

- . Visite e colloqui psichiatrici e psicologici, a frequenza settimanale o più, orientati in senso psicoterapeutico con monitoraggio costante della terapia.
- . Gruppi di sostegno settimanali
- . Visite dal medico di base, secondo necessità (controlli di routine secondo linee guida internazionali a periodicità annuale o semestrale)
- . Supervisione dello staff di operatori
- . Gruppo di Psico-educazione
- . Revisione continua della Qualità, delle Procedure e dei Protocolli operativi
- . Monitoraggio continuo dell'applicazione dei protocolli di contenimento del rischio infettivo e pandemico sotto il controllo del Responsabile Sanitario, il Responsabile Infermieristico, del medico di medicina generale e del SISP territorialmente competente.

Tabella 1- Dati dell'attività

<b>Villa Elisa Struttura Residenziale Terapeutica riabilitativa Estensiva</b>		
<b>ASL territorialmente competente</b>		<b>ASL RM 5</b>
<b>ORGANIZZAZIONE</b>		
Risorse umane al 31/12/2025	N° 18	Ruolo Psichiatra: 1 Ruolo Infermiere: 2 Ruolo OSS: 5 Ruolo Psicologo: 4 Ruolo Assistente Sociale: 1 Ruolo Tecnico Riabilitazione Psichiatrica: 4 Ruolo amministrativo: 1
		<b>DATI STRUTTURALI</b>
<b>Posti letto convenzionati</b>	17	
<b>Posto letto Privato</b>	0	
<b>Prestazioni domiciliari</b>	0	
<b>Prestazioni ambulatoriali</b>	0	
<b>Giornate di degenza</b>	5639	

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

Tabella 2 –Eventi segnalati nel 2024 (ai sensi dell’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(B)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
NearMiss	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			

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

EVENTI/SINISTRI ULTIMI TRIENNO			
ANNO	N. EVENTI AVVERSI	N.EVENTI SENTINELLA	N. SINISTRI
2018	0	0	0
2019	0	0	0
2020	0	0	0
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0
2024	0	0	0
2025	1	0	0

## 3.0 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

POSIZIONE ASSICURATIVA						
ANNO	POLIZZA DATA SCADENZA	GARANZIA	COMPAGNIA	MASSIMALE		
2018	46816175 Dal 19/09/2018	RCT e RCO	HELVETIA	2.500.000,00		
2019	46816175 Scadenza 11/07/2020	RCT e RCO	HELVETIA	2.500.000,00		

2020	46816175 Scadenza 11/07/2021	RCT e RCO	HELVETIA	2.500.000,00		
2021	46816175 Scadenza 11/07/2022	RCT e RCO	HELVETIA	2.500.000,00		
2022	46816175 Scadenza 11/07/2023	RCT e RCO	HELVETIA	2.500.000,00		
2023	46816175 Scadenza 11/07/2024	RCT e RCO	HELVETIA	2.500.000,00		
2024	46816175 e 46171521 Scadenza 11.07.2025	RCT e RCO	HELVETIA	2.500.000,00		
2025	46816175 Scadenza il 14.07.26 e 753590431 scadenza il 18.11.2026	RCT e RCO Danni Catastrofali	HELVETIA e ALLIANCE	2.500.000,00		

#### 4.0 RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PARS PRECEDENTE

<b>AZIONE 1</b>	<b>INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA</b>
Attività 1.1	<b><i>Evidenze delle Attività e eventuali azioni</i></b>
Utilizzo dei Guanti da parte degli operatori	Presenza dei DPI per Operatore, non si rileva nessuna attività ulteriore
Igiene della Cute e delle mucose, Igiene intima, del cavo orale e degli occhi	Supervisione ove necessaria con eventuali sollecitazioni da parte degli operatori (approccio educativo)
Igiene dei presidi	Supervisione degli OSS, segnalazioni guasti, etc.
Responsabilità	Direttore Sanitario e Amministrazione

<b>AZIONE 2</b>	<b>PREVENZIONE DELLE CADUTE</b>
Attività 2.1	<b><i>Evidenze delle Attività e eventuali azioni</i></b>
Come da procedura del Rischio Clinico	Utenza 18-60 anni, il problema non è considerato critico  Nel Corso del 2025 sarà prevista una formazione operatore sulla gestione delle attività da fare in caso di caduta
Responsabilità	Direzione sanitaria

<b>AZIONE 3</b>	<b>EFFETTI INDESIDERATI DA FARMACI E INTOSSICAZIONI DA FARMACI</b>
<b>Attività 3.1</b>	<b><i>Evidenze delle Attività e eventuali azioni</i></b>
Come da procedura del Rischio Clinico	Nel Corso del 2025 si intende implementare nuovi gruppi Psicoeducativi finalizzati alla cura del se e degli ambienti.
Responsabilità	Direzione sanitaria

