

**Allegato B**

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO  
(PARS)**

*Anno 2026 RSA*

Ed	Rev	Data	DESCRIZIONE
03	01	18/03/2026	Emissione del documento
REDAZIONE			REVISIONE
RISK MANAGER (dott. Brenci Remo)  RQ (Bambini Alberto)			MEDICO RESPONSABILE/DIRETTORE SANITARIO (dott. Brenci Remo)

## INDICE

<b>1. Premessa</b>	pag.3
<b>2. Contesto organizzativo</b>	pag.4
<b>3. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati</b>	pag.6
<b>4. .Descrizione della posizione assicurativa</b>	pag.7
<b>5. Resoconto delle attività del Piano precedente</b>	pag.7
<b>6. Matrice delle responsabilità</b>	pag.7
<b>7. Obiettivi e attività</b>	pag.8
<i>7.1Obiettivi</i>	<i>pag.8</i>
<i>7.2Attività</i>	pag.9
<b>8. Modalità di diffusione del documento</b>	pag.9
<b>9. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativo</b>	pag.11

## 1. PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato la necessità che le organizzazioni sanitarie operino per assicurare ai Pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure.

La possibilità di "Evento avverso" è insita nei sistemi complessi e le realtà sanitarie, come sancito dall'OMS, sono l'ambito lavorativo a maggiore complessità possibile.

La sicurezza dei Pazienti deve essere, quindi, continuamente presidiata e le criticità devono essere affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando vari aspetti: monitoraggio e analisi degli eventi avversi, elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, coinvolgimento di Pazienti, formazione degli operatori sanitari, analisi delle interferenze e delle criticità; al fine di promuovere sia una visione che una gestione sistemica del rischio.

La Gestione del Rischio Clinico rappresenta un elemento di Governo (Clinico), meglio definito come "il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica".

La gestione del rischio in ambito sanitario è un'attività già prevista nella legge 189 del 2012 (Legge Balduzzi), che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Il legame consequenziale con una più efficace gestione delle risorse economiche aveva già indotto a scorporare alcune indicazioni dal disegno di legge Gelli (peraltro approvato in via definitiva lo scorso 28 febbraio 2017) per inserirle nella Legge di Stabilità 2016, in cui sono attribuiti alla prevenzione del rischio effetti positivi sull'uso delle risorse e sulla tutela del Paziente.

La Legge Gelli (Legge 8 marzo 2017, n. 24) qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Le attività di prevenzione del rischio – alle quali concorre tutto il personale – devono essere messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private.

Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico e nel documento "Risk Management e Qualità in Sanità" definisce le seguenti raccomandazioni:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- promuovere la segnalazione dei Near Miss;
- sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- monitorare periodicamente e garantire feed-back informativi;
- avviare la costituzione di un network per la realizzazione di un database nazionale per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza dei Pazienti, anche al fine di istituire un Osservatorio a livello centrale;
- definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

In questa dimensione, la Gestione del Rischio Clinico assume un ruolo fondamentale nel processo di identificazione degli obiettivi di sistema, di definizione dei processi organizzativi, di allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

### 1.1 SCOPO

Il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) è lo strumento nato dall'unione dei precedenti PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza).

*Il PARS nasce con l'obiettivo di:*

- *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 supportando nella cruciale fase del risk assessment.*

## **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)”**

Il PARS è, quindi, uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti e degli specifici contesti di lavoro. Il PARS, inoltre, rappresentando le politiche di analisi e di prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli stakeholder.

Le attività indicate sono parte integrante delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza, economicità e sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

In questa ottica, è costruito nella prospettiva del miglioramento continuo e dell’implementazione di azioni qualificanti l’attività.

## **2. CONTESTO ORGANIZZATIVO**

La RSA San Giuseppe, gestita dalla Società San Giuseppe S.r.l., è una Residenza Sanitaria Assistenziale ubicata ad Acquapendente (VT) in Via del Seminario 58, accreditata con il Servizio Sanitario Regionale del Lazio per n. 60 posti, di cui n. 40 posti di mantenimento B autorizzati ed accreditati e n. 20 posti di mantenimento A autorizzati ed accreditati. La RSA San Giuseppe garantisce Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti. L’assistenza sanitaria è svolta dal medico responsabile, medici di medicina generale, terapisti della riabilitazione, fisioterapisti e personale sanitario qualificato ed è garantita h24 da personale infermieristico. L’assistenza socio assistenziale è svolta da educatore, psicologo, assistente sociale.

Attività di socializzazione:

- Laboratorio di cucina: l’attività viene svolta in gruppo e consente lo sviluppo delle funzioni potenziali e/o residue della persona. Stimola la motricità fine, la socializzazione e l’autonomia personale;
- “Orto seduto”: giardino sociale e cura delle piante. Stimola il senso di responsabilità, migliora l’umore e attraverso la cura della pianta incoraggia la cura di se stessi.
- Altri progetti promossi in associazione con Enti Locale e con gli Enti del terzo settore: E.S.O.S. - letture e musica, narrazioni, riscoperta delle tradizioni popolari in collaborazione con gli Istituti Scolastici e scuola comunale di musica .

