

Roma, mercoledì 26 febbraio 2025

Piano Annuale del Rischio Sanitario

1. Contesto Organizzativo

Il Castello della Quietè è una Struttura Residenziale autorizzata e accreditata dal SSR con DCA U000350/2014 e DCA U00197/2016.

E' sita in Roma, in via di Tor Cervara 112 nella zona di competenza della ASL RM2, in particolare nel 4° Distretto Sanitario.

DATI STRUTTURALI			
Estensione Territoriale*	236 km^2	Popolazione Residente*	1.295.000
ASL di Riferimento	ASL ROMA2	Presidio ospedaliero di riferimento	Ospedale Sandro Pertini
Posti letto	70	Residenza Sanitaria Assistenziale	40
		Struttura Residenziale Terapeutico Riabilitativa (intensiva)	20
		Struttura Residenziale Terapeutico Riabilitativa (estensiva)	10
DATI ATTIVITA' AGGREGATI			
Ricoveri Ordinari	58	Permessi con pernottamento	75
Invii al PS	37	Decessi avvenuti in struttura	2

*Dati 2017 riferiti alla ASL RM2

2. Relazione Annuale consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet www.castellodellaquiete.it

Tipo di Evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori/ /cause contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	Strutturali 50% Tecnologici 0% Organizzativi 50% Procedure 0% Comunicazione 0%	Strutturali 50% Tecnologiche 0% Organizzative 50% Procedure 0% Comunicazione 0%	Sistemi di reporting 50 % Sinistri 0% Farmacovigilanza 0% Dispositivo vigilanza 50%
Eventi Avversi	101			
Eventi Sentinella	0			

(A): riportare le definizioni secondo il glossario del Ministero della Salute o come nota alla tabella o all'interno della narrativa.

(B): I fattori causali/contribuenti fanno ovviamente riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi. Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi si rimanda al documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" adottato con Determinazione n. G12355 del 25 ottobre 2016 e disponibile sul cloud regionale.

Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio

Anno	Sinistri	Risarcimenti erogati
2019	-	-
2020	-	-
2021	-	-
2022	-	-
2023	-	-
2024	Decesso, 22 giorni dopo il trasferimento in P.S., Sig M.R	250.000 €

Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio annuale	Franchigia	Brokeraggio
2025	N°342680138 – 05/2025	Assicurazioni Generali Spa	➤ 25.000 Euro	2500 Euro	assente



Resoconto delle attività PARS precedente

Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Attività 1 : Monitoraggio e prevenzione delle ICA	No	<i>Non è stato possibile organizzare una attività di formazione degli operatori sanitari a causa dell'elevato turnover degli stessi.</i>
Attività 2 - Somministrazione di strumenti psicometrici (scale di valutazione) agli ospiti all'ingresso per identificare precocemente i soggetti a rischio di atti autolesivi e per adottare idonee misure di prevenzione.	Si	Sono state somministrate i test psicometrici (scale di valutazione) al 100% dei pazienti della SRP mentre non sono stati somministrati agli ospiti della RSA. Nessun evento autolesivo in SRP ed in RSA nel 2024.
Attività 3 - Prevenire gli allontanamenti non autorizzati	Si	Un allontanamento in SRP, nessuno in RSA. Nel caso verificatosi in SRP è stato prontamente segnalato alle autorità e ai familiari entro 30 minuti.
Attività 4 :- Esecuzione di test HBV, HCV e VDRL entro 15 giorni dall'ingresso in Pazienti non documentati.	Parzialmente raggiunto (30%)	Sono stati eseguiti i test HBV e HCV a tutti i nuovi ingressi in RSA, mentre nei pazienti della SRP è stato possibile eseguirlo solo ad una minoranza per problemi di mancata adesione degli ospiti all'esame.
Attività 5 :- Linee guida sull'utilizzo degli antibiotici.	No	Non è stato possibile organizzare attività di formazione sull'uso degli antibiotici nell'anno 2024.
Attività 6 :- Miglioramento dei servizi igienici degli ospiti e delle postazioni di sanificazione degli operatori.	Si	Sono stati introdotti lavabi dotati di comando a pedale per ridurre i contatti con le mani.
Attività non inclusa nel PARS 2024 -	Si	Corso gestione rischio sanitario in lezione frontale (Valido per 14,2 crediti ECM) a cura del Prof. Ruggero Capriccioli.



