Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS)

Struttura Residenziale Polivalente Psichiatrica di cui all'Allegato "B"

VILLA MARIA PIA S.R.L
ROMA

Unità di Risk Management
Responsabile Dott. GIANPIETRO VOLONNINO

2026

Sommario

1. PREMESSA 3

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO 5

3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI NELL'ULTIMO ANNO E DEI RISARCIMENTI EROGATI NEL PERIODO GENNAIO-DICEMBRE 2025 6

TABELLA 2 - EVENTI SEGNALATI NEL 2024 (ART. 2, C. 5 DELLA L. 24/2017) 7

4. AZIONI INTRAPRESE 9

5. RISARCIMENTI EROGATI 11

6. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA 12

7. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE 13

8. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS 15

9. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 16

OBIETTIVI 16

ATTIVITÀ 17

10. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS 21

11. ELENCO DELLE PROCEDURE / ISTRUZIONI OPERATIVE ADOTTATI DALLA STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA VILLA MARIA PIA PER FRONTEGGIARE L'INFEZIONE DA SARS-COV-2: 22

12. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI 24

1. PREMESSA

Con l'entrata in vigore della L. 24/2017, detta anche "Legge Gelli-Bianco", intitolata "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", il legislatore si pone come obiettivo quello di inserire il paziente all'interno di un sistema di tutele efficienti atte a favorire appieno la realizzazione del diritto alla salute.

Il Ministero della Salute, nell'ambito delle attività di miglioramento continuo della qualità, ha posto come cardine strategico la gestione del rischio clinico e ne ha definito e promosso negli ultimi anni una serie di raccomandazioni a partire dal documento "Risk Management in Sanità: il problema degli errori" del marzo 2004.

Dallo scorso anno, a seguito dell'emanazione da parte della Regione Lazio del Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario - CRRC del 25 gennaio 2022, la struttura ha unificato, come richiesto, i precedenti PARM e PAICA.

Relativamente alle strutture operanti nella Regione Lazio, pertanto, lo strumento strategico finalizzato alla gestione del rischio è il PARS, ossia il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario.

Il Piano Annuale di Rischio Sanitario (PARS) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi.

Il PARS si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione ed implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema. Il ruolo di promozione attiva del Risk Manager assume quindi, sempre più, una caratterizzazione strategica, alle dirette dipendenze dell'Alta Direzione aziendale.

La presenza della funzione del Risk Manager non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali, ma coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di governo del rischio. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio.

Anche attraverso il PARS, il Risk Manager fornisce quindi all'Azienda un supporto indispensabile

affinché il management possa decidere con consapevolezza, attraverso opportuni strumenti e supporti, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa.

Inoltre, il PARS, rappresentando l'esplicitazione delle politiche di analisi e prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli *stakeholders*.

La SRP Villa Maria Pia, con la figura del Risk Manager e attraverso le Politiche di risk management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente. Gli Strumenti Operativi (parte integrante e sostanziale del PARS), hanno il fine di analizzare le anomalie di processo e/o di singole azioni per l'adozione di specifici correttivi tendenti al miglioramento continuo dei processi presi in esame. Il PARS si inserisce in una più ampia azione sistematica fatta di valutazione dei principali processi, di analisi proattiva e reattiva del rischio sanitario ed infettivo, di promozione ed implementazione di linee guida e buone pratiche, che si realizza anche attraverso l'elaborazione di procedure e istruzioni operative interne, di attività informativa e formativa sia del personale sanitario e non-sanitario nonché del paziente e dei *caregivers*.

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

Il presente PARS è stato elaborato sulla base delle Linee Guida approvate dalla Regione Lazio. L'elaborazione del PARS e la trasmissione al CRRC consentono:

a) di ottemperare ai requisiti organizzativi generali previsti dall'allegato C del DCA n.U008 del 10 febbraio 2011 ai paragrafi "Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni" e "Direzione di Struttura";

b) di ottemperare agli specifici requisiti ulteriori previsti dal DCA n.U00469 del 7 novembre 2017 in tema di gestione del rischio.

Per la redazione del Pars 2024, la SRP Villa Maria Pia ha tenuto conto delle indicazioni e raccomandazioni regionali in tema di gestione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), per quanto applicabili alla tipologia assistenziale, allegando altresì il Piano di azione locale per l'igiene delle mani, in conformità alla nota della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica del 2.2.2023.

Per comprendere meglio la situazione aziendale ed il contesto dal quale si parte per implementare tale piano, si riportano di seguito alcune tabelle riepilogative.

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Struttura Residenziale Psichiatrica Polivalente Villa Maria Pia S.r.l., con sede legale in Roma in Via del Forte Trionfale n.36, è stata costituita nel 1936 come Casa di Cura per Malati Nervosi, ed ha svolto attività di neuropsichiatria fino all'emanazione da parte della Regione Lazio del DCA U00101/2010, con il quale è stata riconvertita nella attuale tipologia socio sanitaria residenziale, che svolge in rapporto di accreditamento istituzionale con la Regione Lazio attraverso l'A.S.L. ROMA 1 competente per territorio.

La struttura sociosanitaria residenziale polivalente è attualmente autorizzata per ospitare complessivamente n.53 p.l. nelle seguenti tipologie assistenziali:

n. 30 p.l. in regime di STIPIT (Struttura per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali)

In dettaglio l'Unità Operativa di STIPIT è articolata su due Unità funzionali di 16 e 14 posti letto.

n.23 p.l. in Strutture Residenziali Socio-Riabilitative (S.R.S.R.) così articolati:

n.02 Unità funzionali di 05 posti letto cadauno di SRSR H 24 accreditati;

n.01 Unità funzionale di 05 posti letto di SRSR H 24 dedicata ai privati;

n.01 Unità funzionale di 08 posti letto di SRSR H 12 accreditati;

Le stanze sono ad uno, due, tre e quattro posti letti, tutte dotate di servizi igienici, impianto di riscaldamento e condizionamento, arredi e dotazione strumentali per accogliere pazienti anche con rilevanti problemi sanitari. Tutti i posti letto di degenza sono forniti di dispositivi di chiamata acustica e luminosi.

Per lo svolgimento delle suddette attività è in possesso delle autorizzazioni necessarie rilasciate da parte della Regione Lazio e confermate dai decreti del Commissario ad Acta seguenti:

DCA U00157 del 09/05/2013 – DCA U00068 del 04/03/2013 – DCA U00052 del 29/02/2016.

Reparto	Posti letto ordinari SSR
Struttura per trattamenti psichiatrici intensivi territoriali	30
Struttura residenziale socio-riabilitativa ad alta intensità assistenziale socio-sanitaria	15
Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa a media intensità assistenziale socio-sanitaria	8
Totale generale	53

DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE			
Ricoveri ordinari STIPIT	n. 406	Ricoveri diurni	n. 0
Ricoveri ordinari SRSR H24	n. 2	Ricoveri diurni	n. 0
Ricoveri ordinari SRSR H12	n. 4	Ricoveri diurni	n. 0
Accessi PS	n. 00	Accessi PS	n. 0
Branche Specialistiche	n. 00	Prestazioni ambulatoriali erogate	n. 0

3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI NELL'ULTIMO ANNO E DEI RISARCIMENTI EROGATI NEL PERIODO GENNAIO-DICEMBRE 2025

Ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 24/2017, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione sarà pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria". Al fine di ottemperare a tale obbligo, viene riportata una tabella riassuntiva e una relazione sintetica che accompagni la tabella in allegato (Tabella 2):

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

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti[(A)]	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	**44 (98%)**	**47%**	**Strutturali**	**Implementazione e introduzione di nuove procedure e protocolli anticaduta e prevenzione rischio cadute.**	**Sistemi di reporting (100%)**
Evento Avverso	**2 (2%)**	**0%**	**Strutturali e organizzativi**	**Applicazione di procedure e protocolli volti a limitare gli atti aggressivi tra pazienti o verso il personale sanitario**	**Sistemi di reporting (100%)**
Evento Sentinella	**0 (0%)**	/	/		
Totale Eventi	**46**		/	/	/

Tipo Evento	Atti aggressivi	Cadute	Allontanamento	Autolesionismo	Comportamenti sessuali	Uso sostanze stupefacenti	Totale
Near Miss	11	22	1	1	1	8	44
Evento Avverso	/	/	/	2	/	/	2
Evento Sentinella	/	/	/	/	/	/	
	11	22	1	3	1	8	46

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

*Glossario (secondo le definizioni indicate dal Ministero della Salute)

Near Miss: Si definisce *near miss* o quasi infortunio qualsiasi evento, correlato al lavoro, che avrebbe potuto causare un infortunio o danno alla salute (malattia) o morte ma, solo per puro caso, non lo ha prodotto: un evento quindi che ha in sé la potenzialità di produrre un infortunio

Evento Avverso: Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è un evento avverso prevenibile.

Evento Sentinella: Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichino una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna:

- Un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito
- L'individuazione e l'implementazione di adeguate misure correttive.

La struttura è rivolta al trattamento e riabilitazione dei disturbi psichiatrici. L'analisi puntuale degli eventi avversi ha evidenziato che la maggior parte degli eventi risulta non prevedibile. Tutti gli invii al P.S sono stati effettuati a scopo cautelativo e in aderenza al protocollo della struttura e non hanno evidenziato danni o lesioni significative.
Dall'analisi degli eventi occorsi nel 2025, appare evidente la preponderanza dell'evento caduta.

4. AZIONI INTRAPRESE

PREVENZIONE RISCHIO CADUTE

Nel corso del 2025, al fine di prevenire tale evento, sono state intraprese azioni quali la valutazione del rischio cadute attraverso la compilazione della Scala di Conley e l'educazione del personale coinvolto ad un più attento monitoraggio dei pazienti a rischio.
Il Covasi ha suggerito alla Società di valutare l'acquisto di letti a movimentazione verticale, per consentire un più facile accesso a persone con inabilità motorie, nonché di visionare le procedure esistenti per la gestione del rischio cadute come richiesto dalla determinazione Regione Lazio n.15198 del 6.11.2022: documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita, in sostituzione del Piano regionale per la prevenzione dei pazienti di cui alla determinazione n.G12356 del 25 ottobre 2016. Nel corso dell'anno 2025 è stata effettuata la formazione del personale sanitario, al fine di orientare e sensibilizzare la struttura al nuovo approccio di cui all'atto di indirizzo sopramenzionato.
Al fine di potenziare l'efficacia delle misure prevenzione, la struttura ha deciso, attraverso l'informatizzazione del modulo di Incident Reporting, di estendere l'analisi degli eventi avversi avvenuti per capire se esiste una correlazione tra diagnosi di ricovero, terapia somministrata ed eventi avversi avvenuti.
Dall'analisi degli eventi segnalatii nel 2025, si evidenzia una netta preponderanza dei "Near Miss" (44), segno di una propensione da parte degli operatori all'***incident reporting***. Inoltre, la bassa prevalenza di eventi avversi ed eventi sentinella mostra una corretta applicazione delle misure volte alla prevenzione di eventi correlati all'assistenza.

Si sottolinea come, rispetto all'anno 2024, si è assistito a una diminuzione generale degli eventi avversi e dei *near miss*, dato che certificato l'efficacia della corretta applicazione delle misure di Risk Management.

MODULO AUTOMATIZZATO GESTIONE RISCHIO SANITARIO

Ai fini del miglioramento dell'efficacia nella gestione del rischio sanitario, la Direzione ha deciso di continuare nell'informatizzazione del modulo di gestione Rischio Sanitario implementando l'utilizzo del sistema Winrad.

Data l'importanza di tali informazioni, è apparsa fondamentale la gestione di tali dati in maniera sistematica e accessibile facilmente a tutti gli operatori coinvolti (responsabile medico, medici, caposala, infermieri). Il nuovo modulo consente, oltre alla registrazione degli eventi avversi, anche l'alimentazione automatica del registro degli eventi avversi.

Inoltre, l'efficacia di tale azione si sta manifestando nella possibilità di effettuare stampe, parametrizzabili in funzione di diversi criteri che permettono di generare report periodici.

L'informatizzazione di tali informazioni porta ad una maggiore consapevolezza del concetto di rischio sanitario da parte degli operatori della struttura e faciliterà la registrazione di tali informazioni.

