

LUSAN Srl – P.IVA 05888541009

Residenza Magnolia

Via Monteprandone n° 65

00132 – Giardini di Corcolle (Roma)

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Data di emissione	Gruppo di lavoro	Approvato
26/02/2026	Inf. Dir. RSA Myosotis Dott. Michele Bassanelli RQ Lusan/Serenissima Dott.ssa Bianchini Cinzia Medico Responsabile RSA Myosotis Dott.ssa Anjeza Zorba Medico Responsabile RSA Magnolia	Dott.ssa Montalbano

Indice

1. Introduzione al PARS 2026
2. Contesto organizzativo
3. Gestione del rischio infettivo
4. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati
5. Descrizione della posizione assicurativa
6. Descrizione delle attività del PARS precedente anno 2025
7. Resoconto del PARS 2025
8. Matrice delle responsabilità
9. Obiettivi e attività 2026
10. Obiettivi 2026 per gestione del rischio - PARS
11. Modalità di diffusione del documento
12. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi

1. INTRODUZIONE AL PARS 2026

La stesura del presente PARS segue le indicazioni presenti nella Determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 “Adozione del Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)”.

Lo scopo di questo nuovo documento unico denominato PARS, come specificato dalla Regione Lazio, è:

- favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all’Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle mani, comprese quelle riguardanti il monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica (SIA);
- semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale supportandole nella cruciale fase del risk assessment.

L’Azienda attraverso le politiche di Risk Management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell’interesse del paziente/utente.

L’attuale PARS si inserisce nel percorso che prosegue e rafforza le azioni messe in atto per il miglioramento della qualità e la sicurezza delle cure partendo dalla necessità di considerare l’errore come una opportunità di apprendimento.

Il PARS si inserisce in una più ampia azione sistemica basata sulla valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione e implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema.

Le attività che si realizzano attraverso il PARS fanno parte delle iniziative aziendali in materia di Rischio Clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

La strategia definita attraverso il Piano si rifà alla necessità di passare da un sistema che subisce gli eventi sfavorevoli a un sistema che, invece, gestisce i rischi, ovvero la promozione del passaggio da un sistema reattivo a un sistema prevalentemente pro-attivo e preventivo.

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Residenza Magnolia è situata nel comune di Roma – VIII Municipio, in località Giardini di Corcolle, quartiere residenziale nella zona est di Roma, circondato dalla campagna romana e con vista sulle colline di Tivoli e cittadine limitrofe.

La Residenza è raggiungibile con mezzi pubblici n°508 a partire dalla fermata della metropolitana “Ponte Mammolo” e dal quartiere è possibile raggiungere i paesetti vicini con mezzi di servizio extraurbano.

Magnolia, essendo situata in una zona residenziale in prossimità del centro abitato, consente di raggiungere a piedi numerosi servizi esterni, tra cui l’ufficio postale, la banca, la farmacia, la chiesa e il supermercato.

La Residenza può offrire servizi di tipo alberghiero, assistenziale e sanitario di base, sociale e ricreativo culturale, fortemente diversificati.

La Residenza Magnolia offre servizi di residenzialità a regime privato nella Casa di Riposo e servizi sociosanitari accreditati dalla Regione Lazio nella Residenza Sanitaria Assistenziale.

La Residenza è suddivisa in n° 4 Nuclei, di cui n° 3 di RSA (pari a n° 52 posti letto) e 1 di casa di riposo.

La Residenza offre nuclei abitativi con camere singole, doppie, dotate di servizio igienico in camera, telefono e televisore.

All’interno della struttura sono presenti spazi per attività individuali, di gruppo e con la famiglia: soggiorni, sale occupazionali, cappella.

Sono previsti spazi esterni per attività all’aperto.

In particolare, ogni camera possiede:

- Letto articolato a tre livelli con comandi elettrici, materasso e cuscini, comodino funzionale, tavolo, scrittoio, armadio, sedia e poltrona.
- Il bagno è corredato di ausili per permettere la facile fruibilità alle persone anziane e nello stesso tempo garantisce alti margini di sicurezza.

La Residenza è provvista di segnaletica e indicazioni appropriate per permettere un buono orientamento e facile accesso alle vie di fuga in caso di pericolo, sono presenti elementi per il superamento di barriere architettoniche.

Tabella n.1 Presentazione dei dati di Attività

DATI ATTIVITÀ PER SINGOLO PRESIDIO			
POSTI LETTO ORDINARI	N° 52	RSA ALTO MANTENIMENTO	40
		RSA BASSO MANTENIMENTO	12
N° RICOVERI ORDINARI ANNO 2025	25		

3. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Specificità organizzative intraprese in relazione al rischio infettivo.

Il Comitato Per il Controllo delle infezioni Correlate all'assistenza (CCIA) è composto da Medico Responsabile RSA, Infermiere Dirigente e Risk manager.

Il gruppo di lavoro interdisciplinare che costituisce il CCIA opera nella RSA come da requisiti previsti ed è coinvolto nel controllo e nell'implementazione delle procedure che riguardano la prevenzione delle ICA.

Tutto il team multidisciplinare che opera nella Residenza Magnolia è formato e coinvolto nelle attività di prevenzione attraverso l'applicazione di determinati protocolli atti a prevenire la diffusione di ICA indicati nelle specifiche procedure.

Per il controllo delle ICA è attuato un programma monitoraggio periodico di eventi sentinella e di check control riferite al processo assistenziale, oltre alla rilevazione sistematica di eventi infettivi occorsi nel mese, al fine di attenzionare il problema in funzione di programmi di miglioramento.

La Residenza ha la possibilità di attivare, se necessario, una stanza per l'isolamento degli ospiti infetti.

La sorveglianza delle batteriemie da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) è stata istituita nel 2013 (circolare del Ministero della Salute), con l'obiettivo di monitorare la diffusione e l'evoluzione di queste infezioni, nonché sviluppare strategie di contenimento adeguate; nel 2019 è stata quindi implementata per migliorare l'aderenza alla sorveglianza, la qualità dei dati e la tempestività di notifica. La sorveglianza raccoglie e analizza principalmente le segnalazioni dei casi di batteriemie da *K. Pneumoniae* ed *E. coli* resistenti ai carbapenemi e/o produttori di carbapenemasi da tutto il territorio nazionale, tuttavia le percentuali di resistenza alle principali classi di antibiotici si mantengono elevate per otto patogeni: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter species*.

Come report nel primo e secondo semestre 2025 su infezioni da enterobatteri resistenti a carbapenemi presso la Residenza Magnolia non si sono riscontrati casi specifici, sebbene **il report su consumo di antibiotici dosi definite giornaliere** (DDD/100 gg di degenza) dai dati ricavati utilizzando il consumo di antibiotici in generale (con i dati estrapolati dal programma in uso della cartella clinica informatizzata e-personam selezionando principio attivo e dose giornaliera assunta), risulta un consumo di 115 dosi ogni 100 giorni di degenza per qualsiasi causa, ovvero antibiotici somministrati per infezioni delle vie urinarie, infezioni bronco-polmonari, infezioni intestinali, infezioni dei tessuti molli. La tempistica di gestione delle verosimili infezioni ha evitato lo svilupparsi di compromissioni sistemiche e di sepsi, inoltre il ricorso ad indagini di approfondimento come il tampone colturale delle piaghe da decubito e le urinocolture hanno ottimizzato l'uso di antibiotici. In definitiva in struttura si sono adottate le seguenti misure preventive per contrastare l'antibioticoresistenza (AMR).

