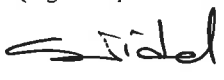
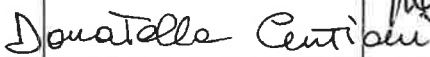
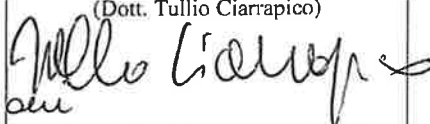




PARS - PIANO ANNUALE
PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO
CASA DI CURA QUISISANA
ANNO 2026



data	Redazione e verifica		Approvazione
Febbraio 2026	Risk Manager (Sig.ra Stéphanie Vidal) 	Direttore sanitario (Dott.ssa Donatella Centioni) 	Direttore Generale (Dott. Tullio Ciarrapico) 

PARS CASA DI CURA QUISISANA ANNO 2026

INDICE:

1	Contesto organizzativo	3
2	Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	4
3	Descrizione della posizione assicurativa	4
4.1	Resoconto delle attività del piano precedente (escluso rischio infettivo)	5
4.2	Resoconto delle attività del piano precedente – rischio infettivo	7
5	Matrice delle responsabilità.....	10
6	Obiettivi e attività (escluso rischio infettivo)	11
7	Obiettivi e attività correlate al rischio infettivo	13
8	Modalità di diffusione.....	16
9	Riferimenti normativi, bibliografia e sitografia.....	16

ALLEGATI:

- **Piano di azione locale sull'igiene delle mani 2026**
- **Programma di controllo Legionellosi e resoconto del piano 2025**

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	78	<u>AREA CHIRURGICA</u>	
		Chirurgia generale	10
		Cardiochirurgia	3
		Neurochirurgia	4
		Chirurgia Vascolare	4
		Chirurgia plastica	3
		Chirurgia Maxillo Facciale	3
		Chirurgia Toracica	4
		Ortopedia e traumatologia	8
		Urologia	6
		Ostetricia e ginecologia	5
		Otorinolaringoiatria	4
		<u>AREA MEDICA</u>	
		Medicina Interna	8
		Cardiologia	6
		Oncologia	2
Posti letto diurni	4 (2 D.S.+2 D.H.)	Servizi Trasfusionali	0
Blocchi Operatori	2	Sale Operatorie	6
Centro trapianti	no	Centro PMA	no
Terapie Intensive	8	UTIC	0
DATI DI ATTIVITÀ ^(A)			
Ricoveri ordinari	3.363	Ricoveri diurni	1.271
Accessi PS	no	parti	77
Prestazioni ambulatoriali	3.522	Visite ambulatoriali erogate	47.224

(A): Dati forniti dalla Direzione e dalla direzione sanitaria relativi all'anno 2025.

COMITATO DI CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA – CCICA

Costituzione: 18/03/2014

Composizione: direttore sanitario di struttura, direttore operativo di struttura, esperto igiene, esperto malattie infettive, esperto microbiologia, medico competente, dirigente personale sanitario, coordinatori infermieristici, coordinatori di sala operatoria e infermieri professionali, farmacista, RSPP, responsabile tecnico della struttura, risk manager.

Attività principali: monitoraggio eventi infettivi in sala operatoria e nelle degenze ai fini di adottare i necessari provvedimenti e istituire un'attività di gestione dei rischi, volta alla riduzione/eliminazione degli stessi. Consiste in: verifica e revisione dei protocolli in materia; Rilevazione del rapporto tra pazienti ricoverati e infezioni correlate; Esame del consumo di antibiotici e della correlazione tra le patologie e le terapie antibiotiche somministrate; Esame report

microbiologici; Formazione del personale in materia di prevenzione del rischio; Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica; Monitoraggio del piano locale sull'igiene delle mani; discussione sull'impiantistica.

All'interno del comitato sono presenti gruppi di lavoro dedicati all'igiene delle mani ed alla prevenzione della Legionellosi.

Non è presente in struttura una unità operativa di Igiene Ospedaliera o un reparto di malattie infettive.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Tabella 5 – Eventi segnalati nel 2025 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Anno	N° Near miss	N° Eventi avversi	N° Eventi sentinella	Principali fattori causa/ contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
2025	17	9 (7 entità lieve) (2 entità moderata)	0	Organizzativi 100%	Organizzative	Sistemi di reporting, Ufficio sinistri

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

Anno	Sinistri	Risarcimenti erogati (Euro)		
	<i>N° di aperture annuali (e riaperture)</i>	<i>Sentenze di condanna</i>	<i>Chiusure stragiudiziali</i>	<i>Totale</i>
2025	17	43.172	63.425	106.597
2024	21	0	37.043	37.043
2023	18	156.318	36.341	192.659
2022	18	22.691	47.056	69.747
2021	10	0	65.500	65.500

Sono riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.).

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza – scadenza	Compagnia Assicurativa	Premio annuo netto	Franchigia	Brokeraggio
2025	30/06/2026	Relyens Mutual Insurance	134.000 circa	1.000.000 decesso 500.000 altri	GB SAPRI S.p.A. Ora Willis Italia spa
2024	30/06/2026	Relyens Mutual Insurance	129.089 circa	1.000.000 decesso 500.000 altri	GB SAPRI S.p.A.
2023	30/06/2026	Relyens Mutual Insurance	109.181 circa	1.000.000 decesso 500.000 altri	GB SAPRI S.p.A.

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

4.1 ATTIVITÀ (ad esclusione del rischio infettivo)

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
Attività 1- Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione sulla prevenzione delle cadute
Indicatore Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2025
Realizzata SI
Stato di attuazione/relazione Il corso di formazione sulla prevenzione delle cadute è organizzato da diversi anni a cura dell'AON con l'obiettivo di incrementare la conoscenza e la consapevolezza degli operatori rispetto al tema cadute, sollecitando un atteggiamento <i>no blame</i> , proattivo ed orientato alla corretta gestione dei casi per il miglioramento dell'organizzazione. Si era inoltre analizzato il sistema di incident reporting con diffusione delle corrette modalità operative per tracciare, raccogliere, elaborare e condividere gli eventi avversi. Corso a cui avevano partecipato infermieri, fisioterapisti e OSS. Per motivi organizzativi, non è stato possibile organizzarlo nel corso dell'anno 2025. Si sottolinea però che il personale in forza presso la struttura attualmente è in larga misura lo stesso che ha partecipato al corso precedente quindi risulta formato. Si riprogramma per il 2026.

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.
Attività 1- Controllo periodico della qualità delle Cartelle Cliniche
Indicatore Analisi di almeno l'1% del totale delle cartelle cliniche dei ricoveri ordinari
Realizzata SI
Stato di attuazione/relazione Sono state esaminate cartelle cliniche pari all'1% dei ricoveri nella loro veridicità, completezza e chiarezza, utilizzando una scheda di controllo. In particolare: le raccolte dell'anamnesi, gli esami obiettivi, le SUT, i vari consensi (procedura, anestesia, comunicazione stato di salute...), le check list preoperatorie. Dalle criticità emerse, sono scaturite delle riunioni interne al fine di sensibilizzare il personale ad una maggiore attenzione nella compilazione della cartella clinica.

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.
Attività 2- Organizzazione di Audit clinici in caso di eventi critici
Indicatore Effettuazione di audit in caso di eventi avversi segnalati meritevoli di approfondimento
Realizzata SI

Stato di attuazione/relazione

Vengono eseguiti audit in caso di evento critico o di circostanza per la quale si sono riscontrate criticità particolari. Quindi in caso di evento inatteso che comprende la morte o gravi lesioni fisiche o psichiche viene avviata una indagine immediata. Indagine che ha anche la finalità di individuare problematiche cliniche, assistenziali e organizzative che possono aver contribuito alle criticità segnalate. In tali casi, all'esito dell'audit si procede all'implementazione dei meccanismi correttivi. Si tratta quindi di un processo di miglioramento della qualità dell'assistenza al paziente e degli esiti attraverso una revisione sistematica dell'assistenza nel rispetto delle più aggiornate linee guida.

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.

Attività 3- Rilevazione della qualità percepita dagli utenti**Indicatore**

Effettuazione dell'indagine della qualità percepita dagli utenti con elaborazione di report annuale e condivisione dei risultati con la direzione generale

Realizzata

SI

Stato di attuazione/relazione

La rilevazione del livello di qualità del servizio offerto percepito dagli utenti della clinica viene effettuata tramite la compilazione di un modulo di *customer satisfaction* presente in ogni stanza di degenza. Tale valutazione viene effettuata utilizzando una scala di valori con un range che va da un minimo di (1) (grado minimo di priorità e totale insoddisfazione dell'indicatore in oggetto) ad un massimo di (5) (massima priorità ed estrema soddisfazione dello stesso). Viene inoltre richiesto il grado di priorità che il paziente/utente attribuisce all'argomento.

Sulla base delle valutazioni espresse dai pazienti e dei commenti lasciati negli appositi spazi presenti, la qualità dei servizi offerti ha soddisfatto in maniera molto positiva i pazienti con una valutazione complessiva dei servizi offerti di 4,4/5.

In particolare, la soddisfazione è stata di 3.6/5 per quanto riguarda l'accoglienza e l'informazione (tranne informazioni sul sito web e sulla carta dei servizi), di 4.3/5 per quanto riguarda le cure, l'assistenza e la riabilitazione, 4.4 per la camera e l'ambiente e 4 per la ristorazione.

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE

Attività 1- Prosecuzione della formazione al personale sui rapporti con l'utenza e la prevenzione della conflittualità**Indicatore**

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

Realizzata

SI

Stato di attuazione/relazione

E' stato effettuato un corso di formazione a cura della HXO Humanities InventriX Opera con oggetto: prevenzione del rischio – proposte per lo sviluppo di sé nella gestione dei rapporti e nella prevenzione dei conflitti. Metodologia: del tipo attivo e partecipativo con il coinvolgimento dei partecipanti in attività di apprendimento esperienziale e spazi di sperimentazione degli apprendimenti e delle consapevolezze acquisite.

