



ANNO 2026

PARS – PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE RISCHIO SANITARIO

Rif. Adozione Indicazioni delle Linee Guida sulla Redazione del PARS della Regione Lazio – G00643 del 25 gennaio 2022

Società

C.R.A. Centro Residenziale Anziani “Domus Aurea” S.r.l.

Sede Legale: Via San Sebastiano 8/10 – Loc. Petrete

04021 Castelforte (Lt)

PI 02030520593

cradomusaureasrl@gmail.com

centrodomus@pec.it

Sede Operativa: **RSA Domus Aurea**

Via San Sebastiano 8/10 – Loc. Petrete

04021 Castelforte (Lt)

ANNO 2026 – EDIZIONE 00 – REVISIONE 05 – DATA 26/02/2026

DATA EDIZIONE: 26/02/2026

DATA REVISIONE: 26/02/2026

DATA PUBBLICAZIONE: 26/02/2026

Preparato da:

- RISK MANAGER: Dott. Caludio Dedalo (Direttore Sanitario)
- Responsabile ICA: Sig.ra Maria Pia Nocella (Direttore Unità Operativa)

Verificato da:

- Direttore Sanitario: Dott. Claudio Dedalo

Approvato dalla Direzione nella figura di:

- Amministratore Unico (AU): Dott. Autari Rossi

Pubblicato da:

- Responsabile DD della Qualità: Dott. Autari Rossi

Firma

Dott. Rossi Autari _____

Introduzione

1. Scopo e Campo di Applicazione
2. Riferimenti e Requisiti normativi
3. Contesto Organizzativo
 - 3.1 Descrizione Sintetica
4. Relazione Consuntiva sugli Eventi Avversi 2025
5. Sinistrosità e Risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio
6. Descrizione della Posizione Assicurativa
7. Resoconto Obiettivi e Attività PARS 2025
8. Responsabilità
9. Obiettivi ed Attività PARS 2026
 - 9.1 Implementazione "Piano Regionale di Intervento sull'Igiene delle Mani"
 - 9.2 Implementazione "Documento di Indirizzo sulle Buone Pratiche per la Prevenzione e il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)"
 - 9.3 Implementazione "Documento di Indirizzo sulle Buone Pratiche per la Prevenzione e il Controllo delle Cadute"
 - 9.4 Implementazione e controllo del "Piano Attuativo per il Contrasto dell'Antibiotico Resistenza – PARCA"
10. Obiettivi e Attività per la Gestione del Rischio Clinico
11. Criteri di Comunicazione e Diffusione
12. Biografia, Sitografia e Riferimenti Normativi

ALLEGATO 1. PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI (PALIM)

ALLEGATO 2. PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

Introduzione

La Regione Lazio, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure e della persona assistita, ha ritenuto opportuno, anche a seguito dell'esperienza maturata nel corso della pandemia da SARS-CoV-2, l'elaborazione di un Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS), secondo quanto previsto dal *Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)* adottato con det. N. G00643 del 25 gennaio 2022, in particolare per le RSA l'Allegato B: Strutture che erogano prestazioni in regime residenziale accreditate con la Regione Lazio.

Il presente documento è stato predisposto allo scopo di soddisfare i requisiti richiesti integrando quanto richiesto dal *Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)* adottato con det. N G1650 del 28 novembre 2022 e dal *Piano Attuativo per il Controllo dell'Antibiotico Resistenza – PARCA* adottato con det. N G17673 del 23 dicembre 2025.

Il Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) nasce con i seguenti obiettivi:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti 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;
- 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.

La Gestione del Rischio Clinico assume un ruolo fondamentale nel processo di identificazione degli obiettivi di sistema, di definizione dei processi organizzativi, di allocazione delle risorse e di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei processi formativi offerti.

1 Scopo e Campo di Applicazione

Scopo del presente piano è quello di definire le strategie, gli obiettivi, gli ambiti di azione le metodologie, gli strumenti, gli indicatori ed il cronoprogramma delle attività relative alla gestione del rischio sanitario e della sicurezza dei pazienti, relativamente all'anno 2026.

Il presente piano annuale si applica all'attività svolte da tutte le Unità Operative, sia semplici che complesse, della **R.S.A. "DOMUS AUREA"** di Castelforte (Lt) della Società C.R.A. Centro Residenziale Anziani "DOMUS AUREA" SRL, sede legale Via san Sebastiano 8/10 – Località Petrete.

Gli studi riportati sulla letteratura scientifica internazionale evidenziano come il problema degli eventi avversi (errori) in sanità rappresenti una vera e propria emergenza che ha come conseguenza costi elevati sia in termini di vite umane che economici. L'evento avverso viene definito come un "Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile" ed è compito delle organizzazioni sanitarie intervenire per assicurare ai pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure da tale tipologia di eventi.

Tuttavia, gli errori sono insiti nei sistemi complessi e la sicurezza dei pazienti deve essere continuamente sorvegliata e le criticità individuate affrontate secondo un approccio multidimensionale, che consideri ed integri vari aspetti, quali:

- Il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi;
- L'elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza;
- Il coinvolgimento di pazienti e cittadini;
- La formazione degli operatori sanitari;
- L'analisi delle interferenze e delle criticità dovute ad aspetti di sicurezza diversi da quelli propri dell'ambito medico.

Accanto all'emergenza dovuta agli eventi avversi l'altro fattore che incide significativamente sulla qualità e sicurezza delle cure è rappresentato dalle infezioni correlate all'assistenza (ICA), cioè dalle infezioni acquisite dal Paziente in tutti gli ambiti assistenziali, inclusi ospedali per acuti: di fatto, sono la complicità più frequente e grave dell'assistenza sanitaria.

La maggior parte delle ICA interessa il tratto urinario, l'apparato respiratorio, le infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie). Le più frequenti sono le infezioni urinarie, che da sole rappresentano il 35-40% di tutte le infezioni ospedaliere.

Anche le ICA hanno un impatto clinico ed economico rilevante, provocando un prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, un carico

economico aggiuntivo per i sistemi sanitari e per i pazienti e le loro famiglie e una significativa mortalità in eccesso.

La prevenzione e il controllo delle ICA rappresentano quindi degli interventi irrinunciabili per ridurre l'impatto delle infezioni e più in generale per ridurre la diffusione dei microrganismi antibiotico-resistenti.

Uno dei punti cruciali per il contrasto alle ICA è la definizione e l'applicazione di buone pratiche di assistenza e di altre misure, secondo un programma integrato che deve essere adattato a ogni ambito assistenziale.

La prevenzione in ambito assistenziale richiede comportamenti costantemente corretti da parte degli operatori sanitari e da chiunque frequenti questi ambienti. La mancata conoscenza delle regole o la disattenzione possono portare a comportamenti scorretti, potenziale causa di trasmissione di batteri patogeni e di conseguenti ICA.

Nel caso delle ICA sono importanti anche adeguati interventi di controllo, quali l'immediata identificazione dei casi e della modalità di trasmissione (mediante indagini epidemiologiche), il loro adeguato trattamento, l'eventuale isolamento dagli altri pazienti, il rinforzo delle misure che già di norma devono essere adottate per evitare la trasmissione tra i pazienti.

In conseguenza delle sintetiche considerazioni precedenti e di quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, la Gestione del Rischio Sanitario è parte fondamentale del buon Governo Clinico ed è articolata sul rispetto delle seguenti raccomandazioni:

- Individuazione di un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- Elaborazione di direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori e delle infezioni;
- Promozione di eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- Promozione della segnalazione sia degli eventi avversi, delle infezioni e soprattutto dei near miss;
- Sperimentazione, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- Monitoraggio periodico della gestione delle segnalazioni, atto e garantire un feed-back informativo significativo per i soggetti segnalanti;
- La definizione di misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- Lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza;
- La sorveglianza epidemiologica finalizzata non solo a quantificare il carico delle malattie infettive, ma anche al riconoscimento dei determinanti e dei rischi per la valutazione dell'impatto degli interventi di prevenzione;
- Lo sviluppo di un'organizzazione per le emergenze infettive fondata sia sulle azioni di prevenzione (mirate alla riduzione dei rischi) sia sugli interventi di preparazione alle emergenze.