Nell'ambito del rischio sanitario, in applicazione con quanto stabilito dal COVASI, sono state apportate le seguenti implementazioni per inserire tra gli eventi avversi da monitorare le seguenti tipologie:

a) Comportamenti sessuali;

b) Effetti indesiderati collaterali da psicofarmaci;

c) Analizzare la correlazione tra modalità di ricovero (da CSM/SPDC) e evento avverso;

d) Registrare, oltre agli eventi avversi, anche gli eventi sentinella e i Near Miss;

e) Registrare gli eventuali casi di infezioni correlate all'assistenza (ICA);

f) Completezza cartella clinica;

g) Consumo di sostanze stupefacenti.

Al fine di monitorare più efficacemente la completezza della cartella clinica, si è deciso di implementare una nuova funzionalità che permetterà di registrare i riferimenti del medico, dello psicologo, del riabilitatore psichiatrico e dell'assistente sociale che hanno in carico il paziente. Il sistema registrerà anche le date in cui ogni professionista ha chiuso la cartella clinica.

È stato inoltre ulteriormente implementato il regolamento aziendale interno, volto a limitare fenomeni quali aggressività e soprattutto distribuzione e consumo di sostanze stupefacenti. Purtroppo, tale fenomeno, in lieve crescita, costituisce una criticità per la gestione terapeutica degli ospiti della struttura, con potenziale impatto negativo sul regolare decorso riabilitativo. Si è pertanto giunti a stilare un regolamento, debitamente somministrato ai pazienti, ove vengono illustrate le linee di condotta da tenere all'interno della struttura e le eventuali ripercussioni previste all'infrazione di tali regole. Particolare attenzione è volta al consumo di sostanze stupefacenti: è stato disposto un controllo tossicologico cadenzato, sia per quello che concerne il consumo alcoolico sia quello di sostanze stupefacenti. Infine, si è proceduto a effettuare incontri per la formazione e sensibilizzazione da parte degli operatori sanitari sul tema delle aggressioni al personale sanitario e le sue sequele legali.

5. RISARCIMENTI EROGATI

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".
Al fine di ottemperare a tale obbligo è stata elaborata una tabella (Tabella 3), che mostra tali dati:

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

Anno	N. Sinistri aperti	N. Sinistri liquidati	Risarcimenti erogati
2021	/	/	/
2022	/	/	/
2023	/	/	/
2024	/	/	/
2025	/	/	/
Totale	/	/	**0**

Dalla tabella 3 sopra riportata appare evidente che nell'ultimo quinquennio non sono stati erogati

risarcimenti.

6. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La struttura possiede una polizza assicurativa con la Compagnia assicurativa Sara S.p.a. e un Comitato Valutazione Sinistri (Co.Va.Si.).

Comitato Valutazione Sinistri

- Composizione: DG SRP Villa Maria Pia, DS SRP Villa Maria Pia, Risk Manager SRP Villa Maria Pia, Medico Legale SRP Villa Maria Pia, Capo Sala SRP Villa Maria Pia, Legale SRP Villa Maria Pia, Responsabile Affari Generali SRP Villa Maria Pia, RSPP Villa Maria Pia, Consulente Qualità SRP Villa Maria Pia, Responsabile Covid SRP Villa Maria Pia;
- Anno di istituzione: 2018

Tale organismo riveste un ruolo fondamentale sia dal punto di vista di analisi e gestione del contenzioso medico-legale, stragiudiziale e giudiziale, sia dal punto di vista dell'impatto economico dei sinistri, definendo la strategia di copertura assicurativa aziendale. Inoltre, l'analisi reattiva ai sinistri è uno strumento di gestione del rischio clinico di sicuro impatto sulla sicurezza dei pazienti, evitando il ripetersi di eventi dannosi alla salute.

Tabella 7 – Descrizione della posizione assicurativa

ANNO	Polizza Scadenza	Compagnia Assicuratrice	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2021	09/05/2022	Allianz Spa	€ 4.296,00		
2022	06/06/2023	Sara Spa	€ 25.675,00		
2023	06/06/2024	Sara Spa	€ 25.675,00		
2024	03/06/2025	Sara Spa	€ 25.675,00		
2025	03/06/2026	Sara Spa	€ 28.200,00		

POLIZZA ASSICURATIVA 2025: Sara S.P.A.

Polizza numero: 503500309879

scadenza 03/06/2026

7. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Per quanto riguarda gli obiettivi proposti nel PARS 2025, il grado di raggiungimento è stato il seguente:

Obiettivo A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività	**Realizzata**	**Stato di Attuazione**
Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA	SI	Completato
Obiettivo B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di Interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi		
Attività	**Realizzata**	**Stato di Attuazione**
1) Analisi delle segnalazioni pervenute tramite Incident Reporting o altre modalità di diffusione	Si	Completato
2) Attività di formazione sul suicidio, autolesionismo, comportamento sessuale e violento dei pazienti	SI	Completato
3) attività di formazione sul rischio cadute	SI	Completato
4) Implementazione del sistema informatico per la registrazione degli eventi avversi/ICA e relativi corsi di	SI	Completato

formazione		

Obiettivo 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 raggiungere entro il 31/12/2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi		
Attività	**Realizzata**	**Stato di Attuazione**
1) Implementazione di un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti alcolici per l'igiene delle mani, ove in uso (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria)	SI	Completato
Obiettivo D) Implementazione del monitoraggio, prescrizione e consumo antibiotici		
Attività	**Realizzata**	**Stato di Attuazione**
2) elaborazione di almeno 2 report semestrali relativi al consumo di antibiotici	SI	Completato

8. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS

La realizzazione del PARS riconosce due specifiche responsabilità:

- quella del Risk Manager che redige, promuove ed è responsabile del coordinamento dell'applicazione dello stesso, tenendo in debito conto le linee guida regionali ed aziendali in materia di risk management;
- quella della Direzione Strategica Aziendale che si impegna a fornire direttive (piano budgeting, valutazione performance, definizione di specifici progetti aziendali) e risorse a tutte le macrostrutture coinvolte nel PARS.

Azione	Risk Manager	Direttore Generale	Direttore Sanitario	Direttore amministrativo	Co VaSi	Avvocatura/gestione assicurativa
Redazione	**R**	**C**	**C**	**C**	**-**	**C**
Adozione PARS	**I**	**R**	**I**	**I**	**-**	**-**
Monitoraggio PARS	**R**	**I**	**R**	**C**	**C**	**C**

R= Responsabile
C= Coinvolto
I= Informato

9. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

OBIETTIVI

Il presente Piano Annuale della SRP Villa Maria Pia, in accordo con la mission aziendale, si pone una serie di obiettivi strategici che si vanno ad integrare anche con il Sistema di Gestione Qualità aziendale. Il Piano Annuale di rischio sanitario (PARS) definisce le politiche e le strategie aziendali, gli obiettivi, gli ambiti di azione, le metodologie, gli strumenti, gli indicatori delle attività relative alla qualità e alla gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti ed è redatto tenuto conto degli obiettivi strategici e delle indicazioni regionali in materia di rischio clinico. La finalità di tutte le linee di attività, con la più specifica progettualità annuale che è delineata nel presente PARS ed anche riguardo l'azione di miglioramento della continuità operativa, consiste nel tentativo di contenere e/o ridurre i rischi legati ai processi operativi nell'ambito specificato e in ogni singolo progetto.

Segnatamente, lo scopo sostanziale è quello di ridurre la soglia di probabilità di accadimento degli eventi avversi e dei "*near misses*", attraverso un'azione di analisi e di governo dei principali processi clinico-gestionali e successivo avvio di specifiche attività preventive e/o correttive. L'intenzione di base è, quindi, quella di intervenire sulle condizioni di rischio esistenti nei sistemi operativi che costituiscono, nel loro insieme, i cosiddetti "errori latenti" che, come è noto, hanno un elevatissimo grado di influenza nel determinismo degli "errori attivi".

Nello specifico i quattro **obiettivi strategici individuati a livello regionale per il 2026** sono:

A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.
B. Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
C. Monitoraggio 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 31/12/2026 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.

ATTIVITÀ

Per garantire il raggiungimento degli Obiettivi, la Struttura Residenziale Psichiatrica SRP Villa Maria Pia, attraverso l'integrazione delle funzioni coinvolte, ha individuato le seguenti attività:

Obiettivo A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo		
Attività 1: ***Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sulla sicurezza delle cure anche mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA***		
Indicatore: Esecuzione di almeno 2 incontri nel corso del 2026		
Standard: effettuazione degli incontri		
Fonte: ufficio formazione		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CVS	UO Formazione/compliance
Progettazione dell'incontro	R	C
Accreditamento dell'incontro	C	R
Esecuzione dell'incontro	R	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: *analisi delle segnalazioni pervenute tramite Incident Reporting o altre modalità di comunicazione*
Indicatore: Esecuzione di almeno 2 report nel corso del 2026
Standard: effettiva produzione dei report e relativa presentazione in sede di riunione COVASI

Fonte: CoVaSi			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
AZIONE	Direzione Sanitaria	Risk Manager	CoVaSi
Progettazione dell'incontro	I	R	I
Esecuzione dell'incontro	C	R	C

Obiettivo B:			
Attività 3: ***attività di formazione sul suicidio, autolesionismo, comportamento sessuale e violento dei pazienti***			
Indicatore: produzione di almeno 2 eventi formativi nel corso del 2026			
Standard: effettiva produzione dei report e relativa presentazione in sede di riunione COVASI			
Fonte: COVASI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	RM	COVASI
Progettazione dell'incontro	R	R	I
Esecuzione dell'incontro	R	R	I

Attività 4: ***attività di formazione rischio cadute***
Indicatore: produzione di almeno 1 evento formativo nel corso del 2026

Standard: effettiva produzione dei report e relativa presentazione in sede di riunione COVASI			
Fonte: COVASI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	RM	COVASI
Progettazione dell'incontro	R	R	I
Esecuzione dell'incontro	R	R	I

Attività 5: *consolidamento del programma di formazione sull'utilizzo del sistema informatico per la registrazione degli eventi avversi/ICA*			
Indicatore: consolidamento del programma e relativi corsi di formazione			
Standard: effettiva produzione dei report e relativa presentazione in sede di riunione COVASI			
Fonte: COVASI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Uff. Formazione	RM	COVASI Serv. Tecnico Ced
Implementazione sistema informatico	I	C	R
Esecuzione dei corsi	R	C	I

Obiettivo C: **Monitoraggio per il miglioramento 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 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi**			
Attività 6: *Implementazione di un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti alcolici per l'igiene delle mani, ove in uso (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria)*			
Standard: *effettiva esecuzione Implementazione del sistema di monitoraggio del consumo di prodotti alcolici per l'igiene delle mani*			
Indicatore: effettiva produzione del report e relativa presentazione in sede di riunione COVASI			
Fonte: Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Reparti	RSPP	Direzione Sanitaria
Monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani	C	R	I

Obiettivo D: Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA
Attività 7: ***Elaborazione di report con monitoraggio della prevalenza di infezioni correlate all'assistenza e relativo uso di terapia antibiotica***
Standard: Elaborazione di almeno 2 report semestrali relativi al consumo di antibiotici
Indicatore: effettiva produzione dei report e formazione del personale sull'antibiotico-resistenza in ambito sanitario

Fonte: Direzione Sanitaria

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Reparti	CCICA	Direzione Sanitaria
Esecuzione del report	I	C	R

10. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

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

- ✓ Presentazione del Piano all'interno della Direzione Generale;
- ✓ Pubblicazione del PARS sul sito aziendale nella sezione Intranet ed Internet;
- ✓ Iniziative di diffusione del PARS a tutti gli operatori.

Roma 27 febbraio 2026

Il Responsabile del Risk Management di Villa Maria Pia S.r.l.