<b>RSA SAN GIUSEPPE</b>		
<b>DATI STRUTTURALI</b>		
<b>ASL territorialmente competente</b>		VITERBO
<b>Posti letto</b>	60	20 mantenimento A 40 mantenimento B

<b>DATI DI ATTIVITA’</b>		<b>Fonte del dato</b>
<b>Giornate di degenza</b>	21547	Ufficio Amministrativo
<b>Prestazioni ambulatoriali</b>	/	/
<b>Prestazioni domiciliari</b>	/	/

### **2.1 GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO**

Nella RSA San Giuseppe il Comitato Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (CCICA) può avvalersi delle professionalità sanitarie operanti nell’organizzazione ai fini della prevenzione e del controllo delle ICA.

Il Comitato per il controllo delle Infezioni è stato istituito in data 07/01/2021. Attualmente la composizione del CCICA è la seguente:

Responsabile Medico/Presidente Dott. Remo Brenci – Risk Manager

Componente Dr.ssa Paola Serafinelli–Coord.inf.

Componente Dr.ssa Monica Gabriela Magopet

Relativamente alle risorse dedicate al controllo e alla prevenzione delle ICA, il Comitato può avvalersi delle risorse presenti nell'organizzazione; al controllo delle infezioni sono destinate le risorse correnti e le spese già sostenute a garanzia della qualità delle prestazioni erogate agli ospiti.

La struttura peraltro non dispone di un Farmacista,né di un laboratorio analisi e, in caso di necessità, viene fatto ricorso ai presidi del SSR presenti nel Territorio.

L'edificio che ospita la RSA si sviluppa su più piani,raggiungibili sia da un impianto elevatore, sia da scale interne. Ciò consente di mantenere isolati eventuali ospiti positivi da quelli negativi, organizzando le

degenze su piani distinti, potendo disporre di percorsi separati e personale dedicato, realizzando pertanto un isolamento di coorte.

Nella struttura sono presenti stabilmente flaconi con dispenser da 500 ml sia in prossimità delle camere di degenza, sia lungo i corridoi, sono presenti altresì locandine esplicative, per l'efficace frizione idroalcolica delle mani.

Il personale medico e di assistenza è sensibilizzato al buon uso degli antibiotici ed al monitoraggio del loro consumo,condotta professionale indispensabile per un efficace programma di antimicrobial stewardship; tra gli interventi in programma sono previsti incontri formativi/informativi per l'implementazione e diffusione di conoscenze sull'argomento.

Si deve precisare al riguardo che la fornitura dei farmaci presso la RSA, avviene attraverso due distinti percorsi, sia attraverso la farmacia Ospedaliera della Azienda Sanitaria, sia attraverso la prescrizione dei Medici di Medicina Generale che hanno in carico gli assistiti ospiti della struttura.

Ai fini del contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sono state adottate nella Struttura specifiche procedure di prevenzione e controllo:

Procedura Igiene mani e utilizzo guanti;

Protocollo Gestione: Prevenzione e Controllo Legionellosi;

### 3. 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 socio-sanitarie pubbliche e private devono predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria". Al fine di ottemperare a tale obbligo è pertanto necessario elaborare una relazione sintetica che accompagni e descriva la tabella di seguito riportata.

#### Eventi Avversi

Anno	Sinistri	Risarcimenti erogati	Risarcimenti-importi
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0
2024	0	0	0
<u>2025</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>

I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi. Si rimanda al documento *Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella* adottato con Determinazione n.G09850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul *cloud* regionale.

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre che “tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio”.

**Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art.4C. 3L. 24/2017)**

Tipo di Evento	Numero	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
2021 Evento Avverso  (Infezioni)	1	Procedura/Comunicazione	Procedure/Comunicazione  Organizzative	Sistemi di Segnalazione
2022 Evento Avverso  (Infezioni)	1	Procedura/Comunicazione	Procedure/Comunicazione  Organizzative	Sistemi di Segnalazione
2023 Evento Avverso	0		Procedure/Comunicazione  Organizzative	Sistemi di Segnalazione
2024 Evento Avverso	0		Procedure/Comunicazione  Organizzative	Sistemi di Segnalazione
2025 Evento Avverso	0		Procedure/Comunicazione  Organizzative	Sistemi di Segnalazione

6

**4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA**

Anno	PolizzaN.	Scadenza	Compagnia Assicurativa	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2021	410164974	01/06/2022	Generali Italia S.p.A.	3.423,00	-	-
2022	410164974	01/06/2023	Generali Italia S.p.A.	3.423,00	-	-
2023	410164974	01/06/2024	Generali Italia S.p.A.	3.423,00		
2024	410164974	01/06/2025	Generali Italia S.p.A.	7.335,00		
2025	GKME74K50D 514111A-LB	01/06/2026	Lloyd's Coverholder	9.252,33		

**5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE**

L'attività inerente gli obiettivi stabiliti nel precedente PARS:

-Implementare il Protocollo di Gestione del Rischio Clinico, in cui vengono definiti i fattori di maggiore Incidenza nell'ambito dell'attività svolta, recepire eventuali nuove Raccomandazioni Ministeriali, realizzare corso di formazione a tutti i nuovi Operatori del Centro: sono stati effettuati corsi di formazione sulle medicazioni e il Direttore Sanitario ha aggiornato gli operatori sulle attività preventive delle malattie infettive (scabbia);

-Individuare i singoli e specifici Referenti responsabili del monitoraggio dello svolgimento delle attività programmate per la Gestione del Rischio Clinico: attraverso incontri programmati sono stati individuati i referenti per il monitoraggio delle situazioni di rischio.