Obiettivi: individuare i fattori che scatenano l'aggressività nella relazione di cura con l'utenza, sviluppare la capacità di riconoscere le proprie e altrui emozioni per orientarsi a una comunicazione non conflittuale, conoscere ed applicare strumenti e tecniche utili per gestire e prevenire il rischio di conflittualità nel rapporto con l'utenza.

Esame dei vari stili di comunicazione: passivo, aggressivo, assertivo (stile più risonante ed efficace per costruire fiducia con l'interlocutore e gestire eventuali conflitti) e degli strumenti utili per costruire fiducia e alleanza con l'utenza, empatia e ascolto attivo, per una gestione efficace delle interazioni.

Esecuzione di simulazioni sperimentando le varie tecniche comunicative.

E' stata eseguita una sessione formativa che ha coinvolto principalmente il personale amministrativo in front office ed il personale paramedico (amministrazione e assicurazioni, infermieri neoassunti, coordinatori infermieristici, segreteria studi medici, fisioterapia).

4.2 ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Attività 1- Elaborazione di un protocollo sulla corretta preparazione del paziente chirurgico per la prevenzione delle infezioni della ferita chirurgica

Indicatore

Elaborazione del protocollo

Realizzata

SI

Stato di attuazione/relazione

E' stato elaborato il protocollo circa la corretta preparazione del paziente in fase pre operatoria (profilassi antibiotica e preparazione della sala operatoria), in fase intraoperatoria ed in fase post operatoria. Lo stesso è stato elaborato e condiviso con il comitato di controllo delle ICA ed è stato reso operativo.

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE.

Attività 1- Monitoraggio del piano di azione locale sull'igiene delle mani

Indicatore

Monitoraggio del piano di azione 2025

Realizzata

SI

Stato di attuazione/relazione

E' stato monitorato il piano di azione sull'igiene delle mani 2025.

E' stato costituito all'interno del CCICA il gruppo operativo dedicato, composto principalmente dai coordinatori infermieristici di reparto. Nell'attività vengono comunque coinvolti tutti i componenti del CCICA. Ad ogni riunione, si discutono dei risultati e si constata lo stato di avanzamento del piano.

Le attività previste sono state correttamente conseguite.

E' stato integrato il piano formativo esistente con le modalità per la formazione dei neo-assunti, nonché per garantire che il personale non dipendente delle associazioni professionali che prestano attività sia idoneamente formato. Sono stati formati i neo assunti.

Sono state definitive nuove modalità per un maggior coinvolgimento degli operatori sanitari all'attività di osservazione con un feedback sistematico dei risultati di tale osservazione. E' stato elaborato del materiale informativo all'attenzione dei pazienti e utenti per mantenere il livello di attenzione sull'importanza dell'igiene delle mani. A fine anno è stata eseguita la valutazione della struttura sulla base della quale è stato elaborato il piano 2026. Il piano viene allegato al presente documento.

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE.

Attività 2- monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani

Indicatore

Raccolta dati e monitoraggio

Realizzata

SI

Stato di attuazione/relazione

E' stato monitorato il consumo di soluzione idroalcolica secondo il protocollo operativo in essere nella struttura, elaborato secondo le indicazioni contenute nel protocollo "Sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani in ambito ospedaliero" pubblicato dall'Istituto Superiore di Sanità.

I dati raccolti comprendono informazioni sul consumo espresso in litri, la fonte del dato, il numero di giorni di degenza con la fonte di tale dato. E' stato creato il relativo modello di raccolta dei dati. I risultati semestrali del consumo vengono discussi alle riunioni del CCICA.

E' stato elaborato del materiale informativo all'attenzione dei pazienti e utenti per mantenere il livello di attenzione sull'importanza dell'igiene delle mani e l'utilizzo della soluzione idroalcolica. Nel 2025 si è registrato un consumo di 226 litri, per 11.880 giornate di degenza. Pertanto il consumo in litri su 1000 giornate di degenza è pari a: 19,023.

Si è pertanto registrato un aumento del consumo rispetto all'anno scorso. Si presume che le campagne di sensibilizzazione attuate dalla struttura hanno portato ad un maggior utilizzo, sia da parte degli operatori che da parte degli utenti/pazienti.

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)

Attività 1- esecuzione di almeno una edizione di corso di formazione sulle strategie di infection control e antibiotico-resistenza

Indicatore

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

Realizzata

SI

Stato di attuazione/relazione

Il corso rivolto a medici, coordinatori infermieristici, coordinatori di sala operatoria e infermieri è stato eseguito a cura di un medico infettivologo il giorno 09/07/2025. Il corso verteva sui seguenti argomenti: Epidemiologia infezioni correlate all'assistenza, dati antibioticoresistenza, definizione infezioni correlate all'assistenza, meccanismi di trasmissione infezioni correlate all'assistenza, definizione infection control e programma attuativo, strategie d'infection control standard sindromiche.

N. 1 edizione a cui hanno partecipato medici, coordinatori infermieristici, coordinatori di sala operatoria, infermieri.

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)

Attività 2- esecuzione di almeno una edizione di corso di formazione sulla gestione delle polmoniti e nuove linee di indirizzo regionali sulla gestione dei casi di Legionellosi.

Indicatore

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

Realizzata

SI

Stato di attuazione/relazione

Il corso rivolto a medici, coordinatori infermieristici, coordinatori di sala operatoria e infermieri è stato eseguito a cura di un medico infettivologo il giorno 01/10/2025.

Il corso verteva sui seguenti argomenti:

Polmoniti: introduzione, epidemiologia, definizione, classificazione: polmoniti comunitarie e correlate all'assistenza, diagnosi microbiologica e radiologica, terapia.

Polmonite da Legionella: introduzione, epidemiologia, clinica, diagnosi, terapia, sistema di sorveglianza e notifica.

N. 1 sessione a cui hanno partecipato un totale di 13 persone, tra medici, anestesisti, infermieri e la direzione sanitaria.

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)

Attività 3- Valutazione dell'applicazione del PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) emanato nel 2024 sull'individuazione precoce della sepsi e gestione della stessa

Indicatore

% di adesione al PDTA

Realizzata

SI

Stato di attuazione/relazione

A seguito dell'elaborazione della procedura nel 2024, si è voluto verificare la corretta applicazione della stessa all'interno della struttura.

Il questionario è stato sottoposto al personale infermieristico di reparto e di sala operatoria per un totale di 44 persone, al fine di valutare il livello di conoscenza in merito all'identificazione dei segni precoci di sepsi e alla corretta applicazione delle procedure previste dal protocollo assistenziale.

L'analisi delle risposte ha evidenziato che tutti i partecipanti hanno risposto correttamente ai quesiti proposti. In particolare, è emerso che il 100% del personale ha dimostrato di riconoscere precocemente i principali segni clinici associati alla sepsi e di conoscere le azioni prioritarie da intraprendere secondo protocollo.

La totalità delle risposte corrette evidenzia una buona assimilazione teorica dei contenuti legati alla gestione del paziente con sospetta sepsi. Questo risultato suggerisce che:

- la formazione precedentemente erogata è stata efficace;
- il personale possiede una solida base di conoscenze in linea con le procedure raccomandate;
- esiste consapevolezza dell'importanza della tempestività assistenziale nella prevenzione degli esiti sfavorevoli.

L'elevato livello di conoscenze rilevato rappresenta un indicatore positivo di qualità assistenziale, in quanto il riconoscimento rapido e la pronta attivazione del protocollo rappresentano fattori determinanti nel trattamento della sepsi.

In conclusione, i risultati del questionario confermano un'ottima assimilazione dell'argomento da parte del personale infermieristico.

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)

Attività 4- Effettuazione di attività di informazione e formazione in occasione della Giornata Mondiale della Sepsis il 13/09/2025. La giornata è volta ad accrescere la consapevolezza pubblica sulla sepsi, per migliorarne la prevenzione, il riconoscimento e la gestione clinica.

Indicatore

Attività di informazione e formazione del personale

Realizzata

SI

Stato di attuazione/relazione

In occasione della giornata mondiale, al fine di accrescere la consapevolezza pubblica sulla sepsi, per migliorarne la prevenzione, il riconoscimento e la gestione clinica, è stato divulgato all'interno della struttura, del materiale informativo all'attenzione dei pazienti e utenti.

E' stata organizzata una sessione formativa all'attenzione del personale infermieristico, a cura di un medico infettivologo, circa la gestione clinica del paziente, il trattamento e gli obiettivi di cura.

5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

Il Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario viene redatto dal Risk Manager e approvato dal Direttore Generale. Vengono coinvolti inoltre il Direttore Generale, il Direttore Sanitario/presidente del CCICA, il responsabile di struttura ed eventuali strutture amministrative e/o di supporto. Il Risk Manager provvede al suo monitoraggio.

AZIONE	Risk Manager/ Ufficio legale	Direttore Generale	Direttore Sanitario/ Presidente del CCICA (rischio infettivo)	Direttore Amministrativo	Strutture amministrative e tecniche di supporto
Redazione PARS	R	C	R	C	C
Validazione PARS	C	R	C	C	/
Monitoraggio PARS	R	I	R	C	C

Legenda: R: responsabile - C: coinvolto - I: interessato

6 **OBIETTIVI E ATTIVITÀ (ad esclusione del rischio infettivo)**

6.1 Obiettivi

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

6.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
Attività 1- Esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione sulla prevenzione delle cadute			
Indicatore			
Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2026			
Standard			
SI			
Fonte			
Responsabili del personale, responsabili di struttura, risk manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Responsabili del personale	Responsabili di struttura	Risk Manager
Esecuzione del corso	R	C	I

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.			
Attività 1- Controllo periodico della qualità delle Cartelle Cliniche			
Indicatore			
Analisi di almeno l'1% del totale delle cartelle cliniche dei ricoveri ordinari			
Standard			
SI			
Fonte			
Direttori sanitari, responsabili di struttura, risk manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direttori sanitari	Responsabili di struttura	Risk Manager
Analisi delle cartelle	R	C	I

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.