Tabella consumo antibiotici:

Tipologia Infezione	Via di Somministrazione	Farmaco	N. di Dosi
<i>Infezione Vie Aeree superiori</i>	Os	Agumentin	165
	Os	Cefixoral	25
	Os	Claritromicina	15
	IM	Rocefin	24
		Tazocin	12
<i>Infezione Gastrointestinale</i>	Os	Normix	86
<i>Infezioni Vie Urinarie</i>	Os	Ciproxin 500 Mg	48
	Os	Ciproxin 250 Mg	8
	Os	Monuril	6
	Os	Neofuradantin	27
Totale			419

Uso responsabile: far assumere antibiotici solo su prescrizione medica, seguendo la durata corretta e nella maggior parte dei casi dopo specifico antibiogramma.

- 1. Rafforzare le misure di igiene:** in particolare il lavaggio delle mani di operatori ed ospiti, ma anche dei familiari e delle persone che affluiscono alla struttura come esterni.
- 2. Formazione e Informazione:** aumentando la consapevolezza tra operatori sanitari e cittadini sull'uso responsabile degli antibiotici e l'adesione al piano nazionale delle vaccinazioni.
- 3. Sistemi di sorveglianza:** la Direzione Sanitaria ha individuato un referente per le sorveglianze che sarà responsabile dell'invio tempestivo di cluster/focolai di ICA o del riscontro di microrganismi sentinella. Il referente, individuato nella figura del Medico Responsabile, segnalerà inoltre alla Direzione la presenza di qualsiasi situazione infettiva, sospetta o confermata, interna alla struttura che deve essere segnalata tempestivamente alla ASL competente per territorio.

I vaccini sono strumenti potenti ed efficaci in termini di costi per prevenire le malattie trasmissibili negli esseri umani e possono quindi frenare la diffusione delle infezioni connesse alla resistenza antimicrobica e ridurre l'uso degli antimicrobici. È pertanto necessario promuovere il ricorso alla vaccinazione come pure lo sviluppo e la disponibilità dei vaccini e l'accesso agli stessi.

Tra le attività condotte per la prevenzione delle ICA, da annoverare che si è svolta una campagna di vaccinazione rivolta non solo agli ospiti ma anche al personale con offerta e somministrazione presso ambulatorio dedicato in struttura di vaccino antinfluenzale (Flucelvax Tetra o Eflueda) con **copertura vaccinale antinfluenzale del 38% per gli ospiti** della RSA.

Tra le infezioni respiratorie tenute sotto monitoraggio e di cui se ne previene l'insorgenza c'è quella causata dal batterio **legionella** ed indicata con il termine generale di "legionellosi": si può contrarre respirando acqua contaminata diffusa in aerosol, condizione tipica di chi fa un doccia. La legionellosi viene normalmente acquisita per via respiratoria mediante inalazione, aspirazione o microaspirazione di aerosol contenente Legionella, oppure da particelle derivate per essiccamento. I principali sistemi generanti aerosol che sono stati associati alla trasmissione della malattia comprendono gli impianti idrici, diffusori di docce, aeratori di rubinetti, gli impianti di climatizzazione dell'aria (sistemi di ventilazione e condizionamento dell'aria, ecc.), le apparecchiature per la terapia respiratoria assistita

e gli idromassaggi; per quanto riguarda gli impianti idrico sanitari il rischio maggiore risulta in prossimità dei soffioni doccia e dei rubinetti. Per assicurare una riduzione del rischio di legionellosi, lo strumento fondamentale da utilizzare non è il solo controllo di laboratorio routinario, ma l'adozione di misure preventive e di controllo come previsto dalle *Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi* (adottato con DGR n. 460 del 28 giugno 2024) e regolarmente applicato nella struttura secondo il piano di autocontrollo legionella già in essere da anni presso la Residenza e esplicitato anche nel Documento di Valutazione del Rischio con ultima revisione del 23/12/2025

In particolare le misure di controllo previste si possono riassumere in:

A. MISURE DI PREVENZIONE MESSE IN ATTO DA PERSONALE INTERNO

- pulire, decontaminare e sterilizzare a freddo tutte le apparecchiature pluriuso dopo ogni utilizzo;
- Per quanto riguarda i dispositivi monouso (maschere facciali, occhialini, etc...), essi vanno sostituiti sempre quando sono evidenti residui di materiale biologico (escreato bronchiale, sangue etc..) ed in ogni caso almeno ogni 48-72 ore nel caso in cui venga prescritta una ossigeno-terapia per un periodo prolungato.

B. PIANO DI CONTROLLO E MANUTENZIONE DEGLI IMPIANTI IDRICI

C. PIANO DI CONTROLLO E MANUTENZIONE DEGLI IMPIANTI DI CLIMATIZZAZIONE

Vedi All.3 – PARS 2026

Tra le molteplici infezioni correlate all'assistenza (ICA), **le infezioni del sito chirurgico (ISC)** rappresentano una delle complicanze più frequenti. Si definisce infezione del sito chirurgico (ISC) un'infezione che si verifica dopo un intervento chirurgico nella sede del corpo sottoposta a chirurgia. La maggior parte delle infezioni del sito chirurgico può essere trattata con antibiotici o con un altro intervento chirurgico per trattare l'infezione. È stato dimostrato che un programma di prevenzione e controllo delle infezioni con componenti di sorveglianza riducono il rischio di ISC.

Il protocollo di sorveglianza Europeo si basa su quattro concetti fondamentali: la ferita chirurgica e l'attività chirurgica eseguita, il contesto sanitario dove si è svolto l'intervento e le antibiotico-resistenze registrate nel contesto sanitario con relativo isolamento dei patogeni.

Presso la Residenza Magnolia è attivo uno specifico protocollo per la gestione e la corretta medicazione delle ferite, comprese quelle chirurgiche derivanti da interventi eseguiti presso altri servizi a noi inviati nel contesto della successiva convalescenza e trattazione, dividendole in:

1. Infezione superficiale dell'incisione chirurgica: l'infezione si può manifestare entro i 30 giorni successivi alla procedura chirurgica e coinvolge solo la cute e i tessuti sottocutanei dell'incisione. Si può riscontrare almeno una delle seguenti manifestazioni: secrezione purulenta dall'incisione superficiale, con o senza conferma di laboratorio; microrganismi isolati mediante coltura, ottenuta con modalità asettiche, del fluido o del tessuto prelevato dall'incisione superficiale; segni o sintomi di infezione quali dolore o dolorabilità al tatto, tumefazione localizzata, arrossamento o aumento della temperatura locale; diagnosi di infezione superficiale dell'incisione chirurgica fatta da un chirurgo o dal medico curante.

2. Infezione profonda dell'incisione chirurgica: l'infezione si manifesta entro i 30 giorni successivi alla procedura chirurgica se non è stato lasciato in sede materiale protesico, oppure entro 1 anno se è stato lasciato in sede materiale protesico e sembra essere correlata alla procedura chirurgica. L'infezione interessa i tessuti molli profondi (ad esempio strati delle fasce e strati muscolari) dell'incisione ed è presente almeno una delle seguenti manifestazioni: secrezione purulenta dall'incisione profonda ma non dalla componente organo/spazio del sito chirurgico; deiscenza spontanea dell'incisione profonda oppure riapertura deliberata effettuata dal chirurgo quando il paziente presenta almeno uno dei seguenti segni o sintomi: febbre superiore a 38 °C, dolore o dolorabilità al tatto localizzati, a meno che la coltura dell'incisione sia negativa; presenza di un ascesso o di altra evidenza di infezione che interessa l'incisione chirurgica profonda, riscontrata all'esame diretto, nel corso di un nuovo intervento chirurgico, durante un esame istopatologico o mediante indagine radiologica; diagnosi di infezione profonda dell'incisione chirurgica fatta da un chirurgo o dal medico curante.
3. Infezione di organo/spazio: l'infezione si manifesta entro i 30 giorni successivi alla procedura chirurgica se non è stato lasciato in sede materiale protesico, oppure entro 1 anno se è stato lasciato in sede materiale protesico e l'infezione sembra essere correlata alla procedura chirurgica. L'infezione interessa qualsiasi parte dell'anatomia (ad esempio organi e spazi) diversa dall'incisione aperta o manipolata durante un intervento chirurgico ed è presente almeno 1 delle seguenti manifestazioni: secrezione purulenta dal drenaggio posizionato mediante infissione in un organo/spazio; microrganismi isolati mediante coltura, ottenuta con modalità asettiche, del fluido o del tessuto prelevato dall'organo/spazio; presenza di un ascesso o di altra evidenza di infezione che interessa l'organo/spazio, riscontrata all'esame diretto, nel corso di un nuovo intervento chirurgico, durante un esame istopatologico o mediante indagine radiologica; diagnosi di infezione di organo/spazio del sito chirurgico fatta da un chirurgo o dal medico curante.