-Introduzione di un protocollo e di Istruzioni Operative volte a migliorare l'informazione rivolta ai pazienti: creazione di un gruppo whatsapp con i caregiver al fine di velocizzare le comunicazioni generiche, fermo restando i canali ufficiali per le informazioni sui singoli pazienti, Non ci sono stati risarcimenti erogati.

## 6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

-quella del Risk Manager, che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;

-quella della Direzione Strategica Aziendale che s'impegna a fornire al Risk Manager e all'organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

7

Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario(A)	Strutture Amministrative e Tecniche di supporto
Redazione PARS e proposta di deliberazione	R	C	C
Adozione PARS con deliberazione	I	C	C
Monitoraggio PARS	R	C	C

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

(A) dell'azienda/struttura.

## 7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

Nel recepire le linee Guida Regionali per l'elaborazione del PARS, sono individuati i seguenti obiettivi strategici:

A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.

B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per il raggiungere entro il 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi..

D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive

da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)

E' obbligatorio declinare un minimo di cinque attività da distribuire su tutti e quattro gli obiettivi strategici

<b>Obiettivo A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure</b>		
<b>Attività 1) Progettazione ed esecuzione di un corso di formazione sul "Paziente Disfagico" Entro il 31/12/2026</b>		
<b>Standard 100% del personale</b>	<b>Fonte Risk Management</b>	
<b>Matrice delle responsabilità</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Direzione</b>
Progettazione corso	C	R
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	C	R

8

<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Azione B) migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi</b></li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Attività 2) Audit su documentazione sanitaria entro 31/12/2026</b></li> </ul>		
<b>Standard :si</b>	<b>Fonte Risk Management</b>	
<b>Matrice delle responsabilità</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Direzione</b>
Progettazione calendario audit	R	C
Esecuzione audit	R	C
Individuazione azioni migliorative	R	C

<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Azione B) migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi</b></li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Attività 3) Elaborazione di un corso di formazione per gli operatori sulla classificazione degli eventi avversi</b></li> </ul>		
<b>Standard :si</b>	<b>Fonte Risk Management</b>	
<b>Matrice delle responsabilità</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Direzione</b>
Progettazione corso	R	C
Esecuzione corso	R	C
Individuazione azioni migliorative	R	C

<p><b>Azione c) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per il raggiungere entro il 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi..</b></p>		
<b>Attività 4) Implementazione del Piano di Intervento regionale sull'Igiene delle mani</b>		
<b>Standard :si ed eventuale adeguamento</b>	<b>Fonte Risk Management</b>	

<b>Matrice delle responsabilità</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Direzione</b>
Promozione procedure	R	C
Formazione per le procedure	R	C
Monitoraggio applicazione procedure	R	C

<b>Azione D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)</b>		
<b>Attività 5) Progettazione ed esecuzione di almeno un incontro/corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA entro il 31/12/2026</b>		
<b>Standard :si per tutti i dipendenti</b>	<b>Fonte Risk Management</b>	
<b>Matrice delle responsabilità</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Direzione</b>
Progettazione corso	R	R
Esecuzione corso	R	R

<b>Azione D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)</b>		
<b>Attività 6) Progettazione ed esecuzione di un corso sulle infezioni correlate all'assistenza</b>		
<b>Standard :si per tutti i dipendenti</b>	<b>Fonte Risk Management</b>	
<b>Matrice delle responsabilità</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Direzione</b>
Progettazione corso	R	R
Esecuzione corso	R	R

## **8-MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO**

Il PARS, approvato dalla Direzione Aziendale, sarà fatto girare attraverso mail e affissione e copie cartacee a tutto il personale e verrà poi pubblicato sul sito aziendale e sulla intranet aziendale.

## **9-BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI**

- Determinazione Regionale n G00643 del 25/01/2022
- WHO-World Alliance for patient safety – the Secondo Global Patient Safety Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”;
- The New NHS: moderna and dependable. London: Stationary officie,1997;
- Reason J, Managing the risks of organizational accidents,1997;
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;

-Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione);

-Ministero della Salute: protocollo per il monitoraggio degli Eventi sentinella luglio

2009:[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza).