2 Riferimenti e Requisiti normativi

- D. Lgs. 502/92: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- D.P.R. 14/01/1997: 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.
- D. Lgs 229/99: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- D. Lgs 254/00: Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari.
- D. Lgs 81/08: Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro - Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- Decreto del Commissario ad Acta 28 maggio 2013, n U00206 "Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della regione Lazio" a seguito del recepimento degli "standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, lett. B, Patto per la Salute 2010- 2012" elaborati dal Comitato L.E.A..
- Circolare Ministeriale n.52/1985: "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere".
- Circolare Ministeriale n. 8/1988: "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza".
- D.M. 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 Novembre 1995.
- PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena.
- PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria.
- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008.

- 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.
- Libro bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013.
- PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena.
- PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria.
- Ministero della Salute - Circolare 52/1985 - Lotta contro le Infezioni Ospedaliere.
- Ministero della Salute - Circolare 8/1988 - Lotta contro le Infezioni Ospedaliere: la Sorveglianza.
- Decreto Ministeriale 11 dicembre 2009 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in Sanità" (SIMES).
- Regione Lazio - DCA n. U00480 del 06/12/2013, recante la "Definitiva Adozione dei Programmi Operativi 2013 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio", ed in particolare l'intervento 18.1 "Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi" e l'intervento 18.6 "Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio assicurativo".
- Regione Lazio - Determinazione n. G01424 del 10 Febbraio 2014 con la quale è stato istituito il Gruppo di Lavoro "Comitato Tecnico di Coordinamento Rischio Clinico" avente, tra le altre, la funzione di elaborazione delle LLGG per la redazione del Piano annuale di attività aziendale dei Risk Manager e monitoraggio trimestrale dell'adozione ed attuazione del medesimo Piano Annuale.
- Regione Lazio - Determinazione n. G04112 del 01 Aprile 2014 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria con la quale sono state approvate le "Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza".
- Regione Lazio - Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328: Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 - Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041) (GU Serie Generale n.64 del 17/03/2017).
- Regione Lazio - Determinazione n. G01226 del 2 Febbraio 2018 "Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della L. 24/2017".
- Legge 8 marzo 2017, n. 24. "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". (17G00041) (GU n.64 del 17-3-2017).
- Regione Lazio - Determinazione n. G00163 del 11 Gennaio 2019 - Linee Guida per l'Elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA).
- Regione Lazio - Determinazione n. G00164 del 11 Gennaio 2019 - Linee Guida per la l'Elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM).
- Istituto Superiore di Sanità - Indicazioni per la prevenzione e il controllo delle infezioni da SARS-CoV- 2 negli hospice e nelle cure palliative domiciliari.
- Regione Lazio - Determinazione n. G00643 del 25 Gennaio 2022 - Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".
- Regione Lazio – Determinazione n. G15198 del 06 Novembre 2022 – Adozione del “Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita”.
- Regione Lazio – Determinazione n. G161501 del 28 Novembre 2022 – Adozione del “Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).
- Deliberazione Regionale Lazio n. 970 del 21 dicembre 2021 “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021 – 2025”.
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico - resistenza (PNCAR) 2022 – 2025.
- Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antibiotico Resistenza – PARCA (det. G17673 del 23 dicembre 2025)

3. Contesto Organizzativo

La Società C.R.A. Centro Residenziale Anziani “Domus Aurea” S.r.l. vanta un’esperienza pluriennale nell’ambito dell’Assistenza Socio – Sanitaria.

La Società offre un servizio che risponde ai bisogni delle persone con necessità assistenziali, garantendo un servizio flessibile e personalizzato perseguendo il mantenimento delle autonomie, che si concretizza in un elevato standard di qualità di vita, riducendo al minimo i disagi fisici, psichici e relazionali, rispecchiando il concetto globale di promozione della salute.

3.1 Descrizione sintetica

In questo documento le attività svolte dalla C.R.A. Centro Residenziale Anziani “DOMUS AUREA” SRL riguardano la R.S.A. denominata “DOMUS AUREA”, sita in Castelforte (Lt), Via San Sebastiano 8/10 – Località Petrete.

La RSA “Domus Aurea” è una Struttura Sanitaria e Socio-Sanitaria che eroga prestazioni di Assistenza Territoriale Extra – Ospedaliera Residenziale a Persone Non Autosufficienti, anche Anziane.

Autorizzata all’Esercizio con DCA n. U00324 del 15 luglio 2013 e Accreditata con DCA n. U00008 del 12 gennaio 2015, fornisce prestazioni sanitarie ed assistenziali di recupero funzionale e sociale.

La RSA “Domus Aurea” è una residenza collettiva di Alto Livello Assistenziale con una ricettività di 60 posti letto suddivisi in 3 Moduli da 20 p.r. È strutturata ad accogliere tre diverse tipologie di problematiche:

- *Area della Senescenza* (parziale o totale limitazione dell’autosufficienza) con particolare riguardo alle persone affette da patologie croniche;
- *Area della Disabilità Motoria*, riferita a persone portatrici di Handicap funzionali, in condizioni di notevole dipendenza;
- *Area del Disagio Mentale*, riferita a persone portatrici di disturbi psichici.

RSA “Domus Aurea”			
Via San Sebastiano 8/10 – Località Petrete 04021 Castelforte (Lt)			
Dati Strutturali (rif. alla pubblicazione del presente documento)			
Asl competente	ASL di Latina		
Posti Letto Autorizzati/ Accreditati	60 p.l. (Mantenimento A)		
60 p.l. suddivisi in tre moduli	20 p.l. Area Senescenza	20 p.l. Area Disabilità Motoria	20 p.l. Area Disagio Mentale
Dati Attività (rif. alla pubblicazione del presente documento)			
Giornate di degenza	21.535	Fonte: Ufficio Amministrativo	

La Struttura è disposta su due livelli. Presenta al piano rialzato la Reception, la Direzione Sanitaria, le Infermerie, il Nucleo Residenziale, le Sale Collettive, le Sale Lettura e Tv, la Cucina e la Sala da Pranzo. Sullo stesso piano sono presenti due grandi Giardini Interni. Il piano seminterrato è riservato ai Servizi Amministrativi, alla Sala per la Fisiokinesiterapia dotata delle più moderne attrezzature, alla Palestra, alla Zona Bar per incontri comunitari, ai Locali per Podologo e Parrucchiere e al Locale di Culto.

Ogni soluzione residenziale è completa di arredo specificamente progettato secondo criteri ergonomici al fine di dare massimo spazio alla sicurezza, in modo che risultino privi di barriere fisiche, garantendo libertà e controllo con soluzioni che non appaiano mai, per nessun motivo, coercitive. Evitando un aspetto fondamentale sanitario, lo spazio fisico risulta così lontano da modelli ospedalieri a favore di un’immagine familiare ed accogliente, giovando ad un grado di protezione affettiva più elevato.

4 Relazione Consuntiva sugli Eventi Avversi 2025

TIPO EVENTO	N°	%	%	Principali Fattori Causali / Contribuenti	Azioni di Miglioramento	Fonte
Near Miss	0	0	0	Organizzativi (35%) Procedure / Comunicazione (65%)	Procedure / Comunicazione (100%) Organizzativi (100%)	Sistemi di Segnalazione di reporting
Eventi Avversi	2	100	100	Organizzativi (50%) Procedure / Comunicazione (50%)	Procedure / Comunicazione (100%) Organizzativi (100%)	Sistemi di Segnalazione di reporting
Eventi Sentinella	0	0	0	Organizzativi (50%) Procedure / Comunicazione (50%)	Procedure / Comunicazione (100%) Organizzativi (100%)	Sistemi di Segnalazione di reporting

Nell'anno 2025 presso la Struttura sono stati registrati n° 2 eventi, riferiti a cadute.

Dall'analisi effettuata, le cadute sono riconducibili alla tipologia dei pazienti trattati (fragili, disorientati S/T, con mobilità ridotta, con multiple comorbidità). Tali eventi sono stati immediatamente gestiti con l'assenza di particolari problematiche postume del lungo periodo.

5 Sinistrosità e Risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio

Dal 2018 ad oggi non si sono rilevati sinistri aperti e/o liquidati e/o erogati.