3. Matrice delle Responsabilità del PARM

Azione	Risk Manager	Direttore Generale	RGQ	Responsabili Reparti
Redazione PARS	R	C	C	-
Adozione PARS	I	R	C	-
Monitoraggio PARS	R	I	C	C

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

4. Obiettivi

- 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.
- Ridurre l'insorgenza delle sindromi ipocinetiche e delle cadute degli ospiti
- Prevenire gli atti autolesivi
- Prevenire e gestire gli allontanamenti non autorizzati
- Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento della ICA (implementazione di procedura/e di identificazione precoce di ICA in atto in ospite attraverso l'esecuzione di test HBV e HCV entro 15 giorni dal ricovero per i soggetti non già documentati).

5. Attività

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo			
Attività 1 : Monitoraggio e prevenzione delle ICA			
Indicatore: Organizzare attività di formazione/informazione degli operatori sanitari			
Standard : Formare almeno il (60%) - 80% degli operatori			
Fonte : Medico Responsabile			
Matrice delle Responsabilità			
Azione	Risk Manager	Dir. Amministr.	Responsabili di Reparto
Organizzazione di corsi di formazione ad hoc.	C	I	R
Verifiche documentali	R	I	I
Audit Semestrale	C	R	C

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



Obiettivo: Prevenire gli atti autolesivi			
Attività 2 - In considerazione della importanza di prevenire gli atti autolesivi degli ospiti della struttura, si reitera questa attività anche per il 2025 tramite la somministrazione di strumenti psicometrici (scale di valutazione) agli ospiti all'ingresso per identificare precocemente i soggetti a rischio e per adottare idonee misure di prevenzione			
Indicatore : Percentuale di ospiti sottoposti a valutazione con strumenti psicometrici.			
Standard : 100%			
Fonte : Medico Responsabile			
Matrice delle Responsabilità			
Azione	Risk Manager	Dir. Amministr.	Responsabili di Reparto
Definizione e somministrazione di apposite scale di valutazione	R	I	C
Verifiche documentali	C	I	I
Audit Semestrale	R	I	C

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

Obiettivo: Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa			
Attività 3 : In considerazione della importanza di prevenire allontanamenti non autorizzati si reitera questa attività anche per il 2025.			
Indicatore : Definizione POS e che permettano di ridurre il rischio di allontanamenti (per. es. conteggio degli ospiti ai cambi di turno).			
Standard : allontanamenti tendenti a 0 o verifica entro 30 minuti dall'evento.			
Fonte : Medico Responsabile			
Matrice delle Responsabilità			
Azione	Risk Manager	Dir. Amministr.	Responsabili di Reparto
Definizione POS	R	C	C
Applicazione POS	C	I	R
Audit Semestrale	C	I	C

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

Obiettivo : Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.			
Attività 4 - Linee guida sull'utilizzo degli antibiotici.			
Indicatore : Organizzare attività di formazione/informazione sull'uso degli antibiotici.			
Standard : 80%			
Fonte : Risk Manager			
Matrice delle Responsabilità			
Azione	Risk Manager	Dir. Amministr.	Responsabili di Reparto
Organizzazione di corsi di formazione ad hoc.	C	I	R
Verifiche documentali	R	I	I
Audit Semestrale	C	R	C



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

Obiettivo : Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione di errori nella somministrazione della terapia farmacologica.			
Attività 5 - Modifica della procedura di somministrazione dei farmaci mediante introduzione di foto dell'ospite sul suo contenitore dei farmaci esclusivamente per i pazienti ricoverati in SRTre e RSA.			
Indicatore : Organizzare attività di informazione al personale infermieristico.			
Standard : 100%			
Fonte : Risk Manager			
Matrice delle Responsabilità			
Azione	Risk Manager	Dir. Amministr.	Responsabili di Reparto
Definizione POS	C	I	R
Applicazione POS	R	I	I
Audit Semestrale	C	R	C