Attività 2- Organizzazione di Audit clinici in caso di eventi critici

Indicatore

Effettuazione di audit in caso di eventi avversi segnalati meritevoli di approfondimento

Standard

SI

Fonte

Risk manager, direttori sanitari, responsabili di struttura

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Direttori sanitari	Responsabili di struttura
Effettuazione audit	R	C	I

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.

Attività 3- Rilevazione della qualità percepita dagli utenti

Indicatore

Effettuazione dell'indagine della qualità percepita dagli utenti con elaborazione di report annuale e condivisione dei risultati con la direzione generale

Standard

SI

Fonte

Responsabili di struttura (o chi da loro individuati), risk manager, direzione generale

Azione	Responsabili di struttura	Direzione Generale	Risk Manager
Effettuazione indagine e raccolta dati-condivisione	R	C	I

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE

Attività 1- Prosecuzione della formazione del personale sui rapporti con l'utenza e la prevenzione della conflittualità

Indicatore

Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2026

Standard

SI

Fonte

Responsabili del personale, responsabili di struttura, risk manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Responsabili del personale	Responsabili di struttura	Risk Manager
Organizzazione del corso	R	C	I

7 OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

7.1 Obiettivi

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B) 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 raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

7.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO				
Attività 1- Esecuzione di un corso di formazione sulle infezioni del catetere vescicale. Indicazione a cateterizzazione. Gestione e prevenzione.				
Indicatore Esecuzione del corso entro il 31/12/2026				
Standard SI				
Fonte Medico formatore, responsabile di struttura, responsabile del personale, risk manager				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Medico formatore	Responsabile del personale	Responsabile di struttura	Risk manager
Progettazione e esecuzione del corso	R	C	I	C

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO				
Attività 2- Esecuzione di un corso di formazione sulla prevenzione delle infezioni degli accessi vascolari centrali e periferici.				
Indicatore Esecuzione del corso entro il 31/12/2026				
Standard SI				
Fonte Medico formatore, responsabile di struttura, responsabile del personale, risk manager				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Medico formatore	Responsabile del personale	Responsabile di struttura	Risk manager
Progettazione e esecuzione del corso	R	C	I	C

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Attività 3- Esecuzione di un corso di formazione sulla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, in particolare delle protesi articolari.

Indicatore

Esecuzione del corso entro il 31/12/2026

Standard

SI

Fonte

Medico formatore, responsabile di struttura, risk manager, responsabile del personale

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Medico formatore	Responsabile del personale	Responsabile di struttura	Risk manager
Progettazione e esecuzione del corso	R	C	I	C

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE.

Attività 1- monitoraggio del piano di azione locale sull'igiene delle mani

Indicatore

Monitoraggio del piano di azione

Standard

SI

Fonte

Direzione Sanitaria, responsabili di struttura, risk manager, CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione sanitaria	CCICA	Responsabile di struttura	Risk manager
Raccolta dati e monitoraggio	C	C	I	R

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE.

Attività 2- monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani

Indicatore

Raccolta dati e monitoraggio

Standard

SI

Fonte

Farmacia, Direzione Sanitaria, responsabili di struttura, risk manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttori sanitari	Responsabili di struttura	Risk Manager	Farmacia
Raccolta dati	C	C	I	R
Monitoraggio	R	C	I	I

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)

Attività 1- Elaborazione di una scheda di monitoraggio delle infezioni del catetere vescicale.

Indicatore

Elaborazione entro il 31/12/2026

Standard

SI

Fonte

Medico infettivologo, direzione sanitaria, coordinatori infermieristici, responsabili di struttura, risk manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Medico infettivologo	Direzione sanitaria	Responsabile di struttura	Coordinatori infermieristici	Risk manager
Elaborazione scheda	R	C	I	C	C

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)

Attività 2- Elaborazione di una scheda di monitoraggio delle infezioni degli accessi vascolari centrali e periferici.

Indicatore

Elaborazione entro il 31/12/2026

Standard

SI

Fonte

Medico infettivologo, direzione sanitaria, coordinatori infermieristici, responsabili di struttura, risk manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Medico infettivologo	Direzione sanitaria	Responsabile di struttura	Coordinatori infermieristici	Risk manager
Elaborazione scheda	R	C	I	C	C

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)

Attività 4- Effettuazione di attività di informazione e formazione in occasione della Giornata Mondiale della Sepsis il 13/09/2026. La giornata è volta ad accrescere la consapevolezza pubblica sulla sepsi, per migliorarne la prevenzione, il riconoscimento e la gestione clinica.

Indicatore

Attività di informazione e formazione del personale

Standard

SI

Fonte

Direttori sanitari, medico infettivologo referente, responsabili di struttura, responsabile del personale, risk manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Responsabile di struttura	Responsabile del personale	Direttore sanitario	Medico infettivologo	Risk Manager
Informazione e formazione	R	C	C	C	I

8 MODALITÀ DI DIFFUSIONE

Il PARS, una volta approvato, verrà pubblicato sulla *home page* del sito internet della struttura e condiviso con tutte le figure coinvolte nella sua elaborazione e approvazione.

9 RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Normativa nazionale di riferimento

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. – Riordino della disciplina in materia sanitaria.
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 – Razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.
- D.P.R. 14 gennaio 1997 – Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie.
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i., integrato dal D.Lgs. n. 106/2009 – Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.
- Decreto del Ministero della Salute 11 dicembre 2009 – Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità (SIMES).
- Decreto Ministeriale 12 marzo 2019 – Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG).
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 – Sicurezza delle cure e responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Atti e indirizzi ministeriali sul rischio infettivo

- Circolare Ministeriale n. 52/1985 – Lotta contro le infezioni ospedaliere.
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 – Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza.

Accordi e indirizzi nazionali

- Conferenza Stato-Regioni, seduta del 20 marzo 2008 – Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure (art. 8, comma 6, L. 131/2003).

Normativa e indirizzi regionali – Regione Lazio

- Determinazione Regionale n. G12355 del 25/10/2016 – Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella.
- Determinazione Regionale n. G12356 del 25/10/2016 – Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti (superato).
- Determinazione Regionale n. 616829 del 06/12/2017 – Istituzione del Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017.
- Determinazione Regionale n. G13505 del 25/10/2018 – Documento di indirizzo sulla prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.
- Decreto del Commissario ad Acta n. U00400 del 29/10/2018 – Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale CCICA al Centro Regionale Rischio Clinico.
- Determinazione Regionale n. G01226 del 02/02/2018 – Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM).
- Determinazione Regionale n. G00164 dell’11/01/2019 – Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM).
- Deliberazione Regione Lazio n. 970 del 21/12/2021 – Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021–2025.
- Determinazione Regionale n. G00643 del 25/01/2022 – Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS).
- Determinazione Regione Lazio n. G15198 del 06/11/2022 – Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita.
- Determinazione Regione Lazio n. G16501 del 28/11/2022 – Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA).
- DGR Regione Lazio n. 460/2024 – Linee di indirizzo per la prevenzione e il controllo della Legionellosi.
- Nota Regione Lazio del 22/01/2024 – Indicazioni per l’elaborazione del PARS.

Atti aziendali (ove applicabili)

- D.C.A. n. U00034 del 23/01/2019 – Autorizzazione all’esercizio e accreditamento istituzionale.
- D.C.A. n. U00476 del 26/11/2019 – Modifica al DCA n. U00034/2019.

Piani e programmi nazionali

- Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020–2025.
- Piano Nazionale di Contrasto all’Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022–2025.

Bibliografia e sitografia

- Ministero della Salute – Risk Management in Sanità. Il problema degli errori – Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (DM 5 marzo 2003).
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) – WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care.
- WHO – The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives (2008).
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) – Surveillance of Healthcare-Associated Infections.
- Reason J. – Managing the Risks of Organizational Accidents, 1997.
- Reason J. – Human error: models and management, BMJ 2000; 320: 768–770.
- AIFA – Manuale Antibiotici AWaRe, edizione 2023.
- Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi – Conferenza Stato–Regioni, 7 maggio 2015.
- Istituto Superiore di Sanità – Linee guida per la valutazione e la gestione del rischio per la sicurezza dell’acqua (Rapporti ISTISAN 22/32, 2022).
- Ministero della Salute – Raccomandazioni e manuali per la sicurezza dei pazienti e degli operatori (sitografia istituzionale).

CASA DI CURA QUISISANA

PALIM – PIANO ANNUALE LOCALE DI IMPLEMENTAZIONE DEL MONITORAGGIO DELL'IGIENE DELLE MANI

ANNO 2026

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) costituiscono una rilevante problematica di sanità pubblica e rappresentano un indicatore sensibile della qualità e della sicurezza delle cure erogate nelle strutture sanitarie. La prevenzione delle ICA è parte integrante dei sistemi di governo clinico e di gestione del rischio, con particolare riferimento ai contesti ospedalieri e alle strutture sanitarie private.

L'igiene delle mani è riconosciuta, a livello internazionale e nazionale, come la misura preventiva più efficace per ridurre la trasmissione di microrganismi patogeni, inclusi quelli multiresistenti, e per tutelare la sicurezza di pazienti, operatori sanitari e visitatori. Le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) e gli indirizzi regionali in materia di sicurezza delle cure individuano l'implementazione sistematica dell'igiene delle mani quale priorità strategica.