<b>AZIONE 4</b>	<b>ATTI AGGRESSIVI</b>
<b>Attività 4.1</b>	<b><i>Evidenze delle Attività e eventuali azioni</i></b>
Come da procedura del Rischio Clinico e procedura per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori	Cartella clinica, registro consegne  Intensificare i momenti di confronto che per l'anno 2025 saranno con cadenza settimanale con verbale scritto
Responsabilità	Direzione sanitaria

<b>AZIONE 5</b>	<b>Rischio di Autolesioni e Suicidio</b>
<b>Attività 5.1</b>	<b><i>Evidenze delle Attività e eventuali azioni</i></b>
Come da procedura del Rischio Clinico	<i>Cartella Clinica Nel corso dell'anno si intende organizzare dei corsi sulla gestione delle emergenze psichiatriche.</i>
Responsabilità	Direzione sanitaria

<b>A) Diffondere la Cultura della Sicurezza delle Cure</b>		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di una sessione formativa sul tema della sicurezza delle prestazioni <b>“La cultura della gestione del rischio clinico”</b>	<b>SI</b>	Corso da riproporre entro il 31/12/2026
Progettazione ed esecuzione di sessioni formative su: Il Processo di Audit Clinico	<b>PARZIALMENTE</b>	Il tema è stato oggetto di confronto nel corso delle riunioni di equipe per la gestione di specifici casi clinici.
- Progettazione ed esecuzione di una sessione formativa <b>“Rischio Alto”</b>	<b>SI</b>	Corso effettuato in presenza
Verifica del processo di implementazione della cartella clinica informatizzata	<b>PARZIALMENTE</b>	Implementazione della Cartella informatizzata entro il 31/12/2026
<b>B) Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate .</b>		
Attività di Sorveglianza delle Infezioni correlate all’Assistenza: formazione specifica sui sistemi di contenimento e prevenzione dell’infezione da Covid-19	<b>SI</b>	Corsi interni e procedure

<b>C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture</b>		
- Progettazione ed esecuzione di una sessione formativa "Rischio Alto":	SI	Corso effettuato in presenza
Attività di formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici	SI	Procedura specifica
<b>D) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed Organizzativa</b>		
Elaborazione, revisione ed implementazione del modello di sorveglianza attiva	SI	Corsi interni, procedure.
Elaborazione, revisione ed implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo- Sars. Cov-2	SI	Corsi interni, procedure, registro visitatori.
Formazione su "gestione integrate degli interventi nel disturbo di personalità"	SI	Attività effettuata in presenza

## 5.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

L'Unità di Gestione del Rischio Clinico di struttura risulta composta da:

- Dott.ssa Mariella Rischia (Responsabile Amministrativo/Amministratore Unico)
- Dr. Francesco Ottaviani (Direttore Sanitario e Risk Manager)
- Dott. ssa Elisa Zucca (Responsabile Servizio Infermieristico)
- Dott.ssa Francesca Lanzirotti (Responsabile Servizio Psicologico)

Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Infermieristico	Responsabile Amministrativo	Responsabile Psicologico
Redazione PARS	R	R	I	I	C
Adozione PARS	R	R	C	R	C
Monitoraggio PARS	R	R	C	I	C

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

## 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

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

La SRTR estensiva “VILLA ELISA” si impegna per il PARS 2026 di ottemperare a tale mandato nel definire le attività seguenti:

<b>OBIETTIVO A)</b> Diffondere la cultura della sicurezza delle cure in relazione al rischio infettivo.					
<b>ATTIVITÀ 1</b> Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sul tema “informazione/formazione degli operatori sull’uso degli antibiotici”					
<b>INDICATORE</b> Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026					
<b>Standard SI</b>					
<b>Fonte</b> Report attività					
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Direttore Sanitario</b>	<b>Responsabile Amministrativo</b>	<b>Responsabile Infermieristico</b>	<b>Responsabile Psicologico</b>
<b>Progettazione del corso</b>	*R	R	C	I	C
<b>Organizzazione del corso</b>	R	R	C	I	C
<b>Esecuzione del corso</b>	R	R	C	I	C
<b>ATTIVITÀ 2</b> Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso sulla sicurezza della terapia farmacologica (psichiatria + comorbidità) Focus: riconciliazione terapia, PRN, interazioni (es. sedativi + alcol/sostanze), effetti avversi e monitoraggi.					
<b>INDICATORE</b> Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026					
<b>Standard SI</b>					
<b>Fonte</b> Report attività					
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Direttore Sanitario</b>	<b>Responsabile amministrativo</b>	<b>Responsabile Infermieristico</b>	<b>Responsabile Psicologico</b>
<b>Progettazione del corso</b>	R	R	C	I	C
<b>Organizzazione del corso</b>	R	R	C	I	C
<b>Esecuzione del corso</b>	R	R	C	I	C
<b>OBIETTIVO B)</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.					
<b>ATTIVITÀ 1</b> Emergenze mediche in comunità (BLS-D/urgenze psichiatriche correlate) Focus: crisi convulsiva/intossicazioni, sindrome serotoninergica/NMS, delirium, gestione fino al 118.					
<b>INDICATORE:</b> Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31.12.2026					
<b>STANDARD: SI</b>					
<b>FONTE:</b> Report Attività					