**RSA SAN GIUSEPPE**

Via del Seminario, 58–01021 Acquapendente(VT) 0763734105 –

3450809982

## **ALLEGATO 1**

### **PIANO DI INTERVENTO REGIONALE DELL'IGIENE DELLE MANI ANNO 2026**

<b>Ed</b>	<b>Rev</b>	<b>Data</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
05	05	25/02/2026	Emissione del documento
REDAZIONE		REVISIONE	
RISK MANAGER (dott.Brenci Remo)		MEDICO RESPONSABILE/DIRETTORE SANITARIO (dott.Brenci Remo)	
RQ (Bambini Alberto)			

## INDICE

### 1. PREMESSA

### 2. PIANO DI INTERVENTO

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

### 3. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

## 1. PREMESSA

Una corretta igiene delle mani impedisce la trasmissione dei microrganismi responsabili di molte malattie infettive, dalle più frequenti come l'influenza e il raffreddore, a quelle più severe come le infezioni correlate all'assistenza. In particolare, durante l'emergenza epidemica da SARS-CoV-2, l'igiene delle mani è di cruciale importanza al fine di evitare il contagio per contatto e l'eventuale diffusione e trasmissione del nuovo corona virus.

Per l'igiene delle mani è sufficiente il comune sapone. In assenza di acqua si può ricorrere ai cosiddetti igienizzanti per le mani (a base alcolica).

L'igiene delle mani svolge un ruolo fondamentale per la nostra salute e quella delle altre persone anche negli ambienti assistenziali. Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono un problema globale che colpisce circa il 7-10% dei pazienti, a seconda del Paese. In Italia, si stima che il 58% dei pazienti ricoverati contrae un'infezione ospedaliera (fonte Istituto Superiore di Sanità). La pratica dell'igiene delle mani nell'ambito dell'assistenza sanitaria previene le ICA e la diffusione di microrganismi potenzialmente patogeni sia nel *setting* assistenziale che in comunità. La prevenzione delle ICA è di fondamentale importanza anche al fine di ridurre le infezioni resistenti ai farmaci e la diffusione dei microrganismi resistenti che le provocano. l'igiene delle mani deve essere eseguita nei 5 momenti indicati dall'OMS, in cui si presta assistenza o cura:

1. Prima del contatto con il paziente
2. Prima di una manovra asettica
3. Dopo esposizione a un liquido biologico
4. Dopo il contatto con il paziente
5. Dopo il contatto con ciò che sta attorno al paziente.

## 2. PIANO DI INTERVENTO REGIONALE

Di seguito l'analisi delle cinque sezioni individuate dal Piano di Intervento Regionale per il miglioramento del governo clinico:

### SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
<b>A.1 - Nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani?</b>	Non disponibile	0
	Disponibile solo in alcuni reparti o in modo discontinuo	5
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo	<b>10</b>
	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
<b>A.2- Qual è il rapporto lavandini/letti?</b>	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	<b>10</b>
<b>A.3- Per ogni lavandino è disponibile il sapone?</b>	NO	0
	SÌ	<b>10</b>
<b>A.4- Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?</b>	NO	<b>0</b>
	SÌ	15
<b>A.5- È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?</b>	NO	<b>0</b>
	SÌ	15
		<b>60</b>

<b>INADEGUATO</b>	0-25
<b>BASE</b>	26-50
<b>INTERMEDIO</b>	51-75
<b>AVANZATO</b>	76-100

**TABELLA A1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE****REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI**

<b>AZIONE</b>	<b>R</b>	<b>T</b>	<b>M</b>
Esaminare le informazioni disponibili sulla <i>compliance</i> all'igiene delle mani e/o sulle ICA Per definire il programma di miglioramento.	MR	6 mesi	D
Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: <ul style="list-style-type: none"><li>● Indagine sui singoli Reparti/Servizi;</li><li>● Indagine sul consumo di soluzione alcolica.</li></ul>	MR	6 mesi	D
Definire con la Direzione Strategica gli eventuali adeguamenti strutturali e tecnologici, con l'obiettivo di dotare ogni stanza di un lavandino e ogni punto di assistenza di un dispenser di soluzione alcolica.	MR	1 anno	D
Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura.	MR	3 mesi	D

*Legenda:* **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio;  
**MR**=Medico Responsabile;**D**=Direzione

Con un termine di 3 mesi verranno implementate le seguenti procedure:

- Modalità di approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani;
- Modalità di immagazzinamento e di distribuzione dei prodotti per l'igiene delle mani;
- Modalità di manutenzione dei lavandini e dei dispenser;
- Modalità di segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture;
- Distribuzione dei dispenser all'interno della Struttura;

La figura responsabile dell'esecuzione e monitoraggio è il Medico Responsabile.