Nel corso del 2025 si è dovuto trattare un solo ospite sottoposto a trattamento chirurgico mininvasivo per posizionamento di PEG e la stomia/cute peristomale è risultata sempre detersa e pulita senza insorgenza di complicanze infettive o di altra natura. La gestione è stata eseguita con impianto e cambio di primo impianto in sede ospedaliera e cambio di secondo impianto in struttura a Dicembre 2025. La gestione della PEG è effettuata in accordo e coordinamento con centro NAD che ha curato anche la formazione del personale interno.

L'igiene delle mani è scientificamente riconosciuta come la strategia più importante per prevenire la diffusione dei microrganismi resistenti agli antibiotici e ridurre le infezioni correlate all'assistenza (ICA). È stato stimato che l'adesione a una corretta e accurata igiene delle mani da parte del personale sanitario, può ridurre fino al 40% delle ICA con enormi vantaggi sia dal punto di vista sanitario che economico. Secondo l'OMS l'utilizzo dei prodotti a base alcolica rappresenta un'ottima alternativa all'impiego di acqua e sapone per l'igienizzazione routinaria delle mani nelle aree di assistenza sanitaria. Grazie a diversi vantaggi elimina la maggior parte dei microrganismi in breve tempo (20-30 secondi), offre un'ottima tollerabilità dermatologica, è possibile renderla disponibile al letto del paziente e non necessita di particolari infrastrutture (come rubinetti, lavandini, ecc) di acqua pulita, sapone e asciugamani.

Presso la Residenza Magnolia la distribuzione di gel idroalcolico è attuata in vari ambienti e precisamente nei locali ad alto tasso di frequentazione:

- All'ingresso della Struttura
- All'ingresso dei nuclei di degenza
- Negli ambulatori e nei posti di controllo dove staziona il personale
- Nei carrelli di distribuzione dei farmaci
- Nelle sale da pranzo
- Nelle sale polivalenti utilizzate per le attività occupazionali e nei locali Palestra
- Nei depositi sporchi e puliti
- Nei carrelli di riordino e cambio biancheria

Il questionario di autovalutazione delle attività intraprese per una corretta igiene delle mani in struttura ed il monitoraggio del consumo del gel idroalcolico con stesura report condiviso e discusso con equipe multidisciplinare sono allegati al presente documento.

4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

La Legge n.24/2017, recante disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, in particolare nell'Art 2 comma 5, prevede che la sicurezza delle cure si realizza mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione delle prestazioni sanitarie.

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.

L'obiettivo è nell'ottica della ricerca di un nuovo equilibrio che permetta da una parte ai professionisti di svolgere la propria attività con maggiore sensibilità e dall'altra di garantire ai pazienti maggiore trasparenza. In ottemperanza agli obblighi di trasparenza stabiliti dalla L.24/2017, al fine di consentire la corretta comprensione dei dati riportati nelle tabelle apposite è necessario chiarire alcune definizioni.

Si parla di "Quasi Evento" o "Near Miss" quando un errore, pur avendo la potenzialità di causare un evento avverso, viene intercettato prima di produrre danni ad un paziente; si parla invece di "Evento Avverso" quando un evento inatteso e correlato al processo assistenziale comporta un danno al paziente ovviamente non intenzionale. Non tutti gli eventi avversi sono prevenibili ma solo quelli attribuibili ad un errore.

L'Evento Sentinella, invece, è quell'evento di tale gravità che determina inabilità momentanea o permanente e che può portare al decesso del paziente. I

In caso di Eventi Avversi/Sentinella è necessario effettuare una verifica sul motivo che lo ha causato o sui fattori eliminabili o riducibili al fine di produrre azioni di miglioramento.

Nell'anno 2026 la politica della qualità stabilita dalla residenza Magnolia per le attività di Risk Management ha previsto:

- Revisione delle procedure in essere in previsione del costante aggiornamento del manuale per l'accreditamento DCA 469/2017. Tale revisione è stata completata;

- Mantenimento del sistema di qualità certificato ISO 9001/2015;
- Coinvolgimento del personale infermieristico e di assistenza socio sanitaria per le attività di monitoraggio dei processi assistenziali. I monitoraggi sono attualmente effettuati con calendarizzazione a tempi variabili da giornaliera a mensile secondo specifiche attività e regolarmente registrati in apposita modulistica;
- Implementazione e continua valutazione del programma per la gestione informatizzata del processo assistenziale e della documentazione sanitaria integrata con profili autorizzativi d'uso diversificati;
- Gestione di eventi avversi individuati in: Cadute, LDP, Accessi al PS con monitoraggio analisi cause e conservazione dati statistici;
- Gestione delle informazioni e delle consegne attraverso lo strumento di una cartella informatizzata integrata per la continuità assistenziale;
- Formazione e valutazione del personale su specifici aspetti di qualità, risk management ed applicazione del sistema di qualità interno;
- Coinvolgimento del personale in gruppi di discussione a supervisione psicologica per problematiche e situazioni conflittuali emerse durante le attività assistenziali. Il personale partecipa volontariamente agli incontri ma come attività di servizio finalizzata al miglioramento del clima organizzativo, stress lavoro correlato, Burnout;
- Individuazione di un Case Manager del Piano Assistenziale Individuale e sua formazione on the Job per la realizzazione delle valutazioni multidimensionali per le revisioni periodiche, costantemente valutata dai referenti;
- Realizzazione di monitoraggi degli anziani su situazioni individuate come potenzialmente a rischio;
- Calendarizzazione di Check control periodiche per l'individuazione di eventi sentinella;
- Calendarizzazione di audit mensili su processi stabiliti nel sistema di qualità interno
- Trattamento costante di Non conformità e Reclami.

Tabella.2 Eventi Segnalati nel 2025 (ai sensi dell'art. 2, c.5 della L.24/2017)

TIPO DI EVENTO	NUMERO	% SU TOT EVENTI	%CADUTE SU CATEGORIA	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
Near miss	4	10%	0%	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (3%) Procedure/comunicazione (17%) Altro (80%) (condizioni ospiti)	Procedure/comunicazione (10%) Revisioni PAI e procedure (90%)	Sistemi di reporting (98%) Non conformità (1 %) Reclami (1%)
Eventi avversi	37	90%	19%			
Eventi sentinella	0	0%	0%			
Totali	41	/	/			

Tabella 3 - Sinistrosità e Risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	N. Sinistri	Risarcimenti erogati
2021	0	0
2022	0	0
2023	0	0
2024	0	0
2025	0	0
Totali	0	0

5. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza (Scadenza)	Compagnia	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2021	5037261PW	Sara	10.560,00	0	ASSIFIDI SPA
2022	5037261PW	Sara	10.560,00	0	ASSIFIDI SPA
2023	5037261PW	Sara	10.560,00	0	ASSIFIDI SPA
2024	5037261PW	Sara	10.560,00	0	ASSIFIDI SPA
2025	5037261PW	Sara	10.560,00	0	ASSIFIDI SPA