Dott. Gianpietro Volonnino

11. ELENCO DELLE PROCEDURE / ISTRUZIONI OPERATIVE ADOTTATI DALLA STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA VILLA MARIA PIA PER FRONTEGGIARE L'INFEZIONE DA SARS-CoV-2:

DATA	PROCEDURA
23/04/2020	DVR Biologico Coronavirus (REV3)
20/04/2020	Procedura Gestione pazienti durante epidemia Covid-19
20/04/2020	Procedura Operatori Sanitari
16/03/2020	Procedura Vestizione e Svestizione

In ottemperanza a quanto indicato dal Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) si comunica quanto segue:

- Mail della struttura ai fini della comunicazione da parte del CRRC: ufficio.risk.manager@villamariapia.com
- Mail della UO di Risk Management: ufficio.risk.manager@villamariapia.com
- Nominativo e indirizzo mail del Risk Manager: Gianpietro Volonnino; gianpietro.volonnino@uniroma1.it
- Nominativo e indirizzo mail del contributor cloud: Gianpietro Volonnino; gianpietro.volonnino@uniroma1.it
- Nominativo e indirizzo mail del referente per l'alimentazione del SIRES eventi: Ettore Pasculli; ettore.pasculli@villamariapia.com
- Nominativo e indirizzo mail del referente per l'alimentazione del SIRES sinistri: Ettore Pasculli; ettore.pasculli@villamariapia.com
- Nominativo e indirizzo mail dell'utente compilatore per la partecipazione al monitoraggio AGENAS sull'implementazione delle raccomandazioni ministeriali: Ettore Pasculli; ettore.pasculli@villamariapia.com

Il presente Piano annuale della gestione del rischio sanitario della struttura, nel rispetto del fattore di accreditamento relativo alla promozione della sicurezza e gestione dei rischi, è orientato alla sicurezza degli operatori, pazienti e ambiente; esso prevede, tra l'altro, la definizione delle politiche per la sicurezza del paziente, le modalità per l'identificazione e la valutazione dei rischi, una lista dei processi, delle aree e dei rischi maggiori identificati, le modalità di comunicazione con gli stakeholder e la gestione dei relativi contenziosi.

Il Piano prevede la prevenzione e il controllo di:

infezioni correlate all'assistenza;

sindrome da immobilizzazione;

cadute dei pazienti;

intossicazione da farmaci;

atti aggressivi;

rischio di autolesioni;

rischio suicidio;

rischio fughe (allontanamenti).

Allegati al Pars:

1. Piano di azione locale sull'igiene delle mani: il Piano, oltre a riportare il risultato delle attività di osservazione e quello dei questionari di autovalutazione, definisce le azioni con cui la struttura intende mantenere almeno il livello intermedio in tutti gli ambiti del questionario di cui al Piano di intervento regionale sopracitato;
2. Programma di controllo della legionellosi, secondo quanto previsto dalle Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi (adottato con DGR n. 460 del 28 giugno 2024).

12. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

➢ Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della

Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi Etici di Sistema: Risk Management in Sanità: il problema degli errori – marzo 2004.

➢ Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della

Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi Etici di Sistema: Sicurezza dei pazienti e gestione del Rischio Clinico: Manuale per la Formazione degli operatori sanitari.

➢ DCA n. U00480 del 06/12/2013: "Definitiva adozione dei programmi operativi 20132015", intervento 18.1 "Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi" e intervento 18.6 "Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio Assicurativo".

➢ Determinazione n. G01424 del 10/02/2014: Istituzione gruppi di lavoro "Comitato Tecnico di Coordinamento Rischio Clinico" e gruppo di lavoro "Coordinamento per le Infezioni Correlate all'Assistenza".

➢ Linee di Indirizzo Regionali per la stesura del piano di Risk Management (PARM):

Gestione del Rischio Clinico. Determinazione n. G04112 del 01/04/2014.

➢ Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella"

➢ Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017".

➢ Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;

➢ WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";

➢ The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 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;

➢ 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.

➢ Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

- ➢ Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
- ➢ Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- ➢ Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- ➢ Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
- ➢ Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";
- ➢ Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";

- ➢ Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante: "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014;
- ➢ Decreto del Commissario ad Acta 6 luglio 2015, n. U00309 recante: "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep.Atti 156/CSR)";
- ➢ Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;
- ➢ Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico".
- ➢ Determinazione Regione Lazio G00163 dell'11/01/2019.
- ➢ Circolare Ministero Sanità 06/12/2019 con indicazioni per sorveglianza e controllo Enterobatteri CRE.
- ➢ Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- ➢ WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
- ➢ WHO: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene
- ➢ ImprovementStrategy (2009);
- ➢ WHO: Global guidelines for the prevention of surgical site infection (2016).

STRUTTURA TERRITORIALE RESIDENZIALE PSICHIATRICA POLIVALENTE VILLA MARIA PIA S.R.L.

VIA DEL FORTE TRIONFALE, 36 - 00135 - ROMA (RM)

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

ELABORATO AI SENSI DELLA DGR LAZIO N. 460/2024

DATA 29 GENNAIO 2026 – REV. 00

APPROVATO DA

Direttore Sanitario

Presidente CCICA

Risk Manager

RSPP

SOMMARIO

Introduzione **3**

1 Costituzione del Team per la prevenzione e il controllo della legionellosi **3**

1.1 Matrice delle responsabilità 3

2 Sistema documentale e tracciabilità delle attività **4**

3 Valutazione del rischio legionellosi **4**

4 Misure di prevenzione e controllo **5**

5 Monitoraggio operativo e verifica dell'efficacia **5**

6 Piano di miglioramento e gestione delle non conformità **5**

7 Formazione, informazione e sensibilizzazione del personale **6**

8 Pianificazione annuale delle attività di controllo **6**

8.1 Controlli gestionali e impiantistici 6

8.2 Verifica documentale e riesame 10

8.3 Formazione e informazione 10

Introduzione

Il presente documento costituisce parte integrante del sistema di gestione del rischio clinico della Struttura Sanitaria ed è redatto in conformità alla DGR Lazio 460/2024.

Il Programma è trasmesso come allegato al Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario (PARS) secondo le modalità previste.

1 Costituzione del Team per la prevenzione e il controllo della legionellosi

La Direzione della Struttura Sanitaria istituisce formalmente un Gruppo di Lavoro multidisciplinare per la prevenzione e il controllo della legionellosi, integrato nel sistema di gestione del rischio clinico e operante in raccordo con il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA).

Il Gruppo di Lavoro è composto da figure con competenze sanitarie, tecniche e organizzative, tra cui il Direttore Sanitario o suo delegato, il referente del CCICA, il Risk Manager, il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, il Medico Competente, il Responsabile Manutenzione Impianti, il Gestore della Distribuzione Idrica Interna, il Responsabile del Laboratorio di Microbiologia e i referenti delle aree cliniche a maggiore rischio.

Il Gruppo di Lavoro ha il compito di pianificare, attuare, monitorare e riesaminare il presente Programma, nonché di valutare gli esiti delle attività di controllo e di proporre eventuali azioni correttive o di miglioramento. Il Gruppo si riunisce con periodicità almeno annuale e, comunque, ogni qualvolta si rendano necessarie valutazioni straordinarie a seguito di eventi sentinella, modifiche impiantistiche o criticità rilevate.

1.1 Matrice delle responsabilità

La gestione del rischio legionellosi è così articolata:

Attività	Direzione Sanitaria	CCICA	Servizio Tecnico	RSPP	Risk Manager	Laboratorio incaricato ai monitoraggi
Approvazione Programma	R	C	C	C	C	I
Valutazione del rischio	C	C	R	R	C	I
Manutenzione impianti	I	I	R	C	I	I
Campionamenti	I	C	R	I	I	R
Gestione positività	R	C	C	C	C	C

Attività	Direzione Sanitaria	CCICA	Servizio Tecnico	RSPP	Risk Manager	Laboratorio incaricato ai monitoraggi
Riesame annuale	R	R	C	C	C	I
Formazione	R	C	I	R	C	I

Legenda:
R = Responsabile
C = Coinvolto
I = Informato

2 Sistema documentale e tracciabilità delle attività

La Struttura Sanitaria garantisce l'istituzione e il mantenimento di un sistema documentale strutturato, dedicato alla gestione del rischio legionellosi e integrato nella documentazione aziendale per la sicurezza e il rischio clinico.

Il sistema documentale comprende la valutazione del rischio legionellosi, il presente Programma di controllo, i registri delle attività di manutenzione e controllo, i rapporti di prova delle analisi microbiologiche, i verbali delle riunioni del Gruppo di Lavoro e del CCICA, nonché la documentazione relativa alla formazione del personale e alle azioni correttive intraprese.

Tutta la documentazione è aggiornata, datata, firmata dai responsabili competenti e resa prontamente disponibile in caso di verifiche da parte degli organi di vigilanza.

3 Valutazione del rischio legionellosi

La valutazione del rischio legionellosi costituisce parte integrante del presente Programma ed è effettuata secondo le Linee Guida nazionali e regionali vigenti, tenendo conto delle specificità strutturali, impiantistiche e assistenziali della Struttura Sanitaria.

La valutazione comprende l'analisi dell'intera rete idrico-sanitaria e degli eventuali impianti aeraulici, l'individuazione dei punti critici (serbatoi, accumuli, terminali), la verifica delle modalità di utilizzo dell'acqua negli impianti della struttura e la valutazione della tipologia di pazienti assistiti, con particolare riferimento ad eventuali soggetti fragili o immunocompromessi.

La valutazione del rischio è effettuata quale documento specifico di rischio in allegato al DVR della Struttura ed è riesaminata con periodicità almeno annuale, nonché ogni qualvolta intervengano modifiche impiantistiche rilevanti, variazioni nella destinazione d'uso degli ambienti o in caso di sospetto o conferma di casi di legionellosi.

4 Misure di prevenzione e controllo

Sulla base degli esiti della valutazione del rischio, la Struttura Sanitaria attua un insieme coordinato di misure di prevenzione e controllo finalizzate a limitare la proliferazione e la diffusione di Legionella spp.

In particolare, è assicurato il mantenimento delle condizioni di esercizio degli impianti idrico-sanitari, con controllo delle temperature dell'acqua calda e fredda ai punti d'uso, la riduzione dei ristagni idrici mediante flussaggi programmati dei terminali, la pulizia e disinfezione periodica di serbatoi e accumuli, nonché la corretta gestione e manutenzione degli impianti aeraulici e di climatizzazione.

Nei reparti che ospitano pazienti a maggiore suscettibilità al rischio infettivo sono adottate misure di attenzione rafforzate, anche mediante limitazioni temporanee dell'uso di docce o terminali qualora emergano criticità.

5 Monitoraggio operativo e verifica dell'efficacia

La Struttura Sanitaria attua un monitoraggio operativo continuativo finalizzato a verificare la corretta applicazione e l'efficacia delle misure di prevenzione e controllo previste dal presente Programma.

Il monitoraggio comprende controlli periodici dei parametri di esercizio degli impianti idrico-sanitari, la verifica della regolare esecuzione delle attività di manutenzione e flussaggio, nonché l'esecuzione di campionamenti microbiologici programmati dell'acqua, con frequenza definita in funzione del livello di rischio e con particolare attenzione alle aree assistenziali più sensibili.

Gli esiti dei controlli e delle analisi sono registrati e periodicamente riesaminati dal Gruppo di Lavoro e dal CCICA. Eventuali scostamenti dai parametri attesi o risultati microbiologici non conformi comportano l'attivazione tempestiva delle procedure di gestione delle non conformità e l'adozione delle necessarie azioni correttive, con successiva verifica della loro efficacia.

6 Piano di miglioramento e gestione delle non conformità

Sulla base degli esiti della valutazione del rischio e del monitoraggio operativo, il Gruppo di Lavoro definisce e aggiorna un Piano di Miglioramento, finalizzato al progressivo incremento dei livelli di sicurezza degli impianti e dei processi gestionali.

Il Piano può prevedere interventi di adeguamento impiantistico, la revisione delle procedure operative, l'incremento della frequenza dei controlli in specifiche aree, nonché azioni formative mirate. Le azioni correttive sono pianificate, assegnate a responsabili individuati e monitorate fino alla verifica documentata della loro efficacia.

7 Formazione, informazione e sensibilizzazione del personale

La Struttura Sanitaria garantisce un programma strutturato di formazione e informazione in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro all'interno del quale, affrontando il rischio biologico, vengono condivise anche le procedure di prevenzione e controllo della legionellosi, rivolte al personale sanitario, tecnico e di supporto, con particolare attenzione agli operatori dei reparti a maggiore rischio.

La formazione riguarda i principi di prevenzione della legionellosi, le corrette pratiche di utilizzo dell'acqua in ambito assistenziale, la gestione degli impianti e le procedure da adottare in caso di criticità o positività microbiologica. Le procedure vengono valutate ed aggiornate periodicamente e nel caso in cui emergano necessità, a seguito dei risultati di campionamento o in caso di sospetto o conferma di casi di legionellosi, nuovamente condivise con i lavoratori appartenenti alle aree interessate.