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Direttore Sanitario</b>	<b>Responsabile Amministrativo</b>	<b>Responsabile Infermieristico</b>	<b>Responsabile Psicologico</b>
<b>Progettazione del corso</b>	R	R	C	I	R
<b>Organizzazione del corso</b>	R	R	C	I	C
<b>Esecuzione del corso</b>	R	R	C	I	C
<b>OBIETTIVO C)</b> Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso un Piano di Azione locale dedicato, costruito sui contenuti del documento regionale e adattato al contesto specifico della struttura, finalizzato al conseguimento degli obiettivi entro il 31/12/2026 e alla loro stabilizzazione o ulteriore implementazione negli anni successivi.					
<b>ATTIVITÀ 1</b> Miglioramento della comunicazione interna alla struttura sul rischio infettivo e sulle corrette norme igieniche Focus: DPI, gestione ferite, ambienti, biancheria, scabbia/pediculosi se pertinente, antibiotici.					
<b>INDICATORE:</b> Affissione poster informativi e percorsi entrata/uscita, percorsi pulito/sporco					
<b>STANDARD:</b> SI					
<b>FONTE:</b> Ispezione Struttura					
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>					
<b>Azione</b>	<b>Direttore Sanitario</b>	<b>Responsabile Amministrativo</b>	<b>Responsabile Infermieristico</b>		
<b>Progettazione attività</b>	R	R	C		
<b>Organizzazione e dell'attività</b>	R	C	C		
<b>Esecuzione dell'attività</b>	R	C	C		
<b>OBIETTIVO D)</b> D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).					
<b>ATTIVITÀ 1</b> Realizzazione di un percorso strutturato di aggiornamento e confronto operativo sul controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), comprensivo di momenti di verifica delle pratiche assistenziali e restituzione all'équipe degli esiti del monitoraggio.					
<b>INDICATORE:</b> Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31.12.2026					
<b>STANDARD:</b> SI					
<b>FONTE:</b> Report Attività					

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Direttore Sanitario</b>	<b>Responsabile Amministrativo</b>	<b>Responsabile Infermieristico</b>	<b>Responsabile Psicologico</b>
<b>Progettazione del corso</b>	R	R	C	I	R
<b>Organizzazione del corso</b>	R	R	C	I	C
<b>Esecuzione del corso</b>	R	R	C	I	C

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

## **7.MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS**

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**

- 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)".
- 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. G13505 del 25/10/2018 recante “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli Atti di violenza a danno degli operatori sanitari”
  - 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”.
  - Determinazione regionale n. G16829 del 6/12/2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”.
  - Ministero della Salute. Risk management in sanità: Il problema degli errori. Commissione Tecnica sul Rischio clinico. DM 5 marzo 2003
  - Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”.
  - 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.
  - 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”.
  - Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”.
  - Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.
  - 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”.
  - WHO guidelines on hand hygiene in health care (2009) and WHO document “Five moments for hand hygiene” (2021)
  - legge num. 4 del 3 marzo 2003 - Consiglio Regionale del Lazio “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all’esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie...”

## 9. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Ministero della Salute, Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi Etici di Sistema: Sicurezza dei pazienti e Gestione del Rischio Clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari.
- “Linee guida per l’elaborazione del piano annuale di risk management (PARM)”, pubblicato sul BURL n. 8 del 24/01/2019.
- Documento di indirizzo per l’elaborazione del piano annuale di gestione del rischio sanitario (2022)  
<https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2022-01/2022-Documento-Indirizzo-PARS.pdf>
- Reason, James (1990). "The Contribution of Latent Human Failures to the Breakdown of Complex Systems". *[Philosophical Transactions](#)*
- “Piano aziendale per la prevenzione delle cadute dei pazienti” Direzione Generale UOC RischioClinico della Azienda Sanitaria Locale di Latina
- Prevenzione specifica e sorveglianza sanitaria in ambiente ospedaliero alla luce del D.Lgs.81/08. *Prevenzione Oggi*, n.4 Ottobre - Dicembre 2008
- <https://www.epicentro.iss.it/>
- <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>
- Ministero della Salute: “Risk Management in Sanità- il problema degli errori” CommissioneTecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
- <https://www.epicentro.iss.it/>
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008.