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
<b>B.1 Formazione degli operatori sanitari</b>		
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	<b>10</b>
	Formazione obbligatoria per tutte le categorie professionali di neoassunti e successive formazione continua periodica almeno una volta all'anno	20
B.1.2- Esiste un Sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	NO	<b>0</b>
	SÌ	20
<b>B.2- Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali</b>		
B.2.1 Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	<b>5</b>
B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale	NO	<b>0</b>
	SÌ	5
B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani: quando, come e perchè	NO	0
	SÌ	<b>5</b>
B.2.4 Poster informativi	NO	0
	SÌ	<b>5</b>
<b>B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene Delle mani?</b>	NO	0
	SÌ	<b>15</b>
<b>B.4- È presente un piano per la Formazione e la verifica degli osservatori?</b>	NO	<b>0</b>
	SÌ	15
<b>B.5- Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?</b>	NO	<b>0</b>
	SÌ	10
		<b>60</b>

<b>INADEGUATO</b>	0-25
<b>BASE</b>	26-50
<b>INTERMEDIO</b>	51-75
<b>AVANZATO</b>	76-100

**TABELLA B1- INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE**

**FORMAZIONE DEL PERSONALE**

<b>AZIONE</b>	<b>R</b>	<b>T</b>	<b>M</b>
Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base delle specificità e dei bisogni locali.	MR	1 anno	D
Rivedere/progettare un programma di formazione sulla base del Piano di Intervento Regionale.	MR	1 anno	D
Identificare i formatori (almeno uno per struttura).	MR	3 mesi	D
Identificare gli osservatori (almeno uno ogni 200 posti letto).	MR	3 mesi	D
Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati.	MR	1 anno	D
Effettuare la formazione dei formatori e degli osservatori: formatori e osservatori possono ricevere la stessa formazione di base, ma gli osservatori ricevano una formazione specifica aggiuntiva che preveda un addestramento sul campo sotto la supervisione di un tutor esperto.	MR	1 anno	D
Definire il piano formativo, compreso il calendario, per avviare, condurre e valutare la formazione obbligatoria di tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai nuovi assunti.	MR	1 anno	D
Definire un piano d'azione per affrontare la scarsa o mancata partecipazione alla formazione da parte degli operatori.	MR	1 anno	D
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare le competenze dei formatori e degli osservatori (ad esempio annualmente).	MR	1 anno	D
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare la competenza di tutti gli operatori Sanitari (ad esempio annualmente).	MR	1 anno	D
Organizzare attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	MR	1 anno	D
Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione e la sostituzione di quello obsoleto.	MR	3 mesi	D

*Legenda:* **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio  
**MR**=Medico Responsabile; **D**=Direzione

Con un termine di 1 anno verrà definito un piano formativo che preveda:

- Individuazione e riconoscimento delle figure formative con definizione della quota oraria da dedicare all'attività formativa;
- Definizione dei contenuti della formazione:
  - Definizione e impatto delle ICA;
  - Principali modalità di trasmissione delle infezioni;
  - La prevenzione delle ICA e il ruolo fondamentale dell'igiene delle mani;
  - L'approccio secondo i cinque momenti dell'igiene delle mani;
  - Strategie e strumenti di implementazione delle misure di prevenzione, monitoraggio e controllo delle ICA.
- Tempi e modalità di erogazione della formazione;
- Individuazione del personale da formare (requisiti per l'arruolamento e profilo di competenze in uscita)

**SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK**

<b>QUESTIONARIO DIAUTOVALUTAZIONE</b>		
<b>SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK</b>		
<b>DOMANDE</b>	<b>RISPOSTE</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
<b>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.)</b>	NO	<b>0</b>
	SÌ	10
<b>C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?</b>		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	<b>0</b>
	SÌ	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	<b>0</b>
	SÌ	5
<b>C.3 Monitoraggio in diretto dell'adesione all'igiene delle mani</b>		
C.3.1 Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	<b>0</b>
	SÌ	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente ( almeno ogni 3 mesi)?	NO	<b>0</b>
	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	<b>0</b>
	SÌ	5
<b>C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani</b>		
<b>NB:</b> 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	<b>0</b>
	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%	<b>0</b>
	31-40%	5
	41-50%	10
	51-60%	15
	61-70%	20
	71-80%	25
	≥81%	30
<b>C.5 Feedback</b>		
C.5.1 <u>Feedback immediato</u> : al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	<b>0</b>
	SI	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	<b>0</b>
	SI	7.5
C.5.3 <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6mesi) unfeedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	NO	<b>0</b>
	SI	7.5
		<b>35</b>

<b>INADEGUATO</b>	0-25
<b>BASE</b>	26-50
<b>INTERMEDIO</b>	51-75
<b>AVANZATO</b>	76-100