8 Pianificazione annuale delle attività di controllo

Le attività di controllo previste dal presente Programma sono pianificate secondo un cronoprogramma annuale, che definisce frequenze, responsabilità e modalità operative per i controlli impiantistici, il monitoraggio microbiologico, il riesame documentale e le attività formative.

Il rispetto del cronoprogramma è oggetto di verifica da parte del Gruppo di Lavoro; eventuali scostamenti sono analizzati e gestiti nell'ambito del sistema di gestione delle non conformità, al fine di garantire la continuità e l'efficacia del Programma.

8.1 Controlli gestionali e impiantistici

INTERVENTO	FREQUENZA
Pulizia e decontaminazione dei serbatoi di accumulo idrico	ANNUALE
Pulizia e decontaminazione rompigetto	SEMESTRALE
Sostituzione rompigetto	ANNUALE

INTERVENTO	FREQUENZA
Pulizia e decontaminazione soffioni doccia e tubi in gomma normalmente non in pressione	SEMESTRALE
Sostituzione soffioni doccia e tubi in gomma normalmente non in pressione	BIENNALE
Pulizia e decontaminazione dei rubinetti a pedale incluso il tratto normalmente non in pressione	SEMESTRALE
CONTROLLO MANTENIMENTO RANGE Temperatura acqua sanitaria	SETTIMANALE
Verifica temperatura acqua fredda	SETTIMANALE (nei mesi estivi)
Flussaggio adduzioni idriche	SETTIMANALE
Analisi Batteriologiche	ANNUALE

* la frequenza dei campionamenti potrà essere aumentata in funzione degli esiti dei risultati dei monitoraggi svolti e delle azioni richieste degli Enti di controllo.

Componente/Descrizione intervento	Misure da prendere	Frequenza prevista da scheda informativa
UTA, RECUPERATORI DI CALORE E VENTILATORI DI IMMISSIONE		
Prese d'aria esterne e griglie di espulsione		
Pulizia o riparazione intesa come intervento per riportare il/i componenti a condizioni stabilite di operatività;		ANNUALE
Controllo, sanificazione (pulizia, disinfezione, sterilizzazione, disinfestazione) e sostituzione se necessario.		ANNUALE
Filtri e sezione filtrante		
Controllo dello stato di efficienza (misura della pressione differenziale, tempo di esercizio).		SEMESTRALE

Componente/Descrizione intervento	Misure da prendere	Frequenza prevista da scheda informativa
Sostituzione dei filtri nel rispetto delle indicazioni fornite dal produttore o pulizia a fondo di quelli rigenerabili		
Primo stadio;		ANNUALE
Secondo Stadio;		BIENNALE
Controllo della sezione filtrante e delle condizioni igieniche.		ANNUALE
Batterie di scambio termico		
Ispezioni di Valutazione dello stato di conservazione e presenza di sporcizia, contaminazione microbiologica, incrostazioni corrosione o rotture e delle condizioni igieniche;	Pulizia/riparazione	TRIMESTRALE
Ispezione delle batterie fredde, delle vasche di raccolta e dei separatori di gocce (contaminazione, corrosione, funzionamento);	Riparazione	TRIMESTRALE
Test funzionale sifoni;		SEMESTRALE
Pulizia delle vasche e dei separatori di gocce;		ANNUALE
Ispezione delle superfici alettate e delle vaschette di raccolta della condensa;		non prevista; attuata dalla struttura TRIMESTRALE
Verifica della presenza di eventuali ristagni.		non prevista; attuata dalla struttura MENSILE
Ventilatori		
Ispezione periodica dei motori e dei ventilatori e riparazione di eventuali danneggiamenti o mal funzionamenti.	Pulizia e correzioni	ANNUALE

Componente/Descrizione intervento	Misure da prendere	Frequenza prevista da scheda informativa
IMPIANTI		
Condotte dell'aria		
Ispezione periodica delle condotte dell'aria sia sul lato esterno che su quello interno eseguita nei punti di ispezione dei vari componenti (silenziatori, serrande di regolazione, serrande tagliafuoco, ecc..);	Pulizia e riparazioni	non prevista; attuata dalla struttura TRIMESTRALE
Valutazione della quantità di polvere sedimentata all'interno delle canalizzazioni, al fine di valutare che le condizioni igieniche rientrino nei limiti di accettabilità	Pulizia e correzioni	non prevista; attuata dalla struttura TRIMESTRALE
Valutazione dello stato di conservazione di eventuali rivestimenti termoacustici e delle serrande.	Riparazione/sostituzione	non prevista; attuata dalla struttura TRIMESTRALE
Terminali di mandata dell'aria		
Valutazioni delle condizioni igieniche, la presenza di sporcizia, di residui fibrosi, di accumuli di polvere, di tracce di sporco sulle pareti immediatamente circostanti.	Pulizia	non prevista; attuata dalla struttura TRIMESTRALE
Unità di trattamento aria		
Verifica e controllo di tutte le parti delle unità, come riportato in precedenza per i vari elementi (ventilatori, batterie di scambio termico, vaschette di raccolta condensa).		ANNUALE
CONDIZIONATORI A PARETE E A SOFFITTO (CASSETTE)		
Apparecchi terminali quali condizionatori a parete e a soffitto (cassette)		
Pulizia dei locali di installazione;	Pulizia	non prevista; attuata dalla struttura GIORNALIERO

Componente/Descrizione intervento	Misure da prendere	Frequenza prevista da scheda informativa
Controllo della pulizia e dell'operatività funzionale degli apparecchi e dei componenti interni;	Verifica	non prevista; attuata dalla struttura SEMESTRALE

* Frequenza definita in base alla valutazione del rischio.

8.2 Verifica documentale e riesame

Attività	Frequenza	Responsabile	Output
Riesame valutazione del rischio	Annuale	Gruppo di Lavoro	Documento aggiornato
Riesame esiti monitoraggi	Annuale	CCICA	Verbale CCICA
Aggiornamento Programma controllo	Annuale	Direzione Sanitaria	Piano di campionamento
Verifica chiusura azioni correttive	Straordinaria	Direzione Sanitaria, Risk Manager, RSPP	Stato azioni

8.3 Formazione e informazione

Attività	Frequenza	Destinatari	Responsabile
Formazione personale sanitario	Quinquennale	Operatori sanitari	Direzione Sanitaria
Informazione nuovi assunti	All'ingresso	Tutto il personale	Ufficio Formazione e RSPP
Aggiornamento in caso di evento	Straordinaria	Aree coinvolte	Direzione sanitaria e RSPP

Piano Annuale

Lavaggio delle Mani

(PALIM)

Struttura Residenziale Polivante Psichiatrica

Villa Maria Pia S.r.l.

Roma

Redatto dal Risk Manager

Dott.Gianpietro Volonnino

SOMMARIO

1. INTRODUZIONE 3

2. SCOPO 3

3. SPECIFICITÀ DEL CONTESTO PSICHIATRICO 3

4. CAMPO DI APPLICAZIONE 4

5. METODOLOGIA PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE 4

6. IMPLEMENTAZIONE PALIM 7

6.1 REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI 7

6.1.1 ATTIVITA' DEL 2025 7

6.1.2 OBIETTIVI 2026 8

6.2 FORMAZIONE DEL PERSONALE 8

6.2.1 ATTIVITA' DEL 2025 8

6.2.1 OBIETTIVI 2026 9

6.3 MONITORAGGIO 10

6.3.1 ATTIVITA' DEL 2025 10

6.3.2 OBIETTIVI 2026 10

6.4 COMUNICAZIONE PERMANENTE 11

6.4.1 ATTIVITA' DEL 2025 11

6.4.2 OBIETTIVI 2026 11

6.5 COMMITMENT DELLA DIREZIONE 12

6.5.1 ATTIVITA' DEL 2025 12

6.5.2 OBIETTIVI 2026 12

7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO 12

8. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA 12

9. APPENDICI 14

9.1 Locandina informativa prevenzione ICA per pazienti e caregiver 14

9.2 locandine lavaggio delle mani 15

9.3 Report questionario igiene delle mani 2025 18

9.4 Questionario autovalutazione struttura 26

9.5 Report Osservazione igiene delle mani 2025 32

1. INTRODUZIONE

In attuazione della Determinazione G02044 del 26/02/2021 la Struttura Residenziale Psichiatrica Villa Maria Pia ha adottato Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani (PALIM).

L'attuazione del Piano di Azione Locale sull'Igiene delle Mani (PALIM) riveste un'importanza strategica e imprescindibile anche nelle strutture psichiatriche, dove le caratteristiche della tipologia assistenziale, rendono il rischio infettivo meno frequente ma non meno rilevante.

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano infatti l'evento avverso più frequente in ambito sanitario e, come evidenziato nel PALIM, possono essere significativamente ridotte attraverso l'adozione sistematica di misure di prevenzione, tra le quali l'igiene delle mani costituisce l'intervento singolo più efficace. Questo principio è valido in tutti i setting assistenziali, inclusi quelli psichiatrici, indipendentemente dalla presenza di procedure invasive complesse.

2. SCOPO

In questo documento, allegato del PARS 2026 come da richiesta della Regione Lazio, si rappresenta quanto già messo in atto nella Struttura Residenziale Psichiatrica Villa Maria Pia, illustrando le principali attività ed obiettivi per il 2026 relativi al miglioramento della buona pratica dell'igiene delle mani come strumento di prevenzione delle ICA programmato per raggiungere e mantenere il livello INTERMEDIO che "Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2025, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura" (Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani). Lo scopo è pertanto quello della tutela di tutti i pazienti e operatori della struttura.

3. SPECIFICITÀ DEL CONTESTO PSICHIATRICO

Nelle strutture psichiatriche l'assistenza è caratterizzata da:

- molti contatti ravvicinati e ripetuti tra operatori e pazienti;
- condivisione di spazi comuni, arredi e oggetti;
- presenza di pazienti con ridotta consapevolezza del rischio igienico o difficoltà ad aderire autonomamente alle buone pratiche dell'igiene nella vita quotidiana;
- necessità di un clima basato su fiducia, prossimità e continuità assistenziale con i pazienti presenti.

- in questa tipologia assistenziale infatti, il rischio infettivo non deriva tanto da manovre tecniche invasive, tipiche delle strutture ospedaliere, ma dalla possibile trasmissione di microrganismi attraverso

le mani degli operatori e dei pazienti, ed il contatto con superfici e ambienti condivisi. L'attuazione strutturata del PALIM consente di governare tale rischio in modo sistematico e sostenibile

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

Le azioni previste dal PALIM interessano qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo.

5. METODOLOGIA PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

L'attuazione del PALIM nelle strutture psichiatriche consente pertanto di:

- rafforzare il governo del rischio clinico, in applicazione con il PARS;
- documentare azioni concrete di prevenzione delle ICA;
- dimostrare l'impegno della struttura nella sicurezza delle cure;
- promuovere un clima organizzativo, in cui la sicurezza delle cure è un valore condiviso e sostenuto dalla Direzione dal tutto il gruppo operativo.

Il Piano infatti, integra i requisiti strutturali, con la formazione, il monitoraggio, la comunicazione e l'impegno della Direzione, diventando uno strumento completo e di miglioramento continuo della qualità assistenziale erogata.

Ai fini di un'efficace gestione del rischio infettivo, Villa Maria Pia redige semestralmente un Report sulla gestione del Rischio Sanitario in cui l'analisi delle ICA rappresenta un elemento importante. Tale report viene condiviso con il **CICA** e poi portato all'attenzione dei componenti del **COVASI** nelle riunioni periodiche, per la scelta e condivisione delle eventuali azioni correttive.

L'applicazione del PALIM non rappresenta per la struttura, soltanto un'adempimento normativo, ma una scelta fondamentale che contribuisce in modo significativo alla:

- prevenzione delle infezioni;
- tutela di pazienti ed operatori;
- qualità e sicurezza nelle prestazioni erogate;
- comprensione ed apprendimento della prevenzione da ICA in applicazione ai principi della sanità odierna.

L'igiene delle mani, promossa e monitorata attraverso il PALIM, diventa così uno strumento di sicurezza delle cure, anche nella specificità dell'assistenza psichiatrica.