Obiettivo : Gestione di episodi di agitazione psicomotoria			
Attività 6 - Revisione della procedura per l'Emergenza Psichiatrica			
Indicatore : Percentuale di episodi di agitazione risolti dall'intervento degli operatori della struttura rispetto a quelli per i quali viene richiesto l'intervento del 112.			
Standard : 80%			
Fonte : Risk Manager			
Matrice delle Responsabilità			
Azione	Risk Manager	Dir. Amministr.	Responsabili di Reparto
Definizione POS	C	I	R
Applicazione POS	R	I	I
Audit Semestrale	C	R	C

6. Modalità di diffusione del PARS

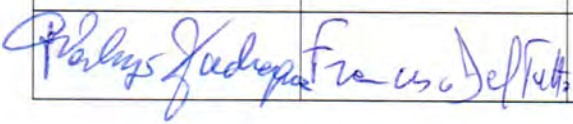
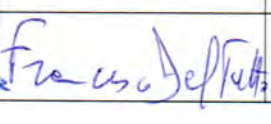
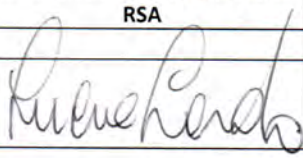
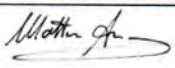
- Presentazione al CdA
- Disponibilità nella repository documentale aziendale (www.e-personam.com)
- Pubblicazione su sito Internet www.castellodelaquiete.it.

7. Riferimenti Normativi

- 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";
- D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";



- 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"
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "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;
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 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 ottobre 2016 recante "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti'";
- 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";
- Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 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".
- Determinazione n. G00643 del 25 Gennaio 2022 per la sostituzione di PARM e PAICA con il PARS – Nota Regione Lazio n. U00998868 del 01.02.2022 "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"
- DGR 460 del 28/06/2024 Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi

Il Medico Responsabile della SRTRI	Il Medico Responsabile della SRTRe	IL Medico Responsabile della RSA	Il Direttore Amministrativo
			Matteo Accornero 



	Piano Annuale Igiene delle mani 2025				Sezione
	Edizione		Revisione Prevista		Pagina 1 di 8
	N° 02	Data 26/02/2025	N° 3	Data 26/02/2026	
EMESSA	Dir. Amm. Matteo Accornero				
APPROVATA	Dott. Francesco del Tutto				
	Dott.ssa Lucia Lardino				
	Dott. Pierluigi Zuchegna				

1. Oggetto

Piano di Azione Locale per l'igiene delle mani

2. Premessa

Il Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Lazio ha predisposto il PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI che la Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria ha adottato con **Determinazione del 26 febbraio 2021, n. G02044**.

Il provvedimento dispone che tutte le strutture sanitarie o sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale effettuino l'autovalutazione prevista dal Piano Regionale ed elaborino un piano di azione locale sulla base dei risultati della suddetta autovalutazione entro un termine di quattro mesi dalla data di adozione.

Il Piano di azione locale dovrà inoltre essere inserito fra le attività previste dal Piano Annuale della gestione del Rischio Sanitario a partire dall'anno 2022.

Il Ministero della Salute ha recentemente reso noti i risultati per l'Italia di una "Indagine sullo stato di attuazione dei programmi di igiene delle mani e di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza svolta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2019".

La partecipazione all'indagine da parte delle strutture sanitarie italiane è stata modesta e, pertanto, i dati raccolti non possono essere considerati rappresentativi dello stato di attuazione dei programmi di igiene delle mani e di controllo e prevenzione delle infezioni (IPC) in Italia.

E' certo comunque che le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono l'evento avverso più frequente nell'assistenza sanitaria, spesso causa di un prolungamento delle degenze in ospedale, disabilità a lungo termine, decessi, e, non ultimo, il rischio di sviluppo di resistenza agli antimicrobici da parte dei microrganismi, con costi aggiuntivi significativi per il Sistema Sanitario

In Italia, la prevalenza di ICA negli ospedali per acuti è stata calcolata variare dal 3% al 10% circa in base all'ospedale, con picchi superiori al 20% in alcuni reparti di terapia intensiva (fonte circolare Ministero della Salute maggio 2021)



Le ICA peraltro possono verificarsi in ogni ambito assistenziale come ad esempio in day hospital/day surgery, strutture di lungodegenza, strutture residenziali territoriali.
Uno studio eseguito presso la Fondazione Don Gnocchi nel 2015 ha documentato una prevalenza di ICA dell'8,58% nei reparti di riabilitazione (S. Negrini e FDG).