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE- ANNO 2025

Chiusura Obiettivi ANNO 2025	Attività	Realizzazione
<p>Diffondere la cultura della sicurezza delle cure</p> <p>Indicatore Almeno un corso di Formazione con Partecipazione del 80% del personale</p>	<p>Corsi di Formazione per tutto il personale</p>	SI
<p>Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e contenimento degli eventi avversi</p> <p>Indicatore Svolgimento di Audit straordinari per analisi eventi particolari</p>	<p>Informazione e formazione del personale all'utilizzo di procedure operative specifiche</p>	SI
<p>Mantenere la revisione dei PAI con identificazione del ruolo dell'infermiere con ruolo Case manager e la revisione in equipe multidisciplinare</p> <p>Indicatore: il 100 % ospiti e il coinvolgimento di almeno 90 % degli infermieri nel ruolo di case manager</p>	<p>Revisione del PAI periodica in incontri multidisciplinari verbalizzati</p> <p>Assegnazione di Case manager al singolo ospite</p> <p>Condivisione PAI ospite /famiglia</p> <p>Formazione e valutazione periodica dei Case manager</p>	SI
<p>Mantenimento comitato di partecipazione della RSA come previsto per legge con i vari rappresentanti</p> <p>Indicatore: Almeno una riunione annuale</p>	<p>Riunioni del Comitato con verbalizzazione</p> <p>Trattamento delle problematiche emerse per soluzioni e miglioramenti</p>	SI
<p>Mantenimento delle attività svolte dal gruppo di valutatori formati</p> <p>Indicatore: rispetto del piano di Audit ordinari e straordinari previsti dal Sistema di qualità certificato</p>	<p>Calendarizzazione piano di Audit Interni su processi</p> <p>Calendarizzazione di Check control su attività assistenziali</p> <p>Esecuzione delle verifiche e relativi verbali</p>	SI

	Trattamento delle problematiche e criticità per soluzioni e miglioramenti	
Favorire la visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo dei pazienti ma anche degli operatori e delle strutture Indicatore: Almeno un corso di Formazione con Partecipazione del 80% del personale	Revisione procedure ed educazione del personale e dei care giver	SI
Coinvolgimento del personale infermieristico e di assistenza in attività di monitoraggio e in processi non assistenziali della residenza secondo specifica valutazione Indicatore: Attribuzione a Referenti di progetto e partecipanti ai gruppi di lavoro	Progetto specifico per attribuzione ruoli ed attività di monitoraggio Reporting per singole attività	SI
Implementazione e valutazione del programma per la gestione documentazione informatizzata, analisi delle tracciabilità e delle stampe per una specifica procedura di archiviazione. Indicatore: attribuzione dei profili autorizzativi diversificati, monitoraggi specifici e procedura di archiviazione	Monitoraggio periodico su rispetto delle pianificazioni stabilite e delle eventuali informazioni utili a garantire la continuità assistenziale Supporto al personale per eventuali problematiche	SI
Gestione eventi avversi (cadute e LDD - ecc.) Indicatore: Analisi del 100% degli eventi	Reporting Applicazione procedure operative Analisi di situazioni specifiche Statistica	SI
Coinvolgimento del personale in gruppi di discussione su temi causa di conflitto o per problematiche emerse durante l'attività. Indicatore: Partecipazione di almeno il 30% del personale nei diversi incontri organizzati	Incontro mensile di supervisione con psicologo Incontri individuali per particolari situazioni e/o a richiesta dell'operatore	SI

<p>Miglioramento delle competenze</p> <p>Indicatore: Partecipazione di almeno il 90% del personale nei diversi incontri organizzati</p>	<p>Organizzazione di incontri, formalizzati o informali a livello di reparto, del personale sanitario operante nei reparti di degenza per analizzare i fattori di rischio associati alle proprie attività e predisponendo i miglioramenti organizzativi eventualmente opportuni.</p>	<p>SI</p>
<p>Miglioramento della sicurezza e logistico</p> <p>Indicatore: Revisione periodica del DVR secondo normativa ed in base a necessità</p>	<p>Aggiornamento del DVR per il rischio biologico</p> <p>Corsi di formazione on the job per ridurre rischio infettivo da Sars-Cov-2</p> <p>Corsi di formazione on the job per la corretta igiene delle mani</p>	<p>SI</p>

7. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS - ANNO 2025

Obiettivo A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Addestramento interno rispetto al corretto utilizzo dei DPI	SI	Partecipazione del 100% del personale Eseguito ad ogni inserimento del personale e periodicamente
Informazione all'utenza/ famiglie attraverso una brochure che indichi le attività da attuare per la prevenzione del rischio infettivo in struttura	SI	Divulgazione di opuscoli e poster nella struttura per utenti e famiglie Attuazione di specifico progetto educativo/ formativo per gli ospiti su lavaggio delle mani
Organizzazione ed esecuzione di un corso di informazione, agli operatori, sull'uso degli antibiotici	SI	Svolto on the job con tutto il personale infermieristico

Obiettivo B) 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 delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbopenemesi (CRE)		
Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Monitoraggio mensile su eventi avversi	SI	Reportistica mensile e annuale per successiva analisi e valutazione
Analisi su eventi specifici con riunioni in team	SI	Discussioni in team per gruppi con supporto psicologico
Revisione del DVR per aggiornamento del rischio biologico	SI	Divulgazione al 100% del personale

Obiettivo C) sviluppo e o consolidamento di un sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)		
Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Implementazione del sistema di segnalazione delle batteriemie	NO	Non si sono verificati episodi da approfondire
Implementazione del modello di sorveglianza	NO	Non necessario
Identificazione del referente per la sorveglianza	SI	Medico Responsabile
Analisi su eventi specifici con riunioni in team	NO	Non si sono verificati episodi da approfondire
Elaborazione del report semestrale	SI	

Obiettivo D) Monitoraggio del consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)\100 gg di degenza		
Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Monitoraggio mensile	SI	Medico Responsabile
Identificazione del referente per il monitoraggio	SI	Medico Responsabile
Elaborazione del report	SI	Periodico e annuale

Obiettivo E) sistema di monitoraggio del consumo dei prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani		
Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Implementazione del sistema di controllo	SI	Verifica della quantità di utilizzo
Identificazione del referente per la sorveglianza	SI	Infermiere Dirigente
Elaborazione del report	SI	Periodico e annuale

Obiettivo F) sviluppo di programmi di buon uso degli antibiotici		
Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Monitoraggio mensile	SI	Medico Responsabile
Identificazione del referente e costituzione di un team multidisciplinare	SI	Medico Responsabile - Infermiere Dirigente - Infermiere - MMG
Elaborazione del report	SI	Annuale

8. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS

<u>AZIONE</u>	Direttore sanitario/Presidente CCICA	Risk manager	Direttore Aziendale	Direttore amministrativo	Medico Responsabile	Strutture di supporto
Redazione PARS e proposta di deliberazione	C	R	C	C	C	-
Adozione PARS con deliberazione	C	C	R	C	C	-
Monitoraggio PARS	R	C	I	I	I	C

Legenda: R= Responsabile I= Interessato C= Coinvolto

9. OBIETTIVI ED ATTIVITÀ

Nel presente documento, sono individuati obiettivi strategici di ordine generale da realizzarsi per mezzo di attività specifiche, la cui realizzazione è misurata da indicatori.

Tali obiettivi mirano a diffondere la “cultura della sicurezza” e la “cultura organizzativa” in una ottica di condivisione dei valori e dello stesso impegno.

Viene percepita dall’Azienda la necessità di migliorare l’appropriatezza assistenziale e organizzativa, favorire la comunicazione tra professionisti in un’ottica di sistema e promuovere eventi mirati al contenimento degli eventi avversi.