In tale contesto, il presente Piano si inserisce nel quadro del Piano di Intervento Regionale della Regione Lazio, con l'obiettivo di promuovere l'adozione di pratiche standardizzate e basate su evidenze scientifiche all'interno degli ospedali e delle cliniche private. Il Piano intende favorire un approccio strutturato e sostenibile, integrato nei processi assistenziali e organizzativi.

L'attuazione del progetto mira a rafforzare la cultura della sicurezza e della prevenzione, migliorare la qualità dell'assistenza e contribuire alla riduzione del rischio infettivo, in coerenza con gli obiettivi aziendali di appropriatezza, efficacia ed efficienza delle cure.

Il Piano di intervento è suddiviso in cinque sezioni, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani. Le cinque sezioni sono:

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

Sezione A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI: Dotazioni quantitativamente e qualitativamente adeguate per consentire agli operatori un'agevole pratica dell'igiene delle mani. Disponibilità di dispenser di soluzione idroalcolica per ogni punto di assistenza.

Sezione B: FORMAZIONE DEL PERSONALE: promuovere un corretto comportamento da parte degli operatori sanitari, in relazione agli obiettivi da raggiungere.

Il piano dovrebbe prevedere obiettivi formativi differenziati per tre principali categorie di operatori:

- Formatori;
- Osservatori: figure in possesso delle capacità, dell'addestramento e dell'esperienza necessari per rilevare correttamente le opportunità secondo il metodo OMS dei cinque momenti riducendo al minimo i potenziali fattori di confondimento;
- Operatori sanitari.

Contenuti minimi 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.

Sezione C: MONITORAGGIO E FEEDBACK: monitoraggio continuo dell'implementazione della corretta igiene delle mani nella pratica clinico- assistenziale. Utile a misurare i cambiamenti indotti dall'implementazione degli interventi e accertare l'efficacia nel migliorare la pratica dell'igiene delle mani, la percezione della sua importanza nella riduzione delle ICA e la conoscenza dei cinque momenti tra gli operatori sanitari. L'osservazione diretta, principale attività di monitoraggio (attraverso la scheda di osservazione), valuta il grado di rispetto dell'igiene delle mani, il grado di adesione da parte degli operatori e identifica eventuali criticità.

Sezione D: COMUNICAZIONE PERMANENTE: per ricordare agli operatori sanitari l'importanza dell'igiene delle mani e le indicazioni e le procedure appropriate per la sua esecuzione. Affissioni sulla corretta tecnica di frizione con soluzione alcolica o di lavaggio delle mani, in prossimità di ogni lavandino e di ogni dispenser fisso di soluzione alcolica.

Sezione E: CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT: stimolare gli operatori ad un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani ed adeguato supporto alle attività di prevenzione.

LIVELLI DI VALUTAZIONE:

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. Il punteggio, in analogia al documento OMS, individua quattro livelli:

- **INADEGUATO:** la promozione e la pratica di igiene delle mani sono insufficienti. Sono necessari significativi miglioramenti.
- **BASE:** sono in essere alcune misure ma è necessario un ulteriore miglioramento.
- **INTERMEDIO:** è stata sviluppata una adeguata strategia di promozione e la pratica di igiene delle mani è migliorata. È necessario sviluppare programmi a lungo termine per garantire che il miglioramento sia sostenuto nel tempo e progressivo. Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2023, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura.
- **AVANZATO:** la promozione e l'adesione all'igiene delle mani sono ottimali.

RESOCONTO PIANO DI AZIONE LOCALE 2025

SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

PUNTEGGIO: 90	LIVELLO: AVANZATO
AZIONI PROGRAMMATE	STATO DI ATTUAZIONE
Verifica periodica del corretto approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani; della loro distribuzione. Verifica che siano disponibili più tipi di dispenser a seconda del punto di assistenza. Verifica dello stato dei dispenser R: direzione della struttura C: ufficio tecnico e farmacia, C: direttore sanitario C: risk manager T: entro il 31/12/2025 M: trimestrale	Realizzata: SI Le verifiche sono state effettuate con le tempistiche prestabilite. Sono stati riscontrati dispenser danneggiati o non funzionanti che sono stati ripristinati. I dispenser sono risultati quasi sempre approvvigionati. La verifica periodica (trimestrale) ha quindi permesso un approvvigionamento regolare.
Verifica periodica della manutenzione dei lavandini R: direzione della struttura C: ufficio tecnico, C: risk manager T: entro il 31/12/2025 M: semestrale	Realizzata: SI Le verifiche sono state effettuate. Alcuni lavandini sono stati sostituiti. Lo stato generale risulta buono.

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

PUNTEGGIO: 75	LIVELLO: INTERMEDIO
AZIONI PROGRAMMATE	STATO DI ATTUAZIONE
Garantire la formazione obbligatoria per i neo assunti e del personale non dipendente che presta servizio all'interno della struttura (associazioni professionali) R: direzione della struttura, C: formatori e osservatori, C: direzione sanitaria, C: ufficio del personale, C: risk manager T: entro il 31/12/2025 M: annuale	Realizzata: SI E' operativo un piano formativo con le modalità per la formazione dei neo-assunti, nonché per garantire che il personale non dipendente delle associazioni professionali che prestano attività si idoneamente formato. Sono stati formati tutti i neo assunti.

SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

PUNTEGGIO: 67,5	LIVELLO: INTERMEDIO
AZIONI PROGRAMMATE	STATO DI ATTUAZIONE
Esecuzione delle attività di osservazione con cadenza semestrale R: direzione della struttura C: formatori e osservatori, C: direzione sanitaria, C: risk	Realizzata: SI L'attività di osservazione viene eseguita con le tempistiche previste. I risultati sono stati

manager T: entro il 31/12/2025 M: semestrale	condivisi con i formatori, la direzione sanitaria, la direzione della struttura ed il risk manager. Dalle attività di osservazione eseguite, la compliance risulta essere del 97%.
Presentare i risultati delle osservazioni ad ogni riunione del CCICA ed alla direzione della struttura R. CCICA C: direzione della struttura, C: direzione sanitaria, C: risk manager T: entro il 31/12/2025 M: trimestrale	Realizzata: SI Ad ogni riunione del CCICA si discute dei risultati delle attività di osservazione. Inoltre è in corso un processo di definizione per stabilire una efficiente modalità per la condivisione dei risultati con il personale oggetto dell'osservazione.
Indagine sul consumo di soluzione idroalcolica R: direzione della struttura C: farmacia, C: direzione sanitaria, C: risk manager T: entro il 31/12/2025 M: semestrale	Realizzata: SI Indagini eseguite semestralmente. Risultati condivisi con il CCICA ad ogni riunione. Nel 2025 si è registrato un consumo di 226 litri, per 11.880 giornate di degenza. Pertanto il consumo in litri su 1000 giornate di degenza è pari a: 19,023. Si è pertanto registrato un aumento del consumo rispetto all'anno scorso. Si presume che le campagne di sensibilizzazione attuate dalla struttura hanno portato ad un maggior utilizzo, sia da parte degli operatori che da parte degli utenti/pazienti.
Esecuzione della valutazione annuale della struttura R: direzione della struttura C: direzione sanitaria, C: risk manager T: entro il 31/12/2025 M: annuale	Realizzata: SI Eseguita valutazione annuale della struttura discussa con la direzione e con il CCICA. In base ai risultati ottenuti, si dispone il piano per l'anno 2026.
SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE	
PUNTEGGIO: 70	LIVELLO: INTERMEDIO
AZIONI PROGRAMMATE	STATO DI ATTUAZIONE
Verificare che il materiale informativo sia esposto in tutti gli ambienti clinici. Verificare che il materiale sia in buone condizioni e chiaramente esposto. R: direzione della struttura C: formatori e osservatori, C: ufficio tecnico, C: risk manager T: entro il 31/12/2025 M: semestrale	Realizzata: SI La verifica da parte dell'ufficio tecnico è stata eseguita semestralmente, come previsto. Il materiale è risultato in buone condizioni e chiaramente esposto.

Verificare che il materiale informativo sia aggiornato. R: direzione della struttura C: formatori e osservatori, C: direzione sanitaria, C: ufficio tecnico, C: risk manager T: entro il 31/12/2025 M: semestrale	Realizzata: SI Verifica eseguita semestralmente. Il materiale risulta aggiornato.
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	
PUNTEGGIO: 70	LIVELLO: INTERMEDIO
AZIONI PROGRAMMATE	STATO DI ATTUAZIONE
Predisporre del materiale informativo sull'importanza dell'igiene delle mani all'attenzione dei pazienti e visitatori R: direzione della struttura C: gruppo operativo CCICA, C: direzione sanitaria, C: ufficio tecnico, C: risk manager T: entro il 31/12/2025 M: annuale	Realizzata: SI In occasione della giornata mondiale del 05/05/2025 è stato predisposto del materiale informativo che è stato affisso in tutti gli spazi comuni (segreterie, ambulatori, sale d'attesa...).
Gruppo operativo CCICA: monitorare il piano d'azione locale della struttura e promuovere nuove iniziative. Ad ogni riunione verbalizzare risultati e rivedere il piano di azione di conseguenza. R: CCICA C: direzione della struttura, C: direzione sanitaria C: risk manager T: entro il 31/12/2025 M: trimestrale	Realizzata: SI Il gruppo operativo è composto principalmente dalle caposala di reparto ma nell'attività vengono coinvolti tutti i componenti del CCICA. Ad ogni riunione, si discutono dei risultati e si constata lo stato di avanzamento del piano. Si è proposto di instaurare un sistema efficiente di condivisione dell'attività di osservazione al personale oggetto di tale attività, nonché a tutto il personale.