# Villa Elisa

*S.R.T.R. Estensiva*

Via Tiburtina Valeria, 258 – 00012 Guidonia Montecelio (RM)



Redazione	Verifica	Approvazione
Direttore Sanitario	Direttore Sanitario	Direzione Amministrativa
<u>DR FRANCESCO OTTAVIANI</u>	<u>DR FRANCESCO OTTAVIANI</u>	<u>DOTT.SSA MARIELLA RISCHIA</u>

Il presente Piano di azione locale igiene delle mani è di proprietà di Villa Elisa  
È vietata la riproduzione parziale o totale senza preventiva autorizzazione scritta di Villa Elisa

## **Sommario**

INTRODUZIONE.....	3
SCOPO.....	4
CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
DESTINATARI .....	4
METODOLOGIA PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE.....	4
IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE.....	5
MODALITA DI DIFFUSIONE DEL PIANO.....	8
RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA.....	9

## **INTRODUZIONE**

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano l'evento avverso più frequente nell'ambito sanitario e sono spesso responsabili di un prolungamento dei ricoveri ospedalieri, di disabilità a lungo termine e, in alcuni casi, di esiti fatali. Inoltre, contribuiscono allo sviluppo della resistenza antimicrobica da parte dei microrganismi, con un impatto significativo in termini di costi aggiuntivi per il sistema sanitario.

Queste infezioni possono manifestarsi in qualsiasi contesto assistenziale, inclusi day hospital, day surgery, strutture per la lungodegenza e residenze sanitarie territoriali. In Italia, la prevalenza delle ICA negli ospedali per acuti varia generalmente tra il 3% e il 10%, con valori che possono superare il 20% nei reparti di terapia intensiva (fonte: Circolare Ministero della Salute, maggio 2021).

Le ICA sono strettamente legate all'erogazione delle cure e possono derivare da deficit strutturali e tecnologici, procedure assistenziali non adeguate o pratiche operative non conformi da parte degli operatori sanitari. Tuttavia, si stima che fino al 50% di questi eventi possa essere evitato attraverso strategie efficaci di prevenzione e controllo delle infezioni (Infection Prevention and Control, IPC). Tra queste, la corretta igiene delle mani si conferma come la misura più efficace per limitare la trasmissione di microrganismi patogeni tra i pazienti.

Le mani costituiscono infatti il principale veicolo di trasmissione delle infezioni, poiché la cute ospita naturalmente una popolazione microbica composta da batteri e funghi. Per questo motivo, l'igiene delle mani è un elemento chiave nella prevenzione delle infezioni trasmissibili, in particolare negli ambienti ospedalieri e di cura.

Garantire un'adeguata igiene delle mani è una pratica fondamentale non solo nell'ambito delle "precauzioni standard", ma anche quando si applicano misure di protezione specifiche, come le precauzioni "da contatto" o "droplet". Questa misura è inclusa in tutti i protocolli di riduzione del rischio infettivo, tra cui la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, delle infezioni associate a cateteri venosi centrali e vescicali, e della polmonite da ventilazione meccanica.

L'adozione sistematica dell'igiene delle mani aiuta a ridurre o prevenire:

- a) la colonizzazione e l'infezione del paziente da parte di microrganismi patogeni, inclusi quelli multiresistenti;
- b) la diffusione di microrganismi potenzialmente pericolosi all'interno dell'ambiente sanitario;
- c) le infezioni derivanti da microrganismi endogeni;
- d) la colonizzazione e l'infezione degli operatori sanitari.

Inoltre, in combinazione con il distanziamento fisico e il rispetto dell'etichetta respiratoria, l'igiene delle mani si è dimostrata un efficace strumento per ridurre il rischio di trasmissione del SARS-CoV-2.

Sebbene il miglioramento dell'igiene delle mani rappresenti una strategia fondamentale per la prevenzione delle ICA, promuovere un cambiamento comportamentale su larga scala tra gli operatori sanitari è una sfida complessa. Per ottenere risultati duraturi, è necessario implementare programmi strutturati che integrino formazione continua, adeguate misure organizzative e un costante monitoraggio dell'aderenza alle buone pratiche.

## **SCOPO**

Il Piano è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti, degli esercenti la professione sanitaria.

## **CAMPO DI APPLICAZIONE**

Le Azioni previste dal Piano interessano qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo.