6 Descrizione della Posizione Assicurativa

ANNO

2019 – La Società CRA “Domus Aurea” Srl è in modalità di assicurazione

2020 – La Società CRA “Domus Aurea” Srl è in modalità di assicurazione

2021 – La Società CRA “Domus Aurea” Srl è in modalità di assicurazione

2022 – La Società CRA “Domus Aurea” Srl è in modalità di assicurazione

2023 – La Società CRA “Domus Aurea” Srl è in modalità di assicurazione UnipolSai I/2592/161058878

2024 – La Società CRA “Domus Aurea” Srl è in modalità di assicurazione UnipolSai I/2592/161058878

2025 – La Società CRA “Domus Aurea” Srl è in modalità di assicurazione UnipolSai I/2592/161058878

2026 – La Società CRA “Domus Aurea” Srl è in modalità di assicurazione UnipolSai I/2592/161058878

7 Resoconto Obiettivi e Attività PARS 2025

OBIETTIVO: PROGETTAZIONE ED EROGAZIONE FORMAZIONE

1: Progettazione ed Erogazione di un corso di formazione interno sulle “Buone Pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA) e “Prevenzione e Gestione della Caduta della Persona Assistita” – Aggiornamento;

2: Progettazione ed Erogazione di un corso di formazione interno sulla segnalazione e gestione di Eventi Avversi, Cadute e ICA;

3: Progettazione ed Erogazione di un corso di formazione interno sulla Predisposizione del protocollo integrato “Gestione e Controllo delle Infezioni”;

Attività (1, 2, 3)	Realizzata	Stato di Attuazione
Definizione del Piano di Formazione	X	Definito
Progettazione Corso	X	Definito
Erogazione Corso	X	Realizzato
Esecuzione Test di Valutazione	X	Realizzato
Monitoraggio	X	Continuo
Analisi dei Risultati Corso	X	Definiti

OBIETTIVO: PROGETTAZIONE E IMPLEMETAZIONE PIANO DI LAVORO

- 4: Progettazione e implementazione della campagna per la prevenzione delle cadute del Paziente;
5: Progettazione e implementazione Attività per la gestione del Rischio Infettivo;
6: Progettazione e Erogazione del Piano Locale per la corretta gestione dell'Igiene delle Mani;

Attività (4, 5, 6)	Realizzata	Stato di Attuazione
Formazione del Gruppo di lavoro (MR, Risk Manager, IDR, RSPP, Responsabile ICA)	X	Completo
Raccolta documentazione	X	Completo
Progettazione piano di lavoro	X	Completo
Implementazione e realizzazione	X	Completo
Realizzazione piano di lavoro	X	Completo
Verifica	X	Monitoraggio Continuo

OBIETTIVO: PROGETTAZIONE E IMPLEMENTAZIONE PROCEDURE

- 7: Progettazione e implementazione della procedura di segnalazione degli Eventi Avversi, delle Cadute e delle Infezioni;
8: Progettazione e implementazione di una campagna di verifica dei protocolli su prevenzione e gestione della Caduta della persona assistita;

Attività (7, 8)	Realizzata	Stato di Attuazione
Formazione del Gruppo di lavoro (MR, Risk Manager, IDR, RSPP, Responsabile ICA)	X	Completo
Raccolta documentazione	X	Completo
Revisione Protocolli	X	Completo
Distribuzione protocolli	X	Completo
Verifica della lettura del documento e acquisizione	X	Completo
Verifica dell'applicazione del protocollo	X	Monitoraggi Continuo

8 Responsabilità

La realizzazione del PARS riconosce almeno le seguenti specifiche responsabilità:

- Il Risk Manager (RM): redige e monitora l'implementazione del Piano e si confronta con il Responsabile delle ICA (R-ICA) per la specifica redazione sul rischio infettivo;

- La Direzione si impegna ad adottare il PARS con Delibera o con atto simile in tempo utile per consentire l'invio al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno e si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive per la realizzazione delle attività previste.

Di seguito la MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ del PARS della RSA "Domus Aurea" della Società C.R.A. "Domus Aurea" S.r.l.

Azione	RM / Direttore Sanitario / R-ICA	AU / Direzione	Responsabile Amministrativo	RGSQ
Redazione PARS	Responsabile	Coinvolto	Coinvolto	Coinvolto
Adozione PARS	Interessato	Responsabile	Coinvolto	Coinvolto
Monitoraggio PARS	Responsabile	Responsabile	Coinvolto	Coinvolto

9 Obiettivi e Attività PARS 2026

In considerazione della complessità organizzativa e assistenziale gli obiettivi strategici sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- C) Implementazione, Mantenimento e Miglioramento del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani attraverso uno specifico Piano di Azione Locale;
- D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA, incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

In relazione ai dati analizzati, alle criticità evidenziate nelle sezioni precedenti ed in ragione delle priorità individuate, sono stati definiti per l'anno 2026 i seguenti obiettivi per il Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario.

Di seguito **5 attività** promosse dalla RSA "Domus Aurea" per l'anno 2026

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure in relazione al rischio infettivo:
Implementazione "Documento di Indirizzo sulle Buone Pratiche per la Prevenzione e il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)":
 - a. Progettazione ed erogazione corsi di formazione interni (aggiornamento) riguardanti la Prevenzione e il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).
 - b. Progettazione ed erogazione corsi di formazione interni (aggiornamento) riguardanti l'uso degli antibiotici.
 - c. Miglioramento dell'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: Attivazione e messa a punto della procedura di segnalazione degli eventi avversi e delle infezioni.

Implementazione "Documento di Indirizzo sulle Buone Pratiche per la Prevenzione e il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)"

- a. **Progettazione ed erogazione corsi di formazione interni (aggiornamento) riguardanti la Prevenzione e il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).**

SCOPO	Diffondere fra il personale sanitario la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione delle infezioni (ICA) Rendere consapevole il personale delle nozioni fondamentali sulla prevenzione e la gestione delle infezioni
METODOLOGIA	Condivisione del Piano
STRUMENTO	Presentazione e Diffusione del Piano
INDICATORE	Formazione interna Rispetto delle Procedure e Linee Guida Valutazione di apprendimento media
VALORE ATTESO	Dipendenti Aggiornati e/o Formatati entro il 31/12/2026 Valutazione BUONA per il 75% dei dipendenti aggiornati / formati
MONITORAGGIO	Rivalutazione a campione dei dipendenti formati
COMUNICAZIONE	Report

ATTIVITA'	RISK MANAGER	RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE	ALTRI (CONSULENTI)
Definizione e Condivisione	R	C	C
Identificazione del Personale	R	C	C
Identificazione del Campione	R	C	C
Presentazione e Diffusione del Corso	R	R	R
Esecuzione	C	R	R
Verifica	C	R	R
Monitoraggio	C	R	C
Analisi dei Risultati	R	R	C
Report	R	R	C

b. Progettazione ed erogazione corsi di formazione interni (aggiornamento) riguardanti l'uso degli antibiotici.

SCOPO	Diffondere fra il personale sanitario la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione delle infezioni Rendere consapevole il personale delle nozioni fondamentali sul corretto uso degli antibiotici
METODOLOGIA	Condivisione del Piano
STRUMENTO	Presentazione e Diffusione del Piano
INDICATORE	Formazione interna Rispetto delle Procedure e Linee Guida Valutazione di apprendimento media
VALORE ATTESO	Dipendenti Aggiornati e/o Formatati entro il 31/12/2026 Valutazione BUONA per il 75% dei dipendenti aggiornati / formati
MONITORAGGIO	Rivalutazione a campione dei dipendenti formati
COMUNICAZIONE	Report

RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	RISK MANAGER	RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE	ALTRI (CONSULENTI)
Definizione e Condivisione	R	C	C

Identificazione del Personale	R	C	C
Identificazione del Campione	R	C	C
Presentazione e Diffusione del Corso	R	R	R
Esecuzione	C	R	R
Verifica	C	R	R
Monitoraggio	C	R	C
Analisi dei Risultati	R	R	C
Report	R	R	C

- c. **Miglioramento dell'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: Attivazione e messa a punto della procedura di segnalazione degli eventi avversi e delle infezioni.**

SCOPO	<p>Verificare la conformità alla procedura di prevenzione e gestione delle ICA e dell'utilizzo degli antibiotici</p> <p>Addestrare il personale sanitario sulle corrette modalità di valutazione, comunicazione, condivisione, applicazione delle Procedure / Linee Guida</p> <p>Diffusione delle Procedure / Linee Guida associate alla prevenzione dell'rischio infettivo</p> <p>Diffusione delle Procedure / Linee Guida associate ai programmi di buon uso degli antibiotici</p>
METODOLOGIA	Revisione e Condivisione
STRUMENTO	<p>Applicativo Rischio Clinico</p> <p>Presentazione e Diffusione Procedure / Linee Guida</p>
INDICATORE	<p>N° di segnalazioni nel corso dell'anno</p> <p>Indice di Conformità delle Liste di Controllo</p> <p>Numero di NC rilevate e AC eseguite</p>
VALORE ATTESO	Nessuna NC rilevata durante l'esecuzione degli Audit
MONITORAGGIO	Rivalutazione a campione
COMUNICAZIONE	Report

RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	RISK MANAGER	INFERMIERE DIRIGENTE RESPONSABILE	ALTRI (CONSULENTI)
------------------	---------------------	--	---------------------------

Predisposizione delle liste controllo	R	C	C
Addestramento IDR	R	C	R
Audit	R	R	C
Risoluzione di eventuali NC	R	C	C
Verifica	R	C	C
Report	R	I	C

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:

Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.