Pertanto, nella elaborazione del Piano di Azione Locale, sono state sottoposte ad ***autovalutazione*** le condizioni esistenti nella struttura riferite ai seguenti ambiti:

- **REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI**: verifica presenza di procedure specifiche per la sanificazione, presenza dei dispenser per soluzione idroalcolica, presenza e diffusione dei protocolli per la prevenzione delle infezioni, rispetto dei percorsi sporco/pulito, presenza di stanze singole, verifica rapporto lavandini/letti;
- **FORMAZIONE DEL PERSONALE:** formazione del personale, somministrazione di questionari e monitoraggio dei risultati, alfine della individuazione di azioni di miglioramento;
- **MONITORAGGIO**: valutazione delle schede ICA nei diversi periodi oggetto di report, valutazione sulla corretta pratica dell'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta e somministrazione di questionari; alla quantità/qualità dei dispenser e consumo di soluzione alcolica e dei lavandini all'interno della Struttura; alla formazione degli operatori sanitari in materia di igiene delle mani e ICA
- **COMUNICAZIONE PERMANENTE**: divulgazione di materiale informativo aggiornato per i pazienti, parenti e caregiver;
- **COMMITTMENT DELLA DIREZIONE**: esistenza di un gruppo per la promozione e l'implementazione della pratica dell'igiene delle mani, sotto il controllo ed il coinvolgimento della Direzione della Struttura;

In ciascuno dei suddetti ambiti l'esito della autovalutazione ha consentito di collocare la Struttura su un livello intermedio.

II presente Piano si pone come primo obiettivo per l'anno 2026, il mantenimento del livello raggiunto in ciascuno dei suddetti ambiti, ai fini dell'implementazione "**che si ritiene possibile"** se applicata con l'impegno di tutte le figure professionali presenti, per il raggiungimento del livello **AVANZATO** per l'igiene delle mani.

Sono di seguito illustrate le azioni di miglioramento programmate, e la relativa cronologia, per l'implementazione del Piano di Azione Locale, riferite a ciascuno degli ambiti esaminati nel processo di autovalutazione.

6. IMPLEMENTAZIONE PALIM

6.1 REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI

6.1.1 ATTIVITA' DEL 2025

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

Sotto il profilo strutturale risultano rispettati i percorsi sporco/pulito, la disponibilità di stanze singole per l'isolamento e sono presenti procedure specifiche per la sanificazione. La struttura garantisce inoltre la disponibilità di punti per l'igiene delle mani in prossimità delle aree assistenziali e dei servizi e locali comuni, come richiesto nel PALIM, con verifica periodica della loro funzionalità.

Dal 2020 la struttura dispone di un modulo informatizzato per la registrazione degli eventi avversi e delle ICA. Tali informazioni sono infatti registrate nel modulo di accettazione sanitaria WINRAD. Ai fini del miglioramento dell'efficacia nella gestione del rischio sanitario, la Direzione della SRP ha pertanto deciso di continuare nell'informatizzazione del modulo di gestione Rischio Sanitario.

La possibilità di avere le informazioni relative agli eventi non attesi, permette di identificare in maniera più incisiva i diversi rischi, ed attuare le eventuali azioni correttive e consentirne il monitoraggio, tutte attività finalizzate al contenimento del rischio sanitario. Per tale motivo, l'Alta Direzione della struttura, sarà impegnata nell'implementazione di nuove funzionalità per aumentarne e migliorarne le informazioni da mettere a disposizione del CIA e della Direzione.

Il modulo di gestione del Rischio Sanitario permette di alimentare in maniere automatica il registro degli eventi ***avvers***i e il registro delle Infezioni Correlate all'Assistenza **(ICA)**.

- **GEL IDROALCOLICO**

In tutta la struttura è assicurata la disponibilità di dispenser per soluzione idroalcolica;

La Direzione Sanitaria, per ottemperare alla normativa regionale sul monitoraggio delle soluzioni idroalcoliche, ha sviluppato un modello per rendere tale controllo più efficace e immediato.

Tale modello, presenta, per ogni piano della struttura le ricariche o sostituzioni dei diversi contenitori.

Il mantenimento invece, dell'efficienza dei lavandini, ai fini del rispetto del rapporto ottimale tra numero di lavandini e posti letto, viene assicurato attraverso un programma di manutenzione

periodica, affidato al servizio di manutenzione interno, e sottoposto al controllo della Direttrice di struttura.

6.1.2 OBIETTIVI 2026

La tabella dettaglia le azioni di consolidamento/miglioramentoda implementare nel 2026 inerenti all'ambito strutturale/tecnologico.

	ATTIVTA'	OBIETTIVO	REFERENTE	DATA COMPLETAMENTO
1	Monitoraggio consumo gel idroalcolico con stesura report	Elaborazione report	Responsabile Direzione Sanitaria	entro il 12/02/2026
2	Potenziamento del sistema informatico per la registrazione delle ICA e relativi corsi di formazione	Implementazione	Direzione Sanitaria e Responsabile Informatico	31/07/2026

FORMAZIONE DEL PERSONALE

6.1.3 ATTIVITA' DEL 2025

Nell'anno 2025 è stato somministrato al personale sanitario un questionario sull'igiene delle mani e rischio infettivo.

L'analisi dei dati è stata elaborata dal Responsabile della Qualità con la supervisione della Direzione Sanitaria e il CICA/COVASI con apposita produzione di report.

Annualmente è prevista la riedizione del corso per un aggiornamento alle figure già presenti e per la formazione dei nuovi entrati in servizio, per garantire il mantenimento della qualità e rafforzare la cultura della sicurezza delle cure.

6.1.1 OBIETTIVI 2026

La Tabella seguente dettaglia le azioni di miglioramento da attuare nel 2026 relative all'ambito della formazione

	ATTIVTA'	OBIETTIVO	REFERENTE	DATA COMPLETAMENTO
1	Aggiornamento formazione igiene delle mani con test finale di verifica e apprendimento	Somministrazione test	Comitato CICA e COVASI con il Responsabile Medico Sanitario	15/07/2026 15/01/2027
2	Rivalutazione questionario igiene Mani e questionario percezione operatori sanitari	Rivalutazione	Comitato CICA e COVASI con il Responsabile Medico Sanitario	entro il 30/11/2026
3	Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sulla sicurezza delle cure anche mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA	Organizzazione riunioni di formazione	Comitato CICA e COVASI con il Responsabile Medico Sanitario	31/07/2026

6.2 MONITORAGGIO

6.2.1 ATTIVITA' DEL 2025

Il monitoraggio dell'implementazione della corretta igiene delle mani nella pratica clinico assistenziale mediante l'osservazione diretta rappresenta strumento principale per la verifica dell'adesione degli operatori alle indicazioni del presente Piano.

Le attività di monitoraggio, oltre che le attività di osservazione diretta, riguardano anche il consumo di soluzioni alcoliche. L'utilizzo del modello citato in precedenza (requisiti strutturali, organizzativi) per la rilevazione dei diversi dispositivi di gel idroalcolico consente di generare un consuntivo per il periodo di riferimento. Di seguito il consuntivo del consumo relativo al 2025:

CONSUNTIVO RICARICHE E SOSTITUZIONI DISPOSITIVI GEL DISINFETTANTI- ANNO 2025-

	N°	QUANTITA' IN ML	IN L/1000 GIORNATE DI DEGENZA
TOTALE RICARICHE	204	204000,00	0,204
TOTALE SOSTITUZIONI	96	48000,00	0,048

Tale consumo è riportato nel report di Gestione del Rischio Sanitario che viene condiviso con il COVASI al termine di ogni semestre. Al termine di ogni riunione viene redatto un verbale in cui sono evidenziate le principali attività svolte nel periodo e le azioni da intraprendere. Tale verbale viene diffuso ai diversi responsabili (RMS, Caposala, membri del COVASI).

L'analisi della pratica dell'igiene delle mani e la partecipazione degli operatori alle attività formative sulla prevenzione delle ICA. ha evidenziato in generale un buon livello di comprensione e partecipazione da parte degli operatori sanitari.

6.2.2 OBIETTIVI 2026

La Tabella seguente dettaglia le azioni di miglioramentoda attuare nel 2026relative all'ambito del monitoraggio.

id	ATTIVTA'	OBIETTIVO	REFERENTE	DATA COMPLETAMENTO
1	Monitoraggio consumo gel idroalcolico con stesura report	Elaborazione report	Comitato CICA e COVASI con il Responsabile Medico Sanitario	entro il 15/02/2027
2	Monitoraggio questionari di apprendimento su prevenzione ICA con stesura report	Elaborazione report	Comitato CICA e COVASI con il Responsabile Medico Sanitario	30/11/2026
3	Monitoraggio questionari di apprendimento su compliance igiene delle mani	Elaborazione report	Comitato CICA e COVASI con il	30/11/2026

6.3 COMUNICAZIONE PERMANENTE

6.3.1 ATTIVITA' DEL 2025

La Direzione ha elaborato del materiale informativo sulla prevenzione delle ICA che è a disposizione di tutti i pazienti e caregiver. Sono infatti disponibili locandine sulla prevenzione delle ICA e sul corretto lavaggio delle mani. Inoltre, il PARS (composto da tutti i suoi piani, compreso il PALIM) sarà disponibile sul sito web aziendale .

id	ATTIVTA'	OBIETTIVO	REFERENTE	DATA COMPLETAMENTO
1	Monitoraggio consumo gel idroalcolico con stesura report	Elaborazione report	Responsabile Compliance e Formazione	entro il 01/02/2027
2	Iniziative di comunicazione e sensibilizzazione per personale sanitario e pazienti/caregivers in occasione della giornata mondiale Igiene delle Mani	Organizzazione incontro	RMS Responsabile Formazione	Nelcorsodell'anno e in occasione della Giornata Mondialesull'Igiene delle Mani

6.3.2 OBIETTIVI 2026

La Tabella seguente dettaglia le azioni di miglioramento da attuare nel 2026 relative all'ambito della comunicazione.

id	ATTIVTA'	OBIETTIVO	REFERENTE	DATA COMPLETAMENTO
1	Verifica e aggiornamentocostante del materiale informativo	Implementazione	Responsabile Compliance e Formazione	annuale

6.4 COMMITMENT DELLA DIREZIONE

6.4.1 ATTIVITA' DEL 2025

La Direzione si impegna con continuità nell'attuare una politica di prevenzione e controllo delle ICA. Oltre al monitoraggio continuo, l'analisi, in sede di CICA/COVASI, del Report sulla Gestione del Rischio Clinico rappresenta lo strumento principale per l'individuazione delle azioni specifiche da attuare.

6.4.2 OBIETTIVI 2026

La Tabella seguente dettaglia le azioni di miglioramento da attuare nel 2026 relative al commitment della Direzione.

id	ATTIVTA'	OBIETTIVO	REFERENTE	DATA COMPLETAMENTO
1	Monitoraggio completamento attività programmate	Implementazione	CICA E COVASI Responsabile Medico	30/06/2026

7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO

II presente documento è pubblicato sul sito web aziendale (https://www.villamariapia.com/trasparenza/) ed allegato al PARS.

La diffusione del documento al personale avverrà con invio alla mail personale aziendale ed anche con incontri formativi.

8. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA

- Regione Lazio Determinazione n. G02044 del 26 febbraio 2021 recante "Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani";
- Regione Lazio Determinazione n. G00643 del 25/01/2022. Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)";
- Legge 8 marzo 2017, n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;

- Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018 n. U00400 recante "Trasferimento delle competenze del centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza al centro Regionale Rischio Clinico";
- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità - il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibile sul sito del Ministero della salute;

9. APPENDICI

9.1 Locandina informativa prevenzione ICA per pazienti e caregiver.

Informazioni Utili per Paziente/familiari/caregiver

Accortezze per la sicurezza e la prevenzione di Infezioni correlate all'assistenza

1. **Collabora alla elaborazione di una adeguata anamnesi:** riferisci tutte le **informazioni sanitarie** che ritieni possano essere utili in merito alla tua **storia clinica**, riferendo le principali patologie che hai avuto fin dalla nascita e nel tempo a seguire, (es malattie esantematiche, cardiopatie, diabete, patologie pressorie, malattie croniche, **infezioni**, ecc.). Riferisci con attenzione tutti i farmaci che assumi, costantemente e al bisogno compresi i prodotti omeopatici o erboristici ed eventuali integratori. Riferisci eventuali allergie e intolleranze accertate e sospette e verifica che vengano riportate in cartella clinica. Prima di assumere qualsiasi farmaco parlane con i medici. In taluni casi l'interazione tra farmaci potrebbe non garantire gli effetti desiderati.