PIANO DI AZIONE LOCALE 2026

SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

PUNTEGGIO: 100 - LIVELLO: AVANZATO

AZIONI PROGRAMMATE

Verifica periodica del corretto approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani; della loro distribuzione. Verifica che siano disponibili più tipi di dispenser a seconda del punto di assistenza. Verifica dello stato dei dispenser

R: direzione della struttura

C: ufficio tecnico e farmacia, C: direttore sanitario C: risk manager

T: entro il 31/12/2026

M: trimestrale

Verifica periodica della manutenzione dei lavandini

R: direzione della struttura

C: ufficio tecnico, C: risk manager

T: entro il 31/12/2026

M: semestrale

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

PUNTEGGIO: 75 - LIVELLO: INTERMEDIO

AZIONI PROGRAMMATE

Garantire la formazione obbligatoria per i neo assunti e del personale non dipendente che presta servizio all'interno della struttura (associazioni professionali)

R: direzione della struttura,

C: formatori e osservatori, C: direzione sanitaria, C: ufficio del personale, C: risk manager

T: entro il 31/12/2026

M: annuale

SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

PUNTEGGIO: 75 - LIVELLO: INTERMEDIO

AZIONI PROGRAMMATE

Esecuzione delle attività di osservazione con cadenza semestrale

R: direzione della struttura

C: formatori e osservatori, C: direzione sanitaria, C: risk manager

T: entro il 31/12/2026

M: semestrale

Presentare i risultati delle osservazioni ad ogni riunione del CCICA ed alla direzione della struttura. Condivisione dei risultati con il personale oggetto delle osservazioni e con tutto il personale di reparto.

R. CCICA

C: direzione della struttura, C: direzione sanitaria, C: risk manager

T: entro il 31/12/2026 M: trimestrale
Condivisione dei risultati dell'attività di osservazione con il personale oggetto delle osservazioni e con tutto il personale di reparto. R. CCICA C: direzione della struttura, C: direzione sanitaria, C: risk manager T: entro il 31/12/2026 M: semestrale
Indagine sul consumo di soluzione idroalcolica R: direzione della struttura C: farmacia, C: direzione sanitaria, C: risk manager T: entro il 31/12/2026 M: semestrale
Esecuzione della valutazione annuale della struttura R: direzione della struttura C: direzione sanitaria, C: risk manager T: entro il 31/12/2026 M: annuale
SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE
PUNTEGGIO: 70 - LIVELLO: INTERMEDIO
AZIONI PROGRAMMATE
Verificare che il materiale informativo sia esposto in tutti gli ambienti clinici. Verificare che il materiale sia in buone condizioni e chiaramente esposto. R: direzione della struttura C: formatori e osservatori, C: ufficio tecnico, C: risk manager T: entro il 31/12/2026 M: semestrale
Verificare che il materiale informativo sia aggiornato. R: direzione della struttura C: formatori e osservatori, C: direzione sanitaria, C: ufficio tecnico, C: risk manager T: entro il 31/12/2026 M: semestrale
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT
PUNTEGGIO: 75 - LIVELLO: INTERMEDIO
AZIONI PROGRAMMATE
Predisporre del materiale informativo sull'importanza dell'igiene delle mani all'attenzione dei pazienti e visitatori. Verificare che l'attuale materiale sia affisso nei punti strategici e che sia in buone condizioni. R: direzione della struttura C: gruppo operativo CCICA, C: direzione sanitaria, C: ufficio tecnico, C: risk manager T: entro il 31/12/2026 M: annuale

Gruppo operativo CCICA: monitorare il piano d'azione locale della struttura e promuovere nuove iniziative. Ad ogni riunione verbalizzare risultati e rivedere il piano di azione di conseguenza.

R: CCICA

C: direzione della struttura, C: direzione sanitaria C: risk manager

T: entro il 31/12/2026

M: trimestrale

Piano approvato dal CCICA.



RESOCONTO DEL PROGRAMMA DI PREVENZIONE, SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI Dell'anno 2025

Casa di Cura Quisisana – Casa di Cura Villa Stuart

Introduzione

La legionellosi è una malattia di origine ambientale causata da batteri del genere *Legionella*, che può rappresentare un rischio significativo per la popolazione assistita, in particolare per soggetti fragili o immunodepressi, e per il personale esposto ad aerosol contaminati.

In ottemperanza alla DGR Regione Lazio n. 460 del 28 giugno 2024 e alle Linee guida Stato–Regioni 2015, la Casa di Cura ha istituito un Programma di prevenzione, sorveglianza e controllo della legionellosi, integrato nel Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario (PARS), con l'obiettivo di garantire:

- la tutela della salute dei pazienti e degli operatori;
- la corretta gestione degli impianti idrici e aeraulici;
- la verifica e il miglioramento continuo delle misure preventive e correttive;
- la tracciabilità e l'aggiornamento della documentazione a supporto del risk management aziendale.

Il Programma si fonda su un approccio multidisciplinare, coordinato da un team dedicato, che integra competenze cliniche, tecniche, igienico-sanitarie e gestionali, e definisce procedure operative, monitoraggi ambientali e azioni correttive in grado di mantenere il rischio legionellosi entro livelli accettabili e conformi alle normative vigenti.

Team Multidisciplinare

Il Gruppo di Lavoro Multidisciplinare è in corso di costituzione e sarà dedicato alla prevenzione e al controllo della legionellosi, quale parte integrante del sistema di gestione del rischio infettivo aziendale.

Il Team opererà con cadenza programmata e in occasione di eventi sentinella, ed sarà responsabile di:

- definizione e aggiornamento annuale del Programma;
- analisi dei risultati del monitoraggio ambientale e clinico;
- proposta di azioni correttive e di miglioramento;
- integrazione delle attività nel PARS e nel DVR.

Verrà composto da:

Ruolo	Responsabilità principali	Frequenza intervento / Attività
Direttore Sanitario	Coordinamento generale del Programma, validazione della valutazione del rischio, approvazione delle azioni correttive, collegamento con PARS	Annuale e su eventi sentinella
Ufficio Tecnico / Responsabile Impianti	Gestione e manutenzione impianti idrici e aeraulici, supporto tecnico alla valutazione del rischio, esecuzione misure correttive	Programmata (mensile/semestrale) e su necessità
RSPP / Medico competente	Valutazione rischio professionale del personale, definizione DPI, monitoraggio esposizione lavoratori	Annuale, aggiornamenti su variazioni impianto/attività
Risk Manager	Analisi dati di monitoraggio, verifica efficacia misure di controllo, integrazione nel PARS, report a Direzione	Annuale e in caso di criticità
Referente Controllo Infezioni / Igienista	Supervisione pratiche cliniche a rischio, analisi campionamenti microbiologici, audit procedure operative	Quadrimestrale (monitoraggio) e annuale (revisione protocollo)
Coordinatore Infermieristico / Caposala	Implementazione procedure operative nei reparti, formazione del personale, compliance alle misure preventive	Continuo, aggiornamento annuale
Personale Manutenzione / Tecnici specializzati	Esecuzione interventi sugli impianti, sanificazione, supporto operativo nelle azioni correttive	Programmata (secondo calendario impianti) e su richiesta

Indicatore: Costituzione formale del team multidisciplinare

Standard: 100%

Documentazione

I documenti relativi alla gestione del rischio legionellosi sono presso l'ufficio tecnico di ogni struttura, al fine di garantire aggiornamento e disponibilità delle informazioni rilevanti e sono:

- Programma di controllo della legionellosi e valutazione del rischio; azioni correttive e piani di miglioramento
- registri di manutenzione e sanificazione;
- report di monitoraggio microbiologico;
- verbali del Gruppo di Lavoro (dal 2026);
- evidenze formative (presso ufficio risk management e ufficio del personale).



Indicatore: Presenza archivio documentale	Standard: 100%
Indicatore: completezza documentale	Standard: $\geq 95\%$
Indicatore: aggiornamento annuale documentazione	Standard: 100%

Valutazione del Rischio e Misure di Controllo

La valutazione del rischio legionellosi è effettuata tenendo conto di:

- tipologia e vulnerabilità dei pazienti assistiti;
- pratiche assistenziali a rischio;
- caratteristiche impiantistiche;
- storico epidemiologico e ambientale.

Sulla base della valutazione sono state implementate **misure di controllo strutturate**, comprendenti:

- trattamenti continui e programmati della rete idrica;
- sanificazione periodica degli impianti di climatizzazione;
- gestione e sostituzione programmata dei terminali idrici;
- procedure assistenziali dedicate ai dispositivi respiratori.

Indicatore: Aggiornamento annuale valutazione del rischio	Standard: 100%
Indicatore: Adozione misure di controllo impiantistiche previste	Standard: $\geq 95\%$

Monitoraggio di Verifica dell'Efficacia delle Misure di Controllo

L'efficacia delle misure adottate è verificata attraverso un sistema di monitoraggio ambientale e microbiologico programmato, comprendente:

- campionamenti periodici della rete idrica sanitaria;
- controlli microbiologici su superfici, aria e impianti;
- monitoraggio ambientale in aree critiche (sale operatorie, ambulatori chirurgici).

I risultati sono analizzati dal Team multidisciplinare e utilizzati per la valutazione dell'andamento del rischio.