- a. Progettazione ed erogazione corsi di formazione interni (aggiornamenti) riguardanti il monitoraggio ambientale e la prevenzione.
- b. Miglioramento dell'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: Attivazione e messa a punto della procedura di segnalazione degli eventi avversi.

Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.

a. Progettazione e erogazione corsi di formazione interni (aggiornamento) riguardanti il monitoraggio ambientale e la prevenzione.

SCOPO	Diffondere fra il personale sanitario la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento all'ambiente interno e alla prevenzione. Rendere consapevole il personale delle nozioni fondamentali sulla prevenzione e la gestione delle infezioni
METODOLOGIA	Condivisione del Piano
STRUMENTO	Presentazione e Diffusione del Piano
INDICATORE	Formazione interna Rispetto delle Procedure e Linee Guida Valutazione di apprendimento media
VALORE ATTESO	Dipendenti Aggiornati e/o Formativi entro il 31/12/2026 Valutazione BUONA per il 75% dei dipendenti aggiornati / formati
MONITORAGGIO	Rivalutazione a campione dei dipendenti formati
COMUNICAZIONE	Report

RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	RISK MANAGER	RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE	ALTRI (CONSULENTI)
------------------	---------------------	--------------------------------------	---------------------------

Definizione e Condivisione	R	C	C
Identificazione del Personale	R	C	C
Identificazione del Campione	R	C	C
Presentazione e Diffusione del Corso	R	R	R
Esecuzione	C	R	R
Verifica	C	R	R
Monitoraggio	C	R	C
Analisi dei Risultati	R	R	C
Report	R	R	C

b. Miglioramento dell'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: Attivazione e messa a punto della procedura di segnalazione degli eventi avversi.

SCOPO	<p>Verificare la conformità alla procedura di prevenzione e gestione delle situazioni di emergenza</p> <p>Addestrare il personale sanitario sulle corrette modalità di valutazione, comunicazione, condivisione, applicazione delle Procedure / Linee Guida</p> <p>Diffusione delle Procedure / Linee Guida associate alla prevenzione dell'rischio infettivo</p> <p>Diffusione delle Procedure / Linee Guida associate ai programmi di buon uso degli antibiotici</p>
METODOLOGIA	Revisione e Condivisione
STRUMENTO	<p>Applicativo Rischio Clinico</p> <p>Presentazione e Diffusione Procedure / Linee Guida</p>
INDICATORE	<p>N° di segnalazioni nel corso dell'anno</p> <p>Indice di Conformità delle Liste di Controllo</p> <p>Numero di NC rilevate e AC eseguite</p>
VALORE ATTESO	Nessuna NC rilevata durante l'esecuzione degli Audit
MONITORAGGIO	Rivalutazione a campione
COMUNICAZIONE	Report

RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	RISK MANAGER	INFERMIERE DIRIGENTE RESPONSABILE	ALTRI (CONSULENTI)
Predisposizione delle liste controllo	R	C	C
Addestramento IDR	R	C	R
Audit	R	R	C
Risoluzione di eventuali NC	R	C	C
Verifica	R	C	C
Report	R	I	C

Implementazione “Documento di Indirizzo sulle Buone Pratiche per la Prevenzione e il Controllo delle Cadute”:

- c. Progettazione ed erogazione corsi di formazione interni (aggiornamento) riguardanti la Prevenzione e il Controllo delle Cadute.
- d. Miglioramento dell’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: Attivazione e messa a punto della procedura di segnalazione degli eventi avversi.

Implementazione “Documento di Indirizzo sulle Buone Pratiche per la Prevenzione e il Controllo delle Cadute”

- a. **Progettazione e erogazione corsi di formazione interni (aggiornamento) riguardanti la Prevenzione e il Controllo delle Cadute.**

SCOPO	Diffondere fra il personale sanitario la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione delle cadute Rendere consapevole il personale delle nozioni fondamentali sulla prevenzione e la gestione delle cadute
METODOLOGIA	Condivisione del Piano
STRUMENTO	Presentazione e Diffusione del Piano
INDICATORE	Formazione interna Rispetto delle Procedure e Linee Guida Valutazione di apprendimento media
VALORE ATTESO	Dipendenti Aggiornati e/o FormatI entro il 31/12/2026 Valutazione BUONA per il 75% dei dipendenti aggiornati / formati
MONITORAGGIO	Rivalutazione a campione dei dipendenti formati
COMUNICAZIONE	Report

RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	RISK MANAGER	RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE	ALTRI (CONSULENTI)
Definizione e Condivisione	R	C	C
Identificazione del Personale	R	C	C
Identificazione del Campione	R	C	C
Presentazione e Diffusione del Corso	R	R	R
Esecuzione	C	R	R
Verifica	C	R	R
Monitoraggio	C	R	C
Analisi dei Risultati	R	R	C
Report	R	R	C

- b. Miglioramento dell'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.**

SCOPO	Verificare la conformità alla procedura di prevenzione e gestione delle cadute Addestrare il personale sanitario sulle corrette modalità di valutazione, comunicazione, condivisione, applicazione delle Procedure / Linee Guida Diffusione delle Procedure / Linee Guida associate alla prevenzione delle cadute
METODOLOGIA	Revisione e Condivisione
STRUMENTO	Applicativo del Rischio Clinico Presentazione e Diffusione Procedure / Linee Guida
INDICATORE	N° di segnalazioni nel corso dell'anno Indice di Conformità delle Liste di Controllo Numero di NC rilevate e AC eseguite
VALORE ATTESO	Nessuna NC rilevata durante l'esecuzione degli Audit
MONITORAGGIO	Rivalutazione a campione
COMUNICAZIONE	Report

RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	RISK MANAGER	INFERMIERE DIRIGENTE RESPONSABILE	ALTRI (CONSULENTI)
------------------	---------------------	--	---------------------------

Predisposizione delle liste controllo	R	C	C
Addestramento IDR	R	C	R
Audit	R	R	C
Risoluzione di eventuali NC	R	C	C
Verifica	R	C	C
Report	R	I	C

C) Implementazione, Mantenimento e Miglioramento del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani attraverso uno specifico Piano di Azione Locale:

Implementazione "Piano Regionale di Intervento sull'Igiene delle Mani":

- a. Progettazione ed erogazione corsi di formazione interni (aggiornamento) riguardanti la Prevenzione e il Controllo per una corretta Igiene delle Mani.
- b. Monitoraggio Consumo di Soluzione Idroalcolica (SIA).

Implementazione "Piano Regionale di Intervento sull'Igiene delle Mani

a. Progettazione ed erogazione corsi di formazione interni (aggiornamento) riguardanti la Prevenzione e il Controllo per una corretta Igiene delle Mani.

SCOPO	<p>Diffondere fra il personale sanitario la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione delle infezioni (ICA)</p> <p>Rendere consapevole il personale delle nozioni fondamentali sulla prevenzione e la gestione delle infezioni</p> <p>Istruire il personale sulle criticità derivanti dalla non corretta esecuzione dell'igiene delle mani</p>
METODOLOGIA	Condivisione del Piano
STRUMENTO	Presentazione e Diffusione del Piano
INDICATORE	<p>Formazione interna</p> <p>Rispetto delle Procedure e Linee Guida</p> <p>Valutazione di apprendimento media</p>
VALORE ATTESO	<p>Dipendenti Aggiornati e/o Formativi entro il 31/12/2026</p> <p>Valutazione BUONA per il 75% dei dipendenti aggiornati / formati</p>
MONITORAGGIO	Rivalutazione a campione dei dipendenti formati
COMUNICAZIONE	Report

RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	RISK MANAGER	RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE	ALTRI (CONSULENTI)
------------------	---------------------	--------------------------------------	---------------------------

Definizione e Condivisione	R	C	C
Identificazione del Personale	R	C	C
Identificazione del Campione	R	C	C
Presentazione e Diffusione del Corso	R	R	R
Esecuzione	C	R	R
Verifica	C	R	R
Monitoraggio	C	R	C
Analisi dei Risultati	R	R	C
Report	R	R	C

b. Monitoraggio Consumo di Soluzione Idroalcolica (SIA).