10.OBIETTIVI 2026 PER LA GESTIONE DEL RISCHIO - PARS

Gli obiettivi strategici sono:

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- 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 Igiene della Mani attraverso uno specifico Piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento od il miglioramento negli anni successivi.
- D. Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da
 - infezione delle ferite chirurgiche;
 - infezioni che poi evolvono in sepsi e secondaria gestione della stessa;
 - infezioni causate da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) con implementazione delle misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici.

Tabella Riassuntiva Obiettivi/Attività

Obiettivi	Attività
Obiettivo A) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure	Attività 1 – Progettazione ed esecuzione di un Corso di Formazione in “Risk Management”
	Attività 2 – Identificazione del Referente Unico per le Sorveglianze che sarà responsabile dell’invio delle segnalazioni e di tutti i documenti sia al sistema di sorveglianza (SERESMI) che alla Direzione Aziendale
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 3 – Monitoraggio semestrale della check-list caduta
	Attività 4 – Processo di AUDIT
	Attività 5 – Effettuazione di Safety Walk Around (SWR) tra le UO della struttura se previsti su PAI situazioni che lo richiedono
Obiettivo C) – Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione che, individui le attività per mantenere anche nel 2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento	Attività 6 – Implementazione del Piano Locale sull’Igiene delle mani
	Attività 7 – Creare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l’igiene delle mani (litri/1000 giornate di degenza ordinaria)
Obiettivo D) – 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 delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE	Attività 8 – Implementazione della procedura per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi (CRE)
	Attività 9 – Monitoraggio del consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg degenza
	Attività 10 – monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica
	Attività 11 – riconoscimento e gestione dello stato di sepsi
Attività 12 – Implementare l’adesione alla vaccinazione antinfluenzale	

Obiettivo A) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività 1 – Progettazione ed esecuzione di un Corso di Formazione in “RiskManagement”		
INDICATORE: Esecuzione di un Corso di aggiornamento entro il 31.12.2026		
STANDARD: SI		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’		
AZIONE	RISK MANAGER	UO FORMAZIONE
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I

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

Attività 2 – Identificazione del Referente Unico per le Sorveglianze che sarà responsabile dell’invio delle segnalazioni e di tutti i documenti sia al sistema di sorveglianza (SERESMI) che alla Direzione Aziendale		
INDICATORE: Individuazione del CCICA Aziendale Medico Responsabile e referente per la ASL Elaborazione della procedura aziendale per la tempestiva segnalazione di cluster/focolai ICA – entro 2026		
STANDARD: SI		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’		
AZIONE	RISK MANAGER	CCICA
Compilazione e analisi dei 5 questionari di autovalutazione	R	I
Azioni di miglioramento	R	I
Elaborazione del piano di azione locale	R	I

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

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 3 – Monitoraggio semestrale della check-list caduta

INDICATORE: Corrispondenza tra segnalazioni nei Diari e nella check

STANDARD: SI

FONTE: Reparti interessati

MATRICE DELLE RESPONSABILITA’		
AZIONE	RISK MANAGER	REPARTI INTERESSATI
Produzione check-list caduta	R	C
Controllo check-list	C	R
Azioni di miglioramento	R	I

Attività 4 – Processo di AUDIT

INDICATORE: Effettuare almeno 6 Audit

STANDARD: SI

MATRICE DELLE RESPONSABILITA’		
AZIONE	RISK MANAGER	REPARTI INTERESSATI
Organizzazione Audit	R	C
Effettuazione Audit	R	C
Azioni di miglioramento	C	R

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

Attività 5 – Effettuazione di Safety Walk Around (SWR) tra le UO della struttura se previsti su PAI situazioni che lo richiedono

INDICATORE: Effettuazione di almeno 3 SWR

STANDARD: SI

MATRICE DELLE RESPONSABILITA’		
AZIONE	RISK MANAGER	REPARTI INTERESSATI
Progettazione SWR	R	I
Effettuazione SWR	R	C
Azioni di miglioramento	C	R

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

Obiettivo C) – Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione che, individui le attività per mantenere anche nel 2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento

Attività 6 – Implementazione del Piano Locale sull’Igiene delle mani

INDICATORE: Elaborazione del Piano 2026 e analisi dei risultati dell’autovalutazione del 2025

STANDARD: SI

MATRICE DELLE RESPONSABILITA’		
AZIONE	RISK MANAGER	CCICA
Compilazione e analisi dei 5 questionari di autovalutazione	R	I
Azioni di miglioramento	R	I
Elaborazione del piano di azione locale	R	I

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

Attività 7 – Creare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l’igiene delle mani (litri/1000 giornate di degenza ordinaria)

INDICATORE: Almeno 1 Report trimestrale sull’approvvigionamento

STANDARD: SI

FONTE: Direzione Sanitaria

MATRICE DELLE RESPONSABILITA’		
AZIONE	DIREZIONE SANITARIA	CCICA
Produzione Relazione	R	I
Verifica Relazione	I	R
Azioni di miglioramento	C	R

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

Obiettivo D) – 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 delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE

Attività 8 – Implementazione della procedura per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi (CRE)

INDICATORE: Elaborazione procedura entro il 2026

STANDARD: SI

MATRICE DELLE RESPONSABILITA’		
AZIONE	RISK MANAGER	CCICA
Elaborazione procedura	C	R
Verifica procedura	C	R
Azioni di miglioramento	C	R

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

Attività 9 – Monitoraggio del consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg degenza

INDICATORE: Almeno 1 Report

STANDARD: 100%

FONTE: Medico responsabile

MATRICE DELLE RESPONSABILITA’		
AZIONE	FARMACIA INTERNA	CCICA
Produzione Report	R	I
Verifica Report	I	R
Azioni di miglioramento	C	R

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

Attività 10 – monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica

INDICATORE: effettuare almeno una formazione on the job per tutto il personale entro dicembre 2026

STANDARD: SI

MATRICE DELLE RESPONSABILITA’		
AZIONE	RISK MANAGER	UO GESTIONE SINISTRI
Redazione della procedura	R	C
Emissione	C	R
Approvazione	C	R

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

Attività 11 – riconoscimento e gestione dello stato di sepsi		
INDICATORE: effettuare evento formativo per tutto il personale di gruppo o con formazione on the job		
STANDARD: SI		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGER	UO GESTIONE SINISTRI
Redazione della procedura	R	C
Emissione	C	R
Approvazione	C	R

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

Attività 12 – Implementare l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale		
INDICATORE: Almeno 50% dei vaccinati della popolazione residente in RSA		
STANDARD: 50% del totale		
FONTE: Medico responsabile		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	FARMACIA INTERNA	CCICA
Produzione Report	R	I
Verifica Report	I	R
Azioni di miglioramento	C	R

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

11.MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Al fine di consentire un corretto svolgimento di tutte le attività previste nel PARS 2026 e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la diffusione attraverso:

- Pubblicazione sul sito internet aziendale
- Presentazione al Consiglio di Amministrazione
- Invio ai responsabili dei servizi.