E' evidente quindi come l'igiene delle mani rappresenti uno strumento essenziale nella prevenzione delle infezioni trasmissibili, soprattutto negli ambienti ospedalieri e di cura.

La corretta pratica dell'igiene delle mani contribuisce infatti a prevenire o ridurre:

- a) la colonizzazione e infezione del paziente da parte di microrganismi potenzialmente patogeni (compresi quelli multiresistenti);
- b) la diffusione di microrganismi potenzialmente patogeni nell'ambiente sanitario;
- c) le infezioni causate da microrganismi endogeni;
- d) la colonizzazione e infezione degli operatori sanitari.

L'igiene delle mani, associata al distanziamento fisico e all'etichetta respiratoria, continua a rappresentare, inoltre, un importante strumento di prevenzione del contagio nella gestione della attuale emergenza pandemica da SARS-Cov-2.

3. Campo di Applicazione

Il Piano è rivolto ad entrambe le U.O del Castello della Quietè ed agli esercenti la professione sanitaria che in queste operano nei diversi setting assistenziali.

Il Piano è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti, degli esercenti la professione sanitaria e della Struttura; le Azioni previste dal Piano interessano qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo.

4. Criteri per la redazione del Piano

Ai fini della elaborazione del Piano locale sono state valutate le condizioni esistenti nelle Struttura riferite ai seguenti ambiti:

- **ambito dei requisiti strutturali e tecnologici:** con riferimento, ad esempio, alla esistenza di percorsi sporco/pulito, al rapporto lavandini /letti, alla presenza di procedure specifiche per la sanificazione, alla disponibilità di dispenser per soluzione idroalcolica nei punti di assistenza;
- **ambito della formazione del personale:** con riferimento alla esistenza di programmi di formazione del personale, della verifica e monitoraggio della formazione, alla disponibilità di materiale formativo;
- **ambito del monitoraggio e feedback:** con riferimento ai seguenti principali aspetti:

- a) corretta pratica dell'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta;
- b) quantità e qualità dei dispenser di soluzione alcolica e dei lavandini all'interno della Struttura;
- c) formazione degli operatori sanitari in materia di igiene delle mani e ICA;
- d) consumo di soluzione alcolica e di sapone all'interno della Struttura

- **ambito della comunicazione permanente:** con riferimento alla disponibilità di materiale informativo come locandine e brochure a disposizione del personale e dei visitatori ed all'aggiornamento dello stesso;
- **ambito del clima organizzativo e mission aziendale:** con riferimento nomina di Responsabili per la promozione e l'implementazione della pratica dell'igiene delle mani ed al coinvolgimento della direzione della Struttura sull'argomento;

In ognuno di questi ambiti, l'esito della autovalutazione ha consentito di raggiungere un livello base e tendente all'intermedio.

Tenendo conto delle patologie prevalenti degli ospiti residenti presso la scrivente, spesso incapaci di rispettare regole elementari di igiene personale e di etichetta respiratoria in autonomia, si tratta di un risultato decisamente apprezzabile.

Il presente Piano pertanto si pone come obiettivo il mantenimento del livello raggiunto in ciascuno dei suddetti ambiti ed il costante monitoraggio di nuove "Buone pratiche" proposte dagli organi competenti.

5. Modalità Operative, Interventi, Azioni e Indicatori

Il Castello della Quiete accoglie complessivamente 70 ospiti residenti e un organico di personale (sanitario e di supporto) che supera le 50 unità. La dotazione organica e la presenza di figure professionali sono conformi a quelle stabilite per le attività sociosanitarie residenziali.

L'autorizzazione all'esercizio è riferita ad attività di tipo residenziale, per il cui svolgimento non sono richiesti servizi specialistici e di diagnostica di laboratorio, pertanto, in caso di necessità, i sanitari fanno riferimento ai presidi del SSR presenti nel Territorio.