Indicatore: Campionamenti effettuati / programmati	Standard: $\geq 95\%$
Indicatore: % campioni positivi per Legionella spp	Standard: < soglie LG 2015
Indicatore: Analisi dei risultati da parte del Team	Standard: 100%
Indicatore: Reporting	Standard: 100%

Piano di Miglioramento e Azioni Correttive

In presenza di non conformità o positività microbiologiche, vengono attivate le **azioni correttive previste dalle Linee guida Stato-Regioni 2015**, con:

- revisione della valutazione del rischio;
- interventi di bonifica e disinfezione;
- incremento della sorveglianza;
- ricampionamento di verifica.



Indicatore: Attivazione azioni correttive in caso di positività	Standard: 100%
Indicatore: Attivazione azioni correttive in caso di positività	Standard: 100%
Indicatore: Tempo di attivazione azioni correttive	Standard: ≤ 30 giorni
Indicatore: Verifica di efficacia post-intervento	Standard: 100%

Azioni di Supporto

A supporto del Programma sono e/o saranno attuate:

- attività formative periodiche per personale sanitario, tecnico e manutentivo;
- iniziative di informazione e sensibilizzazione;
- integrazione del Programma con PARS, DVR e sistemi di gestione della sicurezza;
- supporto organizzativo e gestionale della Direzione Aziendale.

Indicatore: Personale formato sul totale previsto	Standard: ≥ 90%
Indicatore: Aggiornamento formativo annuale	Standard: ≥ 1 evento/anno

Valutazione complessiva

Il sistema di prevenzione e controllo della legionellosi risulta **strutturato, monitorato e integrato nel PARS**, con indicatori di processo ed esito idonei a garantire il mantenimento del rischio entro livelli accettabili e conformi agli indirizzi regionali.

IN ALLEGATO PIANO VIGENTE.



PROGRAMMA DI CONTROLLO LEGIONELLOSI

CASA DI CURA QUISISANA CASA DI CURA VILLA STUART

ANNO 2026

1. Introduzione

In tutte le strutture residenziali sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale (di seguito SSR) la Deliberazione 28 giugno 2024, n.460 Regione Lazio, *Approvazione delle Linee di indirizzo regionale per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi* raccomanda di costituire un gruppo di lavoro multidisciplinare con il compito di definire, con cadenza annuale, il Programma di controllo della legionellosi.

In ottemperanza quindi a quanto disposto dalla citata Deliberazione 28 giugno 2024 è stato istituito apposito gruppo di lavoro multidisciplinare con il compito di definire con cadenza annuale il presente programma di controllo della legionellosi, quale allegato al Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario (PARS).

All'interno della **Casa di Cura Quisisana** e della **Casa di Cura Villa Stuart** sono applicate procedure di trattamento antilegionella nei sistemi impiantistici mediante interventi, periodici e straordinari, degli impianti idrici e di condizionamento a cura dell'ufficio tecnico.

2. Epidemiologia

"Legionellosi" è la definizione di tutte le forme morbose causate da batteri gram-negativi aerobi del genere *Legionella*. Essa si può manifestare sia in forma di polmonite, sia in forma febbrile extrapolmonare o in forma subclinica. La specie più frequentemente coinvolta in casi umani è *Legionella pneumophila* anche se altre specie sono state isolate da pazienti con polmonite.

3. Siti epidemici e condizioni naturali favorevoli

L'unico serbatoio naturale di *Legionella* è l'ambiente. Dal serbatoio naturale (ambienti lacustri, corsi d'acqua, acque termali, ecc.) il germe passa nei siti che costituiscono il serbatoio artificiale (acqua condottata cittadina, impianti idrici dei singoli edifici, piscine ecc.). Il microrganismo è ubiquitario e la malattia può manifestarsi con epidemie dovute ad un'unica fonte con limitata esposizione nel tempo e nello spazio all'agente eziologico, oppure con una serie di casi indipendenti in un'area ad alta endemia o con casi sporadici senza un evidente raggruppamento temporale o geografico. Focolai epidemici si sono ripetutamente verificati in ambienti collettivi a residenza temporanea, come ospedali o alberghi. I casi di polmonite da *Legionella* si manifestano prevalentemente nei mesi estivo-autunnali per quelli di origine comunitaria, mentre quelli di origine nosocomiale non presentano una particolare stagionalità.

4. Rischio per tipologia di pazienti assistiti

Il rischio di acquisizione della malattia è principalmente correlato alla suscettibilità individuale del soggetto esposto e al grado di intensità dell'esposizione, rappresentato dalla quantità di legionelle presenti e dal tempo di esposizione. Sono importanti inoltre la virulenza e la carica infettante dei singoli ceppi di legionelle che determinano l'espressione clinica dell'infezione. La virulenza delle legionelle potrebbe essere aumentata dalla replicazione del microrganismo nelle amebe presenti nell'ambiente acquoso. Per quanto siano state descritte 42 diverse specie di Legionella, non tutte sono state associate alla malattia nell'uomo. La pneumophila è la specie più frequentemente rilevata nei casi diagnosticati.

Fattori predisponenti la malattia:

- l'età avanzata,
- sesso maschile,
- il fumo di sigaretta,
- la presenza di malattie croniche,
- l'immunodeficienza,
- presenza di sonda nasogastrica (per alimentazione),
- inalazione di acqua non sterile.

Malattie di base predisponenti:

- Broncopneumopatia cronica ostruttiva da immunosoppressione,
- Trapianto d'organo,
- Terapia corticosteroidica,
- Neoplasie,
- Interventi chirurgici ORL,
- Insufficienza renale terminale,
- Insufficienza cardiaca,
- Diabete,
- infezione da HIV,
- trattamento con corticosteroidi, chemioterapia antitumorale, radioterapia, farmaci anti-TNF- α (Tumor Necrosis Factor- α) o altri immunosoppressivi, che, per durata e/o dosaggio dei farmaci, non è tale da indurre un'immunodepressione profonda,
- etilismo cronico,
- tossicodipendenza per via venosa

5. Pratiche assistenziali a rischio

Le procedure assistenziali, particolarmente quelle correlate all'assistenza respiratoria, devono essere considerate nella valutazione del rischio potenziale. Di seguito sono sintetizzate le possibili fonti di trasmissione della Legionella correlata ad alcune pratiche assistenziali.

Possibili pratiche a rischio:

- Broncoscopia,
- Broncoaspirazione,
- Broncolavaggio,
- Ventilazione assistita,
- Intubazione orotracheale,



- Tracheostomia,
- Sondino naso-gastrico,
- Trattamenti odontoiatrici,
- Aerosol terapia,
- Ossigeno terapia,
- Parto in acqua.

Esempi di articoli semicritici usati sul tratto respiratorio:

- Maschere facciali o tubi endotracheali,
- Tubi del circuito inspiratorio ed espiratorio,
- Raccordo ad Y,
- Pallone réservoir per la rianimazione,
- Umidificatore,
- Circuiti respiratori di ventilatori meccanici,
- Spirometria e boccagli,
- Broncoscopi e loro accessori (pinze per biopsia e spazzolini per campioni devono essere sterili),
- Tubi endotracheali ed endobronchiali,
- Lame del laringoscopio,
- Boccagli e tubi per le prove di funzionalità respiratoria nebulizzatori e réservoir maschere ed occhialini per l'ossigenazione,
- Sonde dell'analizzatore di CO₂ e dei monitor della pressione dell'aria palloni per la rianimazione manuale,
- Mandrini per intubazione, sondini per aspirazione,
- Sensori di temperatura.

6. Rischio per caratteristiche impiantistiche

Sotto il profilo impiantistico il rischio Legionellosi dipende da un certo numero di fattori. A seguire, si elencano quelli più importanti:

- Temperatura dell'acqua compresa tra 20° e 50°C,
- Presenza di tubazioni con flusso d'acqua minimo o assente (tratti poco o per nulla utilizzati della rete, utilizzo saltuario delle fonti di erogazione),
- Caratteristiche e manutenzione degli impianti e dei terminali di erogazione (pulizia, disinfezione),
- Caratteristiche dell'acqua di approvvigionamento a ciascun impianto (fonte di erogazione, disponibilità di nutrimento per Legionella, presenza di eventuali disinfettanti),
- Vetustà, complessità e dimensioni dell'impianto,
- Ampliamento o modifica di impianto esistente (lavori di ristrutturazione),
- Utilizzo di gomma e fibre naturali per guarnizioni e dispositivi di tenuta,
- Presenza e concentrazione di Legionella, evidenziata a seguito di eventuali pregressi accertamenti ambientali (campionamenti microbiologici).



7. Rischio associato ad attività professionali

Al momento per gli operatori sanitari di assistenza, il rischio di contrarre la legionellosi si riduce ai casi in cui avvenga l'inalazione di aerosol contaminato (ad esempio durante operazioni che riguardano l'igiene personale del paziente con utilizzo di acqua) al quale peraltro sono esposti anche i pazienti. Tale evento si configura come poco probabile nell'ambito del presente programma di controllo del rischio legionellosi correlata all'assistenza ed alla luce del più ridotto grado di suscettibilità all'infezione da parte di individui con sistema immunitario integro (in particolare in assenza di fattori predisponenti).

All'opposto, i tecnici della prevenzione addetti agli interventi di ispezione, controllo e campionamento e, più in generale, gli addetti alla manutenzione degli impianti idrici e aeraulici, capaci di generare aerosol potenzialmente contaminati, devono ritenersi a maggior rischio di esposizione alla Legionella. Per questi è d'obbligo l'adozione di Dispositivi di protezione individuale (DPI) (facciali filtranti, occhiali di protezione, guanti e tute di protezione).

8. Sorveglianza sanitaria

Principali obiettivi

- Monitorare la frequenza di legionellosi sia dal punto epidemiologico che clinico nosologico, con particolare attenzione ai fattori di rischio per l'acquisizione della malattia;
- Identificare eventuali variazioni nell'andamento della malattia;
- Identificare cluster epidemici di legionellosi dovuti a particolari condizioni ambientali al fine di evidenziare i fattori di rischio ed interrompere la catena di trasmissione.