12.BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Determinazione n° G17673 del 23 Dicembre 2025 “Piano Annuale Regionale per il Contrasto dell’Antibiotico Resistenza- PARCA”
2. DGR n° 460 del 28 Giugno 2024 “Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi”
3. Determinazione n° G16501 del 28 novembre 2022 “Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all’assistenza (ICA)”
4. Determinazione n° G00643 dell’25/01/2022 Adozione del “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”;
5. Determinazione n° G02044 del 26 febbraio 2021 “Piano regionale di intervento regionale sull’igiene delle mani”
6. DCA n U00563 del 19/11/2015. Istituzione Coordinamento Regionale dei CR-CCICA;
7. Decreto del Commissario ad ACTA 6 luglio 2015, n°U00309 recante “Approvazione del PRP 2014-18 “;
8. Raccomandazione del consiglio Europeo del 9/6/09 sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all’assistenza sanitaria;
9. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 10612009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
10. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
11. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";
12. Determinazione Regionale n.G04112 del 01 aprile 2014 recante "Approvazione del documento recante: 'Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CCICA)";
13. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeri ali per la sicurezza dei pazienti";
14. Determinazione Regionale n. G 12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
15. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti";
16. 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";
17. Determinazione Regionale n. G 16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
18. Piano Nazionale di Contrasto dell’Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2017/2020;
19. Determinazione regionale n°G00164 dell’11/01/2019 “Approvazione ed adozione del documento recante “Le linee guida per l’elaborazione del PARM”
20. Circolare Ministeriale n 52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”
21. Circolare Ministeriale n 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la Sorveglianza”
22. D. Lgs n° 502 del 30 dicembre 1992 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n° 421”;

23. Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico. - DCA n. U00400 29/10/2018
24. Rapporto ISS COVID-19 "Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell'infezione SARS-COV-2 in strutture residenziali e sociosanitarie" Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni aggiornato al 16 Marzo 2020;
25. Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 Rev. 2 - Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 10 maggio 2020
26. Rapporto ISS COVID-19 n. 22/2020 Rev. - Indicazioni ad interim per un appropriato supporto degli operatori sanitari e sociosanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 28 maggio;
27. Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 Rev. 2 - Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2. Versione del 7 luglio 2020
28. 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;
29. Comunicazione relativa all'elaborazione del PARM 2021 della Regione Lazio U0884520 del 15/10/2020;
30. Rapporto ISS COVID-19 n. 61/2020 - Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno alle persone con demenza nell'attuale scenario della pandemia di COVID-19. Versione del 23 ottobre 2020;
31. Rapporto ISS COVID-19 n. 6/2021 - Assistenza sociosanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti: profili bioetici e biogiuridici. Versione del 10 marzo 2021;
32. Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2021 - Indicazioni ad interim sulle misure di prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 in tema di varianti e vaccinazione anti COVID-19. Versione del 13 marzo 2021.
33. Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Progetto "Prevenzione e controllo delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie - INF-OSS" finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie – CCM
34. Jarvis WR. Infection Control and Changing Health-Care Delivery Systems. *Em Infect Dis*, 2001; 7: 170-173.
35. Burke JP. Patient safety: infection control - a problem for patient safety. *N Engl J Med*, 2003 Feb 13; 348 (7): 651-656.
36. Wenzel RP, Edmond MB. The impact of hospital-acquired bloodstream infections. *Emerg Infect Dis*, 2001 Mar-Apr; 7 (2):174-177.
37. Regione Friuli Venezia Giulia Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, Settembre 2016
38. Cook D. Ventilator associated pneumonia: perspectives on the burden of illness. *Intensive Care Med*, 2000; 26 (Suppl 1):S31-S37.
39. Harbarth S, Sax H, Gastmeier P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. *J Hosp Infect*, 2003; 54: 258-266
40. Linee Guida OMS sull'igiene delle Mani, 2009
41. WHO Global Guidelines for the prevention of surgical site infections, 2016.
42. Position Statement ANIPIO-CID 2016.

PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2026 (PALIM)

In ottemperanza al “Piano regionale sull'Igiene delle Mani”, emesso dal CRCC del 19 febbraio 2021 approvato con Determinazione G02044 del 26.02.2021, la società Serenissima fornisce il seguente Piano di Azione Locale sull'Igiene delle Mani (PALIM), così come da nota della Regione Lazio U. 0124752 del 02/02/2023 e U. 0091714 del 22/01/2024.

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 AVANZATO già nel 2023, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura, nonché mantenerlo come livello standard anche negli anni a seguire.

Scopo del presente documento è quello di raccogliere in modo organico tutte le evidenze del Piano Azione locale delle mani al fine di consentire un corretto monitoraggio dell'applicazione dello stesso. Il documento si compone dei risultati delle cinque sezioni del questionario di autovalutazione di cui al sopra citato piano regionale e analisi dell'andamento rispetto almeno all'anno precedente. Sono elencate le azioni previste per il mantenimento o per il miglioramento dei risultati ottenuti

SEZIONE – A REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

A. VALUTAZIONE INIZIALE

Azione	Evidenza
Somministrazione e valutazione questionario autovalutazione struttura e tecnologie	Test effettuato a cura della Direzione Gestionale a Febbraio 2026 – posizionamento livello avanzato
Pianificare le attività	Redazione piano di azione locale igiene della mani
Definire i bisogni strutturali	Verificati i requisiti esistenti non si evidenziava necessità di ulteriori bisogni
Valutare, consumi e acquisti prodotti per igiene mani	Report su acquisti forniture gel idroalcolico

B. IMPLEMENTAZIONE

Azione	Evidenza	Note
Monitoraggio consumi gel e sapone per le mani	Report acquisti gel idroalcolico	L'OMS ha consigliato l'utilizzo di un indicatore che monitora il consumo di prodotti su base alcolica per l'igiene delle Mani rispetto ai giorni di degenza (L/1000 giorni-paziente), con un valore di soglia di accettabilità pari ad un consumo minimo di 20 litri di prodotto rapportato a 1000 giornate di degenza (L/1000 giorni-paziente). Tale valore, che rappresenta una media accettata a livello internazionale, può non riflettere però le diverse esigenze e caratteristiche dei vari setting di ricovero.
Verifica corretto posizionamento dispenser e installazione di nuovi ove necessario	Report posizionamento dispenser e proposte di miglioramento (Dicembre 2026)	Verifica ispettiva di reale presenza dei dispenser nei luoghi designati e verifica della conformità del prodotto a cadenza semestrale

C. VALUTAZIONE

Azione	Evidenza	Note
Feedback dei dati	Audit stato di avanzamento piano di azione locale igiene delle mani (annuale)	Ultimo audit dicembre 2025 Prossimo audit entro dicembre 2026

D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA

Azione	Evidenza	Note
Prosegue l'installazione di dispenser gel nelle zone ove non previsti lavandini sia a colonna che non	Dispenser presenti	
Pianificare le attività	Saranno effettuati corsi on the job incentrati sull'igiene delle Mani, che vedranno il coinvolgimento di tutte le figure professionali sanitarie e per i nuovi assunti	A cura del Responsabile Medico che effettuerà gli annual refresh
Valutare, consumi e acquisti prodotti per igiene mani	Preventivo ufficio acquisti	
Somministrazione questionario autovalutazione attenta analisi risultati e corretta applicazione del Piano di azione	Somministrato questionario di autovalutazione	Analisi dati effettuata a febbraio 2026 e prossima somministrazione prevista per febbraio 2027

SEZIONE – B
FORMAZIONE PERSONALE

A. VALUTAZIONE INIZIALE

Azione	Evidenza
Somministrato questionario autovalutazione Formazione del personale	Analisi questionario di autovalutazione e audit, posizionamento livello avanzato
Nomina Formatore	Verbale Nomina
Somministrazione questionari autovalutazione coordinatori	Verbale di formazione
Somministrazione questionari autovalutazione operatori sanitari	Questionari somministrati
Elaborazione piano azione igiene mani Analisi	Redazione piano Febbraio 2026 + audit entro luglio 2026

B. IMPLEMENTAZIONE

Azione	Evidenza	Note
Rivedere/Progettare un programma di formazione specifica per l'igiene mani e prevenzione ICA con il coinvolgimento della Dirigenza	Saranno effettuati corsi in presenza/remoto incentrati sull'igiene delle Mani, che vedranno il coinvolgimento di tutte le figure professionali sanitarie e per i nuovi assunti	Responsabile medico effettuare attività di formazione distribuzione materiale formativo
Corretto utilizzo dispositivi DPI, rimozione monili e corretta igiene delle mani	Corso Annuale refresh igiene e prevenzione delle ICA	Evidenza dei corsi con partecipazione di almeno il 90 % del personale