Le Procedure in essere, sono quelle relative ai Rischi di maggiore interesse rispetto alla tipologia degli ospiti in relazione al tipo di assistenza erogata per ogni setting assistenziale.

Per ogni ambito sono stati definiti gli obiettivi da perseguire e i set di azioni necessari allo scopo, nonché gli indicatori atti all'autovalutazione.

a) Ambito dei requisiti strutturali e tecnologici

In tale ambito la valutazione dei requisiti esistenti ha consentito di raggiungere il livello Intermedio. Sotto il profilo strutturale risultano rispettati i percorsi sporco/pulito, il rapporto lavandini /letti, la disponibilità di stanze per l'isolamento e sono presenti procedure specifiche per la sanificazione. La disponibilità di stazioni di sanificazione con soluzione idroalcolica è presente solo in ambienti che siano sempre presidiati da operatori sanitari.

In ogni caso e nei programmi della Amministrazione procedere ad una parziale sostituzione degli attuali dispenser con dispositivi automatici.

Il mantenimento dell'efficienza dei lavandini, ai fini del rispetto del rapporto ottimale tra numero di lavandini e posti letto, verrà assicurato attraverso un programma di manutenzione periodica e all'introduzione graduale di specifici rubinetti con sensori ad infrarossi per ridurre il contatto con l'utilizzatore.

Requisiti strutturali e tecnologici	Resp.	Tem
-------------------------------------	-------	-----

		po
Obiettivo	a) mantenimento del rapporto lavandini/posti letto b) ridurre il contatto tra utenti e rubinetteria	
Azione	a) manutenzione periodica programmata dei servizi igienici b) progressiva sostituzione dei dispenser di soluzione idroalcolica con dispositivi elettronici c) Introduzione graduale di rubinetti con sensori ad infrarossi	DA /MR 12 mesi
Indicatori	a) regolare fornitura dei prodotti per l'igiene delle mani; b) regolare distribuzione dei dispenser all'interno della Struttura c) rispetto del programma di manutenzione periodica dei servizi	

Legenda: **R**=responsabile; **T**= tempo previsto per l'implementazione

DA= Direzione Amministrativa; MR = Medico Responsabile; R.M.=Risk Manager

b) Ambito della formazione del personale

Esiste un programma di formazione specifico per gli operatori sanitari incentrato prevalentemente sui seguenti obiettivi:

- Formare gli operatori sul rischio clinico, sulla conoscenza dei rischi insiti nelle diverse fasi e procedure dei percorsi assistenziali e sulla esistenza di specifiche Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli eventi avversi ed eventi sentinella.
- Diffondere la cultura del rischio clinico e della sicurezza delle cure.
- Illustrare la funzione del Risk Management nelle organizzazioni sanitarie.

Tale formazione viene corroborata da una scelta mirata dei corsi ECM messi a disposizione dall'azienda tramite il provider Espansione Srl.

La recente da infezione di SARS-COV-2 ha permesso di verificare che le misure di contenimento introdotte a livello generale, aziendale e la formazione specifica del personale è stata particolarmente efficace atteso che nell'ultimo anno abbiamo avuto solo 3 casi risolti in pochissimi giorni.

Nel programma di formazione saranno introdotti gli argomenti raccomandati dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani, con specifico riferimento all'approccio secondo "i cinque momenti dell'igiene delle mani" ed alla definizione della "zona paziente" e "zona assistenziale"

Formazione del personale		Resp	Tem po
Obiettivo	a) consolidare le conoscenze degli operatori sulle ICA b) prevenzione delle ICA c) accesso a corsi e materiale formativo		
Azione	a) riedizione di corsi di formazione aggiornati b) stesura di un calendario dei corsi c) rendere disponibili i Piani Regionale e Locale per l'Igiene delle mani	DA MR	12 me si

Indicatori	a) partecipazione degli operatori in misura non inferiore all'80%		
	b) distribuzione di brochure su igiene delle mani		
	c) Individuazione del personale da formare e degli osservatori		

Legenda: **R**=responsabile; **T**= tempo previsto per l'implementazione

DA= Direzione Amministrativa; MR = Medico Responsabile; R.M.=Risk Manager

c) Ambito del monitoraggio e del feedback

Il monitoraggio dell'implementazione della corretta igiene delle mani nella pratica clinico assistenziale, mediante l'osservazione diretta, rappresenta lo strumento principale per la verifica dell'adesione degli operatori alle indicazioni del presente Piano.