**TABELLA C1 – INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE**

**MONITORAGGIO E FEEDBACK**

<b>AZIONE</b>	<b>R</b>	<b>T</b>	<b>M</b>
Progettare o rivedere le attività di valutazione e feedback tra cui: (a) osservazione della <i>compliance</i> sull'igiene delle mani; indagini sulle infrastrutture di reparto; indagini sul consumo di soluzione alcolica/sapone/asciugamani; indagini di percezione per gli operatori sanitari; indagini di percezione per dirigenti apicali; Indagini sulla conoscenza degli operatori sanitari.	MR	1 anno	D
Stabilire il piano/calendario, per l'avvio delle attività di valutazione e feedback e diffonderlo a Tutta la Struttura	MR	1 anno	D
Identificare le competenze di supporto eventualmente necessarie (ad esempio, epidemiologo, statistico).	MR	1 anno	D
Definire un sistema generale per restituire i risultati della valutazione ai dirigenti apicali, compreso un piano d'azione per affrontare la scarsa conformità, le conoscenze e le infrastrutture.	MR	1 anno	D
Identificare i candidati per essere osservatori (se non lo si è già fatto).	MR	3 mesi	D
Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori (ad esempio, annualmente).	MR	1 anno	D
Condurre valutazioni di base e dare un ritorno al personale sanitario.	MR	1 anno	D
Diffondere a tutta la struttura il piano per le osservazioni in corso secondo un programma concordato (ad esempio annualmente, ma idealmente ogni due mesi).	MR	6 mesi	D
Presentare i risultati delle osservazioni ogni trimestre o secondo un programma concordato con il team di implementazione dell'igiene delle mani e il CCICA.	MR	1 anno	D
Stabilire obiettivi annuali per il miglioramento della conformità all'igiene delle mani tenendo conto dei dati di partenza.	MR	1 anno	D
Valutare le informazioni sui tassi di ICA nella Struttura.	MR	1 anno	D
Definire un sistema per monitorare i tassi di ICA su base continuativa insieme al livello di Compliance dell'igiene delle mani.	MR	1 anno	D
Considerare la possibilità di pubblicare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e sui tassi di ICA presso la struttura in una rivista con revisione tra pari, in una rivista specializzata o in una newsletter interna	MR	2 anni	D
Considerare la possibilità di presentare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e i Tassi di ICA presso la struttura in occasione di conferenze locali, nazionali o internazionali.	MR	2 anni	D

**Legenda:** **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio  
**MR**=Medico Responsabile;**D**=Direzione

Con un termine di 3 mesi verranno implementate le seguenti procedure:

- Definizione delle attività di monitoraggio della compliance degli operatori sull'igiene delle mani:
- Definizione e formazione di una rete di osservatori
- Definizione della cadenza e delle modalità di esecuzione delle attività di osservazione
- Definizione della cadenza e delle modalità di restituzione dei risultati dell'osservazione agli

operatori e alla Direzione

- Definizione delle attività di monitoraggio sullo stato dei dispenser e dei lavandini presenti nella struttura

La figura responsabile dell'esecuzione e monitoraggio è il Medico Responsabile.

Con un termine di un anno verranno monitorati i seguenti parametri:

- Percentuale di azioni di igiene delle mani effettuate correttamente dagli operatori sul totale delle opportunità.
- Quantità di detergente e di soluzione a base di alcol per l'igiene delle mani utilizzata per mille giornate di degenza.

#### SEZIONE D-COMUNICAZIONE PERMANENTE

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE D-COMUNICAZIONE PERMANENTE		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
<b>D.1 Sono esposti i seguenti poster (o materiali locali con contenuti simili)?</b>		
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%)	<b>20</b>
	Esposti in tutti I reparti/dipartimenti(100%)	25
D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%?)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti(70%)	<b>10</b>
	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%)	<b>5</b>
	Esposti in molti reparti/dipartimenti(70%)	7.5
	Esposti in tutti I reparti/dipartimenti(100%)	10
<b>D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?</b>	Mai	0
	Almeno una volta all'anno	10
	Ogni 2-3 mesi	<b>15</b>
<b>D.3-La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?</b>	NO	<b>0</b>
	SÌ	10
<b>D.4-Sono disponibili nei reparti</b>	NO	<b>0</b>

Opuscoli informativi sull'igiene Delle mani?	NO	10
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio:screensaver,spille,adesivi, ecc.?	SÌ	0
	NO	15
		<b>60</b>

<b>INADEGUATO</b>	0-25
<b>BASE</b>	26-50
<b>INTERMEDIO</b>	51-75
<b>AVANZATO</b>	76-100

TABELLA D1-INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO D'AZIONE LOCALE			
COMUNICAZIONE PERMANENTE			
AZIONE	R	T	M
Valutare le risorse disponibili, compresi i materiali esistenti e le competenze locali per sviluppare nuovi materiali.	MR	3 mesi	D
Definire i requisiti per aggiornare o fornire nuovi materiali.	MR	3 mesi	D
Fornire e/o esporre il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici.	MR	3 mesi	D
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti (ad esempio al punto di cura, sopra lavabi).	MR	3 mesi	D
Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporre in tutti gli ambienti clinici.	MR	3 mesi	D
Pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli.	MR	3 mesi	D

*Legenda:* R=Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio; MR=Medico Responsabile; DI=Direzione

Con un termine di 3 mesi verranno implementate le seguenti procedure:

- Modalità di comunicazione della struttura sull'igiene delle mani.

La figura responsabile dell'esecuzione e monitoraggio è il Medico Responsabile.