Definizione del caso

Poiché non vi sono sintomi o segni o combinazioni di sintomi specifici della legionellosi, la diagnosi deve essere confermata dalle prove di laboratorio.

1) Caso accertato

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

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

2) Caso presunto

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

1. aumento di almeno 4 volte del titolo anticorpale specifico, relativo a sierogruppi o specie diverse da *L. pneumophila* sierogruppo 1;
2. positività all'immunofluorescenza diretta con anticorpi monoclonali o policlonali di materiale patologico;
3. singolo titolo anticorpale elevato ($\geq 1:256$) verso *L. pneumophila* sierogruppo 1.

3) Focolaio epidemico

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

9. Valutazione del rischio

La valutazione del rischio deve essere effettuata in ciascuna struttura sanitaria, tenendo conto delle caratteristiche ambientali e impiantistiche, e sviluppando maggiormente la raccolta e l'elaborazione dei dati inerenti la tipologia di popolazione ospitata e assistita, le prestazioni erogate e i precedenti epidemiologici.

Si rimanda al documento di valutazione dei rischi redatto sulla base del Testo Unico della Sicurezza sul Lavoro, secondo il D.lgs. 81/2008 e s.m.i..

Nella tabella che segue vengono riportati i fattori preliminari da considerare per la classe di rischio di riferimento.

Tabella 9 - Fattori da considerare nella valutazione del rischio nelle strutture sanitarie

Tipologia di pazienti assistiti	Il rischio di sviluppare la <i>legionellosi</i>, dopo esposizione a <i>Legionella</i> nell'ambiente, è: 1. molto elevato: in pazienti profondamente immunodepressi, quali: • pazienti sottoposti nel corso del ricovero a trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche o a trapianto di organo solido. • pazienti sottoposti a chemioterapia particolarmente immunodepressiva (ad es. per leucemia mieloide acuta dell'infanzia). • pazienti con granulocitopenia di lunga durata (PMN neutrofili $\leq 500/\text{mL}$). • pazienti affetti da tumore sottoposti a chemioterapia preventiva e trattamento corticosteroidico ad alte dosi ($> 5 \text{ mg/kg}$ di prednisone per più di 5 giorni) o prolungato ($0,5 \text{ mg/kg}$ di prednisone per 30 giorni o più o equivalenti). 2. aumentato in presenza di patologie, condizioni individuali, quali: • abitudine al fumo • diabete mellito, scompenso cardiaco, BPCO, nefropatie • intervento chirurgico in anestesia generale • tumori maligni • infezione da HIV • trattamento con corticosteroidi, chemioterapia antitumorale, radioterapia, farmaci anti-TNF-α (Tumor Necrosis Factor-α) o altri immunosoppressivi, che, per durata e/o dosaggio dei farmaci, non è tale da indurre un'immunodepressione profonda • aumentare dell'età • etilismo cronico • tossicodipendenza per via venosa Complessivamente, le condizioni di cui al punto 2 sono molto diffuse nella popolazione generale, e di conseguenza anche tra i pazienti ospedalizzati. Pertanto, più che per definire i reparti a rischio, vanno considerati come fattori di rischio individuali.
Pratiche sanitarie che aumentano il rischio	• Parto in acqua. • Pratiche sanitarie inerenti le vie aeree: intubazione, ventilazione, aspirazione, aerosol, ecc. (si veda anche il paragrafo: "Prevenzione della legionellosi associata a procedure assistenziali).
Storico antecedente della struttura	Il rischio di trasmissione di <i>Legionella</i> può aumentare in una qualsiasi delle condizioni riportate di seguito: • Precedenti casi di legionellosi nosocomiale • Isolamento in passato di <i>Legionella</i> dagli impianti idrici od aeraulici.



Tabella per la classificazione del rischio:

Tipologia dei pazienti assistiti	La popolazione generale considerata rientra al punto 2 della tabella 9.
Pratiche sanitarie che aumentano il rischio	Non si effettuano le seguenti pratiche sanitarie che comportano aumenti di rischio: Parto in acqua. Si effettuano pratiche sanitarie inerenti le vie aeree.
Storico antecedente delle strutture	Non si evidenziano: - Precedenti casi di legionellosi nosocomiale - Isolamento in passato di Legionella dagli impianti idrici od aeraulici

10. Misure di prevenzione impiantistiche

A. Programma di manutenzione e di igienizzazione dell'impianto di condizionamento e trattamento aria:

- UTA (Unità trattamento aria)

Cadenza - ogni due settimane:

Lavaggio e igienizzazione del primo stadio di filtrazione e verifica stato dei filtri 2° stadio.

Cadenza – mensile

Verifica e pulizia vasca drenaggio e condense

Controllo scarichi e sifoni condense

Controllo sezioni umidificazione (se presenti)

Cadenza - Semestrale

Pulizia ed igienizzazione delle prese d'aria esterne

Sanificazione completa UTA

Sostituzione integrale dei filtri 1° stadio (prefiltri), secondo stadio (filtri a tasche rigide) e terzo stadio (filtri assoluti nelle sale operatorie, ambulatori chirurgici, terapia intensiva, stanze isolati dei reparti).

Sanificazione diffusori di mandata e griglie di ripresa

- Sanificazione fancoil e split:

Cadenza - Bimestrale

Pulizia prefiltra e verifica stato condensa

Cadenza - Semestrale

Sanificazione batteria

Sanificazione ventilatore

Sanificazione griglie di ripresa e mandata

Sostituzione filtro



B. Misure di prevenzione sull' Impianto idrico sanitario

- Circuito acqua calda:

Sanificazione dei boiler dell'acqua calda sanitaria con frequenza annuale.

Trattamento dell'acqua calda sanitaria con sanificante antilegionella a base di monoclorammina con erogazione del prodotto in continuo con impianto sottoposto a manutenzione mensile e con monitoraggio in remoto con telecontrollo. (Ditta Sanipur S.p.a.)

- Circuito acqua fredda dell'impianto idrico sanitario:

La procedura prevede il trattamento dell'acqua con impianto addolcitore per l'addolcimento della durezza. L' acqua fredda in ingresso ai bollitori è provvista di una disinfezione continua su tutta la rete idrica mediante dosaggio proporzionale di soluzione di ipoclorito e successivo sistema di neutralizzazione di eventuale cloro attivo in eccesso. La concentrazione di ipoclorito deve essere di circa 20 mg/l.

Il prodotto usato e i componenti per il dosaggio del prodotto sono di marca "CILLICHEMIE".

- Programma di sanificazione terminali

Cadenza- Quadrimestrale

Viene effettuato un monitoraggio completo quadrimestrale dei terminali dell'impianto idrico sanitario con sostituzione integrale dei rompigetto. Sostituzione dei miscelatori e doccette ammalorati. La sostituzione integrale delle doccette e flessibili viene eseguita 1 volta all'anno. Tutte le attività sono annotate su appositi registri.

- Rischio flussimetri e gorgogliatori

I gorgogliatori vengono utilizzati esclusivamente con acqua sterile o fisiologica e vengono sanificati ogni cambio di paziente.

Qualora non vengano utilizzati, vengono sanificati e lasciati senza acqua.

Blocco di erogazione /flussimetro: insieme di parti meccaniche che consentono il passaggio dell'O2 dall'impianto di erogazione fino al flussimetro (dispositivo che garantisce il flusso di O2 prescritto). Devono essere decontaminati dopo l'utilizzo avvenuto per ogni singolo paziente subito dopo aver rimosso il gorgogliatore. Detergere e disinfettare con DECS al 5% - tempo di contatto 5 minuti, risciacquo. E' opportuno procedere alla decontaminazione anche ogni qual volta si procede alla sostituzione della bombola sia pure per lo stesso paziente.

Manometro: Dispositivo per il controllo della pressione dell'O2. Detergere e disinfettare con DECS al 5% - tempo di contatto 5 minuti, risciacquo.

Gorgogliatori pluriuso: Sono costituiti da un contenitore in plastica con filettatura e tappo a vite con asticella erogatrice, attenersi alle seguenti indicazioni:

Prima di procedere all'inserimento del gorgogliatore lavarsi le mani o frizionarle con il gel idroalcolico.

Per garantire l'uso mono - paziente il gorgogliatore pluriuso deve essere montato vuoto e allestito con acqua sterile solo al momento dell'utilizzo.



Inserire con tecnica asettica il quantitativo di acqua sterile nel gorgogliatore: utilizzare come punto di riferimento il livello MIN segnalato dalle tacche presenti sul gorgogliatore.

I gorgogliatori pluriuso devono essere disinfettati/sterilizzati ad ogni cambio di paziente

In caso di reparti e/o pazienti a basso rischio, qualora il paziente necessiti di somministrazione di O₂ per periodi protratti, occorrerà disinfettare il gorgogliatore ogni sette giorni.

Nelle UO Intensive o per pazienti con patologie delle vie respiratorie, o con ridotte difese immunitarie o con sospette/conclamate malattie infettive il gorgogliatore andrà disinfettato ogni 24 ore.

Al termine dell'utilizzo il contenitore a bicchiere deve essere disinfettato/sterilizzato. Il tappo a vite e l'asticella devono essere smontati dal flussimetro e decontaminati con detergente/disinfettante ad alto livello -tempo di contatto 5 minuti), sciacquati accuratamente, asciugati con panno carta e messi (autoclave).

Dispositivi per somministrazione O₂: Sono costituiti dai Tubi di raccordo, Maschera di Venturi, Occhiali per O₂. Questi dispositivi sono da considerarsi mono-utente. Per lo stesso paziente sostituire il dispositivo ogni 24 h nei reparti a rischio e/o in pazienti con infezione delle basse vie respiratorie o con ridotte difese immunitarie.