Tuttavia, tale attività richiede un elevato impegno di risorse in termini di tempo-uomo, che potrebbero non essere compatibili con i contingenti di personale impiegato, di norma, nei turni di servizio.

Si deve infatti garantire, da una parte, l'espletamento delle correnti attività assistenziali nei confronti degli ospiti della struttura, in larga misura parzialmente non autosufficienti, dall'altro un equilibrato rapporto tra costi di esercizio e remunerazione delle attività riconosciuta per il livello assistenziale corrispondente.

Pertanto, fatta questa doverosa precisazione, l'organizzazione delle attività di monitoraggio trarrà informazioni utili, oltre che dalle attività di osservazione diretta, anche da altre informazioni, come ad esempio il consumo di soluzioni alcoliche e di sapone all'interno della struttura prima o dopo l'adozione del presente Piano, la conoscenza dei cinque momenti per l'igiene delle mani, la partecipazione degli operatori alle attività formative.

Monitoraggio e Feedback		Resp.	Tempo
Obiettivo	a) verificare il livello di compliance alla pratica dell'igiene delle mani b) assicurare competenze specifiche per il monitoraggio c) registrare e riportare i risultati del monitoraggio agli operatori		
Azione	a) stabilire il calendario per l'avvio delle attività di valutazione b) identificare i candidati per essere osservatori c) restituire i risultati della valutazione agli operatori	MR	18 mesi
Indicatori	a) definizione e formazione di un responsabile dell'osservazione. b) quantità di detergente e di soluzione a base di alcol per l'igiene delle mani utilizzata per mille giornate di degenza		

Legenda: **R**=responsabile; **T**= tempo previsto per l'implementazione

DA= Direzione Amministrativa; MR = Medico Responsabile; R.M.=Risk Manager

d) Ambito della comunicazione permanente

La necessità di comunicare le modalità di igiene delle mani e le procedure appropriate per la sua esecuzione agli operatori sul posto di lavoro è un'attività imprescindibile per la corretta applicazione del seguente piano di azione.

Locandine e brochure, allegati in calce a questo documento sono, da anni disponibili in Struttura, il miglioramento del materiale informativo è consistito in una revisione continua dei contenuti, in linea con le più recenti informative del OMS e delle altre Agenzie di riferimento, nonché la scelta di nuovi punti di affissione per rendere la comunicazione il più penetrante possibile.

Comunicazione permanente		Resp.	Tempo
Obiettivo	a) Promuovere l'igiene delle mani attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster di rapida e facile comprensione b) Rendere disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani		
Azione	a) Esporre poster in prossimità di ogni lavandino disponibile per gli operatori e ogni stazione di sanificazione con soluzione idroalcolica. b) Rendere disponibili brochure informative per operatori e familiari / caregiver	MR	12 mesi
Indicatori	a) Presenza e applicazione ed eventuale revisione delle istruzioni operative che specifichino le modalità di comunicazione della Struttura sulla igiene delle mani.		

Legenda: **R**=responsabile; **T**= tempo previsto per l'implementazione
 DA= Direzione Amministrativa; MR = Medico Responsabile; R.M.=Risk Manager

e) Clima organizzativo

La necessità di un equilibrato rapporto tra costi di esercizio e remunerazione delle attività riconosciuta per i livelli assistenziali trattati oltre che alla possibilità di sovraccaricare il personale in forza di ulteriori attività e nuove responsabilità impone alla Direzione una attenta valutazione per la costituzione del "Team di promozione e di implementazione della pratica di igiene delle mani".

Ciò non toglie che la Direzione continui ad assicurare un impegno costante, evidente e deciso per la prevenzione e il controllo delle ICA.