<b>SEZIONE E- CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT</b>		
<b>DOMANDE</b>	<b>RISPOSTE</b>	<b>PUNTEGGIO</b>
<b>E.1 – Team per la promozione e l’implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:</b>		
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
<b>E.2-I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di Miglioramento dell’igiene delle mani?</b>		
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
<b>E.3-Esiste un programma per la promozione dell’igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell’igiene delle mani del 5 maggio?</b>	NO	0
	SÌ	10
<b>E.4-Sono attivisistemiperidentificareil“leader”perl’igienedellemaniintuttelediscipline?</b>		
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
<b>E.5-Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull’igiene delle mani:</b>		
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
<b>E.6-Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:</b>		
E.6.1-Strumenti e-learning per l’igiene dellemani	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
		<b>55</b>

<b>INADEGUATO</b>	0-25
<b>BASE</b>	26-50

<b>INTERMEDIO</b>	51-75
<b>AVANZATO</b>	76-100

<b>CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT</b>			
AZIONE	R	T	M
Chiarire che tutte le altre azioni per assicurare il cambiamento del sistema, la formazione/istruzione, la valutazione e il feedback e i promemoria sul posto di lavoro hanno luogo.	MR	1 anno	D
Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture.	MR	1 anno	D
Preparare e inviare una lettera per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull'igiene delle mani.	MR	6 mesi	D
Istituire un comitato per attuare il piano d'azione locale della Struttura.	MR	3 mesi	D
Stabilire riunioni regolari per avere un feedback e rivedere il piano d'azione di conseguenza.	MR	3 mesi	D
Elaborare un piano per pubblicizzare le attività di igiene delle mani in tutta la Struttura utilizzando, se disponibili, le competenze interne di comunicazione.	MR	2 anni	D
Rivedere l'attuale coinvolgimento dei pazienti nelle attività di miglioramento dell'assistenza sanitaria e considerare i tempi per avviare discussioni/collaborazioni continue con le principali organizzazioni di pazienti.	MR	1 anno	D
Avviare attività di sostegno per i pazienti (ad esempio, fornire opuscoli informativi sull'igiene delle mani ai pazienti e pianificare sessioni educative).	MR	6 mesi	D
Considerare la possibilità di iniziative per premiare o riconoscere comportamenti virtuosi da parte di singoli operatori sanitari, reparti o servizi.	MR	1 anno	D
Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali dei dirigenti apicali.	MR	1 anno	D
Pianificare la produzione di materiali di formazione supplementari o l'organizzazione di attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	MR	1 anno	D

*Legenda:* **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio  
**MR**=Medico Responsabile;**D**=Direzione

La struttura ha nominato i membri del CCICA ed il suo Presidente.

Con un termine di 3 mesi verrà implementata la seguente procedura:

- Regolamento del CCICA

Con cadenza annuale verranno attuate le indicazioni regionali previste dal PAICA.

### **3. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI**

1. Hand Hygiene Technical Reference Manual. WHO,2009.
2. Guide to Implementation: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. WHO, 2009
3. Template Action Plan, WHO, 2009
4. Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user Instructions. WHO,2010
5. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Planfor WHO Framework- Inadequate/Basic Results, WHO, 2012
6. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework- Intermediate Results, WHO, 2012

7. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Frame work– Advanced/Leadership Results, WHO,2012
8. Sax H et al.: The World Health Organization hand hygiene observation method, *Am J Infect Control* 2009;37:827-34
9. Secondo studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all’assistenza e sull’uso di antibiotici negli ospedali per acuti –Protocollo ECDC”. Dipartimento Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. 2018.
10. Griffith CJ et al. Environmental surface cleanliness and the potential for contamination during handwashing. *American Journal of Infection Control*, 2003, 31:93-6.
11. Ansari SA et al. Comparison of cloth, paper, and warm air drying in eliminating viruses and bacteria from washed hands. *American Journal of Infection Control*, 1991,19:243-249.
12. Yamamoto Y et al. Efficiency of hand drying for removing bacteria from washed hands: comparison of paper towel drying with warm air drying. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2005,26:316-320.
13. Bottone EJ et al. Ineffectiveness of handwashing with lotion soap to remove nosocomial bacterial pathogens persisting on fingertips: a major link in their intrahospital spread. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2004, 25:262-264.
14. Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere: Linee guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle Strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all’assistenza (ICA), 2018.
15. Colasanti P., Martini L., Raffaele B., Vizio M., ANIPIO: La prevenzione delle infezioni ospedaliere. Carocci Faber, 2009.
16. <http://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica> (data ultima consultazione: 2 dicembre 2020).
17. Cimon K, Featherstone R. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017 Mar 3. PMID: 29533568.
18. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines. Ottawa: CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health); 2017 Mar.
19. WąlaszekMZ, et al., Nail microbial colonization following hand disinfection: a qualitative pilot study, *Journal of Hospital Infection* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.06.023> [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5469](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5469)

Allegato n 2

**SAN GIUSEPPE S.r.l.**

**Sede Operativa: Via del Seminario , 58  
- 01021 ACQUAPENDENTE (VT)**

**PROTOCOLLO DI VALUTAZIONE E  
GESTIONE DEL RISCHIO LEGIONELLOSI  
ACQUA SANITARIA (CALDA/FREDDA)  
IMPIANTI DI CONDIZIONAMENTO  
DELL'ARIA**