SCOPO	Monitoraggio del Consumo di SIA, disaggregato per area assistenziale, in funzione dello standard minimo dell'OMS (20 l si Sia per 1000 die di degenza)
METODOLOGIA	Dispenser in Struttura Fatturazione
STRUMENTO	Fatture Sopraluogo
INDICATORE	Consumo SIA
VALORE ATTESO	Consumo minimo di 36 l al mese
MONITORAGGIO	Rivalutazione a campione
COMUNICAZIONE	Report

RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	RISK MANAGER	RESPONSABILE ICA	ALTRI (DIREZIONE, Amministrazione)
Monitoraggio continuo	R	R	C
Approvvigionamenti	C	C	R
Monitoraggio in loco	C	R	C
Verifica	C	R	C
Analisi dei Risultati	R	R	C

Report	R	R	C
--------	---	---	---

D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA, incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

Implementazione e Controllo del “Piano Attuativo per il Contrasto dell’Antibiotico Resistenza – PARCA”

- c. Progettazione ed erogazione corsi di formazione interni (aggiornamento) riguardanti il monitoraggio ambientale e la prevenzione delle ICA.
- d. Progettazione ed erogazione corsi di formazione interni (aggiornamento) riguardanti l’uso appropriato degli antibiotici.
- e. Miglioramento dell’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: Attivazione e messa a punto della procedura di segnalazione degli eventi avversi e delle infezioni.

Implementazione e Controllo del “Piano Attuativo per il Contrasto all’Antibiotico Resistenza – PARCA”

- a. **Progettazione e erogazione corsi di formazione interni (aggiornamento) riguardanti il monitoraggio ambientale e la prevenzione delle ICA.**

SCOPO	Diffondere fra il personale sanitario la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento all’ambiente interno e alla prevenzione delle infezioni (ICA) Rendere consapevole il personale delle nozioni fondamentali sulla prevenzione e la gestione delle infezioni
METODOLOGIA	Condivisione del Piano
STRUMENTO	Presentazione e Diffusione del Piano
INDICATORE	Formazione interna Rispetto delle Procedure e Linee Guida Valutazione di apprendimento media
VALORE ATTESO	Dipendenti Aggiornati e/o Formativi entro il 31/12/2026 Valutazione BUONA per il 75% dei dipendenti aggiornati / formati
MONITORAGGIO	Rivalutazione a campione dei dipendenti formati
COMUNICAZIONE	Report

RESPONSABILITA’

ATTIVITA’	RISK MANAGER	RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE	ALTRI (CONSULENTI)
Definizione e Condivisione	R	C	C
Identificazione del Personale	R	C	C
Identificazione del Campione	R	C	C

Presentazione e Diffusione del Corso	R	R	R
Esecuzione	C	R	R
Verifica	C	R	R
Monitoraggio	C	R	C
Analisi dei Risultati	R	R	C
Report	R	R	C

b. Progettazione ed erogazione corsi di formazione interni (aggiornamento) riguardanti l'uso appropriato degli antibiotici.

SCOPO	Diffondere fra il personale sanitario la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione delle infezioni Rendere consapevole il personale delle nozioni fondamentali sul corretto uso degli antibiotici
METODOLOGIA	Condivisione del Piano
STRUMENTO	Presentazione e Diffusione del Piano
INDICATORE	Formazione interna Rispetto delle Procedure e Linee Guida Valutazione di apprendimento media
VALORE ATTESO	Dipendenti Aggiornati e/o Formativi entro il 31/12/2026 Valutazione BUONA per il 75% dei dipendenti aggiornati / formati
MONITORAGGIO	Rivalutazione a campione dei dipendenti formati
COMUNICAZIONE	Report

RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	RISK MANAGER	RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE	ALTRI (CONSULENTI)
Definizione e Condivisione	R	C	C
Identificazione del Personale	R	C	C
Identificazione del Campione	R	C	C
Presentazione e Diffusione del Corso	R	R	R

Esecuzione	C	R	R
Verifica	C	R	R
Monitoraggio	C	R	C
Analisi dei Risultati	R	R	C
Report	R	R	C

c. Miglioramento dell'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: Attivazione e messa a punto della procedura di segnalazione degli eventi avversi e delle infezioni.

SCOPO	<p>Verificare la conformità alla procedura di prevenzione e gestione delle ICA e dell'utilizzo degli antibiotici</p> <p>Addestrare il personale sanitario sulle corrette modalità di valutazione, comunicazione, condivisione, applicazione delle Procedure / Linee Guida</p> <p>Diffusione delle Procedure / Linee Guida associate alla prevenzione dell'rischio infettivo</p> <p>Diffusione delle Procedure / Linee Guida associate ai programmi di buon uso degli antibiotici</p>
METODOLOGIA	Revisione e Condivisione
STRUMENTO	<p>Applicativo Rischio Clinico</p> <p>Presentazione e Diffusione Procedure / Linee Guida</p>
INDICATORE	<p>N° di segnalazioni nel corso dell'anno</p> <p>Indice di Conformità delle Liste di Controllo</p> <p>Numero di NC rilevate e AC eseguite</p>
VALORE ATTESO	Nessuna NC rilevata durante l'esecuzione degli Audit
MONITORAGGIO	Rivalutazione a campione
COMUNICAZIONE	Report

RESPONSABILITÀ

ATTIVITÀ	RISK MANAGER	INFERMIERE DIRIGENTE RESPONSABILE	ALTRI (CONSULENTI)
Predisposizione delle liste controllo	R	C	C
Addestramento IDR	R	C	R
Audit	R	R	C

Risoluzione di eventuali NC	R	C	C
Verifica	R	C	C
Report	R	I	C

10 Obiettivi e Attività per la Gestione del Rischio Infettivo

Riguardo l'area specifica della prevenzione e gestione del rischio infettivo sono stati individuati i seguenti obiettivi:

1. Diffusione della cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.
 - 1.1. Progettazione e erogazione di un corso sull'Antibiotico Resistenza.
 - 1.2. Progettazione ed erogazione di un corso sulla corretta gestione dell'igiene delle mani.
2. Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani.
 - 2.1. Progettazione ed implementazione di una campagna di verifica dei protocolli sulla corretta esecuzione del protocollo per l'igiene delle mani.
3. 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

11 Criteri di Comunicazione e Diffusione

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la R.S.A. "Domus Aurea" assicura la sua diffusione attraverso:

- Presentazione, Verifica, Approvazione e Pubblicazione del Piano;
- Pubblicazione del PARS sul sito aziendale entro il 28 Febbraio 2026 in osservanza delle prescrizioni della Legge 8 marzo 2017, n. 24 - Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041) (GU Serie Generale n.64 del 17/03/2017);
- Invio del PARS al Centro Regionale di Risk Management (CRRC - crrc@regione.lazio.it) per il caricamento sul cloud regionale entro il 28 Febbraio 2026;
- Pubblicazione del PARS e comunicazione dell'avvenuta pubblicazione a tutti gli operatori entro il 28 Febbraio 2026.

12 Bibliografia, Sitografia e Riferimenti Normativi

Nella stesura della procedura sono stati usati presi in considerazione i contenuti della normativa di settore.

- Legge 27 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, concerne l'istituzione del SSN.
- D.L. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni concernente il "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni".
- Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 concernente "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione".
- Legge statutaria 11 novembre 2004, n.1 che approva lo Statuto della Regione Lazio.
- L.R. n. 18/94 "Riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere".
- L.R. 18 febbraio 2002, n.6, e successive modificazioni recante la "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale".
- R.R. 6 settembre 2002, n. 1, concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale, e successive modificazioni ed integrazioni.
- D.G.R. 30 dicembre 2020, n. 1044, per l'incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria. Dott. Massimo Annicchiarico.
- D.C.A. del 6 luglio 2015, n.U00309 (come modificato dal D.C.A. n. U00593 del 16 dicembre 2015) è stato approvato il "Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018" che, al Progetto 7.3 prevede una serie

di obiettivi e di attività per il “contenimento delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell’uso di antibiotici”.

- DCA n. U00563 del 19/11/2015 è stato istituito il Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (CR-CCICA) e costituito il Gruppo di Approfondimento Tecnico per le ICA.

- DCA n. U00052 del 22/02/2017 Programma Piano Operativo 2016-2018 relativo al Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale.

- L’intesa fra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano in data 2 novembre 2017 che ha approvato il “Piano Nazionale di Contrasto all’Antibiotico-Resistenza (PNCAR 2017-2020”.