C. VALUTAZIONE

Azione	Evidenza	Note
Istituito Corso annuale con norme su igiene delle mani	Pianificazione corso “igiene e prevenzione delle ICA”	Da effettuarsi entro dicembre 2026

D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA

Azione	Evidenza	Note
Somministrazione questionario autovalutazione	Somministrazione questionario a febbraio 2026	Analisi dati e prossima somm.ne Gennaio 2027

**SEZIONE – C
MONITORAGGIO E FEEDBACK**

A. VALUTAZIONE INIZIALE

Azione	Evidenza	Note
Somministrato questionario autovalutazione monitoraggio e feedback	Analisi questionario di autovalutazione e audit, posizionamento livello avanzato	Scheda di monitoraggio trimestrale random almeno 1 per nucleo operativo
Nomina osservatore	Verbale nomina	
Formazione osservatore	Risultati su griglia valutazione questionario	

B. IMPLEMENTAZIONE

Azione	Evidenza	Note
Progettare un programma di osservazioni random delle quali il 50% almeno degli infermieri	Compilate schede di osservazione random per il 50% degli infermieri	Possibilità di compilare anche più schede nella stessa seduta di osservazione

C. VALUTAZIONE AL FOLLOW UP

Azione	Evidenza	Note
Comunicazioni dei risultati ai dirigenti apicali, in particolar modo sull'adesione all'applicazione del piano regionale	Comunicati i risultati dei monitoraggi e delle analisi dei questionari di follow-up al DG	

D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA

Azione	Evidenza	Note
Somministrazione questionario autovalutazione Attenta analisi risultati e corretta applicazione del Piano di azione	Somministrato questionario febbraio 26	Analisi dati effettuata febbraio 2026 e prossima somm. febbraio 2027

SEZIONE – D
COMUNICAZIONE PERMANENTE

A. VALUTAZIONE INIZIALE

Azione	Evidenza
Somministrato questionario autovalutazione comunicazione permanente	Scheda di autovalutazione febbraio 26 posizionamento livello avanzato
Verifica del posizionamento dei poster che riguardano l'igiene delle mani	Verificati i giusti posizionamenti di tutti i poster per il corretto utilizzo di gel e per la corretta igiene con acqua e sapone

B. IMPLEMENTAZIONE

Azione	Evidenza	Note
Disposizione di poster più capillare	Verificati i giusti posizionamenti di tutti i poster e predisposto un aumento degli stessi ove ritenuto necessario (es. zone per incontri con i familiari)	Posizionati poster nelle vicinanze dispenser nelle aree dedicate agli incontri con i familiari
Definizione di altri strumenti innovativi di comunicazione e implementazione	Informazione sull'igiene delle mani a pazienti, familiari e persone addette all'assistenza (caregiver, badanti, ecc.)	Invio di mail con informativa e poster per sollecitare attenzione all'igiene delle mani

C. VALUTAZIONE

Azione	Evidenza
Indagine per operatore sanitario sull'efficacia della comunicazione per la corretta applicazione del piano regionale igiene mani	Somministrato questionario gennaio 2026

D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA

Azione	Evidenza
Somministrazione questionario autovalutazione attenta analisi risultati e corretta applicazione del Piano di azione con riferimento alla comunicazione permanente	Somministrato questionario febbraio 26

SEZIONE – E
CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

A. VALUTAZIONE INIZIALE

Azione	Evidenza
Somministrato questionario autovalutazione clima organizzativo e commitment	Somministrato e valutato a Febbraio 26 Questionario di autovalutazione: posizionamento livello avanzato
Verificare l'esistenza di un team per la promozione dell'ottimale pratica igiene mani con la collaborazione dei dirigenti apicali	Verifica del team in audit programmatico

B. IMPLEMENTAZIONE

Azione	Evidenza
Istituzione di un team di lavoro che si occupi di promuovere il miglioramento e la corretta applicazione delle norme sull'igiene delle mani	Riunioni in team igiene
Sensibilizzare pazienti e parenti sul tema igiene delle mani come prevenzione delle ICA, promuovere comportamenti virtuosi fornendo opuscoli informativi sull'igiene delle mani	Divulgati documenti informativi per caregiver da visionare in sede di visita

C. VALUTAZIONE AL FOLLOW UP

Azione	Evidenza	Note
Si stabilisce una riunione del team di lavoro ogni 6 mesi come feedback del piano d'azione implementato	Verbali team igiene	

D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA

Azione	Evidenza
Somministrazione questionario autovalutazione attenta analisi risultati e corretta applicazione del Piano di azione con riferimento alla comunicazione permanente	Somministrato questionario febbraio 2026

Schema Riassuntivo:

Sezione	Punteggio 2024 (Pars 2025)	Punteggio 2025 (Pars 2026)	Azioni per miglioramento/mantenimento nel 2026
A –Requisiti strutturali e tecnologici	100	100	Valutare la tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso Valutare l'introduzione di dispenser di vario tipo per aumentare l'utilizzo
B –Formazione del personale	75	75	Verificare che per il personale neo assunto sia prevista formazione sull'igiene delle mani Valutare le conoscenze degli operatori
C – Monitoraggio e feedback	75	75	Aumentare l'attività di osservazione (almeno 50% infermieri) e mantenere una cadenza regolare di svolgimento
D – Comunicazione permanente	95	95	Valutare nuovo materiale per la comunicazione con il coinvolgimento di tutti gli stakeholder (inviare mail)
E –Clima organizzativo e commitment	85	85	Valutare l'introduzione di nuovi strumenti di partecipazione del personale Confermata la giornata annuale dedicata al tema
Totale complessivo medio	Intermedio/Avanzato	Intermedio/Avanzato	La direzione intende mantenere e consolidare il monitoraggio ed il feedback agli operatori

Il Piano di Azione Locale 2025 analizzato a febbraio 2026 conferma un livello di aderenza intermedio/avanzato, in linea con gli standard del Piano Regionale d'Intervento sull'Igiene delle Mani – Regione Lazio e con il modello OMS. Il trend positivo nella quasi totalità delle le sezioni dimostra la solidità del sistema di prevenzione e per il 2026, la Direzione intende mantenere e consolidare gli attuali risultati, con particolare attenzione a

- proseguire le attività formative obbligatorie e di retraining;
- intensificare gli audit e i feedback immediati;
- rafforzare le attività comunicative interne.

**REPORT MONIOTRAGGIO CONSUMI PRODOTTI IDROALCOLICI
PER L'IGIENE DELLE MANI**

I risultati del monitoraggio del consumo di SIA (Soluzione Idro Alcolica), secondo le indicazioni fornite dal SERESMI, l'osservazione della compliance degli operatori alle buone pratiche dell'igiene delle mani per l'anno 2025 rispetto all'anno precedente ci fanno formulare i seguenti report.

CONSUMO ANNUALE LITRI DI SOLUZIONE IDROALCOLICA		
Anno	Consumo prodotto espresso in litri	Giornate di degenza di tutti i pazienti
2024	104	18482
2025	130	18436

Indicatore ottimale secondo OMS: Dal calcolo effettuato per stabilire il consumo di gel idroalcolico per 1000 giornate di degenza (lo standard secondo OMS è pari a 20 litri ogni 1000 giorni di degenza), nel 2025 per la Residenza Myosotis il consumo è in realtà pari a 7,1 litri / 1000 giornate di degenza.

Ricalcolo dell'Indicatore: Puntare a un obiettivo intermedio di 10 L / 1.000 giornate di degenza entro 1 anno.

RISULTATI MONITORAGGIO DELLA COMPLIANCE

Risultati del monitoraggio dell'osservazione della *compliance* dell'igiene mani (effettuato secondo le indicazioni fornite dal SERESMI) e andamento rispetto all'anno o alla rilevazione precedente.