## **DESTINATARI**

Il Piano è rivolto agli esercenti la professione sanitaria che operano nei diversi *setting* assistenziali della struttura sanitaria.

## **METODOLOGIA PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE**

Per la stesura del Piano di Azione Locale è stata condotta un'(auto)valutazione delle condizioni attuali della struttura, prendendo in esame i seguenti ambiti:

- **Requisiti strutturali e tecnologici:** valutazione della presenza di percorsi separati per materiale pulito e sporco, disponibilità di stanze di isolamento, rapporto tra numero di lavandini e posti letto, esistenza di protocolli specifici per la sanificazione e adeguata distribuzione dei dispenser di soluzione idroalcolica nei punti di assistenza.
- **Formazione del personale:** analisi della presenza di programmi formativi dedicati, verifica dell'efficacia della formazione erogata, monitoraggio della partecipazione e disponibilità di materiali didattici aggiornati.
- **Monitoraggio e feedback:** osservazione diretta della corretta applicazione delle pratiche di igiene delle mani; valutazione della quantità e qualità dei dispenser di soluzione alcolica e dei lavandini disponibili nella struttura; verifica della formazione degli operatori sanitari sulle ICA e sull'igiene delle mani; analisi dei consumi di soluzione alcolica e sapone.
- **Comunicazione permanente:** disponibilità di materiale informativo, come locandine e opuscoli, rivolto sia al personale che ai visitatori, con aggiornamenti periodici per garantire una diffusione costante delle informazioni.
- **Clima organizzativo e impegno della dirigenza:** presenza di un team dedicato alla promozione e all'implementazione delle buone pratiche per l'igiene delle mani, nonché coinvolgimento attivo della Direzione della struttura nel sostegno e nella supervisione delle iniziative adottate.

L'autovalutazione ha collocato la struttura a un livello intermedio in ciascuno degli ambiti analizzati. L'obiettivo del presente Piano per l'anno in corso è il consolidamento di tale livello, con la prospettiva, nei periodi successivi, di raggiungere lo stadio avanzato, promuovendo un'adesione ottimale ai programmi per l'igiene delle mani.

Di seguito vengono illustrate le azioni di miglioramento pianificate, con la relativa tempistica, per l'implementazione del Piano di Azione Locale, suddivise per ciascuno degli ambiti valutati nel processo di autovalutazione.

## IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

### A. Requisiti strutturali e tecnologici

L'analisi delle condizioni attuali ha permesso di classificare la struttura a un livello intermedio.

Dal punto di vista strutturale, vengono garantiti l'utilizzo di strumenti di sanificazione adeguati, un adeguato rapporto tra lavandini e posti letto, la disponibilità di stanze destinate all'isolamento e l'adozione di procedure adeguate per la sanificazione degli ambienti.

L'intera struttura è dotata di dispenser per soluzione idroalcolica e per assicurare il mantenimento dell'efficienza delle postazioni di lavaggio, è attivo un programma di manutenzione periodica volto a preservare il rapporto ottimale tra numero di lavandini e posti letto.

Le azioni di miglioramento previste nell'ambito strutturale e tecnologico per il 2025 sono dettagliate nella Tabella 1.

Tabella 1: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI			
AZIONE	R	T	M
Garantire la disponibilità e la manutenzione delle infrastrutture per l'igiene delle mani in tutti i punti di assistenza attraverso l'approvvigionamento continuativo dei prodotti per l'igiene delle mani, Manutenzione dei lavandini e dei dispenser Monitoraggio/verifica regolare del n. postazioni erogatori soluzione alcolica negli spazi comuni	DS/DA	Annuale	Trimestrale

Legenda: R=Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio

### B. formazione del personale

Nel corso del 2025 è stato sviluppato un programma formativo rivolto agli operatori sanitari, con l'obiettivo di:

- Accrescere e rafforzare la consapevolezza dell'importanza della gestione del rischio infettivo, con particolare attenzione all'igiene delle mani.
- Migliorare le competenze in materia di prevenzione e controllo delle ICA, ponendo un focus specifico sulle pratiche di igiene delle mani.
- Favorire la diffusione di una cultura organizzativa orientata.

Nell'ambito di questo programma, sono stati organizzati due incontri formativi in presenza, finalizzati all'approfondimento delle buone pratiche di igiene delle mani e all'implementazione del piano di azione locale, in linea con le direttive del *Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani* (Determinazione del

26 febbraio 2021, n. G02044), al termine degli incontri è stato somministrato un questionario di valutazione sulle conoscenze della tematica.

Gli incontri verranno riproposti annualmente, con gli opportuni aggiornamenti, e questionari di autovalutazione, al fine di garantire un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e consolidare la cultura della sicurezza nelle pratiche cliniche.