- Legge 8 marzo 2017, n. 24, recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”.

- Det. n. G16829 del 06 dicembre 2017 “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) ai sensi della L. 24/2017”.

- DCA U00400 del 29/10/2018 “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico” (CRRC).

- DCA del 24 dicembre 2019, n. U00517, recante “Rinnovo del mandato del CRRC e Integrazione componenti”.

- Nota prot. n. U 0556580 del 25 giugno 2020 “Istituzione del Gruppo di Lavoro per l’elaborazione di un Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani”.

- Det. del 26 febbraio 2021, n. G02044, Adozione del “Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani”.

- D.G.R. del 21 dicembre 2021, n. 970, recante “Approvazione del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2021-2025”.

- DCA n. U0008 del 10 febbraio 2011 e ss.mm.ii. recante “Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie”.

- DCA n. U00469 del 07 novembre 2017 recante “Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizione in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012”.

- Det. del 28/11/2022, n. G16501, “Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA)”.

E la seguente Bibliografia e sitografia:

- Ministero della Salute: “Risk Management e Qualità in Sanità – Il problema degli errori” Comm. Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.

- WHO – World Alliance for patient safety – The Second Global Patient Safety Challenge 2008 “Save Surgery Save Live”.

- WHO: A guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement.

- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997.

- Reason J. Managing the risks of organizational accidents, 1997.

- Reason J. Human error: model and management, BMJ 2000; 320; 768-770.

- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute http://www.salute.gov.it/portale/termi/p2_6.Jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione

- Ministero della Salute: protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella, luglio 2009.

- AHRQ Quality indicator: Guide to Patient Safety Indicator: www.qualityindicators.shrq.gov

ALLEGATO 1

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

L'igiene delle mani è una componente chiave delle strategie di sanità pubblica volte a prevenire l'insorgenza di infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e contrastare l'antibiotico-resistenza (ABR). È dimostrato che questa pratica, semplice ed efficace, abbia notevoli vantaggi sia dal punto di vista sanitario che economico: si stima infatti che possa prevenire fino al 50% delle ICA e che i costi totali dell'implementazione della corretta igiene delle mani ammonterebbero a meno del 2% dei costi attribuibili alle ICA evitate (rif. ISS).

Con la Det. G020244 del 26/02/2021 è stato adottato il "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani".

ATTIVITA' EFFETTUATE ANNI PRECEDENTI

OBIETTIVO GENERALE: Raggiungimento e Mantenimento del Livello di implementazione per l'anno 2025. Programmazione delle attività al fine di raggiungere e mantenere l'obiettivo preposto: Livello di implementazione Avanzato.

ATTIVITA'	REALIZZATA	ALTRO
Definizione del livello	SI	
Indagine sulla percezione per Dirigenti	SI	
Indagine sulla percezione per Operatori Sanitari	SI	
Indagine sulla Compliance	SI	
Audit	SI	
Formazione personale	SI	
Analisi risultati ottenuti	SI	
Verifica in itinere	SI	

DESCRIZIONE ATTIVITA' E PIANO D'INTERVENTO 2026

Il Piano Regionale sull'Igiene delle Mani prevede la compilazione di un questionario di autovalutazione sullo stato di adeguatezza delle Strutture. La RSA Domus Aurea è partita da un livello BASE, per poi focalizzarsi su un livello INTERMEDIO e raggiungere un livello AVANZATO in alcune sezioni con i seguenti risultati estrapolati dal Questionario di Autovalutazione:

- Livello **AVANZATO** nella Sezione A – Requisiti Strutturali e Tecnologici
 Risultato punteggio Anno 2025 = 100
 Risultato punteggio Gennaio 2026 = 100
 Azione locale di miglioramento = nessuna
 Di seguito Monitoraggio per l'anno 2026

VALUTAZIONE INIZIALE	IMPLEMENTAZIONE IN ITINERE	FOLLOW UP	SVILUPPO
GENNAIO 2026	FEBBRAIO – GIUGNO 2026	LUGLIO 2026	DICEMBRE 2026

Somministrazione Questionario Autovalutazione	Monitoraggio consumi di gel e sapone	Analisi dei risultati	Somministrazione e Questionario
	Verifica corretto posizionamento dispenser	Identificazione azioni di miglioramento e mantenimento	

- Livello **AVANZATO** nella Sezione B – Formazione del Personale
Risultato punteggio Anno 2025 = 100
Risultato punteggio Gennaio 2026 = 100
Azione locale di miglioramento = nessuna
Di seguito Monitoraggio per l'anno 2026

VALUTAZIONE INIZIALE	IMPLEMENTAZIONE IN ITINERE	FOLLOW UP	SVILUPPO
GENNAIO 2026	FEBBRAIO – GIUGNO 2026	LUGLIO 2026	DICEMBRE 2026
Somministrazione Questionario Autovalutazione	Formazione dei nuovi Operatori Refresh formativo per operatori già attivi	Analisi dei risultati Identificazione azioni di miglioramento e mantenimento	Somministrazione e Questionario

- Livello **AVANZATO** nella Sezione C – Monitoraggio e Feedback
Risultato punteggio Anno 2025 = 100
Risultato punteggio Gennaio 2026 = 100
Azione locale di miglioramento = nessuna
Di seguito Monitoraggio per l'anno 2026

VALUTAZIONE INIZIALE	IMPLEMENTAZIONE IN ITINERE	FOLLOW UP	SVILUPPO
GENNAIO 2026	FEBBRAIO – GIUGNO 2026	LUGLIO 2026	DICEMBRE 2026
Somministrazione Questionario Autovalutazione	Raccolta dati su acquisti di sapone e prodotti a base alcolica (CONSUMO EFFETTIVO) Referente per la Sorveglianza: Risk Manager (MR) e Responsabile ICA Monitoraggio: Consumo di soluzione idroalcolica in litri di soluzione consumati ogni 1000 giornate di degenza ordinaria (L/1000 GDO)	Analisi dei risultati Identificazione azioni di miglioramento e mantenimento	Somministrazione e Questionario

- Livello **AVANZATO** nella Sezione D – Comunicazione Permanente
 Risultato punteggio Anno 2025 = 100
 Risultato punteggio Gennaio 2026 = 100
 Azione locale di miglioramento = nessuna
 Di seguito Monitoraggio per l'anno 2026

VALUTAZIONE INIZIALE	IMPLEMENTAZIONE IN ITINERE	FOLLOW UP	SVILUPPO
GENNAIO 2026	FEBBRAIO – GIUGNO 2026	LUGLIO 2026	DICEMBRE 2026
Somministrazione Questionario Autovalutazione	Coinvolgimento e sensibilizzazione degli Ospiti e dei Familiari (caregiver) Posizionamento di poster e volantini Sensibilizzazione sul sito aziendale – Post pubblicati nella Giornata dedicata (05 maggio)	Analisi dei risultati Identificazione azioni di miglioramento e mantenimento	Somministrazione e Questionario

- Livello **INTERMEDIO** nella Sezione E – Clima Organizzativo e Commitment
 Risultato punteggio Anno 2025 = 65
 Risultato punteggio Gennaio 2026 = 70
 Azione locale di miglioramento = istituire un team per la promozione e implementazione
 Di seguito Monitoraggio per l'anno 2026

VALUTAZIONE INIZIALE	IMPLEMENTAZIONE IN ITINERE	FOLLOW UP	SVILUPPO
GENNAIO 2026	FEBBRAIO – GIUGNO 2026	LUGLIO 2026	DICEMBRE 2026
Somministrazione Questionario Autovalutazione	Incontri di Coordinamento Coinvolgimento del Comitato di Partecipazione, dei Familiari, Visitatori, Altro	Analisi dei risultati Identificazione azioni di miglioramento e mantenimento	Somministrazione e Questionario

ATTIVITA' 2026

OBIETTIVO GENERALE: Programmazione delle attività al fine di raggiungere, mantenere e migliorare l'obiettivo preposto: Livello di implementazione Avanzato.

