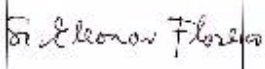
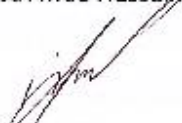




CASA DI CURA
CLINICA SANTA MARIA DI LEUCA

PIANO ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO
"PARS" ANNO 2026

Data	Direttore Amministrativo	Direttore Sanitario	Risk Manager
27 febbraio 2026	Eleonor Floreno	F.F.	Musa Awad Hussein
Firma			



Indice

1. La Storia della Casa di Cura.....	3
2. Premessa.....	3
3. Contesto Organizzativo.....	5
4. Contesto Strutturale.....	6
5. Servizio di Prevenzione e Protezione.....	7
6. La Gestione del Rischio Clinico.....	7
7. Formazione.....	11
8. Relazione Consuntiva sugli Eventi Avversi sui Risarcimenti Erogati.....	11
9. Posizione Assicurativa.....	12
10. Matrice delle Responsabilità.....	13
11. Obiettivi	14
A.6 Obiettivi e Attività	16
A.7 Obiettivi e Attività per la gestione del Rischio Infettivo	19
12. Attività e Procedure per il Controllo e Prevenzione delle Infezioni Correlate All'Assistenza.....	20
12.1 Ambito di applicazione e responsabilità	
12.2 Obiettivo A – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo	
12.3 Obiettivo B – Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso un Piano di Azione locale	
12.4 Obiettivo C – Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa in tema di rischio infettivo	
12.5 Misure specifiche	
12.6 Monitoraggio e riesame	
13. Piano Regionale della Prevenzione	26
14. Distribuzione dei Dispenser di Gel Idroalcolico.....	28
15. Modalità di Diffusione del Documento.....	28
16. Bibliografia, Sitografia e Riferimenti Normativi.....	28

Allegati:

- Allegato 1 - Piano di azione locale sull'igiene delle mani
- Allegato 2 - Programma di controllo della Legionellosi

LA STORIA DELLA CASA DI CURA

La Casa di Cura S. Maria di Leuca appartiene all'ISTITUTO FIGLIE DI SANTA MARIA DI LEUCA, Ente Ecclesiastico con finalità di Religione e di Culto, Giuridicamente riconosciuto con sede in Roma, Via Tiberina n° 173, la cui attività di assistenza ai malati viene svolta in armonia con le finalità dell'Istituto, secondo i precisi insegnamenti della Fondatrice Madre Elisa Martinez, e il carisma dell'Ospitalità proprio dell'Istituto Religioso.

La Casa di Cura si pone al servizio dei malati impegnandosi a offrire un'efficiente presa in carico e un soggiorno sereno e ricco di rapporti umani. Il Personale religioso e laico, umanamente e professionalmente qualificato, è impegnato a realizzare un modello assistenziale coniugando sintesi di rigore scientifico e umanizzazione dell'assistenza, ponendosi al servizio del malato senza discriminazione alcuna.

La clinica è completamente privata e non è convenzionata con il SSN, i professionisti che operano in clinica sono liberi professionisti o in regime di intramoenia, che operano in piena autonomia professionale, seguendo anche le linee di indirizzo generale della Casa di Cura.

1. PREMESSA

La gestione del rischio clinico e organizzativo è un aspetto fondamentale per assicurare la sicurezza e la qualità dell'assistenza all'interno delle strutture sanitarie e sociosanitarie. In questo contesto, la Regione Lazio ha reso obbligatoria la formulazione del Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS), unificando due piani già previsti dalla regione, Piano Annuale del Risk Management (PARM) e il Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA), con l'obiettivo del miglioramento continuo dell'assistenza e riduzione dei rischi correlati ad essa, anche con l'approvazione della legge n.24/ 2017

L'Obiettivo del PARS è:

- 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 assesment.

Il Piano Annuale di Gestione del Rischio (PARS) rappresenta uno strumento strategico volto a identificare, prevenire e mitigare i rischi legati all'erogazione delle cure, contribuendo a creare un ambiente protetto per pazienti, operatori sanitari e tutti gli attori coinvolti.

Il PARS adottato dalla Clinica Santa Maria di Leuca si basa sui principi di efficacia, efficienza e appropriatezza delle cure, fattori chiave per un'ottimale gestione dei servizi sanitari e sociosanitari. Questo approccio è in linea con le direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), con la Legge 24/2017, nota come Legge Gelli-Bianco, e con la Determina n. G00643 del 25 gennaio 2022 emanata dalla Regione Lazio.

L'OMS ha sottolineato l'importanza che le organizzazioni sanitarie e sociosanitarie operino per garantire ai pazienti cure qualificate e sicure.

La Legge Gelli-Bianco (8 marzo 2017, n. 24) riconosce la sicurezza delle cure come un elemento essenziale del diritto alla salute, affermando che essa si realizza attraverso tutte le azioni mirate alla prevenzione e gestione del rischio clinico. Questo implica un uso adeguato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Inoltre, il coinvolgimento attivo di tutto il personale nelle attività di prevenzione del rischio è un requisito fondamentale per le strutture sanitarie e sociosanitarie, sia pubbliche che private.

La Determina della Regione Lazio fornisce linee guida per la redazione del Piano PARS, con l'obiettivo di focalizzare gli sforzi delle strutture sugli aspetti cruciali della gestione del rischio, evitando che la documentazione si limiti a meri adempimenti burocratici, e puntando invece a un effettivo miglioramento della sicurezza delle cure e del benessere del paziente.

In questo quadro, la Gestione del Rischio Clinico assume un ruolo centrale nella governance clinica, definendosi come il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si impegnano nel miglioramento continuo dei servizi offerti. Ciò consente di mantenere elevati standard di assistenza e di creare le condizioni ideali per promuovere l'eccellenza clinica.

Il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) è lo strumento richiesto dalla Regione Lazio per la gestione del rischio sanitario

Il PARS della regione Lazio è suddiviso per tipologia di strutture.

La Clinica Santa Maria di Leuca persegue gli obiettivi indicati nell'allegato A.

Gli obiettivi, indicati al punto A prevedono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.

Il documento inoltre è corredato da altri due documenti allegati che ne sono parte integrante organica quali:

- il Piano di azione dell'igiene delle mani, recepimento del Piano di Intervento

Regionale sull'Igiene delle mani del 19/02/2021

- il Piano di autocontrollo della Legionella che recepisce la determina della regione Lazio n. 460 del 28/06/2024 su "Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi"

3. CONTESTO ORGANIZZATIVO

CASA DI CURA SANTA MARIA DI LEUCA			
DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	45	Medicina	08
		Chirurgia	37
Posti letto diurni	4	Servizi Trasfusionali	0
Blocchi Operatori	2	Sale Operatorie	3
DATI DI ATTIVITÀ 2025			
Ricoveri ordinary	661	Ricoveri diurni	863
Branche specialistiche	10	Prestazioni mini invasive ambulatoriali	Tot. Ch. Amb. 245 Endoscopia 295 Diagnostica con contrasto 415

La "Casa di Cura S. Maria di Leuca" dell'Istituto Figlie di S. Maria di Leuca è una struttura di diagnosi e cura, con prevalenza delle seguenti attività:

- Ginecologia
- Chirurgia generale open e video laparoscopica
- Chirurgia Plastica Ricostruttiva
- Ortopedia
- Urologia
- Otorinolaringoiatra
- Oculistica
- Endoscopia digestiva
- Laboratorio di analisi cliniche
- Cardiologia
 - Diagnostica per Immagini
 - T.A.C. spirale
 - RMN
 - Ecotomografia
 - Radiologia
- Ambulatori specialistici

Il personale che opera all'interno della Casa di Cura è per la maggior parte appartiene all'Ordine religioso. Vi operano circa 54 suore in qualità di infermiere professionali, addette alla lavanderia e alla cucina, all'amministrazione. Inoltre, all'interno della clinica operano circa 12 laici,

dipendenti della struttura, che ricoprono le seguenti mansioni: n. 10 ausiliari, addetti alle pulizie e alla sanificazione, n. 1 tecnico di laboratorio e n. 1 tecnico radiologico.

Il personale medico che opera nella struttura svolge attività libero professionale.

4. CONTESTO STRUTTURALE

La clinica si compone di sei piani e sorge su una collinetta di fronte a uno spazio verde dove scorre il Tevere.

PIANO SEMINTERRATO

Laboratorio analisi, RM, MOC, Mammografo digitale e servizi vari.

Il Laboratorio di Analisi Cliniche della Clinica Santa Maria di Leuca grazie a innovative tecniche può assicurare tutti i tipi di analisi, da quelle tradizionali a quelle specialistiche. Per svolgere tale lavoro la struttura si avvale di personale altamente specializzato e di strumentazione idonea a tale scopo.

Il Laboratorio, al fine di standardizzare le diverse fasi dei processi lavorativi, applica delle Procedure Operative, nate sia dalla esperienza propria che dal confronto con quanto indicato dalle più importanti Linee Guida emanate dalle diverse Società Scientifiche operanti nel settore.

Al fine di assicurare la migliore attendibilità dei dati emessi il Laboratorio viene sottoposto regolarmente a controlli di Qualità sia interni che tramite VEQ esterne.

Il Laboratorio è accessibile senza prenotazione dal Lun/Sab. 07.00-11.00

Tutti i referti vengono consegnati personalmente o scaricati dall'area riservata accessibile con password personale del paziente.

PIANO RIALZATO

Studi medici (nove studi), radiologia tradizionale, sala TC con IA, sala prelievi, ecografia; ingresso principale, Direzione amministrativa, Direzione sanitaria, accettazione e uffici amministrativi.

PIANO PRIMO

13 camere di degenza con i relativi servizi igienici all'interno di ciascuna camera e locali di servizio. Una sala operatoria.

PIANO SECONDO

16 camere di degenza con i relativi servizi igienici all'interno di ciascuna camera e locali di servizio, farmacia e stanza medico di guardia.

PIANO TERZO

6 camere di degenza con i relativi servizi igienici all'interno di ciascuna camera e locali di servizio. Blocco Operatorio Principale con tre sale operatorie. Locali destinati a servizi pertinenti.

PIANO QUARTO

Sala da pranzo per medici e visitatori, bar e locali amministrativi.

I piani della clinica comunicano tra loro con una scala interna, di ampiezza regolare, un ascensore, un monta-lettighe, un portavivande e due montacarichi.

5. SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

Il datore di lavoro ha provveduto alla nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, così come previsto dall'art. 17 comma 1 lettera b) del D.L.vo 81/08, e si è avvalso di consulenti esterni, in possesso delle conoscenze professionali necessarie, per integrare l'azione di prevenzione e protezione del servizio stesso.

La Casa di Cura svolge la propria attività lavorativa all'interno di un insediamento soggetto al controllo dei Vigili del Fuoco, in base al D.M. del 16 febbraio 1982.

6. LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

La Casa di Cura nel 2024 ha modificato la propria governance in materia di governo clinico e sicurezza delle cure, introducendo la figura del risk manager.

Nel corso di questi anni, sono state implementate le attività relative alla prevenzione del rischio clinico e alla sicurezza delle cure, avviando un percorso di verifica e aggiornamento dei documenti tecnici ed operativi, delle istruzioni e delle procedure esistenti.