2. **Chiedi quali precauzioni devono avere i tuoi familiari o conoscenti quando vengono a trovarti. Assicurati, quindi, che rispettino divieti, precauzioni (es. non recarsi in visita ad un parente se si è influenzati, non sedersi o salire sul letto, utilizzare camici e mascherine quando richiesto, ecc.)**

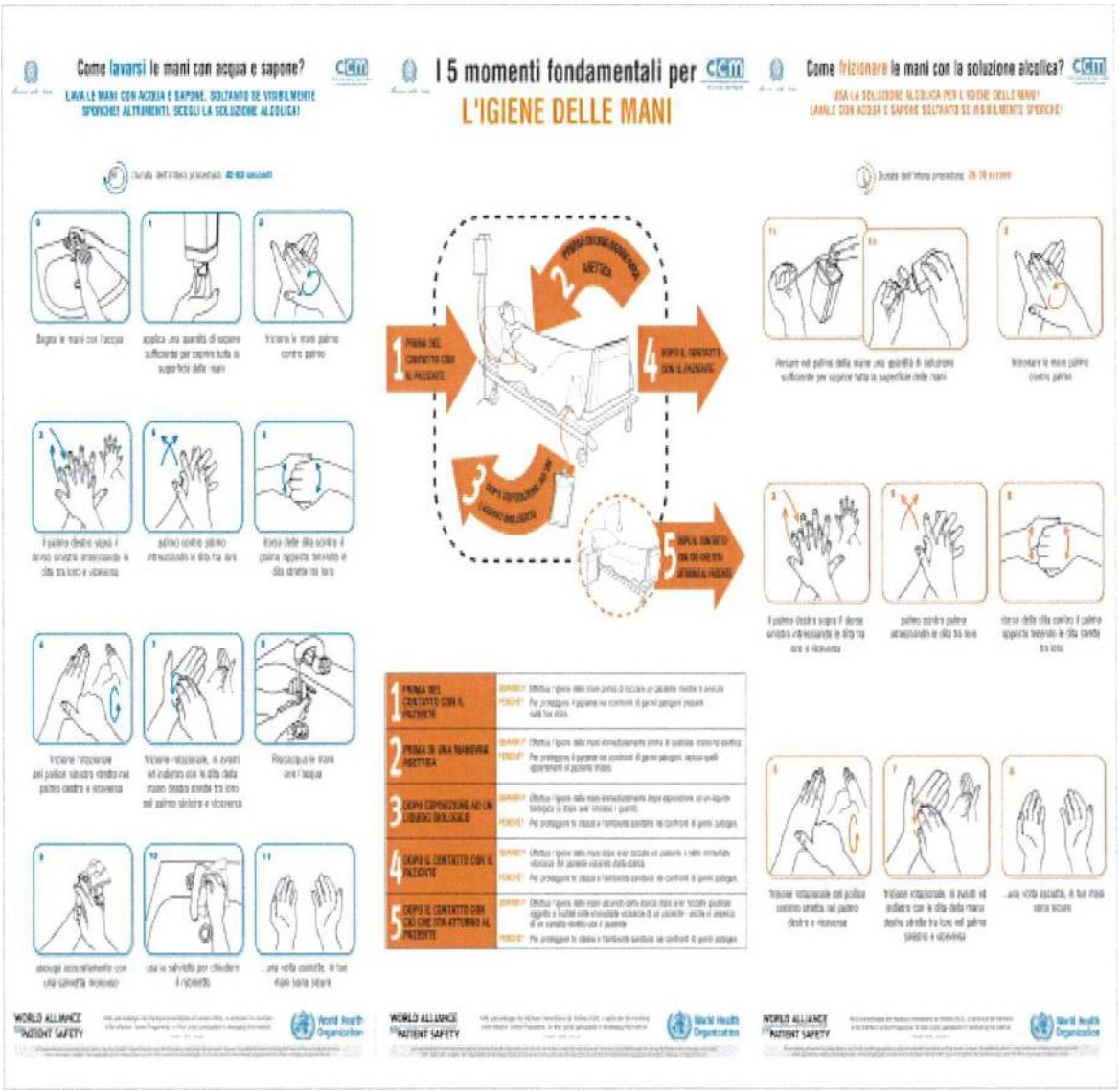
3. Utilizza in maniera appropriata e con rispetto gli ambienti e la struttura: **osserva la segnaletica esistente**, accedi **solo negli ambienti consentiti (es. usa solo i bagni dei reparti e non quelli dedicati alle persone ricoverate, usa solo gli ascensori dedicati ai visitatori, ecc.).** Non **usare presidi, materiale o apparecchi se non sei autorizzato** e se non ne conosci adeguatamente il funzionamento. Per ogni dubbio rivolgiti al personale della struttura.

4. **Cura l'igiene più del solito per evitare le infezioni ospedaliere: lavati spesso le mani** (se il sapone manca chiedilo al personale oppure utilizza le soluzioni a base alcolica che sono presenti nella struttura). **Ricordalo anche ai tuoi cari e visitatori. Lavarsi le mani può prevenire la diffusione di germi.** Pretendi che anche gli operatori si siano lavate le mani prima di visitarti o prima di un contatto per qualsiasi tipo di assistenza. Ricorda al medico/infermiere di lavarsi le mani chiedi loro di farlo. **L'uso dei guanti non sostituisce il lavaggio delle mani.**

5. Chiedi se i materiali utilizzati, particolarmente quelli invasivi, **sono monouso o se sono sterilizzati.** es. siringhe, aghi, etc.).

6. **Se ti viene messo un catetere venoso (ago cannula), un catetere urinario o altro materiale, informati per quanto tempo lo dovrai tenere. Non temere di ricordare al personale che lo hai, di controllarlo, e chiedi se è ancora necessario tenerlo.** Ricorda: lasciando un catetere troppo a lungo aumenta la possibilità di contrarre una infezione.

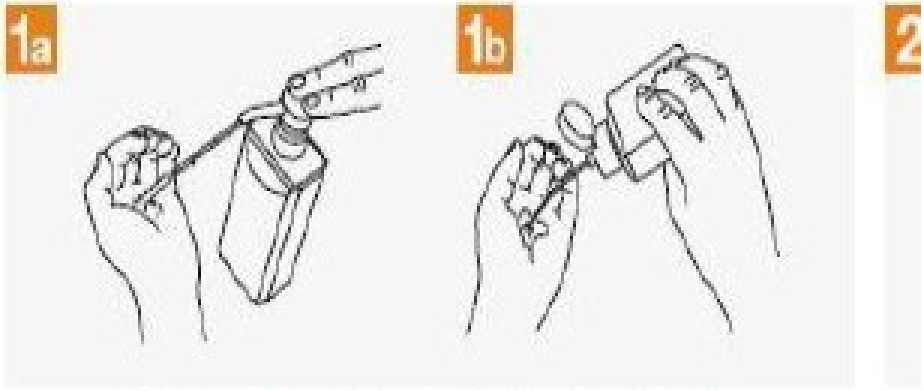
9.2 Locandine con : i cinque momenti del lavaggio delle mani



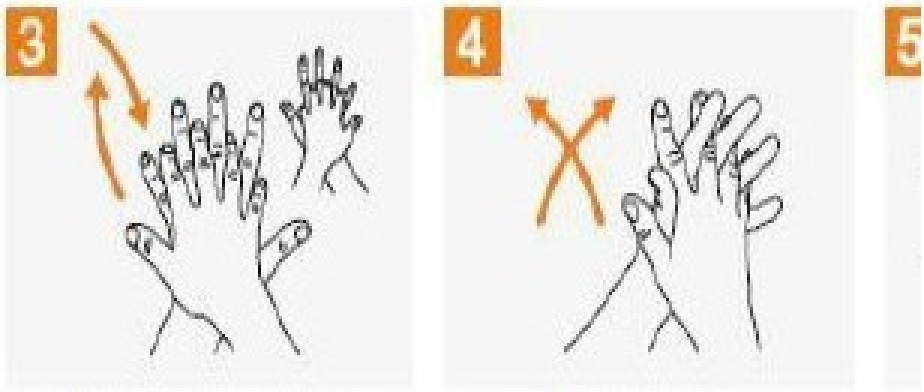
Lavaggio antisettico

IL LAVAGGIO DELLE MANI ANTISETTICO E' UN PASSO F
PREVENIRE INFEZIONI ED ELIMINARE LE SPORE DI GERM
MEDICI E INFERMIERI ADOTTANO DIVERSI METODI, MA
CALDAMNENTE SIA DENTRO CHE FUORI DAGLI AMBIEN

Durata dell'intera procedura: 20-30 secondi



Versare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani.



il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra

palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro

Lavaggio sociale

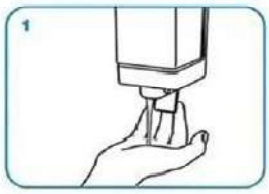
LAVAGGIO SOCIALE

Come lavarsi le mani con acqua e sapone?

Durata dell'intera procedura: 40-60 secondi



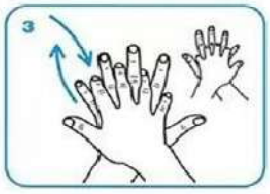
Bagna le mani con l'acqua



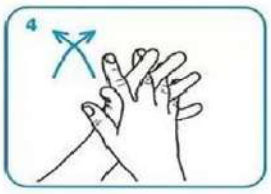
applica una quantità di sapone sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani



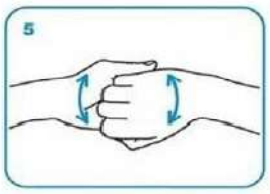
friziona le mani palmo contro palmo



il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



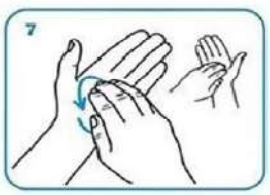
palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



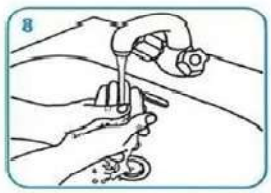
dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



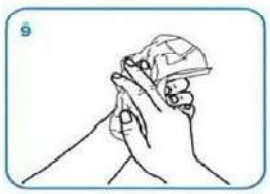
frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



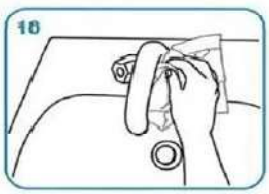
frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



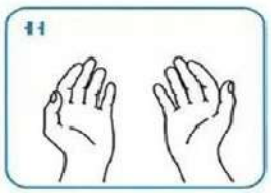
Risciacqua le mani con l'acqua



asciuga accuratamente con una salvietta monouso



usa la salvietta per chiudere il rubinetto



...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.