La Tabella 2 illustra le azioni programmate per il 2026 finalizzate al potenziamento della formazione del personale.

**Tabella 2: FORMAZIONE DEL PERSONALE**

FORMAZIONE DEL PERSONALE			
AZIONE	R	T	M
Programmazione della formazione/retraining continuo degli operatori, neoassunti, osservatori sull'igiene delle mani	DS/DA	Entro il 28/02/2026	Annuale

Legenda: R—Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio

### C. Monitoraggio e feedback

Il monitoraggio dell'applicazione corretta delle pratiche di igiene delle mani nel contesto clinico-assistenziale, attraverso l'osservazione diretta, costituisce il principale strumento di verifica dell'adesione degli operatori sanitari alle indicazioni previste dal presente Piano.

Oltre all'osservazione diretta, le attività di monitoraggio comprendono la valutazione del consumo di soluzioni alcoliche e saponi all'interno della struttura, la verifica della conoscenza dei cinque momenti per l'igiene delle mani (compliance alla pratica), nonché la partecipazione degli operatori alle attività formative.

Nel 2025 è stato avviato un monitoraggio *on site*, con l'obiettivo di osservare direttamente la corretta applicazione dell'igiene delle mani da parte degli operatori impegnati nell'assistenza diretta ai pazienti. Questa attività ha permesso di valutare il livello di aderenza del personale sanitario alle buone pratiche, contribuendo al consolidamento di una cultura organizzativa incentrata sulla sicurezza delle cure.

Sono state condotte cinque sessioni di osservazione che hanno evidenziato un generale buon livello di compliance tra gli operatori sanitari, sebbene in alcune aree siano emersi margini di miglioramento.

**Tabella 3: COMUNICAZIONE PERMANENTE**

<b>COMUNICAZIONE PERMANENTE</b>			
<b>AZIONE</b>	<b>R</b>	<b>T</b>	<b>M</b>
Aggiornamento regolare del materiale informativo (poster, brochure, promemoria, ecc.) e sostituzione del materiale obsoleto e/o danneggiato.	Direttore sanitario	Entro il 30/04/2026	Semestrale
Promemoria sull'igiene delle mani tramite screensaver	Direttore sanitario	Entro il 30/04/2026	Annuale

Legenda: R=Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio

## **E. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT**

È stato costituito un *Team* per la promozione e l'implementazione della pratica dell'igiene delle mani. La Direzione si impegna con continuità nell'attuare una politica di prevenzione e controllo delle ICA attraverso azioni esplicite che stimolino gli operatori a un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani, non escludendo la possibilità di interventi disciplinari in caso di ingiustificata violazione delle norme di buona pratica.

La Tabella 4 dettaglia le azioni di miglioramento inerenti all'ambito monitoraggio-feedback da implementare nel 2026.

**Tabella 4: CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT**

<b>CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT</b>			
<b>AZIONE</b>	<b>R</b>	<b>T</b>	<b>M</b>
Autovalutazione periodica della <i>compliance</i> della struttura all'igiene delle mani	DS/DA	Annuale	Annuale
Monitoraggio regolare dello stato di avanzamento delle attività programmate	DS/DA	Entro il 31/03/2026	Semestrale

Legenda: R-Responsabile; T—Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio

## **RISULTATI DELLE ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E AUTOVALUTAZIONE – ANNO 2025**

Nel corso dell'anno 2025 la struttura ha effettuato attività di autovalutazione e monitoraggio relative alla corretta applicazione delle pratiche di igiene delle mani, in conformità a quanto previsto dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani (Determinazione Regione Lazio n. G02044 del 26 febbraio 2021).

Le attività di monitoraggio hanno riguardato tre principali ambiti:

- autovalutazione della struttura rispetto agli standard previsti dal programma regionale;
- monitoraggio dei consumi di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani;
- osservazione diretta della compliance degli operatori sanitari alle pratiche di igiene delle mani.

### **1. Risultati dell'autovalutazione della struttura**

Nel corso del 2025 è stata effettuata una autovalutazione interna della struttura attraverso l'analisi dei cinque ambiti previsti dal questionario di autovalutazione regionale:

1. sistema infrastrutturale e disponibilità dei presidi per l'igiene delle mani
2. formazione e addestramento degli operatori
3. monitoraggio e feedback
4. comunicazione e promemoria sul luogo di lavoro
5. clima organizzativo e impegno della direzione

L'analisi ha evidenziato un livello **intermedio di implementazione** delle strategie di promozione dell'igiene delle mani, con una buona disponibilità di presidi per l'igiene delle mani, un adeguato programma formativo rivolto agli operatori sanitari e la presenza di iniziative di sensibilizzazione rivolte al personale.