- Procedura disinfezione e sanificazione
- Procedura emergenza clinica
- Procedura gestione del carello di emergenza
- Procedura gestione del sangue
- Procedura igiene mani
- Procedura per infortunio da esercizio professionale
- Procedura prevenzione caduta e relativa scheda
- Procedura sala operatoria e relativa scheda check-list
- Procedura sterilizzazione

Di seguito l'elenco delle procedure che sono in corso di aggiornamento:

- Istruzione operativa "Programmazione FASE 2 COVID-19".
- Istruzione Operativa Generale "Sicurezza in sala operatoria", prima stesura 2011, revisione

2019 e seconda revisione 2020, ultima stesura 2025.

- Procedura operativa “Corretta Identificazione dei Pazienti e del Sito Chirurgico, stesura 2012, revisione 2020, ultima stesura 2025.
- Procedura “Percorso del paziente chirurgico”, stesura 2012, revisione 2019, ultima revisione 2025.
- Istruzione Operativa Trasferimento Paziente ad Altro Istituto, stesura 2010, revisione 2020.
- Procedura “Emergenze ed Imprevisti”, stesura 2010, prima revisione 2012, seconda revisione 2020.
- Istruzione operativa “sorveglianza paziente nell’immediato post operatorio”, stesura 2013, revisione 2019.
- Istruzione operativa Gestione del Primo Soccorso, stesura 2019 dedicata al primo soccorso di tutte le persone che si trovino dentro la Casa di Cura per qualunque motivo.
- Istruzione Operativa Generale “Reazioni Avverse da Farmaci e/o Presidi”, stesura 2011, revisione 2019.
- Procedura “Consenso Informato”, stesura 2012, revisione 2019.
- Istruzione operativa da “Contaminazione biologica potenzialmente infetta”, stesura 2013, revisionato 2019.
- Procedura per la Prevenzione e Gestione della Caduta Paziente, stesura 2023.
- Procedura per Infortunio post-esposizione Professionale a Rischio Biologico 2023.
- Schede Gestione del Rischio Clinico stesura 2013, revisione 2020
 - Scheda di Autovalutazione del Rischio
 - Scheda di Segnalazione di Evento Sentinella
 - Scheda Rilevazione Eventi Avversi
 - Scheda di segnalazione incidenti da Dispositivi medici
 - Altre Istruzioni Operative che riguardano tutte le attività della Casa di Cura dall’Emergenza Idrica a Latex Free
 - Scheda di Sorveglianza delle Infezioni Ospedaliere 2023

Rendicontazione attività PARS 2025

OBIETTIVO A e D DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla prevenzione caduta”
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2025
RISULTATO 100%
Corso Eseguito

OBIETTIVO A e D DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 2 - Progettazione ed esecuzione di un “corso sulla gestione degli eventi avversi, introduzione di un sistema di Incident reporting”

INDICATORE

Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2025

Risultato: Eseguito parzialmente in quanto è stato eseguito solo il corso, Obiettivo raggiunto al 50%

OBIETTIVO B Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promozione di interventi mirati per miglioramento della qualità delle prestazioni erogate

ATTIVITÀ 1 – corso sulla gestione del sangue

INDICATORE esecuzione di un corso entro dicembre 2025

Risultato: Raggiunto, in quanto è stato eseguito

OBIETTIVO B Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promozione di interventi mirati per miglioramento della qualità delle prestazioni erogate

ATTIVITÀ 2: esecuzione di un corso sulla gestione dell’emergenza clinica e sanitaria: dalla conoscenza della procedura all’utilizzo del carrello dell’emergenza

INDICATORE esecuzione di un corso entro dicembre 2025

Risultato: Raggiunto, in quanto è stato eseguito

OBIETTIVO B Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promozione di interventi mirati per miglioramento della qualità delle prestazioni erogate

ATTIVITÀ 3: progettazione ed esecuzione di un corso sulla gestione della sala operatoria: procedure per un ambiente sicuro

INDICATORE esecuzione di un corso entro dicembre 2025

Risultato: Raggiunto, in quanto è stato eseguito il corso il

OBIETTIVO C. FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE
ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di un corso sul consenso informato e sulla corretta comunicazione pazienti/operatori sulla prevenzione dei rischi in struttura
INDICATORE esecuzione di un corso entro dicembre 2025
Risultato: Raggiunto, in quanto è stato eseguito

A dicembre 2025 è stato stilato un documento di:

REGOLAMENTO E CONTROLLO SALE OPERATORIE

Obiettivo

L'obiettivo di questo documento è definire l'organizzazione, le linee di controllo e sorveglianza per la gestione efficiente e standardizzata delle risorse, dei metodi applicativi per la sicurezza del paziente e dell'operatore sanitario e socio sanitario, con questi capitoli:

- Gestione Operativa (GO)
- Coordinatrice Infermieristica Sale operatorie
- Coordinatore Anestesista Sale operatorie
- Il perché delle procedure in sala operatoria
- Punti Essenziale nella Gestione
- Modalità di accesso al blocco operatorio
- Lavaggio delle mani
- Altre regole comportamentali all'interno del Blocco Operatorio e delle Sale Operatori

Questo documento sarà applicativo dal mese di marzo 2026 per migliorare la gestione delle sale operatorie e per la sicurezza delle cure per paziente e operatore sanitario con maggiore attenzione alla sterilità degli ambienti.

7. FORMAZIONE

Nel **2025** si sono svolti i seguenti corsi di formazione/aggiornamento, in presenza e da remoto:

1. La comunicazione come fattore di prevenzione degli eventi avversi o potenzialmente dannosi.
2. Gestione corretta della comunicazione con il paziente, familiari e caregivers, gestione del consenso e del conflitto.
3. Incident Reporting degli eventi avversi, sentinella, near-miss e azioni di miglioramento
4. Gestione e controllo delle infezioni ospedaliere.
5. Corso di formazione per formatori ed osservatori sull'igiene delle mani per la prevenzione.
6. Le infezioni del sito chirurgico.
7. Gestione corretta della documentazione sanitaria, cartella clinica e piani di assistenza.
8. Risk management: come gestire il rischio sanitario.
9. Appropriately assistenziale e organizzativa ospedaliera.
10. Gestione del carrello di emergenza e della borsa di primo soccorso.
11. Gestione emergenza clinica.
12. Prevenzione e gestione della caduta del paziente.
13. Infezioni Ospedaliere ed ICA "Infezioni Correlati all'Assistenza".
14. Infezione del Sito Chirurgico.
15. Igiene Mani nella "Giornata Mondiale per l'Igiene delle Mani".

Una parte delle attività formative sopra riportate sono state accreditate ECM, riconoscendo al personale che ha partecipato crediti formativi. La partecipazione alle attività formative ha coinvolto il personale medico, infermieristico e OSS della struttura.

8. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 24/2017, tutte le Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

La clinica si distingue per alta percentuale di interventi chirurgici di chirurgia plastica, chirurgia di superficie, con degenza minima, la grande parte in day surgery o one day surgery, questo implica la difficoltà del controllo post-operatorio che di solito avviene nello studio del curante o a domicilio.

La sinistrosità segnalata anche quando risarcita, si riferisce esclusivamente a contestazione di carattere estetico e non funzionale, di conseguenza non è da non considerarsi come eventi avversi.

Nel 2025 è stato sollecitato tutto il personale a maggiore attenzione verso eventi che possono considerarsi eventi avversi e *near miss* e si continua anche nel 2026.

Eventi segnalati nel 2026 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

	N.(e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di Evento	Principali fattori causali/ contribuenti in%	Azioni di miglioramento in %	Fonte del dato In %
Near miss	0	0			
Eventi avversi	0	0			
Eventi sentinella	0	0			

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

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2025	4	0	
2024	7	2	
2023	11	0	
2022	7	0	
2021	3	0	
2020	8	0	
Totale	36	2	

9. POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2026	31/12/2026	BHI	228.000,00	100000	SIMPLE ITALIA AG.
2025	31/12/2025	BHI	232000,00	100000	ASSITECA
2024	31/12/2024	BHI	232000,00	100000	ASSITECA
2023	31/12/2023	Generali	228597,00	50000	ASSITECA
2022	31/12/2022	BHI	132549,53	50000	SAFE BROKER

10.MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce almeno le seguenti specifiche responsabilità:

1. **Risk Manager**: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano ad esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC.
2. **Direttore Sanitario/Presidente del CCICA**: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo.
3. **Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali**: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa.
4. **Direzione Strategica/Proprietà della Struttura**: si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

Matrice delle responsabilità

AZIONE	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA	Risk Manager	Responsabile UO Affari Legali/Generali	Direttore Generale/Proprietà	Direttore Sanitario (1)	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS (eccetto i punti: A2, A3 e A7)	C	R	C	C	C	C	-
Redazione punti A2 e A3	C	C	R	I	C	C	-
Redazione punto A7	R	C	I	I	C	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto il punto A7)	C	R	C	I	C	C	C
Monitoraggio punto A7	R	C	I	I	C	I	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato. (1) Ove non coincida con il Presidente CCICA.

11. OBIETTIVI

Definizione di Rischio Clinico:

“Possibilità per il paziente di subire un danno o un disagio grave, che per definizione si presume involontario, legato ed imputabile alle cure sanitarie, che determina un prolungamento delle stesse cure, cui consegue un aumento dei tempi di degenza ospedaliera, un peggioramento del suo stato di salute, e che può arrivare a tale compromissione da portare fino alla morte”

Per l'importanza di questo argomento sia per danni ai pazienti in termini di salute, sia alla struttura in termini di costi, diventa peculiare intervenire per contenere e controllare gli eventi avversi tramite:

- formazione del personale sanitario alla cultura della prevenzione, incluso il Near- Miss.
- Segnalazione tempestiva di tutti gli eventi avversi e creazione di audit interni alla struttura.
- Segnalazione degli eventi alla Regione senza specificarne l'entità, poiché non è un momento di giudizio ma di valutazione di tutti gli interessi, un momento di confronto per imparare dagli errori anche di altre strutture.

Con questo documento si prescrivono le basi e le strategie da adottare per tutte le azioni e gli obiettivi da raggiungere, nonché quali strumenti da utilizzare per la gestione del rischio clinico ed infettivo.

La Clinica, con la figura del Risk Manager, istituita in data 01 Ottobre 2023, attraverso politiche di Risk management è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente e dei propri operatori sanitari e non.

È da sottolineare che la figura del Risk Manager non solleva dalle specifiche responsabilità dei soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico assistenziali, ma coordina e armonizza con gli stessi l'intero sistema di governo del rischio.

Il PARS sintetizza le modalità di analisi e prevenzione del rischio clinico, anche attraverso un dialogo costruttivo e trasparente con gli stakeholders.

Nel documento si indicano le iniziative e le procedure messe in essere dalla Clinica in materia di rischio sanitario e rischio infettivo e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione e delle prestazioni assistenziali.

Tutte le articolazioni della Clinica collaborano, per quanto di competenza, con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie alla definizione del PARS.

Questo documento ha l'obiettivo di rendere più omogenee procedure già in essere e riunirle in un documento unico

Obiettivi per 2026**A.6 Obiettivi e Attività**

L'indicazione regionale per l'elaborazione del PARS 2026 indicano in particolare i seguenti ambiti:

A. Monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica (Compresa la profilassi antibiotica preoperatoria):

Presso la nostra Casa di Cura l'attività principale è rappresentata dalla chirurgia, in particolare da interventi che richiedono una degenza minima e che, nella maggior parte dei casi, si esauriscono in uno o due giorni di ricovero.