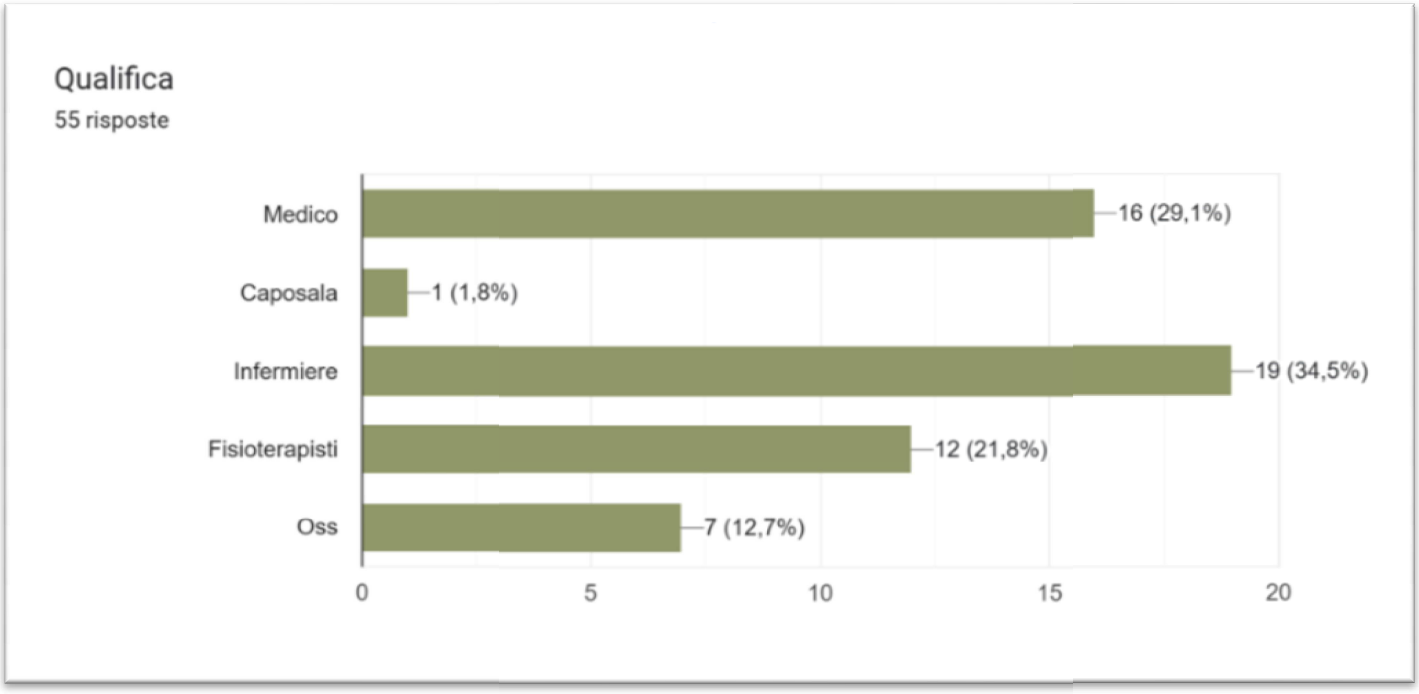
9.3 Report questionario igiene delle mani 2025

Questionario igiene delle mani: **Anno 2025**

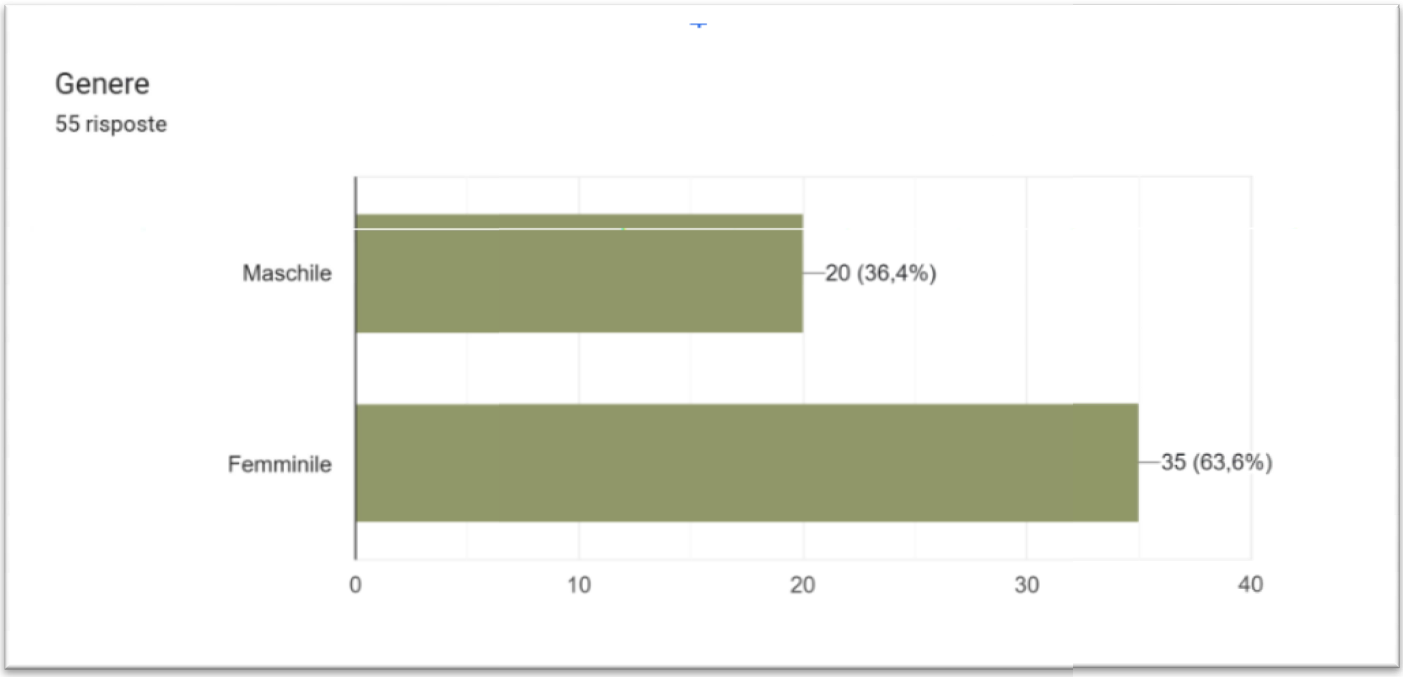
Il questionario è stato compilato da 55 operatori sanitari afferenti alla struttura Villa Maria Pia. Le qualifiche rappresentate includono:

- Medici
- Infermieri
- Fisioterapisti -Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica
- OSS
- Ausiliari

Di seguito la rappresentazione grafica della distribuzione per qualifica.

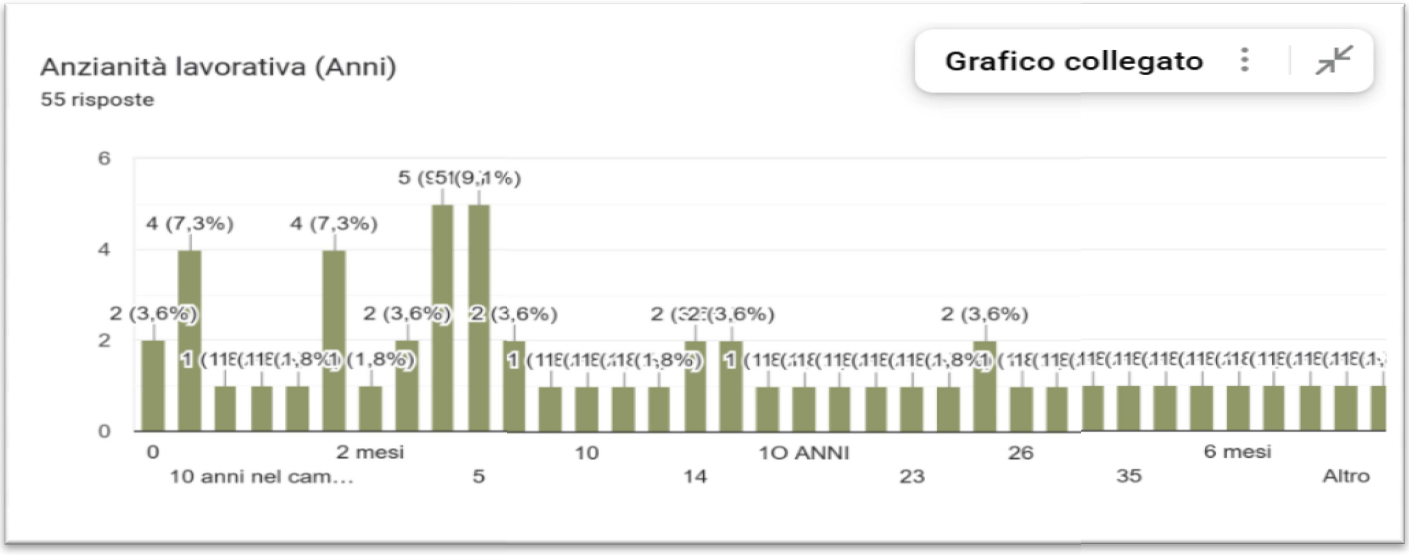


Il questionario, come evidente dal grafico sottostante, è stato compilato da 35 persone di genere femminile e 20 di genere maschile.



L'anzianità media lavorativa è di 15 anni.

Viene di seguito evidenziata la media dell'anzianità lavorativa, suddivisa per qualifica.



Si può pertanto affermare che il campione presenta una buona eterogeneità professionale e una anzianità lavorativa variabile, consentendo un'analisi significativa delle conoscenze sull'igiene delle mani.

Le domande:

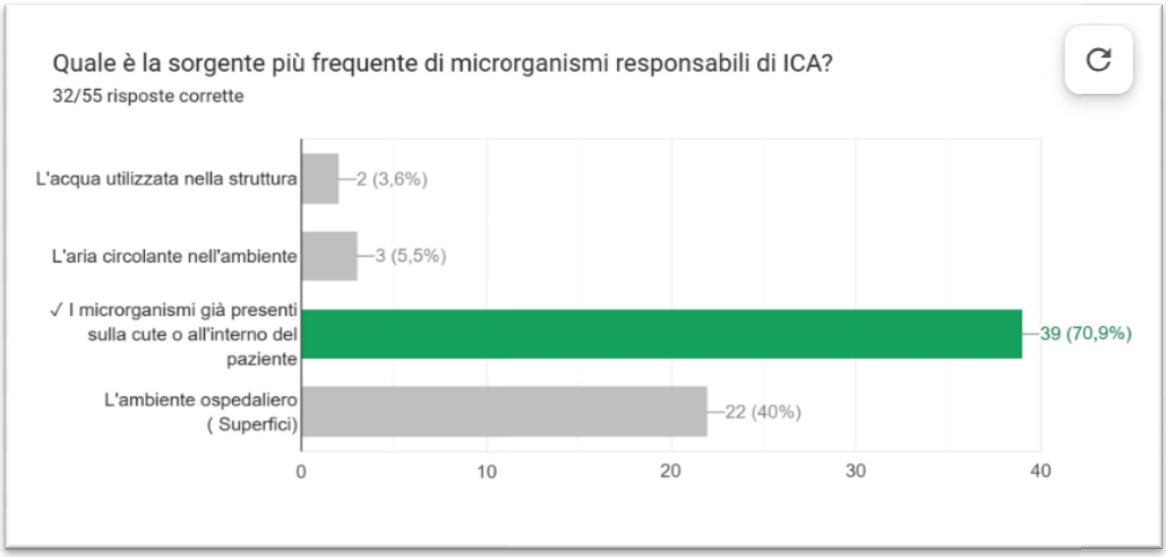
- "negli ultimi 3 anni sei stato formato sull'igiene delle mani?"
- "usi regolarmente soluzioni a base alcolica per l'igiene delle mani?"

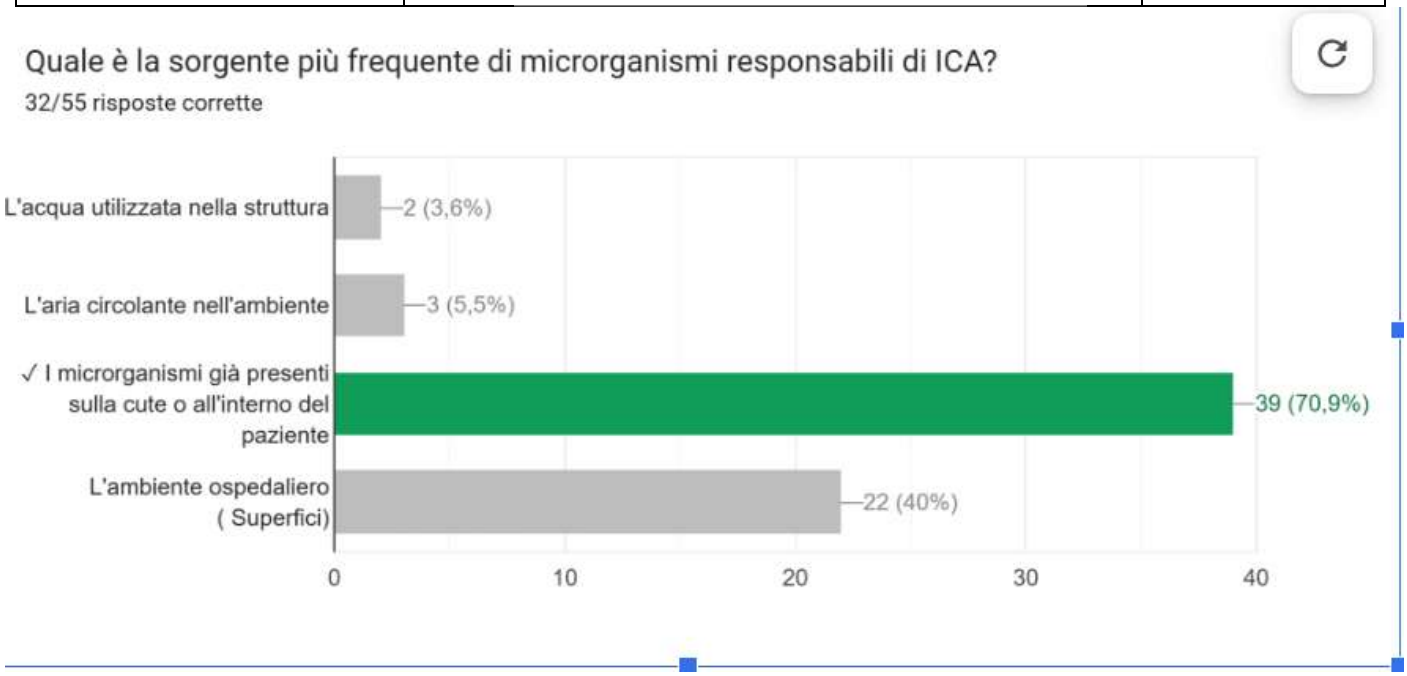
Hanno avuto entrambe il 100% delle risposte affermative.