*ai sensi delle "Linee Guida per la prevenzione e il controllo della*

**Legionellosi” approvate dalla Conferenza Stato-Regioni il 07/05/2015  
e DGR 460/2024**

**IL DLSPP  
PER.IND. GIZZI MARCO**

**IL MC  
Dott. CORTELLESI FABRIZIO**

Responsabile del Piano di Monitoraggio: Marroni Francesco

**Marzo 2026**

Il presente piano viene redatto secondo quanto previsto dalle “linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi” di cui alla DGR 460 del 25/06/2024 e dal “ piano di sicurezza dell’acqua” (di cui al D.lgs.18/2023 di recepimento della direttiva UE 2020/2184).

**a) Costituzione del Team Aziendale per il controllo della legionellosi**

E’ stata avviata la costituzione del Team multidisciplinare aziendale, composto dalle seguenti figure:

- Direttore Sanitario: Dr Brenci Remo
- Medico Competente: Dott. Cortellesi Fabrizio
- Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP): Marco Gizzi
- Servizio Manutenzioni: Francesco Marroni
- Servizi Amministrativi: Alberto Bambini

Funzioni del Team

- Redazione e aggiornamento valutazione rischio Legionella
- Definizione e supervisione del Piano di controllo
- Verifica efficacia misure adottate
- Coordinamento e adozione di eventuali misure correttive.

**b) Realizzazione piattaforma documentale**

La piattaforma documentale dedicata adottata dalla struttura in formato digitale e/o cartaceo contiene:

- i. Piano di valutazione rischio legionella;
- ii. Planimetria e schemi degli impianti;
- iii. Registro per la documentazione degli interventi di manutenzione ordinari e straordinari sugli impianti idrici e di climatizzazione;
- iv. Piano di campionamento;
- v. Rapporti di prova semestrali laboratori accreditati;
- vi. Scheda temperature e controlli periodici e non conformità

**c) Modalità di esecuzione e tempi di valutazione del rischio e misure di controllo**

LA valutazione del rischio legionellosi viene effettuata secondo quanto previsto dal “protocollo di valutazione e gestione del rischio legionellosi acqua sanitaria (calda/fredda) e impianti di condizionamento dell’area aggiornato il 07.01.2025.

L’aggiornamento del Piano è previsto in occasione di:

- Modifiche strutturali
- Modifiche agli impianti
- Modifiche organizzative rilevanti

L’analisi di valutazione del rischio comprende:

- Campionamento dei punti critici
- Analisi semestrali microbiologiche
  
- Valutazione della temperatura dell’acqua
- Analisi delle condizioni di stagnazione e incrostazione.

**Misure di controllo previste ed effettuate**

- Mantenere costantemente l’acqua calda ad una temperatura uguale o superiore a 50° C all’erogazione.
- Mantenere costantemente l’acqua fredda ad una temperatura inferiore a 20° C.
  
- Fare scorrere l’acqua (sia calda che fredda) dai rubinetti e dalle docce delle camere non occupate almeno una volta a settimana.
  
- mantenere le docce, i diffusori delle docce ed i rompigitto dei rubinetti puliti e privi di incrostazioni, sostituendoli all’occorrenza;
  - svuotare, disincrostare e disinfettare i serbatoi di accumulo dell’acqua calda (compresi gli scaldacqua elettrici) almeno due volte all’anno e ripristinarne il funzionamento dopo accurato lavaggio;
  
- pulire e disinfettare tutti i filtri dell’acqua regolarmente ogni 1-3 mesi;
  
- ispezionare mensilmente i serbatoi dell’acqua, le torri di raffreddamento e le tubature visibili. Accertarsi che tutte le coperture siano intatte e correttamente posizionate;

- accertarsi che eventuali modifiche apportate all'impianto, oppure nuove installazioni, non creino bracci morti o tubature con assenza di flusso dell'acqua o flusso intermittente. Ogni qualvolta si proceda a operazioni di bonifica, occorre accertarsi che subiscano il trattamento di bonifica anche: bracci morti costituiti dalle tubazioni di spurgo o prelievo, le valvole di sovrappressione e i rubinetti di bypass presenti sugli impianti;

**d) Risultato sintetico degli esiti del monitoraggio operativo di verifica sull'efficacia delle misure di controllo previste:**

Il monitoraggio microbiologico e tecnico dell'anno 2025 ha evidenziato:

- Il regolare mantenimento dei parametri di temperatura
- Conformità dei campioni analizzati.

**e) Piano di miglioramento e azioni correttive**

Il piano di miglioramento include:

- Formazione periodica del personale tecnico e sanitario
- Implementazione degli strumenti digitali
- Aggiornamento continuo secondo linee guida nazionali e regionali vigenti della valutazione del rischio legionellosi nel caso di presunto caso con descrizione degli interventi eseguiti.

**f) Pianificazione delle azioni di supporto**

Si prevede di:

- Diffusione della cultura del rischio legionella
- Audit interni annuali