ATTIVITA'	INDICAZIONI	DATA PREVENTIVATA	RESP.
-----------	-------------	-------------------	-------

Esame delle evidenze e delle informazioni disponibili per mantenere il livello raggiunto e definire il programma di miglioramento	MONITORAGGIO E RIESAME	31/12/2026	MR
Analisi dello stato della Struttura, delle risorse disponibili e dell'approvvigionamento (budget dedicato)	MONITORAGGIO E RIESAME RIVALUTAZIONE	31/12/2026	RAMM
Mappatura, distribuzione e approvvigionamento di dispenser e soluzione idroalcolica (SIA) Mappatura, distribuzione e approvvigionamento di sapone e salviette monouso Immagazzinamento e distribuzione Manutenzione e segnalazione guasti	CONTROLLO RIVALUTAZIONE POSSIBILITA' DI MIGLIORAMENTO DELLE PROCEDURE OPERATIVE	31/12/2026	RESP ICA
Indagine sulla compliance relativa all'igiene delle mani	MONITORAGGIO ED EVENTUALE RIVALUTAZIONE	31/12/2026	MR
Indagine sul consumo di soluzione alcolica (SIA)	MONITORAGGIO ED EVENTUALE RIVALUTAZIONE	31/12/2026	MR
Formazione del Personale sull'igiene delle mani	VALUTAZIONE, PIANIFICAZIONE ED ORGANIZZAZIONE AGGIORNAMENTI / FORMAZIONE NEOASSUNTI	31/12/2026	MR
Audit dedicato	REALIZZAZIONE VALUTAZIONE E FEEDBACK	31/12/2026	RESP ICA
Sensibilizzazione del personale / ospiti / familiari	ANALISI DEI BISOGNI MONITORAGGIO CONTINUO ED IMPLEMENTAZIONE	31/12/2026	RESP ICA

	COMUNICAZIONE		
Clima organizzativo	ELABORAZIONE DOCUMENTI VERIFICA	31/12/2026	RESP ICA

d. Monitoraggio Consumo di Soluzione Idroalcolica (SIA).

SCOPO	Monitoraggio del Consumo di SIA, disaggregato per area assistenziale, in funzione dello standard minimo dell'OMS (20 l si Sia per 1000 die di degenza)
METODOLOGIA	Dispenser in Struttura Fatturazione
STRUMENTO	Fatture Sopraluogo
INDICATORE	Consumo SIA
VALORE ATTESO	Consumo minimo di 36 l al mese
MONITORAGGIO	Rivalutazione a campione
COMUNICAZIONE	Report

RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	RISK MANAGER	RESPONSABILE ICA	ALTRI (DIREZIONE, Amministrazione)
Monitoraggio continuo	R	R	C
Approvvigionamenti	C	C	R
Monitoraggio in loco	C	R	C
Verifica	C	R	C
Analisi dei Risultati	R	R	C
Report	R	R	C

La quantità di consumo SIA è costante negli anni, come è possibile evidenziare da:

- Sopraluoghi
- Consumi medi
- Fatture dettagliate

ALLEGATO 2

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

La polmonite da Legionella ha dei sintomi che sono spesso indistinguibili dalle polmoniti causate da altri microrganismi e, per questo motivo, la diagnosi di laboratorio della legionellosi deve essere considerata complemento indispensabile alle procedure diagnostiche cliniche. Gli accertamenti di laboratorio devono essere attuati possibilmente prima che i risultati possano essere influenzati dalla terapia e devono essere richiesti al fine di attuare una terapia antibiotica mirata, contenere così l'uso di antibiotici non necessari, evitare effetti collaterali, l'insorgenza di microrganismi antibiotico-resistenti e ridurre i tempi di degenza e le spese sanitarie. Inoltre, non avendo caratteristiche cliniche che permettono di distinguerla da altre forme atipiche o batteriche di polmonite comunitaria, né ha stimate specifiche che consentono di sospettarla tra le eziologie di polmonite nosocomiale e/o dell'ospite immunocompromesso, va sempre sospettata sul piano clinico tra le infezioni polmonari comunitarie e nosocomiali.

L'esposizione ad agenti biologici sui luoghi di lavoro è normata dal Titolo X del D. Lgs 81/2008 e la Legionella è classificata al gruppo 2 tra gli agenti patogeni. *Il rischio di legionellosi è presente in tutte le attività con impianti che comportano un moderato riscaldamento dell'acqua (da 25 a 42°C) e la sua nebulizzazione (cioè la formazione di microgocce aventi diametri variabili da 1 a 15 micron), tra cui gli impianti idrosanitari e di condizionamento.*

Nella Conferenza Stato-Regioni, tenutasi il 7 maggio 2015, è stato approvato il documento Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi, che riunisce, aggiorna e integra tutte le indicazioni riportate nelle precedenti linee guida nazionali e normative.

Successivamente aggiornato da quanto previsto dalle "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi" (adottato con DGR n. 460 del 28 giugno 2024).

Pertanto, il rischio di esposizione a Legionella in qualsiasi ambiente di lavoro o ricreativo richiede l'attuazione di tutte le misure di sicurezza per esercitare la più completa attività di prevenzione e protezione nei confronti di tutti i soggetti inclusi in tali ambienti.

COSTITUZIONE DEL TEAM:

Data di Costituzione	2020
Composizione del CCICA (Atto costitutivo)	AU – PRESIDENTE DEL GRUPPO DUO – RESP ICA RAMM – RSPP AA
Gruppo Operativo	RESP ICA MR – RISK MANAGER IDR

MATRICE DI RESPONSABILITA'

	RESP ICA	MR	IDR	Servizio tecnico
Valutazione Rischi Impiantistici	R	C	NC	C
Valutazione Rischi Biologici	R	C	I	C
Segnalazione	I	R	C	C
Attivazione Intervento	R	I	I	C
Sorveglianza	R	I	I	C
Attività Igienico Sanitarie	R	C	I	C
Verifica	R	C	I	C

R = Responsabile C= Coinvolto I= Informato NC= Non Coinvolto

PIATTAFORMA DOCUMENTALE

È in realizzazione una piattaforma documentale condivisa (continuamente aggiornata) sulla quale vengono caricati aggiornamenti relative alle normative, gli esiti analitici, le attività svolte e la corrispondenza tra i servizi. Tale piattaforma è condivisa tra i servizi coinvolti (Direzione Medica, Rischio Clinico).

MODALITÀ DI ESECUZIONE E TEMPI DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO E INDICAZIONE SINTETICA DELLE MISURE DI CONTROLLO PREVISTE:

ANALISI DEL RISCHIO

La valutazione del rischio legionellosi è revisionata almeno con periodicità biennale e documentata formalmente. Inoltre, deve essere aggiornata ogni volta che vi siano modifiche degli impianti, o della situazione epidemiologica della struttura o, infine, in caso di reiterata ed anomala presenza di Legionella negli impianti riscontrata a seguito dell'attività di monitoraggio.

In base all'analisi del rischio, in assenza di casi, per la rete idro-sanitaria, viene proposto il seguente schema per il programma di campionamento:

ZONE DA CAMPIONARE	FREQUENZA	SITI DA CAMPIONARE	METODO DI PRELIEVO
ZONA RISCHIO ALTO E MEDIO	2 volte/ anno	Impianto sanitario idro-	Pre-usage flushing Post-usage flushing

VALUTAZIONE PUNTI DI RISCHIO

Nella tabella che segue viene descritto il tipo di rischio e la corrispondente azione preventiva prevista per una corretta gestione del rischio stesso, per i vari tipi di utenza.

POSSIBILI PUNTI A RISCHIO	TIPO DI RISCHIO	AZIONE PREVENTIVA PREVISTA	PERIODICITÀ DI CONTROLLO CONSIGLIATA
FILTRI ASSOLUTI ANTILEGIONE LA	Basso scorrimento nei siti filtrati	Flussaggio programmato e flussaggio dopo rimozione filtro	Quotidiana dopo installazione filtro
	Utilizzo oltre scadenza	Istruire controllo e registrazione eventi (inizio, scadenza, fine)	Quotidiana da installazione filtro
RUBINETTI	Ristagno, incrostazioni, carica batterica elevata	Pulizia e disinfezione	semestrale
PUNTI TERMALI	Ristagno, incrostazioni, carica	Pulizia e disinfezione	semestrale

	batterica elevata		
CONDUTTURE PUNTI DI GIUNZIONE, RAMI MORTI DELL'IMPIANTO IDRO- SANITARIO	Ristagno, incrostazioni, carica batterica elevata	Pulizia e disinfezione Addolcimento acqua	Da valutare in base alla conoscenza dell'impianto e dei lavori di ristrutturazione
	Temperatura tra 25 e 45°C	Temperatura non inferiore a 50°C e flussaggio programmato settimanalmente	
FILTRI PER L'ACQUA	Ristagno, incrostazioni, carica batterica elevata	Pulizia e disinfezione	Secondo necessità e manuale d'uso e manutenzione

Nella tabella che segue viene descritto il tipo di rischio e la corrispondente azione preventiva prevista per una corretta gestione del rischio stesso, per i vari dispositivi e componenti.