Considerata la breve durata della degenza, è stata istituita una scheda dedicata, messa a disposizione del Medico Curante, per la segnalazione di eventuali infezioni post-operatorie insorte dopo la dimissione del paziente.

La profilassi antibiotica, quando indicata, viene sempre eseguita secondo protocollo, registrata nella check-list operatoria e sistematicamente verificata.

B. Gestione della terapia antibiotica empirica

La gestione della terapia antibiotica empirica è di norma a carico del medico curante.

Essa viene eventualmente istituita al momento della dimissione del paziente, secondo le valutazioni cliniche e le indicazioni del medico curante stesso.

B. Gestione della sepsi:

La sepsi si manifesta generalmente nel periodo post-operatorio, più frequentemente a distanza di alcuni giorni dall'intervento.

Nel caso di interventi chirurgici con degenza di breve durata, come avviene abitualmente presso questa Casa di Cura, l'eventuale quadro settico può insorgere dopo la dimissione, al domicilio del paziente.

In tali circostanze, la gestione clinica è affidata al medico curante, che provvede al trattamento domiciliare nei casi di minore gravità oppure, nei casi più severi, all'invio del paziente presso un setting assistenziale adeguato.

D. Misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (AMR. Antimicrobial Resistance);

Sensibilizzare gli operatori sanitari su questo argomento e controllare l'applicazione dei protocolli in merito all'uso degli antibiotici.

E. Monitoraggio del consumo di antibiotici nel Reparto di Chirurgia

Per la profilassi antibiotica preoperatoria vengono utilizzati principalmente amoxicillina e, ove necessario, cefazolina sodica.

Il consumo degli antibiotici impiegati per la profilassi viene monitorato periodicamente al fine di garantire appropriatezza prescrittiva, conformità alle linee guida e controllo del rischio di antibiotico-resistenza.

Nel 2025, maggiori attenzioni sono state rivolte ai seguenti aspetti:

- Monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica.
- Gestione della sepsi (corso di formazione).
- Misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (AMR, Antimicrobial Resistance).
- Prevenzione ICA.
- Sicurezza delle cure.
- La sicurezza del personale sanitario.
- Azione locale sull'igiene delle mani.
- Prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi.
- Maggior controllo delle cartelle cliniche.

Nel corso del 2026 si intende proseguire con particolare attenzione alle aree già oggetto di monitoraggio, rafforzando ulteriormente le misure di prevenzione e controllo.

In particolare, verrà dedicata maggiore attenzione alla gestione delle sale operatorie, con specifico riferimento ai percorsi e ai flussi di transito dei pazienti e degli operatori sanitari, al fine di ridurre eventuali criticità organizzative e potenziali rischi infettivi.

Sarà inoltre prevista una revisione della check-list operatoria, con introduzione di alcune modifiche migliorative emerse dall'analisi delle criticità riscontrate nella pratica applicativa.

TABELLA RIEPILOGATIVA DELLE ATTIVITA' PER OBIETTIVO

OBIETTIVO A. DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 1: Sicurezza in sala operatoria: percorsi, igiene, sanificazione, sterilizzazione Attività di aula e di formazione sul campo			
INDICATORE: almeno una edizione da svolgersi entro il 31/12/2026			
STANDARD: 100% del personale infermieristico e Oss della struttura		FONTE: Risk Management	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA	DIREZIONE GENERALE
Progettazione Corso	R	C	C
Accreditamento Corso	C	R	C

Esecuzione Corso	I	R	C
------------------	---	---	---

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 2: Incident reporting – Safetywalkaround con analisi dei potenziali rischi, come approcciare con audit la valutazione di azioni e piani di miglioramento

INDICATORE: almeno una edizione da svolgersi entro il 31/12/2026

STANDARD: 70% del personale medico ed infermieristico.

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA	DIREZIONE GENERALE
Progettazione Corso	R	C	C
Accreditamento Corso	C	R	C
Esecuzione Corso	I	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

OBIETTIVO B. MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA

ATTIVITÀ 1: Cartella sanitaria e consensi – istruzioni operative, condivisione degli obiettivi e degli indicatori di monitoraggio, modalità di audit e miglioramento
Attività di aula e formazione sul campo

INDICATORE: almeno una edizione da svolgersi entro il 31/12/2026

STANDARD: 70% del personale medico ed infermieristico della struttura

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA	DIREZIONE GENERALE
Progettazione Corso	C	R	C
Accreditamento Corso	C	R	C
Esecuzione Corso	I	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 2: Primo soccorso ed emergenze cliniche
 Attività di aula e di formazione sul campo

INDICATORE: almeno una edizione da svolgersi entro il 31/12/2026

STANDARD: 100% del personale infermieristico della struttura

Fonte: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA	DIREZIONE GENERALE
Progettazione Corso	C	R	C
Accreditamento Corso	C	R	C
Esecuzione Corso	I	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato
ATTIVITÀ 3: Igiene delle mani e delle superfici – istruzioni operative e condivisione della modalità di svolgimento e gestione delle procedure e della modalità di audit e monitoraggio
 Attività di aula e di formazione sul campo

INDICATORE: almeno una edizione da svolgersi entro il 31/12/2026

STANDARD: 80% del personale medico, infermieristico e Oss della struttura

Fonte: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA	DIREZIONE GENERALE
Progettazione Corso	R	C	C
Accreditamento Corso	C	R	C
Esecuzione Corso	I	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato
OBIETTIVO C. FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE
ATTIVITÀ 1: Il Piano annuale di rischio clinico e risk management
INDICATORE: almeno una edizione da svolgersi entro il 31/12/2026

STANDARD: 70% del personale medico ed infermieristico

Fonte: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA	DIREZIONE GENERALE
Progettazione Corso	R	C	C
Accreditamento Corso	C	R	C
Esecuzione Corso	I	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

Obiettivi per 2026

A.7 Obiettivi e Attività per la gestione del Rischio Infettivo

FRA GLI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI 2026 SONO:

- A) MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA;
- B) GESTIONE DELLA TERAPIA ANTIBIOTICA EMPIRICA;
- C) GESTIONE DELLA SEPSI;
- D) MISURE DI CONTRASTO ALLA RESISTENZA AGLI ANTIMICROBICI;
- E) MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI ANTIBIOTICI.

ATTIVITÀ 1: Corso sulla Gestione della Ferita Chirurgica in sala operatoria e al reparto.

INDICATORE: almeno una edizione da svolgersi entro il 31/12/2026

STANDARD: 70% del personale medico ed infermieristico della struttura

FONTE: Risk Management - CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA/PRESIDENTE CCICA	DIREZIONE GENERALE
Progettazione Corso	C	R	C
Accreditamento Corso	C	R	C
Esecuzione Corso	I	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 2: Corso sull'uso corretto ed adeguato degli antibiotici e gestione degli infezioni

INDICATORE: almeno una edizione da svolgersi entro il 31/12/2026

STANDARD: 70% del personale medico ed infermieristico.**FONTE:** Risk Management - CCICA**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA/PRESIDENTE CCICA	DIREZIONE GENERALE
Progettazione Corso	C	R	C
Accreditamento Corso	C	R	C
Esecuzione Corso	R	C	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 3: monitoraggio delle infezioni ex post sui pazienti operati

INDICATORE: numero di risposte al questionario post-operatorio consegnato ai medici curanti sul rilevamento di infezioni

STANDARD: 20% di risposte**FONTE:** Risk Management - CCICA**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA/PRESIDENTE CCICA	DIREZIONE GENERALE
Progettazione questionario	C	R	C
Esecuzione Attività	I	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

12. ATTIVITA' E PROCEDURE PER IL CONTROLLO E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

La Clinica adotta un modello di gestione del rischio infettivo proporzionato alla propria complessità assistenziale, caratterizzata da una prevalenza di attività chirurgica, day surgery e one day surgery, e dalla presenza di professionisti in regime libero-professionale o di intramoenia.

Le azioni per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono ricondotte ai seguenti obiettivi regionali:

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.
- B. Implementare il Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale, assicurandone il mantenimento e il miglioramento nel tempo.
- C. Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e al monitoraggio e/o contenimento delle ICA, incluse le infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

Premessa

Si definiscono infezioni correlate all'assistenza (ICA), le infezioni insorte durante il ricovero causate da virus, batteri, funghi.

La letteratura scientifica riporta una percentuale di ICA di circa il 5-10% dei pazienti ricoverati.

I fattori di rischio possono essere riassunti in:

- Individuali correlati principalmente all'età
- Durata del ricovero
- Comorbidità e gravità delle patologie preesistenti
- Complessità dell'intervento e gravità delle patologie in atto

Le infezioni maggiormente contratte durante il ricovero sono:

- Infezioni delle vie urinarie
- Infezioni polmonari
- Infezioni del sito chirurgico

Per la prevenzione delle ICA sono state redatte Linee Guida Internazionali, Nazionali e Regionali, ed il Documento di Gestione del Rischio Clinico prevede specifici Corsi di formazione finalizzati all'incremento dell'adesione alle Linee Guida stesse, allo scopo di ridurre l'incidenza del fenomeno.

Misure di prevenzione minime, così come raccomandato dall'OMS, porranno l'accento sull'igiene delle mani e l'uso dei dispositivi di protezione individuale.

12.1 Ambito di applicazione e responsabilità

Le misure di prevenzione e controllo delle ICA si applicano a tutti i setting della struttura nei quali si realizzano processi assistenziali o attività di supporto potenzialmente rilevanti per il rischio infettivo (reparti di degenza, blocco operatorio, endoscopia, diagnostica, ambulatori, laboratorio, servizi alberghieri, sanificazione, gestione biancheria e rifiuti, manutenzione impianti e servizi appaltati).

Sono destinatari del presente programma: Direzione Sanitaria, Risk Manager, professionisti medici, personale infermieristico, personale tecnico, ausiliari, addetti alle pulizie e alla sanificazione, personale amministrativo per gli aspetti di supporto organizzativo, nonché eventuali fornitori esterni per le parti di competenza.

La Direzione Sanitaria, quale riferimento per il rischio infettivo, coordina la programmazione e il monitoraggio delle attività ICA; il Risk Manager integra tali attività nel sistema complessivo di gestione del rischio sanitario; le coordinatrici infermieristiche assicurano l'applicazione operativa delle misure nei reparti e nei servizi; i medici responsabili delle attività cliniche e chirurgiche garantiscono l'adesione alle procedure di profilassi, antisepsi, appropriatezza prescrittiva e segnalazione delle infezioni post-procedura; il servizio di pulizia e sanificazione opera secondo procedure validate e tracciate.