COMPLIANCE IGIENE DELLE MANI						
Parametro		1 trimestre	2 trimestre	3 trimestre	4 trimestre	Note Tecniche
Opportunità Totali	Prima del contatto	56	58	55	57	Totale momenti osservati nei reparti
	Manovra asettica	4	3	5	2	
	Rischio liquidi	4	5	2	3	
	Dopo il contatto	52	51	49	53	
	Dintorni paziente	12	13	7	11	
Azioni Corrette		64	64	62	62	Numero di volte in cui l'igiene è stata eseguita
Azioni Mancate		12	13	13	9	Numero di omissioni rilevate
Tasso di Compliance		84%	83%	83%	87%	

-Punto di Forza: La "cultura dell'igiene" è ben conosciuta ed applicata correttamente durante le manovre di asepsi e gestione dell'anziano in toto, ma si punta al miglioramento.

-Punto di Debolezza: La "cultura dell'igiene" va potenziata in due momenti cruciali per una completa protezione del paziente: prima di qualsiasi contatto e nel gestire l'ambiente intorno all'anziano e questo vale sia per il personale che per i familiari quando vengono in visita.

COMPLIANCE IGIENE DELLE MANI		
Anno	ADESIONE DEL PERSONALE	AZIONI MIGLIORATIVE
2024	85%	Aumentare attività di osservazione almeno una volta a trimestre per nucleo di degenza
2025	87%	Aumentare osservazione sul personale infermieristico almeno 50 % del personale osservato

PROGRAMMA CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	
TEAM MULTIDISCIPLINARE	<ul style="list-style-type: none"> • Medico Responsabile RSA Magnolia, Dott.ssa Anjeza Zorba • Medico Responsabile RSA Myosotis, Dott.ssa Cinzia Bianchini • Dirigente Infermieristico RSA Myosotis, Dott. M. Bassanelli • RLS Lusan - Li Causi D. • Ditta Manutenzione Impianti – Cesprim • Servizio di Protezione e Sicurezza – GSA • Servizio Pulizie – FGS Pangrazi Marzia • Direzione Aziendale, Dott.ssa M. Montalbano
Realizzazione piattaforma documentale	Check List di Monitoraggio e controllo
Modalità operativa di esecuzione e tempi di valutazione del rischio	Nelle Strutture del Gruppo Lusan/Serenissima la valutazione del rischio è gestita su indicazione della ditta incaricata per la Prevenzione del Rischio – GSA in collaborazione del Medico Competente e RSPP, con il coinvolgimento del RLS e della Direzione Aziendale. E' applicato il documento denominato: PIANO DI AUTOCONTROLLO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO LEGIONELLA. La Valutazione viene effettuata ogni anno entro il 31 Dicembre, secondo quanto previsto dall'allegato 12 della Linea guida del 7 maggio 2015, ed in base alle criticità eventualmente evidenziate nella struttura in sede di riunione periodica secondo quanto previsto da Dlgs 81/2008.
Misure di controllo previste	<p>A. MISURE DI PREVENZIONE MESSE IN ATTO DAL PERSONALE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usare acqua sterile per riempire gli umidificatori nel caso in cui non siano disponibili; • Pulire, decontaminare e sanificare tutte le apparecchiature pluriuso dopo ogni utilizzo; • Nel caso di umidificatori pluriuso è necessario che dopo l'utilizzo vengano sempre svuotati, risciacquati con acqua sterile. La sterilità ha una scadenza di un mese dalla data riportata sull'etichetta. Nel caso di utilizzo prolungato su uno stesso paziente la durata massima di utilizzo dello stesso umidificatore è di una settimana. Nel caso in cui l'acqua sterile al suo interno si esaurisca prima dei 7 giorni l'umidificatore non va mai rabboccato ma sostituito con uno sterilizzato anche in caso di prosecuzione della ossigeno-terapia sullo stesso paziente. • Per quanto riguarda i dispositivi monouso (maschere facciali, occhialini, etc...), essi vanno sostituiti sempre quando sono evidenti residui di materiale biologico (escreato bronchiale, sangue etc..) ed in ogni caso almeno ogni 48-72 ore nel caso in cui venga prescritta una ossigeno-terapia per un periodo prolungato. <p>B. PIANO DI CONTROLLO E MANUTENZIONE DEGLI IMPIANTI IDRICI (vedi tabella 1)</p> <p>C. PIANO DI CONTROLLO E MANUTENZIONE DEGLI IMPIANTI DI CLIMATIZZAZIONE (vedi tabella 2)</p>
Risultati sintetici del monitoraggio operativo di verifica su efficacia delle misure di controllo	Controllo Annuale R. Myosotis Campionamento del 13/01/2025: ESITO NEGATIVO
	Controllo Annuale R. Magnolia Campionamento del 18/03/2025: ESITO NEGATIVO
Sintesi del piano di miglioramento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nel corso del 2025 è stato condiviso, discusso ed applicato il piano di Autocontrollo per il rischio di “Piano interno di Prevenzione, sorveglianza e Controllo del Rischio Legionellosi”. ▪ Prosecuzione delle attività previste nel piano interno di Prevenzione Sorveglianza e Controllo del Rischio Legionellosi. ▪ Programmare nel 2026 la partecipazione dei Medici Responsabili RSA ad un Corso “Prevenzione della legionella nelle strutture sanitarie”

Pianificazione azioni di supporto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nel 2025 R. Myosotis ci veniva comunicato caso di sospetta polmonite da Legionellosi dopo invio ospite RSA in PS. Il caso non veniva confermato. Effettuati campionamenti straordinari 13/01/2025 risultati negativi oltre ai controlli ASL. ▪ Formazione interna per il personale sanitario della struttura nel corso del II semestre 2026.
--	---

TABELLA 1
INTERVENTI DI MANUTENZIONE ORDINARIA/STRAORDINARIA
IMPIANTO IDRICO

ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	PERIODICITA'				
		Mensile	Trimestrale	Semestrale	Annuale	Al bisogno
Misurazione della temperatura acqua calda e fredda (nei punti individuati nelle piantine)	Servizio Pulizia - Manutentore		X			
Controllo visivo dei filtri rubinetti e soffioni docce	Servizio Pulizia - Manutentore e/o personale sanitario di reparto	X				
Pulizia filtri rubinetti/ Rompigetto/doccini soffioni docce incrostate	Servizio Pulizia - Manutentore					
Sostituzione filtri rubinetti/ soffioni docce incrostate	Servizio manutenzione – Ditta Incaricata				X	
Verifica ispettiva serbatoi acqua fredda	Servizio manutenzione – Ditta Incaricata			X		
Pulizia/sanificazione serbatoi acqua fredda	Servizio manutenzione – Ditta Incaricata				X	
Iperclorazione circuito acqua calda/fredda	Servizio manutenzione – Ditta Incaricata					X
Campionamento dell'acqua fredda e calda nei punti indicati nella valutazione del rischio	Servizio manutenzione + Ditta Sicurezza GSA - laboratorio esterno autorizzato				X	

TABELLA 2
INTERVENTI DI MANUTENZIONE ORDINARIA/STRAORDINARIA
IMPIANTI DI VENTILAZIONE

ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	PERIODICITA'				
		Mensile	Trimestrale	Semestrale	Annuale	Al bisogno
Sostituzione filtri a tasche UTA	Servizio manutenzione – Ditta Incaricata			X		
Bonifica UTA e controllo batterie	Servizio manutenzione – Ditta Incaricata			X		
Pulizia sanificazione griglie di diffusione e aspirazione dell'aria	Servizio manutenzione – Ditta Incaricata			X		
Pulizia sanificazione fan coil di diffusione dell'aria	Servizio manutenzione – Ditta Incaricata			X		
Campionamento mediante tampone dell'UTA	Servizio manutenzione + Ditta Sicurezza GSA - laboratorio esterno autorizzato				X	