Per tutti gli altri pazienti/reparti effettuare la sostituzione del dispositivo ogni 7 giorni o nel caso in cui appaiano visibilmente sporchi. Nelle situazioni in cui si ritiene possibile il ricorso in emergenza alla O₂ TH è opportuno mantenere i dispositivi per la somministrazione ancora confezionati, poggiati sull'erogatore e pronti per l'uso.

Kit aerosol: Anche il kit per aerosol è mono-paziente. Dopo ogni singolo utilizzo è necessario procedere alla detersione e disinfezione (tempo di contatto 5 minuti), all'accurato risciacquo ed all'asciugatura dell'ampolla. In caso di reparti a rischio e/o di pazienti con patologie delle basse vie respiratorie o con ridotte difese immunitarie è opportuno sostituire in ogni caso il kit ogni 24-48 ore.

C. Monitoraggio microbiologico

Per verificare l'efficacia delle procedure di prevenzione, all'interno della struttura vengono eseguiti una serie di controlli con la frequenza e le modalità previste dal documento "linee guida sugli standard di sicurezza e di igiene del lavoro 2009" dell'I.S.P.E.L.S.

I controlli a cadenza quadrimestrale prevedono:

Analisi microbiologiche delle superfici mediante tamponi (sia nei blocchi operatori che nei reparti di degenza);

Analisi microbiologiche dell'acqua calda e fredda dell'impianto idrico sanitario;

Analisi di campioni d'acqua calda e fredda prelevati dall'impianto idrico sanitario e sui gorgogliatori di ossigeno per la ricerca della legionella spp.

Analisi microbiologiche, mediante tamponi, sui filtri delle unità di trattamento aria e sulle cassette di ventilazione;

Analisi microbiologiche e per la ricerca di legionella su campioni d'aria prelevati nei reparti operatori.

D. Monitoraggio ambientale nelle sale operatorie e ambulatori chirurgici

I controlli a cadenza semestrale prevedono:

Controllo dell'efficienza dei filtri assoluti e classificazione particellare

Misura delle portate d'aria in mandata ed estrazione

Volumi di rinnovo
Pressioni differenziali
Recovery time

11. Indicatori

La Legge non stabilisce dei limiti per la concentrazione di Legionella in acqua, **misurata in UFC (unità formanti colonia) /litro**; tuttavia, sono state definite delle linee guida che permettono di avere delle indicazioni sui passi da compiere in base all'intervallo in cui si trova il valore riscontrato nei campioni; nello specifico si tratta delle "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi", approvate in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 7 maggio 2015.

12. Strategie di intervento

Tipi di intervento indicati per concentrazione di Legionella (UFC/L) negli impianti idrici a rischio legionellosi esercitati in strutture nosocomiali/sanitarie

Tra 101 e 1.000	In assenza di casi: • Se meno del 30% dei campioni prelevati risulta positivo l'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi, dopo aver verificato che le correnti pratiche di controllo del rischio siano correttamente applicate. Se il risultato viene confermato, si deve effettuare una revisione della valutazione del rischio, per identificare le necessarie ulteriori misure correttive. • Se oltre 30% dei campioni prelevati risulta positivo l'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi, dopo aver verificato che le correnti pratiche di controllo del rischio siano correttamente applicate. Se il risultato viene confermato, si deve effettuare una disinfezione e una revisione della valutazione del rischio, per identificare le necessarie ulteriori misure correttive. In presenza di casi: A prescindere dal numero di campioni positivi, effettuare una revisione della valutazione del rischio ed effettuare una disinfezione dell'impianto
Tra 1001 e 10.000	In assenza di casi: • Se meno del 20% dei campioni prelevati risulta positivo l'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi, dopo aver verificato che le correnti pratiche di controllo del rischio siano correttamente applicate. Se il risultato viene confermato, si deve effettuare una revisione della valutazione del rischio, per identificare le necessarie ulteriori misure correttive. • Se oltre il 20% dei campioni prelevati risultano positivi, è necessaria la disinfezione dell'impianto e deve essere effettuata una revisione della valutazione del rischio, per identificare le necessarie ulteriori misure correttive. L'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi. Si raccomanda un'aumentata sorveglianza clinica, in particolare per i pazienti a rischio. Evitare l'uso dell'acqua dell'impianto idrico per docce o abluzioni che possano provocare la formazione di aerosol.



	In presenza di casi: A prescindere dal numero di campioni positivi, è necessario effettuare la disinfezione dell'impianto e una revisione della valutazione del rischio, per identificare le necessarie ulteriori misure correttive. L'impianto idrico deve essere ricampionato dopo la disinfezione, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi.
Superiore a 10.000	Sia in presenza che in assenza di casi, l'impianto deve essere sottoposto a una disinfezione (sostituendo i terminali positivi) e a una revisione della valutazione del rischio. L'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi.

A. Esecuzione di indagine

L'indagine è necessaria per avere la conferma della diagnosi. Se è possibile, identificare il germe in causa, ricerca dell'esposizione (locali frequentati e trattamenti a rischio), ricerca di eventuali altri casi, distribuzione nel tempo e nello spazio dei casi confermati (e casi dubbi), ipotesi sull'origine dell'infezione, confronto con ceppi isolati dai malati e dall'ambiente, indagini ambientali sulla rete idrica e le attrezzature sospette.

Al verificarsi di uno o più casi di infezione nosocomiale adottare i seguenti provvedimenti:

1. L'informazione dell'evento deve essere diffusa rapidamente a tutto il personale sanitario.
2. La sorveglianza attiva dei possibili ulteriori casi deve essere avviata.
3. La sorveglianza ambientale con ricerca della legionella nelle possibili fonti di contagio dovrà essere attivata.

B. Misure a breve termine:

- sostituzione dei giunti, filtri dei rubinetti e cippole delle docce, tubi flessibili delle docce usurati e di ogni altro elemento di discontinuità.
- decalcificazione degli elementi meno usurati in una soluzione acida (per es. acido sulfamico, aceto bianco ecc.) e disinfezione in una soluzione contenente almeno 50 mg di cloro libero per litro d'acqua fredda per almeno 30 minuti.

Dopo la bonifica, effettuare ulteriori controlli ambientali.

C. Misure a lungo termine:

- Almeno una volta l'anno svuotare, pulire e disinfettare serbatoi, scaldabagni e tubature. I prodotti chimici utilizzati devono essere puri, gli operatori devono essere protetti e la disinfezione praticata dopo la pulizia e il risciacquo.
- Controllo della formazione di depositi di calcare può essere realizzato, se necessario, sui circuiti dell'acqua calda con l'aiuto degli usuali sistemi in commercio (resine a scambio ionico, ecc.). In questo caso è necessario un monitoraggio giornaliero da parte di personale appositamente addestrato.
- Decalcificazione periferica delle docce deve essere effettuata regolarmente, al minimo una volta all'anno.

In occasione di lavori sulla rete idrica:

- Approfittare per eliminare bracci morti e tubi ostruiti,
- Aggiornare la pianta della rete,
- Effettuare un risciacquo prolungato che può essere seguito da una disinfezione e da un altro risciacquo.

13. Formazione del personale

Come da linee guida, la formazione deve essere garantita in merito a elevato sospetto per la polmonite da Legionella associata a pratiche assistenziali ed utilizzo di test diagnostici appropriati; elevato sospetto di polmonite da Legionella nei pazienti trapiantati, con polmonite nosocomiale, anche quando gli accertamenti di sorveglianza ambientale non dimostrano presenza di Legionella.

Deve essere inoltre formato il personale di assistenza, il personale addetto al controllo delle infezioni e quello addetto alla gestione ed alla manutenzione degli impianti, sulle misure di controllo delle legionellosi associate alle pratiche assistenziali.

14. Matrice delle responsabilità

	DIRETTO RE SANITARI O	UFFICIO TECNICO	RSPP	MEDICO COMPET ENTE	RISK MANAGE R	DIRETTO RE GENERAL E	UFFICIO DEL PERSONA LE	CAPOSAL A/ INFERMI ERI
Valutazione rischi impiantistici	I	C	R	C	I	I	NC	NC
Valutazione rischi biologici	C	I	R	C	I	I	I	C
Attuazione interventi preventivi e di controllo	I	R	C	C	I	I	I	I
Attuazione attività di bonifica	I	R	C	C	I	I	I	I
Sorveglianza epidemiologica	R	I	C	C	I	I	I	I
Formazione del personale	C	C	C	I	I	I	R	C
Segnalazione- notifica	R	C	C	C	I	I	I	NC

15. Gestione del rischio – programma delle attività

La normativa regionale invita a prevedere,

1. azioni preventive e di controllo anche in assenza di registrazioni di casi e richiede di esplicitare le risultanze in tema di esposizione dei lavoratori al rischio professionale di legionellosi così come registrate sul Documento di Valutazione del Rischio (DVR),
2. l'adozione di opportune misure di controllo sugli impianti,
3. adeguate azioni formative rivolte ai lavoratori/operatori sanitari,
4. analisi di tipo statistico epidemiologico tese ad indentificare i percorsi di esposizione di operatori e pazienti.

Sulla base di quanto riportato nei precedenti paragrafi in merito a valutazione del rischio, tipologia di attività, caratteristiche degli impianti e procedure gestionali di controllo, manutenzione e sanificazione, si ritiene che le misure in atto compensano i rischi connessi con la potenziale presenza di legionella.



Il protocollo sarà riesaminato in caso di criticità riscontrate nelle attività di controllo degli impianti, su segnalazione di eventi anomali da parte del personale interessato e dopo l'effettuazione delle prossime indagini programmate.