Rispetto all'anno precedente non sono emerse criticità rilevanti; tuttavia sono stati individuati alcuni ambiti di miglioramento, in particolare relativi al rafforzamento delle attività di monitoraggio e alla diffusione di materiale informativo aggiornato all'interno della struttura.

Le azioni previste dal presente Piano sono finalizzate al consolidamento dei risultati raggiunti e al progressivo miglioramento del livello di implementazione del programma.

### **2. Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica**

Nel corso dell'anno 2025 è stato effettuato il monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica utilizzata per l'igiene delle mani all'interno della struttura.

Il monitoraggio è stato effettuato attraverso la rilevazione periodica dei quantitativi di prodotto distribuiti nei diversi punti della struttura (dispenser installati nei reparti, nelle aree comuni e negli spazi assistenziali).

L'analisi dei dati di consumo ha evidenziato un utilizzo regolare della soluzione idroalcolica da parte degli operatori sanitari, coerente con il livello di attività assistenziale della struttura.

Il monitoraggio dei consumi rappresenta uno strumento utile per valutare indirettamente l'adesione alle pratiche di igiene delle mani e verrà mantenuto anche negli anni successivi al fine di individuare eventuali variazioni significative e pianificare eventuali interventi di miglioramento.

### **3. Monitoraggio della compliance degli operatori sanitari**

Nel corso del 2025 sono state effettuate attività di osservazione diretta delle pratiche di igiene delle mani da parte degli operatori sanitari impegnati nell'assistenza agli utenti della struttura.

Le osservazioni sono state condotte durante le normali attività assistenziali e hanno avuto come riferimento i cinque momenti dell'igiene delle mani definiti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Le sessioni di osservazione hanno evidenziato un **buon livello generale di aderenza alle raccomandazioni**, con una compliance complessiva stimata intorno all'80%.

Sono tuttavia emersi alcuni margini di miglioramento, soprattutto in relazione all'igiene delle mani prima del contatto con il paziente e dopo il contatto con l'ambiente circostante.

I risultati delle osservazioni sono stati condivisi con gli operatori nel corso degli incontri formativi interni, al fine di promuovere una maggiore consapevolezza sull'importanza dell'igiene delle mani come misura fondamentale di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

### **Azioni di miglioramento previste per il 2026**

Sulla base dei risultati delle attività di monitoraggio effettuate nel 2025, la struttura prevede di implementare nel corso del 2026 le seguenti azioni di miglioramento:

- rafforzamento delle attività di formazione e aggiornamento del personale sanitario;
- prosecuzione delle attività di monitoraggio della compliance all'igiene delle mani;
- aggiornamento periodico del materiale informativo e dei promemoria presenti nella struttura;
- monitoraggio regolare dei consumi di soluzione idroalcolica.

Tali attività saranno integrate nel programma di gestione del rischio clinico della struttura e monitorate periodicamente dalla Direzione Sanitaria.

**Tabella 5 – Risultati dell’autovalutazione della struttura (anno 2025)**

<b>Ambito valutato</b>	<b>Livello rilevato 2025</b>	<b>Confronto con anno precedente</b>	<b>Azioni di miglioramento</b>
Sistema infrastrutturale	Livello intermedio	Invariato	Monitoraggio periodico delle postazioni di igiene delle mani e manutenzione dispenser
Formazione e addestramento	Livello intermedio	Miglioramento	Programmazione di sessioni formative annuali per il personale sanitario
Monitoraggio e feedback	Livello intermedio	Invariato	Rafforzamento delle attività di osservazione della compliance
Comunicazione e promemoria	Livello intermedio	Miglioramento	Aggiornamento del materiale informativo e promemoria visivi
Clima organizzativo e commitment	Livello intermedio	Invariato	Consolidamento del coinvolgimento della direzione e degli operatori

**Tabella 6 – Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica (anno 2025)**

<b>Anno</b>	<b>Quantità soluzione idroalcolica utilizzata</b>	<b>Numero operatori</b>	<b>Consumo medio per operatore</b>	<b>Andamento</b>
2024	42 litri	18	2,3 litri	-
2025	47 litri	18	2,6 litri	↑ aumento

L’analisi del consumo di soluzione idroalcolica evidenzia un lieve incremento rispetto all’anno precedente, dato compatibile con le attività di sensibilizzazione e formazione svolte nel corso dell’anno. Il monitoraggio dei consumi rappresenta uno strumento utile per valutare indirettamente l’adesione degli operatori alle pratiche di igiene delle mani.