12.2 Obiettivo A – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo

ATTIVITÀ 1: aggiornamento, approvazione e diffusione delle procedure aziendali inerenti igiene delle mani, isolamento, sanificazione ambientale, gestione dei dispositivi invasivi, prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, sterilizzazione e gestione del rischio biologico

INDICATORE: n. di corsi/formazioni specifiche ICA effettuati nell'anno (almeno 1 entro il 31/12/2026)

STANDARD: 100% del personale formato

FONTE: Risk Management - CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA/PRESIDENTE CCICA	DIREZIONE GENERALE
Aggiornamento procedure	C	R	C
Condivisione con il personale	I	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 2: realizzazione di almeno un evento formativo annuale specifico sulle ICA rivolto al personale sanitario e di supporto, con particolare attenzione ai bundle assistenziali, alle precauzioni standard e alle modalità di trasmissione per contatto e droplet

INDICATORE: percentuale di personale sanitario e di supporto formato sul rischio infettivo

STANDARD: 100% del personale formato

FONTE: Risk Management - CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA/PRESIDENTE CCICA	DIREZIONE GENERALE
Progettazione attività formativa	R	C	I
Esecuzione attività formativa	C	R	I

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 3: inserimento sistematico del tema ICA nei briefing organizzativi, nel riesame degli eventi e negli audit interni

INDICATORE: almeno un audit annuale sul tema delle ICA

STANDARD: 100% delle attività di riesame sul rischio infettivo

FONTE: Risk Management - CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA/PRESIDENTE CCICA	DIREZIONE GENERALE
Progettazione audit annuale	R	C	I
Esecuzione audit, monitoraggio azioni di miglioramento	R	C	I

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 4: sensibilizzazione dei professionisti operanti in regime libero-professionale o intramoenia circa l'obbligo di adesione ai protocolli aziendali di prevenzione del rischio infettivo

INDICATORE: almeno un audit annuale sul tema delle ICA

STANDARD: 100% del personale formato

FONTE: Risk Management - CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA/PRESIDENTE CCICA	DIREZIONE GENERALE
Aggiornamento procedure	C	R	C
Condivisione con il personale	I	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

12.3 Obiettivo B – Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso un Piano di Azione locale

La Clinica conferma il Piano di Azione locale sull'igiene delle mani, allegato al presente documento, quale strumento operativo per l'attuazione del Piano di Intervento Regionale, secondo i cinque ambiti della strategia multimodale OMS/Regione Lazio (requisiti strutturali e tecnologici, formazione, monitoraggio, comunicazione, clima organizzativo e commitment)

ATTIVITÀ 1: riconducibili al Piano di azione locale Igiene mani

INDICATORI:

- n. di osservazioni periodiche sull'igiene delle mani eseguite e verbalizzate
- consumo pro capite di soluzione idroalcolica (monitoraggio almeno trimestrale)

- tasso di non conformità strutturali/organizzative rilevate e sanate (dispenser non funzionanti, mancanza di prodotto, mancanza di poster)
- aggiornamento del questionario di autovalutazione previsto dal Piano Regionale

STANDARD: 100% del personale formato**FONTE:** Risk Management - CCICA**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA/PRESIDENTE CCICA	DIREZIONE GENERALE
Mantenimento della disponibilità di soluzione idroalcolica nei punti di assistenza, nelle aree comuni, negli ambulatori, nelle sale operatorie e nei percorsi di accesso alle camere	C	R	I
Verifica periodica della funzionalità di dispenser, lavandini, dotazioni per il lavaggio chirurgico e materiale di consumo, con registrazione di eventuali non conformità e relative azioni correttive	C	R	I
Esecuzione di osservazioni periodiche di aderenza all'igiene delle mani secondo metodologia condivisa, con restituzione dei risultati ai professionisti e alle unità operative	R	C	I
Campagne informative interne e visibilità di poster e segnaletica nei punti assistenziali	C	R	I
Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica come indicatore indiretto di adesione	R	C	I

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

12.4 Obiettivo C – Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa in tema di rischio infettivo

Tenuto conto del profilo di attività della struttura, l'implementazione per il 2026 è centrata in via prioritaria sulla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (SSI), sulla corretta profilassi antibiotica perioperatoria, sulla sorveglianza delle ICA compatibile con la breve degenza e sul rafforzamento delle misure organizzative di contenimento del rischio infettivo.

ATTIVITÀ 1: riconducibili al miglioramento dell'appropriatezza assistenziale e organizzativa in tema di rischio infettivo**INDICATORI:**

- percentuale di interventi chirurgici con profilassi antibiotica documentata correttamente in cartella/check-list sul totale degli interventi eleggibili
- numero di schede di sorveglianza delle SSI compilate rispetto agli interventi oggetto di monitoraggio
- numero di audit/verifiche documentate sui processi di sanificazione, sterilizzazione e percorso sporco/pulito

STANDARD: 100% del personale formato		FONTE: Risk Management - CCICA	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA/PRESIDENTE CCICA	DIREZIONE GENERALE
Revisione e applicazione della procedura di profilassi antibiotica perioperatoria, con definizione di tempi di somministrazione, indicazioni, responsabilità e tracciabilità in cartella clinica e in check-list operatoria	C	R	I
Adozione e utilizzo di una scheda di sorveglianza/monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico, comprensiva di follow-up post-dimissione, mediante controllo clinico documentato o segnalazione del medico curante	C	R	I
Monitoraggio degli episodi sospetti o accertati di infezione correlata a procedure invasive o di sepsi correlata all'assistenza, secondo le possibilità organizzative della struttura	C	R	I
Rafforzamento delle procedure di sanificazione ambientale, ricondizionamento dei dispositivi medici riutilizzabili, sterilizzazione e controllo del percorso sporco/pulito	C	R	I
Monitoraggio del consumo degli antibiotici utilizzati in profilassi e, ove applicabile, della terapia empirica impostata in degenza, in raccordo con la farmacia interna/servizi di riferimento	C	R	I

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

12.5 Misure specifiche

Considerato che i professionisti medici operano per la maggior parte in regime libero-professionale o intramoenia, la Direzione Sanitaria formalizza il loro coinvolgimento nel sistema di prevenzione del rischio infettivo attraverso la sottoscrizione e l'adozione delle procedure aziendali, l'utilizzo delle check-list, la partecipazione alla formazione e agli audit interni.

In particolare, nelle aree di accesso al blocco operatorio, nella profilassi antibiotica, nell'antisepsi cutanea, nella gestione del post-operatorio e nel follow-up di eventuali complicanze infettive, i professionisti sono tenuti al rispetto omogeneo dei protocolli condivisi, a prescindere dal regime di attività.

Per i pazienti dimessi precocemente viene rafforzata l'informazione al momento della dimissione in merito ai segni e sintomi di infezione, ai recapiti utili per contattare il medico e alla necessità di

segnalare tempestivamente eventuali complicanze infettive della ferita chirurgica o dell'andamento post-operatorio.

Gli esiti del monitoraggio sono utilizzati per la definizione di eventuali azioni correttive, per l'aggiornamento delle procedure e per la programmazione di ulteriori interventi formativi e organizzativi, in un'ottica di miglioramento continuo e di allineamento alle indicazioni regionali.

12.6 Monitoraggio e riesame

Il Comitato per il controllo delle Infezioni è stato istituito presso la Casa di Cura Clinica Santa Maria di Leuca nell'anno 2023 e si riunisce, di norma, con periodicità semestrale. Sono altresì previste riunioni straordinarie qualora si manifesti la necessità di condurre indagini per eventi riconducibili a possibili ICA.

Il CCICA è presieduto dal Direttore Sanitario

Il monitoraggio delle attività ICA è effettuato con periodicità almeno trimestrale per gli indicatori di processo più rilevanti e con riesame annuale nell'ambito del consuntivo PARS

Gli esiti del monitoraggio sono utilizzati per la definizione di eventuali azioni correttive, per l'aggiornamento delle procedure e per la programmazione di ulteriori interventi formativi e organizzativi, in un'ottica di miglioramento continuo e di allineamento alle indicazioni regionali

Risorse dedicate al controllo e alla prevenzione delle ICA

Sono garantite tutte le risorse economiche e di personale necessarie per il controllo delle infezioni ospedaliere

Isolamento dei pazienti infettivi

Le camere di degenza della struttura sono in gran parte singole con servizi igienici annessi, di fatto isolate in caso di infezione; per garantire l'incolumità degli ospiti può essere previsto il trasferimento del paziente in altra stanza o altro piano.

13. PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

“Corretto uso degli antibiotici e dei disinfettanti; sterilizzazione dei presidi; rispetto dell'asepsi nelle procedure invasive; igiene ambientale; utilizzo appropriato della profilassi antibiotica; profilassi vaccinale, ove possibile; sorveglianza delle infezioni; precauzioni standard e di isolamento quando indicate. È fondamentale anche l'informazione e la formazione sulle ICA, non solo rivolta agli operatori, ma che coinvolga anche i pazienti, al fine di costruire e rafforzare un'alleanza virtuosa per contenere il più possibile il rischio infettivo.”

A. Monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico (ISC);

Per infezioni del sito chirurgico si intendono quelle che insorgono sul sito stesso o in prossimità entro 30 giorni dall'intervento; possono essere superficiali, profonde o di organo, legate

a fattori endogeni o esogeni. Numerose manovre incidono sull'insorgenza ISC, preoperatorie, intra e postoperatorie.

Gli strumenti adottati per la sorveglianza e gestione delle ISC comprendono:

- Segnalazione in cartella clinica
- Scheda di sorveglianza delle infezioni
- Segnalazione di eventuali infezioni dopo la dimissione dei pazienti
- Corsi di formazione e Audit

B. Gestione della sepsi

Per sepsi si intende - *“Disfunzione d'organo con pericolo per la vita causata da una inappropriata risposta dell'ospite all'infezione”*.

Si definisce inoltre SHOCK SETTICO quella condizione di sepsi in cui le alterazioni circolatorie e cellulari/metaboliche sono importanti e determinano un sostanziale aumento della mortalità.

I pazienti con shock settico posso essere identificati mediante l'associazione del quadro clinico di sepsi con ipotensione persistente (che necessita di trattamento con farmaci vasopressori per il mantenimento di una Pressione Arteriosa Media (PAM) pari a 65 mmHg) e che presentano livelli di lattato sierico >18 mg/dl nonostante adeguata rianimazione volemica.

La mortalità in ospedale di questi pazienti supera il 40%.

In caso di sospetta sepsi, vanno effettuati entro un'ora tutti gli accertamenti sierologici e strumentali necessari per instaurare la terapia antibiotica adatta (seguendo le raccomandazioni per il contrasto dell'antibiotico resistenza), compreso il monitoraggio dei parametri vitali che andranno sostenuti terapie infusionali appropriate.

Nel caso in cui non sia possibile stabilizzare il paziente verrà prontamente attivata la procedura di trasferimento in struttura adeguata.

C. Misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici

Antimicrobico-resistenza: è un fenomeno naturale biologico di adattamento di alcuni microrganismi, che acquisiscono la capacità di sopravvivere o di crescere in presenza di una concentrazione di un agente antimicrobico (es. antivirale, antifungino, antibatterico) che è generalmente sufficiente ad inibire o uccidere microrganismi della stessa specie. Questo concetto include anche l'antibiotico-resistenza che è invece limitata agli agenti antibatterici.”

Antimicrobial Stewardship: la antimicrobial stewardship (stewardship antibiotic) si riferisce agli interventi che mirano a promuovere e guidare l'uso ottimale degli antibiotici, inclusi la scelta del farmaco, il suo dosaggio, la sua via di somministrazione e la durata della somministrazione.”