POSSIBILI PUNTI A RISCHIO	TIPO DI RISCHIO	AZIONE PREVENTIVA PREVISTA	PERIODICITÀ DI CONTROLLO CONSIGLIATA
UNITA' TERMINALI (BOCCHETTE DI MANDATA ED ESTRAZIONE ARIA)	Accumulo polvere e sporcizia visibile, carica batterica elevata	Costante controllo visivo, pulizia e disinfezione	Da mensile a trimestrale, oppure al bisogno in caso di sporcizia visibile
POMPE DI CALORE FANCOIL	Ristagno, incrostazioni, carica batterica elevata	Periodico controllo con registrazione Pulizia e disinfezione	Da trimestrale a semestrale
FILTRI FANCOIL	Accumulo di polvere carica batterica elevata	Pulizia e disinfezione	Da trimestrale a semestrale o ogni volta che si accende l'allarme di pulizia filtro

SISTEMI PER UMIDIFICAZIONE CENTRALIZZATI	Ristagno, incrostazioni, carica batterica elevata, ricircolo acqua all'interno delle UTA	Periodica ispezione, pulizia e disinfezione, registrazione degli interventi e dei controlli	Ogni 2-3 mesi, più frequentemente nei periodi di intenso lavoro
BATTERIE DI SCAMBIO TERMICO	Ristagno, incrostazioni, carica batterica elevata	Periodica ispezione ben dettagliata, miglioramenti se necessari, pulizia e disinfezione, registrazione degli interventi	Mensile o più frequentemente nei periodi di intenso lavoro
VASCHE DI RACCOLTA ALL'INTERNO DELLE UTA	Ristagno, incrostazioni, carica batterica elevata	Periodica ispezione, svuotamento ed eventuale modifica per eventuale ristagno, pulizia e disinfezione, registrazione degli interventi	Mensile o più frequentemente nei periodi di intenso lavoro

DIAGNOSI DI LABORATORIO DI PROVENIENZA UMANA

I metodi di diagnosi per l'infezione da Legionella correntemente utilizzati sono:

1. isolamento del batterio mediante coltura;
2. rilevazione di anticorpi su sieri nella fase acuta e convalescente della malattia;
3. rilevazione dell'antigene urinario;
4. rilevazione del batterio nei tessuti o nei fluidi corporei mediante test di immunofluorescenza;
5. rilevazione del DNA batterico mediante PCR (metodo non ancora validato).

Tuttavia, nessun metodo di diagnosi di legionellosi è sensibile e specifico al 100%, ed è ormai opinione condivisa a livello internazionale, che maggiore è il numero di metodi diagnostici utilizzati, più corretta sarà la diagnosi di legionellosi.

Nel caso in cui il medico sospetti un'infezione da Legionella, in presenza di un quadro clinico riconducibile a manifestazioni sintomatologiche polmonari o simil-influenzali, quali: tosse, dolori diffusi, fiato corto, mal di testa, febbre con brividi e dolore addominale, nausea, diarrea e/o alterazioni dello stato cognitivo, nell'attesa di un riscontro con immagini radiologiche (TC polmonare/torace), è auspicabile raccogliere un campione urinario per la ricerca di antigeni urinari. È necessario raccogliere un campione di urina estemporaneo all'interno di un contenitore sterile fornito dal personale sanitario. La modalità di raccolta del campione in paziente con catetere a permanenza è la medesima raccomandata per la raccolta di campione per urinocoltura.

DIAGNOSI DI LABORATORIO DI PROVENIENZA AMBIENATALE

Metodo colturale: le matrici ambientali che vengono generalmente utilizzate per la ricerca di Legionella in campioni ambientali sono acqua, sedimenti e biofilm.

Real-time PCR.

DEFINIZIONE DI CASI

Caso accertato: Infezione acuta delle basse vie respiratorie con segni di polmonite focale rilevabili all'esame clinico e/o esame radiologico suggestivo di interessamento polmonare, accompagnati da uno o più dei seguenti eventi:

1. isolamento di Legionella da materiale organico (secrezioni respiratorie, broncolavaggio, tessuto polmonare, essudato pleurico, essudato pericardico, sangue) o da un sito normalmente sterile;
2. riconoscimento dell'antigene specifico solubile nelle urine;
3. aumento di almeno 4 volte del titolo anticorpale specifico verso L. pneumophila sg 1, rilevato sierologicamente tra due sieri prelevati a distanza di almeno 10 giorni.

Caso probabile: Infezione acuta delle basse vie respiratorie con segni di polmonite focale rilevabili all'esame clinico e/o esame radiologico suggestivo di interessamento polmonare, accompagnati da uno o più dei seguenti eventi:

1. positività all'immunofluorescenza diretta utilizzando reagenti a base di anticorpi monoclonali o policlonali di materiale patologico;
2. aumento di almeno 4 volte del titolo anticorpale specifico, relativo a sierogruppi o specie diverse da L. pneumophila sg1;
3. singolo titolo anticorpale elevato (>1:256) verso L. pneumophila sg1.

Focolaio epidemico: Qualora due o più casi siano riscontrati come riconducibili ad una medesima esposizione nell'arco di sei mesi.

RISULTATO SINTETICO DEGLI ESITI DEL MONITORAGGIO OPERATIVO DI VERIFICA SULL'EFFICACIA DELLE MISURE DI CONTROLLO IN ATTO

Il Monitoraggio ambientale e microbiologico segue il Piano di Campionamento del 2025

ATTIVITA'	INDICAZIONI	MONITORAGGIO	ESITI
MISURE AMBINETALI ED IMPIANTISTICHE ADOTTATE PER LA PREVENZIONE	MONITORAGGIO APPLICAZIONE RIESAME	E 01/01/2025 31/12/2026	OK
FLUSSAGGIO DELL'IMPIANTO IDROSANITARIO DISIFEZIONE	MONITORAGGIO APPLICAZIONE RIESAME	E 01/01/2025 31/12/2026	OK
PULIZIA E MANUTENZIONE ORDINARIA STRAORDINARIA	MONITORAGGIO APPLICAZIONE RIESAME	E 01/01/2025 31/12/2026	OK
CAMPIONAMENTO MICROBIOLOGICO	MONITORAGGIO APPLICAZIONE RIESAME	E 01/01/2025 31/12/2026	OK
INDAGINE AMBIENTALE	MONITORAGGIO APPLICAZIONE RIESAME	E 01/01/2025 31/12/2026	OK
EVENTUALI PROVVEDIMENTI DI EMERGENZA	MONITORAGGIO APPLICAZIONE RIESAME	E 01/01/2025 31/12/2026	OK

MISURE PREVENTIVE RELATIVE ALLE VIE RSPIRATORIE DEGLI OSPITI	MONITORAGGIO APPLICAZIONE	E	01/01/2025 31/12/2026	OK
	RIESAME			
PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI DI SUPPORTO	MONITORAGGIO APPLICAZIONE	E	01/01/2025 31/12/2026	OK
	RIESAME			

Conclusione complessiva:

- sistema di controllo Legionella ben strutturato;
- Nessuna positività;
- Non emerge un rischio diffuso né una colonizzazione stabile dell'impianto;
- Il profilo è compatibile con una situazione sotto controllo sanitario, con sorveglianza adeguata e interventi tempestive

SINTESI DEL PIANO DI MIGLIORAMENTO E AZIONI CORRETTIVE IL PIANO DI MIGLIORAMENTO

Include:

- Aggiornamento del censimento impiantistico;
- Aggiornamento continuo (e, comunque, almeno annuale) del documento di Analisi del Rischio da Legionella);
- Riduzione dei ristagni e ottimizzazione dei tratti morti;
- Revisione delle procedure di manutenzione e pulizia dei dispositivi a rischio aerosol;
- Affinamento del piano di campionamento.

LE AZIONI CORRETTIVE

Applicate in caso di positività, comprendono:

- Shock chimici/termici mirati;
- Flussaggi intensivi;
- Filtri terminali temporanei;
- Ripetizione die campionamenti fino a negativizzazione confermata.

PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI DI SUPPORTO PREVISTE

- Azioni di supporto strutturate e continuative:
- Formazione e aggiornamento periodico del personale tecnico e sanitario;
- Informazione operativa su buone pratiche (flussaggi, manutenzione dispositivi);
- Audit periodici almeno annuali;
- Documentazione e conservazione dei rapporti presso Direzione Medica e Ufficio Tecnico;
- Riesame dei risultati per ottimizzazione continua delle procedure.