**Tabella 7 – Monitoraggio della compliance degli operatori (anno 2025)**

<b>Sessione di osservazione</b>	<b>Numero osservazioni</b>	<b>Compliance corretta</b>	<b>Percentuale</b>
Marzo 2025	22	17	77 %
Giugno 2025	24	19	79 %
Settembre 2025	21	17	81 %
Novembre 2025	20	16	80 %

Compliance media complessiva: 79 %

Le osservazioni effettuate nel corso del 2025 evidenziano un buon livello di aderenza alle raccomandazioni sull'igiene delle mani. I risultati sono stati condivisi con gli operatori sanitari durante gli incontri formativi interni al fine di promuovere un miglioramento continuo delle pratiche assistenziali.

## **MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO**

Il presente documento viene reso disponibile in formato digitale sulla rete intranet aziendale, garantendone l'accessibilità a tutto il personale sanitario, e viene inoltre allegato al PARS.

La sua diffusione tra gli operatori avviene anche attraverso incontri formativi dedicati, organizzati nell'ambito del piano formativo aziendale, con l'obiettivo di assicurare la corretta conoscenza e applicazione delle indicazioni in esso contenute.

## **RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA**

- **Regione Lazio:** Determinazione n. G02044 del 26 febbraio 2021, recante “*Adozione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani*”.
- **Regione Lazio:** Determinazione n. G00643 del 25 gennaio 2022, recante “*Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)*”.
- **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.*
- **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*”.
- **Ministero della Salute:** “*Risk Management in Sanità - Il problema degli errori*”, Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, DM 5 marzo 2003.
- **Ministero della Salute:** *Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori*, disponibile sul sito del Ministero della Salute.
- **WHO:** *World Alliance for Patient Safety - The Second Global Patient Safety Challenge 2008: “Safe Surgery Save Lives”*.
- **WHO:** *A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy* (2009).
- **WHO:** *Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection* (2016).
-

# Villa Elisa

S.R.T.R. Estensiva

Via Tiburtina Valeria, 258 – 00012 Guidonia Montecelio (RM)



Redazione	Verifica	Approvazione
Direttore Sanitario	Direttore Sanitario	Direzione Amministrativa
<u>DR FRANCESCO OTTAVIANI</u>	<u>DR FRANCESCO OTTAVIANI</u>	<u>DOTT.SSA MARIELLA RISCHIA</u>

Il presente Piano di controllo della Legionellosi è di proprietà di Villa Elisa  
È vietata la riproduzione parziale o totale senza preventiva autorizzazione scritta di Villa Elisa

## Piano di controllo della Legionellosi “Villa Elisa”

### 1. Premessa

In conformità alla DGR Lazio n. 460/2024 e alle Linee Guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi approvate in Conferenza Stato-Regioni il 7 maggio 2015, la SRTR-e “Villa Elisa” adotta il presente Programma di Controllo della Legionellosi quale allegato al Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) 2026.

Il documento definisce:

- composizione del team aziendale;
- modalità di gestione e controllo del rischio;
- sistema di monitoraggio microbiologico;
- azioni correttive previste;
- pianificazione delle attività di supporto.

Il Programma è redatto in coerenza con l’organizzazione e le caratteristiche assistenziali della struttura.

## MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DI GESTIONE DEL RISCHIO LEGIONELLOSI

N.	ATTIVITÀ SVOLTA	ESITO / STATO DI ATTUAZIONE	PERIODICITÀ
1	Costituzione formale del Team di Gestione del Rischio Legionellosi	COSTITUITO	Aggiornato in caso di variazioni organizzative
2	Riunioni del Gruppo di lavoro	EFFETTUATE	Annuale
3	Redazione/aggiornament o DVR ai sensi D.Lgs. 81/08 e Linee Guida 2015	EFFETTUATO	Biennale o a seguito di modifiche/criticità
4	Sopralluogo tecnico per individuazione e/o conferma fonti di rischio	EFFETTUATO	Annuale

<b>5</b>	Implementazione misure strutturali e gestionali (controllo temperature, flussaggi, manutenzione, disinfezioni)	EFFETTUATO	Attuazione continuativa
<b>6</b>	Esecuzione piano di campionamento	EFFETTUATO	Annuale
<b>7</b>	Definizione flussi informative interni ed esterni	EFFETTUATO	In caso di evento
<b>8</b>	Analisi esiti microbiologici e indicatori operativi	SI	Report Annuale
<b>9</b>	Attuazione eventuali azioni correttive o migliorative	N.A.	A seguito monitoraggio
<b>10</b>	Evento formative sul rischio Legionella	DA PROGRAMMARE	Annuale
<b>11</b>	Iniziative informative per personale e utenti	DA PROGRAMMARE	Annuale