La Casa di Cura è impegnata a raccomandare l'uso corretto degli antibiotici a tutti i professionisti che operano in clinica seguendo le linee guida Internazionali, Nazionali e Regionali, specialmente per quel che riguarda la corretta profilassi antibiotica per gli interventi chirurgici.

Vengono somministrati regolarmente gli antibiotici in fase preoperatoria o intraoperatoria.

14. DISTRIBUZIONE DEI DISPENSER DI GEL IDROALCOLICO

Nella struttura sono presenti stabilmente flaconi con dispenser da 500 ml, negli spazi comuni aperti al pubblico, all'ingresso della Clinica, nelle camere di degenza.

Sono dotati di dispenser i carrelli della terapia, le medicherie e gli ambulatori, per maggiore accessibilità al prodotto da parte degli operatori.

Nel corso dell'anno 2025 sono stati consumati circa 40 litri di gel idroalcolico.

Negli spazi comuni sono presenti locandine esplicative per l'efficace frizione idroalcolica delle mani.

15. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il documento verrà inserito nel sito della Casa di Cura sulla cui home page verrà inserito un link che rimanda direttamente al documento per favorirne la consultazione.

La conoscenza del Piano verrà inoltre estesa agli operatori in occasione di incontri periodici da realizzarsi direttamente nei luoghi di lavoro.

I dati contenuti nel presente documento sono oggetto di riesame periodico in collaborazione con il personale sanitario e le altre funzioni dell'organizzazione.

16. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

Normativa di riferimento

1. "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.P.R. 14 gennaio 1997.
2. "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere"; Circolare Ministeriale n.52/1985.
3. "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"; Circolare Ministeriale n. 8/1988
4. "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro"; Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009.
5. Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità; Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009
6. 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";
7. "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella"; Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante
8. "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti''"; Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante

9. "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017"; Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017.
10. "Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"; Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018"
11. «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.».
12. Circolare Ministero della Salute del 26 febbraio 2013. n. 4968
13. "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all' assistenza (CC-ICA)"
14. Legge 28 dicembre 2015, n. 208
15. "contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici". DCA Regione Lazio del 7 novembre 2017 n.U00469
16. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie Legge n 24 dell'8 marzo 2017 (Gelli-Bianco)
17. Protocollo della Sorveglianza Nazionale del Consumo di Soluzione Idroalcolica per l'igiene delle mani in ambito ospedaliero emanato dal Ministero Salute e monitorato dall'Istituto Superiore di Sanità
18. Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): "Gestione del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza" (Determinazione Regionale N. G04112 del 01/04/2014);
19. Determinazione Regionale n. G02044 del 26 febbraio 2021 recante "Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani";
20. Determinazione N. G00643 del 25/01/2022 – Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)";
21. Determina della regione Lazio n. 460 del 28/06/ 2024 su "Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi";
22. Nota Regione Lazio 0037825 del 15/01/2026 avente ad oggetto "Piano annuale di gestione del Rischio Sanitario 2026 (PARS)"

SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

SITO del Ministero della Salute. <http://www.salute.gov.it/>

SITO della Regione Lazio, Centro Regionale Rischio Clinico.

<https://www.regione.lazio.it/enti/salute/centro-regionale-rischio-clinico>

ALLEGATO 1



**CASA DI CURA
CLINICA SANTA MARIA DI LEUCA**

Data	Direttore Amministrativo	Direttore Sanitario	Risk Manager
27 febbraio 2026	Eleonor Floreno	F.F.	Musa Awad Hussein
Firma	<i>Eleonor Floreno</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

**PIANO DI AZIONE LOCALE
SULL'IGIENE DELLE MANI
ANNO 2026**

[Regione Lazio determinazione n° G02044 del 26 febbraio 2021
pubblicata su BUR n°77 Supplemento 2 del 2 marzo 2021]

Piano di azione locale sull'Igiene delle Mani (PALIM)**Det. regionale G02044 del 26 febbraio 2021****Sommario**

Premessa.....	pag. 3
Obiettivo.....	pag. 4
Destinatari.....	pag. 4
Fasi Elaborazione Piano.....	pag. 5
Realizzazione del Piano di Azione Locale.....	pag. 6
Riferimenti normativi e bibliografia.....	pag. 19

Premessa

Le Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria (ICA) sono infezioni che si verificano in un paziente durante il processo assistenziale e che non erano manifeste né in incubazione al momento del ricovero. Comprendono anche le infezioni contratte durante il ricovero, ma che si manifestano dopo la dimissione; le ICA possono essere causate da virus, batteri o funghi.

La letteratura scientifica riporta una percentuale di ICA di circa il 5-10% dei pazienti ricoverati.

I fattori di rischio possono essere riassunti in:

- Individuali correlati principalmente all'età
- Durata del ricovero
- Comorbilità e gravità delle patologie preesistenti
- Complessità dell'intervento e gravità delle patologie in atto
- Mancata adesione ai Protocolli

Le infezioni maggiormente contratte durante il ricovero sono:

- Infezioni delle vie urinarie
- Infezioni polmonari
- Infezioni del sito chirurgico

Per la prevenzione delle ICA sono state redatte Linee Guida Internazionali, Nazionali e Regionali, e il Documento di Gestione del Rischio Clinico prevede specifici corsi di formazione finalizzati all'incremento dell'adesione alle Linee Guida stesse, allo scopo di ridurre l'incidenza del fenomeno.

Misure di prevenzione minime, così come raccomandato dall'OMS, pongono l'accento sull'igiene delle mani e l'uso dei dispositivi di protezione individuale.

In base alle disposizioni del Ministero della Salute e della Regione Lazio è stato costituito presso la Casa di Cura il **CCIC (Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate)**, che si riunisce periodicamente per coordinare le attività di sorveglianza, controllo e prevenzione delle ICA e definire le strategie di informazione e programmi di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari.

Le ICA sono, pertanto, correlate all'erogazione delle prestazioni sanitarie e possono insorgere come conseguenza di criticità di tipo strutturale e tecnologico, di carenze nelle procedure assistenziali o di comportamenti non corretti da parte degli operatori. Si stima che con le opportune misure di controllo e prevenzione (Infection Prevention and Control, IPC) si possano ridurre in una quota che può arrivare al 50%; tra queste misure, **la corretta igiene delle mani rappresenta quella più efficace per ridurre il rischio di trasmettere microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro, da operatore sanitario a paziente o paziente ad operatore sanitario.**

Le mani vengono considerate fra i principali veicoli di trasmissione di infezioni; per questa ragione l'igiene delle mani è uno strumento fondamentale per la prevenzione delle ICA.

La corretta igiene delle mani è una delle azioni fondamentali su tutto l'assetto di prevenzione delle ICA, è fondamentale nel prevenire e ridurre:

- a) Infezione del paziente.
- b) Diffusione di microrganismi nell'ambiente sanitario.
- c) Infezioni endogeni ed esogene.
- d) Infezione degli operatori sanitari.

Nonostante si tratti di una pratica comune, è difficile standardizzare le diverse fasi del processo, per questo sono richiesti interventi strutturali, organizzativi e formativi.

L'igiene delle mani riconosce cinque momenti fondamentali:

1. prima di toccare un paziente;
2. prima di iniziare una procedura;
3. dopo esposizione a un liquido biologico;
4. dopo aver toccato un paziente;
5. dopo essere stato in zona paziente.

Obiettivo

L'obiettivo del presente Piano è la tutela del paziente, degli operatori sanitari e degli ospiti della struttura. Il processo si articola in una serie di azioni preventive in grado di controllare le diverse fasi del processo sanitario, identificando e controllando i diversi punti critici rilevati.

Ambiti di applicazione

Il documento trova applicazione nella nostra struttura sanitaria ed è rivolto alla tutela degli assistiti, degli esercenti la professione sanitaria e degli ospiti della Clinica. Tutte le fasi del processo clinico-assistenziale sono interessate e monitorate.

Destinatari

Tutti gli operatori sanitari sono coinvolti nell'implementazione del Piano, indipendentemente dal setting nel quale operano, e saranno coinvolti nel programma di formazione specifico sul "Lavaggio delle mani".

Saranno interessati anche gli operatori amministrativi e tutto il personale addetto alla manipolazione degli alimenti.

Il lavaggio delle mani nelle procedure chirurgiche segue un diverso e specifico protocollo.

Fasi di elaborazione del Piano

La Regione Lazio, con determinazione n° G02044 del 26 febbraio 2021, ha adottato il Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani. L'obiettivo del documento è quello di definire un bundle di requisiti strutturali/tecnologici, organizzativi e professionali che consenta alle organizzazioni sanitarie di elaborare un piano di azione locale per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell'igiene delle mani, sulla base del documento OMS Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user instructions.

È suddiviso in cinque sezioni, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani, per un efficace governo del rischio infettivo. Le cinque sezioni sono:

1. Requisiti Strutturali e Tecnologici
2. Formazione del Personale
3. Monitoraggio
4. Comunicazione
5. Collaborazione fra Organizzazione e Commitment

Ogni sezione è corredata da un questionario specifico di autovalutazione, al fine di consentire alle Strutture di determinare il proprio livello di implementazione delle misure necessarie.

Da una preliminare valutazione complessiva la struttura è da considerare posizionata ad oggi ad un livello intermedio, migliorato rispetto il 2025, Per il 2026 si pone quale obiettivo la stabilizzazione del livello attuale e un auspicabile miglioramento nella promozione e adesione ai programmi per l'igiene delle mani.

REALIZZAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

A. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

La valutazione dei requisiti esistenti ha consentito di raggiungere il livello Intermedio.

Tra i requisiti strutturali sono rispettati:

- i percorsi sporco/pulito,
- il rapporto lavandini /letti,
- la disponibilità di stanze per l'isolamento,
- le procedure specifiche per la sanificazione,
- disponibilità di dispenser con soluzione idroalcolica in tutti gli ambienti della struttura,
- manutenzione programmata dei lavandini e dispenser,
- approvvigionamento ed immagazzinamento e distribuzione dei prodotti per l'igiene delle mani,
- segnalazioni tempestiva da parte del personale sanitario di eventuale deficit dei prodotti per l'igiene delle mani.

La Tabella 1 dettaglia le azioni di miglioramento relative all'ambito strutturale-tecnologico da implementare nel 2026.

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI			
AZIONE	R	T	M
Assicurare la funzionalità strutturale e la disponibilità dei prodotti per l'igiene delle mani in tutti i punti di assistenza e degli spazi comuni. Controllo periodico dell'avvenuta manutenzione e verifica costante della disponibilità della soluzione idroalcolica nei dispenser	Coordinatrici Infermieristiche	Annuale	Trimestrale

Legenda: R=Responsabile; T=2024; M=Monitoraggio

B. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Dall'anno 2020 è stata posta una particolare attenzione sull'Igiene delle mani, in relazione all'emergenza pandemica Covid-19, attraverso la sensibilizzazione di tutto il personale con

incontri non strutturati e l'elaborazione e messa a disposizione di materiale formativo/informativo.

Nel corso del 2025 è stato eseguito un corso con l'obiettivo di:

- **Promuovere e consolidare tra tutti gli operatori la consapevolezza sull'importanza del controllo dei fattori del rischio infettivo e, nello specifico, sull'igiene delle mani.**
- Condividere le tecniche di detersione e sanificazione delle mani in particolare:
 - Frizione con soluzione alcolica
 - Lavaggio con acqua e sapone antisettico
 - Lavaggio chirurgico
 - Indicazioni particolari
 - I cinque momenti dell'Igiene delle mani
- Condividere un modello organizzativo incentrato sulla prevenzione delle ICA.