E necessario che la Direzione ponga in essere azioni esplicite che stimolino gli operatori ad un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani non escludendo la

possibilità di interventi disciplinari in caso di ingiustificata violazione delle norme e dei criteri di buona pratica

Clima organizzativo e mission aziendale		Resp.	Tempo
Obiettivo	a) Definire un Team o un responsabile per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica dell'igiene delle mani		
	b) Coinvolgere familiari /cargiver e , ove possibile, gli ospiti sull'importanza dell'igiene delle mani		
Azione	a) Verificare con il team/responsabile la necessità di modificare il presente piano d'azione ad intervalli di 6 mesi.	MR	6 mesi
	b) Avviare attività di sostegno e formative con familiari / caregiver e, ove possibile, con gli ospiti.		
Indicatori	a) Adozione annual del PARS secondo le indicazioni Regionali.		

Legenda: **R**=responsabile; **T**= tempo previsto per l'implementazione
DA= Direzione Amministrativa; **MR** = Medico Responsabile; **R.M.**=Risk Manager

6. Distribuzione

Il presente Piano viene archiviato in formato digitale su server aziendale. Una copia cartacea viene resa disponibile presso le medicherie di reparto.

I contenuti del presente documento sono condivisi con il personale delle Strutture in formato digitale mediante l'area riservata del sito internet.

7. Riferimenti Normativi

- Determina Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria G02044 del 26_02_2021 - "Adozione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani"
- Circolare Ministero della Salute n. 4968 Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE) del 26 febbraio 2013.
- DCA n. U00328 del 4 novembre 2016, Progetto 7.3 "contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici".
- 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.
- Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2 "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e

socioassistenziali” - Versione del 24 agosto 2020.

8. Allegati

- 1) Brochure “Come lavarsi le mani”
- 2) Brochure “L’Igiene delle mani”
- 3) Locandina “Come praticare l’Igiene delle mani con acqua e sapone”
- 4) Locandina “Come praticare l’Igiene delle mani con soluzione idroalcolica”
- 5) Locandina “i cinque momenti in caso di paziente su sedia a ruote”
- 6) Locandina “i cinque momenti in caso di paziente a letto”

ALLEGATO 2

PROGRAMMA PER LA PREVENZIONE, LA SORVEGLIANZA ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI ANNO 2025

In riferimento alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 460 della Regione Lazio del 28/06/2024 è stato redatto il presente Programma di Controllo della Legionellosi per l'anno 2025, adottando il documento delle "Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi".

1. Costituzione di un Gruppo di Lavoro Multidisciplinare

Formare un gruppo di lavoro dedicato alla prevenzione e al controllo della legionellosi, preferibilmente come sottogruppo operativo all'interno del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA). Il gruppo dovrebbe includere:

- Un rappresentante della Direzione Sanitaria
- Il Risk Manager
- Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione

2. Elaborazione del Programma di Controllo della Legionellosi

Il gruppo di lavoro dovrà sviluppare un Programma di Controllo che includa:

- **Valutazione del Rischio:** Analisi degli impianti idrici e aeraulici per identificare potenziali fonti di contaminazione da Legionella.
- **Misure Preventive e Protettive:** Definizione di interventi tecnici e organizzativi per prevenire la proliferazione del batterio, come la manutenzione regolare degli impianti e l'adozione di procedure di sanificazione.
- **Piano di Monitoraggio:** Stabilire la frequenza e le modalità dei controlli ambientali e microbiologici, con particolare attenzione ai punti critici identificati nella valutazione del rischio.
- **Formazione del Personale:** Programmi di formazione periodica per il personale sanitario e tecnico sulla prevenzione e il controllo della legionellosi.
- **Procedure in Caso di Contaminazione:** Definizione di protocolli operativi per la gestione di eventuali casi di contaminazione, inclusa la comunicazione interna ed esterna e le misure correttive da adottare.

3. Documentazione e Comunicazione

Il Programma di Controllo sarà formalizzato in un documento ufficiale, datato e sottoscritto da tutti i membri del gruppo di lavoro e dai responsabili della struttura, inserito nel Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario (PARS) e comunicato a tutto il personale coinvolto.

4. Monitoraggio Continuo e Aggiornamento

Prevedere una revisione periodica del Programma di Controllo, almeno annuale o in seguito a modifiche significative degli impianti o dell'organizzazione. Il monitoraggio continuo e l'aggiornamento delle misure preventive sono essenziali per garantire l'efficacia del programma.