FORMAZIONE DEL PERSONALE			
AZIONE	R	T	M
Programmazione di formazione/training continuo degli operatori sull'igiene delle mani	DS/CCICA	Entro il 31/12/2026	Annuale

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

C. MONITORAGGIO E FEEDBACK

gli indicatori di monitoraggio utilizzati saranno:

- Quantità di dispenser di soluzione alcolica all'interno della struttura.
- Numero di lavandini muniti di distributori sapone liquido e salviette monouso in relazione al numero delle stanze di assistenza e degenza.
- Quantità di soluzione alcolica e di sapone annualmente utilizzato.
- Valutazione delle conoscenze acquisite al termine dei corsi di formazione.

D. COMUNICAZIONE PERMANENTE

Sarà reso disponibile materiale informativo (locandine e brochure) a disposizione del personale e dei visitatori;

E. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Verrà costituito un Team per l'implementazione delle diverse fasi previste dal piano coinvolgendo i vari livelli decisionali.

Tabella 5: CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT			
AZIONE	R	T	M
Autovalutazione periodica della compliance della struttura sull'igiene delle mani	DS/CCICA	Annuale	Annuale
Monitoraggio regolare dello stato di avanzamento delle attività programmate	DS/CCICA	Annuale	Semestrale

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

Piano di azione locale sull'Igiene delle Mani (PALIM)

Det. regionale G02044 del 26 febbraio 2021

Si riportano i risultati del piano di azione locale durante l'anno 2025:

- Risultati dei questionari di autovalutazione.
- Monitoraggio e consumo SIA.
- Risultati del monitoraggio dell'osservazione della compliance dell'igiene mani.

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
A.1 - Nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani?	Non disponibile	0
	Disponibile solo in alcuni reparti o in modo discontinuo	5
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo	10
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza nella maggior parte dei reparti	30
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo in ogni punto di assistenza	50
A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?	Meno di 1:10	0
	Almeno 1:10 nella maggior parte dei reparti (almeno il 75 % dei reparti)	5
	Almeno 1:10 nell'intera Struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento e in terapia intensiva	10
A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?	NO	0
	SÌ	10
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	NO	0
	SÌ	15
A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	15

Valutazione Casa di cura:

A1: 30 A2: 10 A3: 10 A4: 15 A5 15 Totale 80 Livello Avanzato

TABELLA A2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	
INADEGUATO (punteggio: 0-25)	BASE (punteggio: 26-50)
• Valutazione: analizzare le attuali infrastrutture per l'igiene delle mani; • Prodotti per l'igiene delle mani: prendere decisioni in merito all'approvvigionamento di soluzione alcolica; • Sostegno da parte della Direzione: per il cambiamento del sistema.	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
• Valutazione: mappare le risorse necessarie per garantire l'igiene delle mani in tutti i punti di assistenza; • Prodotti per l'igiene delle mani: fornire progressivamente prodotti e relative istruzioni al punto di assistenza in tutta la struttura con un calendario di attuazione definito; • Sostegno da parte della Direzione: a breve e lungo termine, anche finanziario, per un continuo approvvigionamento dei prodotti.	
AVANZATO (punteggio: 76-100)	
• Valutazione: valutare la tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso; • Prodotti per l'igiene delle mani: rendere disponibili più tipi di dispenser (ad esempio flaconi tascabili, dispenser a muro, dispenser su carrelli e guide del letto) per soddisfare al meglio le esigenze al punto di assistenza; • Sostegno da parte della Direzione: effettuare un'analisi costo-beneficio del cambiamento del sistema nella propria Struttura e condividerla con i dirigenti apicali.	

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
B.1 Formazione degli operatori sanitari		
B.1.1 Nella Struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull'igiene delle mani?	Mai	0
	Una tantum	5
	Formazione continua per il personale infermieristico e medico o per tutte le categorie professionali almeno una volta all'anno	10
	Formazione obbligatoria per tutte le categorie professionali di neoassunti e successiva formazione continua periodica almeno una volta l'anno.	20
B.1.2 - Esiste un Sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	NO	0
	SÌ	20
B.2 - Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali		
B.2.1 Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale	NO	0
	SÌ	5
B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani: quando, come e perchè	NO	0
	SÌ	5
B.2.4 Poster informativi	NO	0
	SÌ	5
B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	15
B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	NO	0
	SÌ	15
B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	10

Valutazione Casa di Cura:

B1.1: 5 B1.2: 20 B2.1 5 B2.2 5 B2.3 5 B2.4 5 B3 15 B4 0 B5 10 Totale 70

Livello Intermedio, migliorabile per la formazione e verifica degli osservatori

TABELLA B2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
FORMAZIONE DEL PERSONALE	
INADEGUATO (punteggio: 0-25)	BASE (punteggio: 26-50)
• Pianificazione: valutare la disponibilità di formatori e osservatori qualificati; • Esecuzione: formare i formatori e gli osservatori; progettare un programma per la formazione obbligatoria di tutto il personale; sviluppare un processo per confermare il completamento della formazione di base da parte del personale e sviluppare un piano per la formazione continua e gli aggiornamenti. • Sostegno da parte della Direzione.	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
• Valutazione dei bisogni: pianificare la formazione sull'igiene delle mani incentrata sul Piano di Intervento in base alle conoscenze del personale, alla percezione della sua importanza e ai risultati del monitoraggio; • Pianificazione: definire e implementare un programma per la validazione delle competenze degli osservatori; • Esecuzione: fornire programmi di formazione aggiornati per il personale sulla base di una valutazione dei bisogni formativi; • Supporto: assicurarsi il supporto da parte del personale apicale; • Sostenibilità: sviluppare un processo per confermare il completamento della formazione da parte del personale e sviluppare un piano per la formazione continua e gli aggiornamenti.	
AVANZATO (punteggio: 76-100)	
• Formazione: formazione obbligatoria sull'igiene delle mani per i nuovi dipendenti e formazione continua per tutto il personale utilizzando metodi differenziati e innovativi; • Integrazione e allineamento: prevedere un rimando specifico all'igiene delle mani in tutti i protocolli, procedure, istruzioni operative, ove applicabile; • Valutazione: valutare regolarmente le conoscenze degli operatori sanitari sull'igiene delle mani e utilizzare i risultati per perfezionare ulteriormente la formazione;	

VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK

Il monitoraggio continuo dell'implementazione della corretta igiene delle mani nella pratica clinico- assistenziale, è un **momento fondamentale** della strategia multimodale OMS. L'osservazione diretta, rappresentando il *gold standard* per il monitoraggio e, in considerazione del fatto che si tratta di una attività che richiede un elevato impegno di risorse in termini di tempo-uomo, deve essere accuratamente pianificata dalle Strutture.

Nel 2024 abbiamo raccolto pochi dati di osservazione e solo in sei schede di osservazione, nel 2025 abbiamo aumentato le schede di osservazione e nel 2026 si ha intenzione di creare un focus ancora maggiore su questa attività.

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)	NO	0
	Sì	10
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	0
	Sì	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0
	Sì	5
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani		
C.3.1 Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	Sì	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	Sì	5
C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0
	Sì	5
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani		
NB: Rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale		
C.4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai	0
	Irregolarmente	5
	Annualmente	10
	Ogni 3 mesi o meno	15
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≤ 30%	0
	31-40%	5
	41-50%	10
	51-60%	15
	61-70%	20
	71-80%	25
	≥ 81%	30
C.5 Feedback		
C.5.1 <u>Feedback immediato</u> : al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	0
	Sì	5
C.5.2 <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	0
	Sì	7.5

C.5.3 <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	NO	0
	Sì	7.5

**Valutazione Casa di Cura: C1: 10 C2.1: 5 C2.2: 5 C3.1: 5 C3.2 : 5 C3.3: 0
C4.1: 5 C4.2: 5 C5.1 0 C5.2 :7.5 C5.3: 0 Totale: 47.5**

Viene considerato livello base migliorabile a livello Feedback

TABELLA C2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
MONITORAGGIO E FEEDBACK	
INADEGUATO (punteggio: 0-25)	BASE (punteggio: 26-50)
Valutazione regolare: dare priorità alle attività di valutazione per definire il livello base di <i>compliance</i> degli operatori sulla igiene delle mani. Prevedere un regolare follow-up di queste attività; Disponibilità di competenze: valutare la disponibilità di competenze specifiche per l'analisi dei dati e, in caso contrario, acquisirle; Feedback: definire un sistema per registrare e riportare i risultati il prima possibile sia al personale che ai dirigenti, e comunicarli apertamente.	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
Valutazione regolare: effettuare le attività di osservazione con cadenza regolare, definita sulla base della complessità organizzativa della Struttura; monitorare anche altri indicatori (ad es. consumo di soluzione alcolica; conoscenza e percezione dell'importanza dell'igiene delle mani da parte degli operatori); Disponibilità di competenze: valutare la disponibilità di competenze specifiche per l'analisi dei dati e, in caso contrario, acquisirle; Feedback: definire un sistema per registrare e riportare i risultati il prima possibile sia al personale che ai dirigenti, e comunicarli apertamente Obiettivi: fissare obiettivi annuali per i risultati/tassi di compliance da raggiungere.	

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
D.1 Sono esposti i seguenti poster (o materiali locali con contenuti simili)?		
D.1.1 - Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	15
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	20
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	25
D.1.2 - Poster che illustrano come	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti	5

frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	(35%?)	
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	10
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	15
D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	7.5
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	10
D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	Mai	0
	Almeno una volta all'anno	10
	Ogni 2-3 mesi	15
D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?	NO	0
	Sì	10
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	0
	SI	10
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	NO	0
	SI	15
	Totale	50

Valutazione Casa di Cura: D1.1: 20 D1.2: 10 D1.3:7.5 D2:15 D3:0 D4:10 D.5: 0

Totale: 62.5 Punteggio Intermedio, migliorabile con materiale innovativo

TABELLA D2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE
COMUNICAZIONE PERMANENTE

INADEGUATO (punteggio: 0-25)	BASE (punteggio: 26-50)
• Risorse: valutare la qualità e la quantità del materiale informativo disponibile; • Consegna dei messaggi: fornire ed esporre poster, opuscoli e altri promemoria nei reparti e nelle aree di trattamento; • Impatto: descrivere l'uso e l'importanza dei promemoria a tutte le persone interessate nella struttura; • Sostenibilità: pianificare l'aggiornamento e la produzione di promemoria, per esempio poster.	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
• Risorse: definire un piano di aggiornamento regolare dei materiali e della loro sostituzione se obsoleti o danneggiati; • Consegna dei messaggi: fornire ed esporre poster, opuscoli e altri promemoria in tutti gli ambienti clinici; • Sostenibilità: pianificare l'aggiornamento e la produzione di promemoria, compresi strumenti innovativi diversi da poster e opuscoli.	
AVANZATO (punteggio: 76-100)	
• Risorse: raccogliere idee per l'elaborazione di materiale informativo innovativo e incoraggiare la competizione tra i reparti; • Consegna dei messaggi: fornire ed esporre poster e opuscoli in tutti gli ambienti clinici; • Sostenibilità: produrre promemoria supplementari e aggiornati su base continuativa, compresi strumenti innovativi diversi da poster e opuscoli, basati sulle specificità locali e sui "media" disponibili. Condividere il materiale con altre Strutture	

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:		
E.1.1 - Esiste un team definito?	NO	0
	SÌ	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0
	SÌ	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?		
E.2.1 - Direzione generale?	NO	0
	SÌ	10
E.2.2 - Direzione sanitaria?	NO	0
	SÌ	5
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	NO	0
	SÌ	5
E.3 - Esiste un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio?	NO	0
	SÌ	10
E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline?		
E.4.1 - Designazione dei "promotori" dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:		
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0
	SÌ	5
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
	SÌ	10
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:		
E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0
	SÌ	5
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0
	SÌ	5
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0
	SÌ	5
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	NO	0
	SÌ	5

Valutazione Casa di Cura: E1.1: 5 E1.2: 5 E1.3: 0 E2.1: 10 E2.2: 5 E2.3: 5 E4.1: 0 E4.2: 5 E5.1: 5 E5.2: 0 E6.1: 0 = E6.2: 0 E6.3: 5 E6.4: 5 E6.5: 5 E6.6: 5 Totale: 60
Considerato intermedio migliorabile dal punto di vista della comunicazione.

TABELLA E2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	
INADEGUATO (punteggio: 0-25)	BASE (punteggio: 26-50)
• Approccio multimodale: elaborare un piano di autovalutazione periodica; • Budget: valutare la riserva di un budget per queste attività; • Comunicazione: supportare regolarmente gli operatori, presentare i risultati e i progressi ottenuti • Coinvolgimento dei pazienti.	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
• Approccio multimodale: proseguire con l'autovalutazione periodica (almeno annualmente) e descrivere i cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti; • Budget: assicurare un budget regolare e adeguato per le attività di promozione e sostegno dell'igiene delle mani e per le attività di miglioramento; • Ruoli e Capacità: riconoscere il ruolo dei professionisti incaricati delle attività di igiene delle mani e stimolare il personale a diventare un modello di comportamento; • Comunicazione: oltre alla comunicazione sui progressi e i risultati ottenuti, diffondere il messaggio attraverso altri canali (ad esempio rivista interna, pagine web, eventi); • Coinvolgimento dei pazienti: sviluppare materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori	
AVANZATO (punteggio: 76-100)	
• Approccio multimodale: continuare l'autovalutazione nell'ottica del miglioramento continuo; • Coinvolgimento dei pazienti: facilitare le interazioni tra pazienti e operatori sanitari su questo tema; • Promuovere il miglioramento: valutare la possibilità di premiare i comportamenti virtuosi, individuali e/o di reparto; • Sostenibilità: incorporare gli obiettivi sull'igiene delle mani negli obiettivi di budget anche relativi ad altre attività (ad esempio, piani di contrasto all'antimicrobicoresistenza); presentare l'igiene delle mani come parte del programma generale di miglioramento della sicurezza del paziente e di miglioramento della qualità; • Capacità: stanziare risorse per sostenere e la campagna del 5 maggio o analoghe iniziative regionali.	

MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO

Il presente documento fa parte integrante del documento PARS. Viene condiviso con il personale e i contenuti del Piano rientrano tra le attività formative 2025.

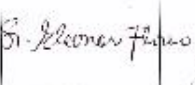
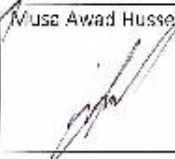
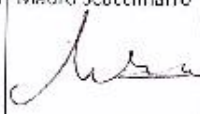
RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA

- Regione Lazio Determinazione n. G02044 del 26 febbraio 2021 recante “Adozione del “Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle Mani”;
- Regione Lazio Determinazione n. G00643 del 25/01/2022. Adozione del “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS
- WHO — World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”:
- WHO: A Guide to the implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene improvement Strategy (2009);
- WHO — Global guidelines for the prevention of surgical site infection (2016)

ALLEGATO 2



CASA DI CURA
CLINICA SANTA MARIA DI LEUCA

Data	Direttore Amministrativo	Direttore Sanitario	Risk Manager	Consulente Tecnico
27 febbraio 2026	Eleanor Fioreno	E.F.	Musa Awad Hussein	Mauro Scuccimarro
Firma				

Programma di Controllo della Legionellosi
Anno 2026

Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi (adottato con DGR n.460 del 28 giugno 2024)

Indice

Fattori di Rischio.....	pag. 3
Storia e Classificazione.....	pag. 4
Valutazione del Rischio.....	pag. 5
Impianti di Condizionamento.....	pag. 5
Impianto Idrico – sanitari.....	pag. 6
Programma di controllo della Legionellosi anno 2025	pag. 8
Considerazione	pag.9
Conclusione.....	pag. 10
Linee Guida di riferimento.....	pag. 11

Fattori di rischio per l'infezione

Il rischio di acquisizione della malattia dipende dalle caratteristiche del batterio, dalla suscettibilità individuale e dalle condizioni ambientali.

- **Microrganismo:** la patogenicità è legata alla concentrazione del batterio, anche se nel caso di *Legionella* non è nota la dose minima infettante, alla virulenza del ceppo e alla sua capacità di sopravvivenza e moltiplicazione all'interno dei macrofagi.
- **Ospite:** sono considerati più a rischio i soggetti di sesso maschile, di età avanzata, fumatori, consumatori di alcool, affetti da malattie croniche (broncopneumopatie ostruttive, malattie cardiovascolari e renali, diabete, ecc.) e con immunodeficienza acquisita in seguito ad interventi terapeutici (trapianti d'organo, terapia con steroidi e antitumorali, ecc.) o infezione da HIV.
- **Ambiente:** tra i fattori di rischio ambientali sono di particolare rilevanza la modalità, l'intensità ed il tempo di esposizione. Giocano altresì un ruolo importante:

1. alcune caratteristiche dell'acqua:

- temperatura compresa tra 25 e 45°C,
- presenza di alghe ed amebe che forniscono nutrimento e protezione, anche in condizioni di temperatura elevata ed in presenza di biocidi,
- presenza di sostanze biodegradabili che favoriscono la formazione del biofilm,
- concentrazione di alcuni elementi in traccia (ferro, rame, zinco, ecc.);

2. alcune caratteristiche dell'impianto idrico:

- fenomeni di ristagno/ostruzione che favoriscono la formazione del biofilm,
- formazione di incrostazioni e depositi calcarei che offrono riparo dai disinfettanti,
- impianto di riscaldamento di tipo centralizzato dotato di estese reti di condutture, punti di giunzione e rami morti,
- presenza di un serbatoio di accumulo dell'acqua e di un sistema di ricircolo,
- fenomeni di usura e corrosione,
- vibrazioni o cambiamenti di pressione nel sistema idrico in seguito ad interventi di ristrutturazione interni e/o esterni all'edificio.

Storia e classificazione

Storia e classificazione del genere Legionella. Fattori favorenti la sopravvivenza, la crescita e la diffusione Legionella nell'ambiente naturale ed artificiale

Il genere Legionella comprende 61 diverse specie (sottospecie incluse) e circa 70 sierogruppi ma, non tutte sono state associate a casi di malattia nell'uomo. Legionellapneumophila è la specie più frequentemente rilevata nei casi diagnosticati (Fields et al., 2002) ed è costituita da 16sieropgruppi di cui Legionella pneumophilasiero gruppo 1, responsabile dell'epidemia di Filadelfia, è causa del 95% delle infezioni in Europa e dell'85% nel mondo.

Non è nota la dose infettante per l'uomo. Neppure si conoscono le ragioni della diversa virulenza nelle differenti specie e sierogruppi di Legionella, che tuttavia potrebbero essere attribuite alla idrofobicità di superficie, alla stabilità nell'aerosol e alla capacità di crescere all'interno delle amebe.

Le legionelle sono presenti negli ambienti acquatici naturali quali: acque sorgive, comprese quelle termali, fiumi, laghi, fanghi, ecc. Da questi ambienti esse raggiungono quelli artificiali come condotte cittadine e impianti idrici degli edifici, quali serbatoi, tubature, fontane e piscine, che possono agire come amplificatori e disseminatori del microrganismo, creando una potenziale situazione di rischio per la salute umana. La loro sopravvivenza nell'ambiente artificiale è in relazione a fattori quali una temperatura compresa tra 20-42 °C, la presenza di calcare, biofilm e ruggine.

Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi: aggiornamenti sulla nuova normativa.

Dal 1983 il Ministero della Sanità ha inserito la legionellosi tra le malattie a notifica obbligatoria e in quell'anno fu istituito, presso l'Istituto Superiore di Sanità, il Registro Nazionale delle legionellosi, in cui vengono raccolti tutti i casi di legionellosi diagnosticati.

Successivamente, con la circolare del 29 dicembre 1993, il Ministero della Sanità ribadì l'importanza della sorveglianza della legionellosi e della trasmissione di una Scheda di Sorveglianza Speciale.

La gazzetta ufficiale del 5 maggio del 2000 è il primo documento di riferimento nel quale vengono indicate norme per il controllo e la prevenzione della Legionellosi. L'elaborazione di tale documento, in forma di linee guida si è resa necessaria per fornire indirizzi e criteri generali che permettessero di stabilire le basi per uniformare sul territorio nazionale principi diagnostici, metodi di notifica e procedure di controllo dell'infezione. Il testo è suddiviso in un capitolo di epidemiologia che contiene informazioni sui siti e le condizioni in cui le legionelle si trovano nell'ambiente naturale e confinato, i fattori di rischio che favoriscono l'acquisizione della malattia, le modalità di trasmissione, la

frequenza della malattia e il tasso di letalità. Segue un capitolo sulle varie manifestazioni cliniche, ed un capitolo dedicato alla diagnosi di laboratorio. Particolare attenzione viene dedicata alla sorveglianza della legionellosi, sezione in cui vengono fornite le definizioni di caso accertato e caso presunto ed i flussi della notifica obbligatoria. Una parte dedicata alla indagine epidemiologica indica le procedure da seguire sia nel caso di casi isolati che nei casi raggruppati. Le misure di prevenzione e controllo danno indicazioni relativamente alla gestione dei sistemi impiantistici, dei sistemi idrici e delle piscine con acqua dolce e termale. Vengono descritti interventi di bonifica a breve ed a lungo termine, in relazione alla carica di legionella riscontrata in strutture comunitarie o negli ospedali, considerando i trattamenti chimici e fisici più comunemente usati e riportati in letteratura.

Valutazione del rischio

Casa di Cura Santa Maria di Leuca

La Casa di Cura è costituita da un fabbricato, che comprende le degenze, gli studi medici, la radiologia, la cui costruzione è terminata nel 1964.

Tutti i reparti di degenza sono stati ristrutturati a partire dagli anni 2002

Presso la Casa di Cura sono presenti:

- 49 posti letto di area medica, chirurgica e ginecologica.
- 1 sala operatoria al primo piano
- 2 sale operatorie al terzo piano,
- 1 sala operatoria di endoscopia terzo piano.

L'attività maggiore è chirurgica specialmente la chirurgia plastica

I pazienti ricoverati presso la struttura possono essere considerati a rischio, in presenza di:

- Patologie croniche
- Scarsa difesa immunitaria
- Età maggiore di 65 anni
- Cardiopatia
- Abitudine al fumo

Impianti di condizionamento

- Non sono presenti torri evaporative, ma gruppi frigo raffreddati ad aria.
- Localmente sono presenti Unità di Trattamento Aria (UTA)

- La regolare pulizia di filtri, batterie di scambio termico e in generale dei diversi componenti degli impianti di condizionamento fa sì che non si riscontrino particolari criticità.

Impianti idrico - sanitari

Negli anni 1980, nell'ambito di importanti lavori di ristrutturazione, sono state inoltre realizzate, tra le altre cose, una riserva idrica, costituita da 4 serbatoi da 5000 litri cad., per un totale di 20000 litri e sostituito il gruppo di Pressurizzazione dell'acqua fredda sanitaria.

I serbatoi per la riserva idrica sono in acciaio inox, con botola di accesso e scarico di fondo, per essere facilmente sanificabili; di volume limitato al consumo di 24 ore.

Separate dai serbatoi della riserva idrica è stata realizzata una riserva idrica necessaria ai fini antincendio.

- L'ACEA, la società che gestisce l'acquedotto cittadino, comunica le interruzioni del servizio di distribuzione di acqua dalla rete dell'acquedotto cittadino, le quali sono estremamente modeste.

Le acque destinate al consumo umano, in arrivo dal punto di consegna, vengono immesse in tali serbatoi di riserva idrica ed al relativo gruppo di pressurizzazione, per essere inviate al sistema di distribuzione AFS e al sistema di produzione dell'acqua calda sanitaria.

È presente una rete di ricircolo acqua calda sanitaria.

Sono quindi presenti accumuli di acqua calda e addolcitori

Acqua potabile

- Disinfezione degli accumuli (a cadenza annuale),
- Pulizia regolare dei frangi getti (a cadenza trimestrale),
- Flussaggio dei rami morti (al momento non si riscontra la presenza di tubazioni morte),

È stata prevista nella valutazione del rischio l'esecuzione di campionamenti in autocontrollo sulla rete di distribuzione dell'acqua, sia in partenza dalla riserva idrica sia nei punti distali, indicativamente di seguito elencati:

1. Riserva idrica (in uscita);
2. Rubinetto acqua fredda cucina;
3. Rubinetto acqua fredda sala operatoria terzo piano;
4. Rubinetto acqua fredda sala operatoria primo piano;
5. Rubinetto acqua fredda cucinetta 2° piano.

Acqua calda sanitaria

Pur in assenza di casi, è stata prevista nella valutazione del rischio l'esecuzione di campionamenti in autocontrollo sulla rete di distribuzione dell'acqua calda, sia in partenza dalla centrale sia nei punti distali, indicativamente di seguito elencati:

1. Boiler n° 1;
2. Boiler n° 2;
3. Rubinetto acqua calda cucina;
4. Rubinetto acqua calda sala operatoria 3° piano;
5. Rubinetto acqua calda sala operatoria 1° piano;
6. Rubinetto acqua calda stanza di degenza 2° piano;
7. Filtro assoluto UTA sala operatoria 1° piano;
8. Filtro assoluto UTA sala operatoria 3° piano;
9. Filtro assoluto UTA sala endoscopica 3° piano;

Registrando valori di contaminazione compresi fino ad un massimo di 40 UFC/litro, la regolare manutenzione sugli impianti idrico sanitari è stata in grado di assicurare nel tempo bassi livelli di contaminazione (< 100 UFC/l).

Fase del processo	Attività (responsabilità)
Manutenzione degli impianti idraulici	
	Verifica della temperatura dell'acqua calda (> 50° C) dei boiler con cadenza settimanale (ditta esterna, Manni Impianti)
	Lavaggio settimanale delle salamoie degli addolcitori presenti nelle sottocentrali (Sistema automatico)
	Verifica settimanale della temperatura di erogazione della mandata di acqua calda all'uscita del boiler a valle della miscelatrice (> 50° C) (ditta esterna, Manni Impianti)
	Utilizzo di sistemi per la riduzione della carica di legionella nell'impianto idraulico come da LG (ditta est. Manni Impianti), controllo mensile
	Manutenzione dei punti di erogazione con l'utilizzo di prodotti anticalcare e flussaggio (ditta est. Manni impianti) Tremistrale

Fase del processo	Attività (responsabilità)
	Sanificazione delle batterie dell'UTA Sanificazione delle vasche di raccolta di condensa, Controllo degli umidificatori, Gestione filtri incluso HEPA secondo piano di manutenzione (ditta est. Aer Service) controllo semestrale
Monitoraggio della carica di legionella nell'impianto idrico e aeraulico	Programmazione e pianificazione dei campionamenti, Identificazione dei punti di campionamento Esecuzione del campionamento, ditta esterna A.R. Ambiente, controllo semestrale
	Esecuzione degli esami microbiologici per ricerca di legionella, Comunicazione dei risultati, Trasmissione dei risultati, controllo semestrale, ditta esterna, A.R. Ambiente e comunicazione con direzione amministrativa e sanitaria

Impianti di condizionamento studi medici e stanze di degenza installato anno 2024. È previsto il controllo pulizia/o sostituzione dei filtri pulizia delle batterie ad ogni cambio di stagion. Tutte le schede di controllo sono presenti presso l'ufficio amministrativo

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI anno 2025

a. Team di controllo:

- Direttore Sanitario
- Risk Manager
- Il consulente tecnico

b. Piattaforma Documentale:

Tutti i documenti sono conservati a disposizione del Team

c. Modalità di esecuzione e tempi della valutazione del rischio e indicazione misure di controllo:

Flussaggio del ricircolo acqua calda (rubinetto aperto per 30 minuti).
Installazione di sistema di filtrazione automatico all'entrata dell'acqua potabile.

d. Risultato sintetico degli esiti del monitoraggio operativo di verifica sull'efficacia delle misure di controllo in atto:

Controlli eseguiti ogni sei mesi con risultati delle analisi batteriologiche eseguite, pur in assenza di casi, così come previsto dalle Linee Guida, è stata verificata la corretta adozione delle misure di prevenzione adottate.

e. Sintesi del piano di miglioramento:

Visti i risultati ottenuti per il momento non sono previsti azioni di miglioramento, tranne maggior sensibilizzazione di tutto il personale al tema.

f. Pianificazione delle azioni di supporto:

Corso di aggiornamento e sensibilizzazione per il personale sanitario e sociosanitario.

Considerazioni

A seguito dei risultati delle analisi batteriologiche eseguite, pur in assenza di casi, così come previsto dalle Linee Guida, è stata verificata la corretta adozione delle misure di prevenzione adottate, in particolare:

- Flussaggio del ricircolo acqua calda (rubinetto aperto per 30 minuti).
- Installazione di sistema di filtrazione automatico all'entrata dell'acqua potabile.

I controlli di controllo della Legionellosi effettuati nel 2025 hanno portato a queste considerazioni conclusive:

Analizzando i risultati relativi al monitoraggio ambientale effettuato nella struttura della CASA DI CURA SANTA MARIA DI LEUCA e confrontandoli con gli "Standard di sicurezza e di igiene ambientale dei reparti operatori" riportati nelle "Linee guida" elaborate dall'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro (ISPESL), ora confluito nell'INAIL, e con le norme vigenti per la potabilità dell'acqua e per la Legionella, si effettuano le seguenti considerazioni:

1. Il monitoraggio eseguito sulle superfici delle sale operatorie e su una superficie del blocco operatorio endoscopia ha evidenziato flora batterica e micetica assente in tutti i siti campionati. Ciò ad indicare l'efficienza delle procedure di sanificazione.
2. I campioni d'acqua per la ricerca di Legionella non hanno rilevato la presenza del batterio oltre la soglia del limite di rilevabilità
3. La ricerca della Legionella su superfici delle UTA campionate non ha rilevato la presenza del batterio.

In conclusione, quindi, i risultati ottenuti dal monitoraggio microbiologico eseguito indicano una condizione igienico-sanitaria ottimale in riferimento a quanto eseguito.

Impianto per la profilassi antilegionella Installato anno 2015

L'amministrazione, per evitare problematiche legate alla possibile formazione di legionella, ha provveduto a far installare un sistema automatico di disinfezione in continuo, come previsto nel punto 4 del presente piano di valutazione.

Inoltre, si è provveduto a sostituire i vecchi bollitori dell'acqua calda sanitaria con dei nuovi in acciaio inox

Prodotti utilizzati

1. CILLIT-Allsil Super 12,5 Ag - conf. da 20 kg prodotto biocida a base di perossido di idrogeno e argento per mantenere perfetta l'igiene e limpida e cristallina l'acqua. CILLIT-Allsil Super 12,5 Ag, per le sue ottime caratteristiche, blocca la crescita biologica, elimina il biofilm, combatte i batteri, le alghe e tutte le formazioni biologiche. CILLIT-Allsil Super 12,5 Ag non crea odori o sapori sgradevoli ed è ecologico e quindi rispetta l'ambiente perché non origina composti inquinanti ma, ad intervento ultimato, si trasforma in acqua ed ossigeno.
2. CILLIT-Impulsan Special prodotto liquido a base di sali minerali naturali alimentari per acque naturalmente dolci ed addolcite in grado di prevenire la formazione di corrosioni negli impianti per la produzione e distribuzione dell'acqua calda, ai servizi, acqua di processo, acqua potabile, acqua ad uso tecnologico, circuiti di raffreddamento con acqua a perdere, nonché di risanare circuiti già soggetti a corrosione.

CONCLUSIONI

1. Conservare tutta la documentazione tecnica a disposizione, se necessario integrandola con schemi impiantistici.
2. Effettuare regolare e documentata manutenzione agli impianti.
3. Eseguire a cadenza regolare campionamenti per autocontrollo nei punti sopra elencati e stabilirne la frequenza nell'ambito della valutazione del rischio per verificare l'efficacia delle misure di prevenzione adottate.
4. Preferire le misure di disinfezione in continuo, rispetto alle soluzioni a shock, con verifica periodica delle prestazioni, incluse sostituzioni e/o disinfezione mediante prodotto idoneo dei filtri rubinetto e soffioni docce.

Le operazioni così come indicate non danno la certezza di un impianto idrico sanitario “legionella free”, ma certamente permettono di mantenere sotto controllo la proliferazione di legionella, atto a dimostrare il rispetto delle indicazioni normative.

Linee Guida di riferimento:

- Circolare 400.2/9/5708 del 29/12/93 "Sorveglianza delle Legionellosi", Ministero della Sanità.
- Gazzetta ufficiale del 5 maggio del 2000;
- D.lgs 81/2008 e successivi; tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- Conferenza Stato-Regioni del 04/04/2000; linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi.
- Linee guida INAIL 93/2013 “Criteri ed indirizzi per la tutela della salute e sicurezza in tema di valutazione del rischio...(11.4. Monitoraggi impianti idrici e di condizionamento per Legionella).
- Conferenza Stato-Regioni ha approvato il 7 maggio 2015 le nuove linee guida in tema di Legionellosi.
- DECRETO LEGISLATIVO 23 febbraio 2023, n. 18 . Attuazione della direttiva (UE) 2020/2184 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 2020, concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano.
- Determina della regione Lazio n. 460 del 28/06/ 2024 su “Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi”;