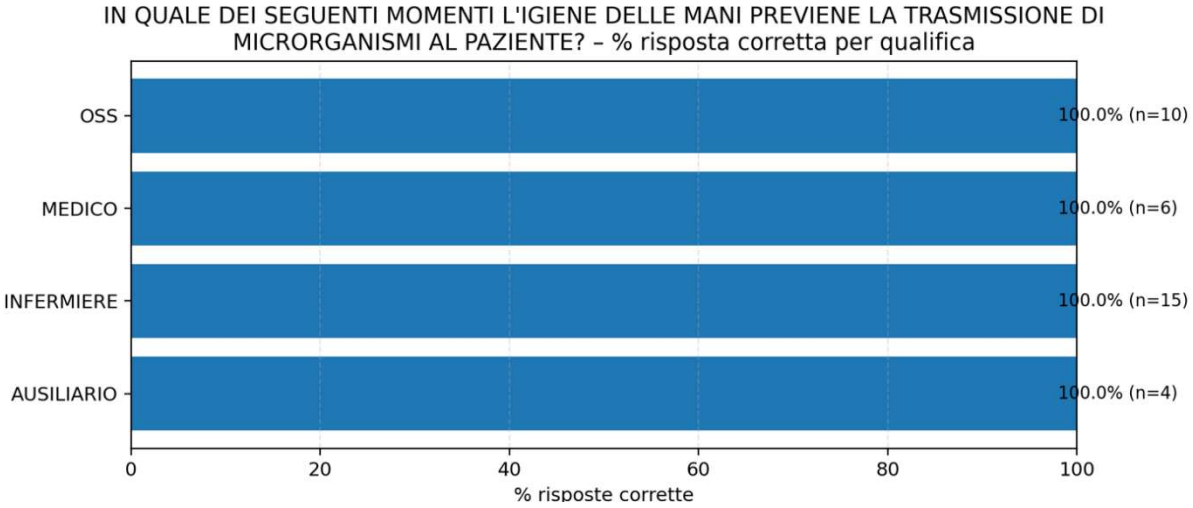
Nella seguente tabella si riporta, per ogni domanda, la percentuale di risposte corretta.

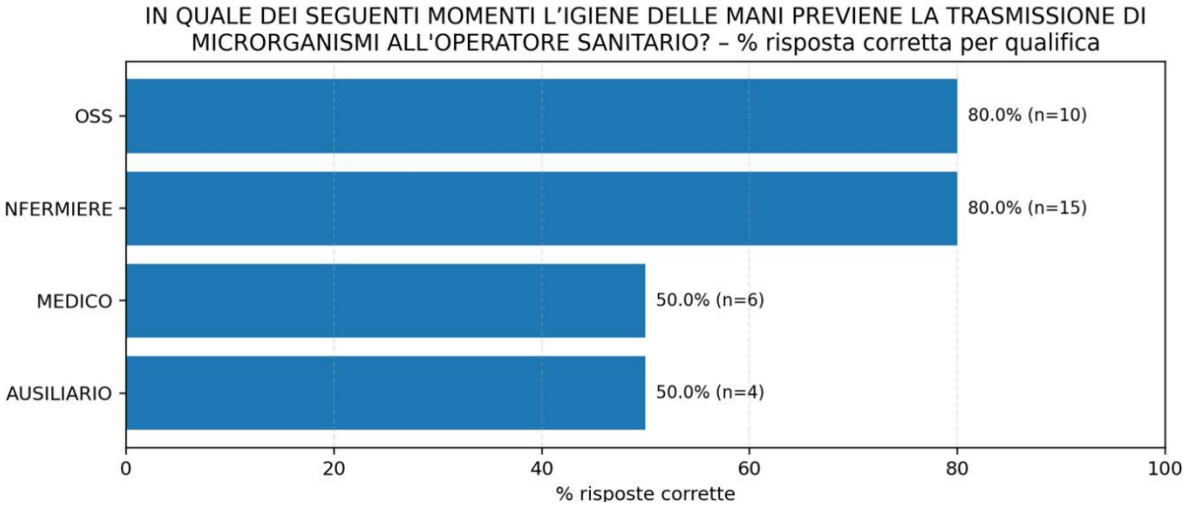
Si può pertanto affermare che il livello di conoscenza è buono.

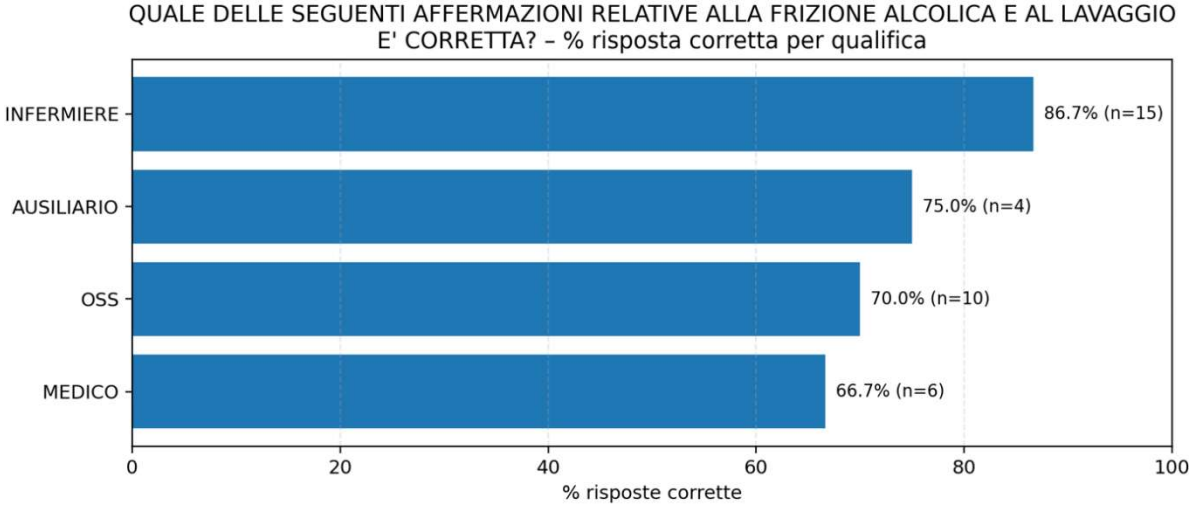
Per maggior completezza si riporta evidenza della percentuale di risposta corretta.

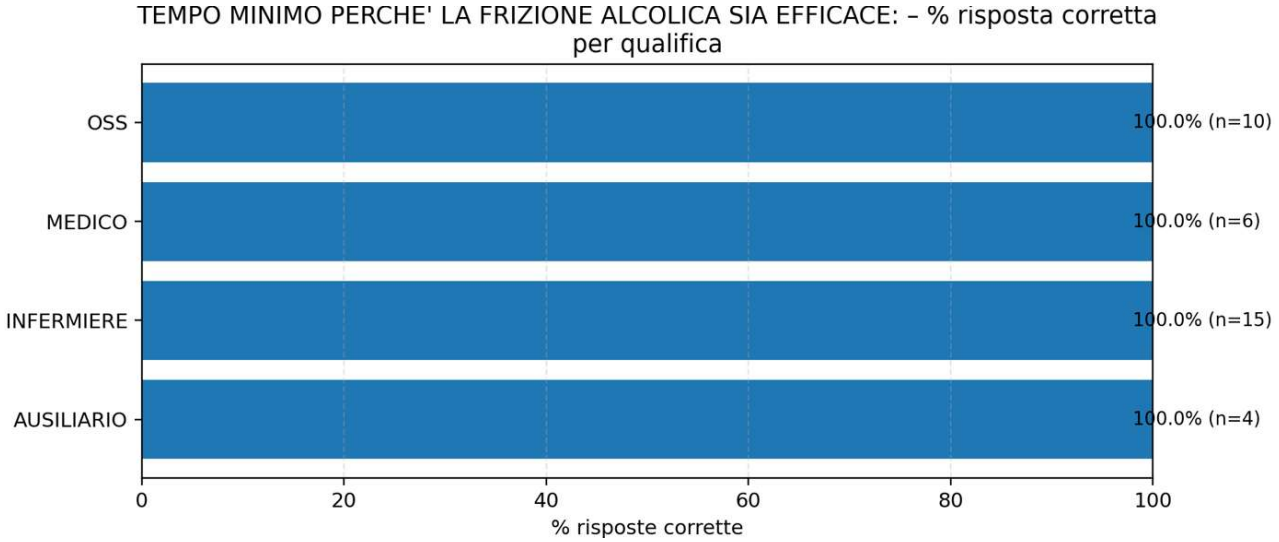


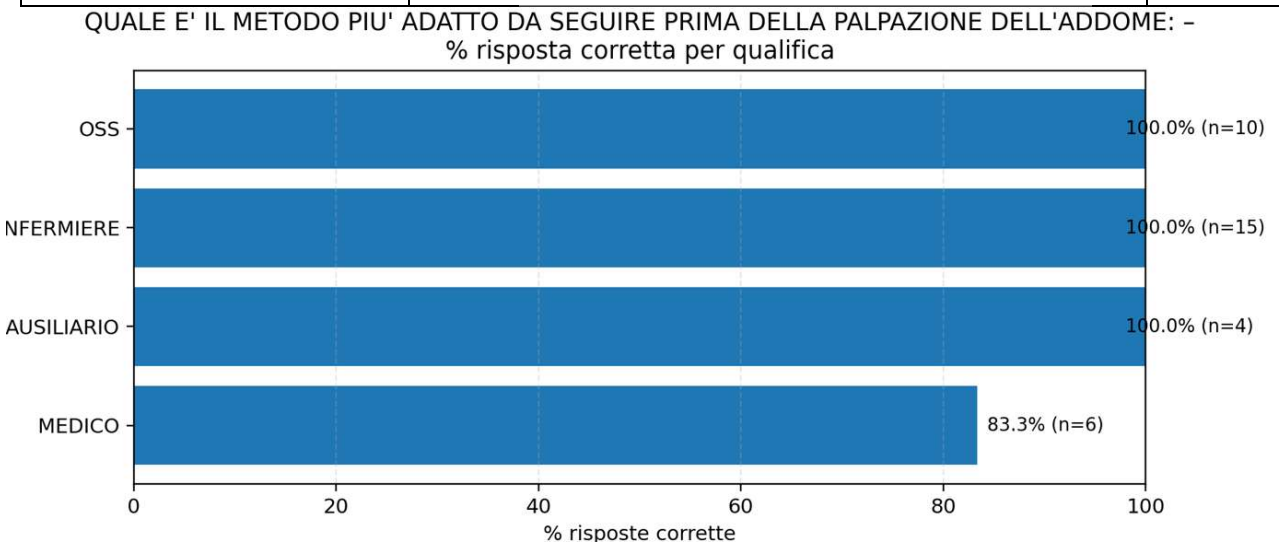

Quale è la sorgente più frequente di microrganismi responsabili di ICA?
32/55 risposte corrette
L'acqua utilizzata nella struttura
2 (3,6%)
L'aria circolante nell'ambiente
3 (5,5%)
✓ I microrganismi già presenti sulla cute o all'interno del paziente
39 (70,9%)
L'ambiente ospedaliero (Superfici)
22 (40%)
0
10
20
30
40

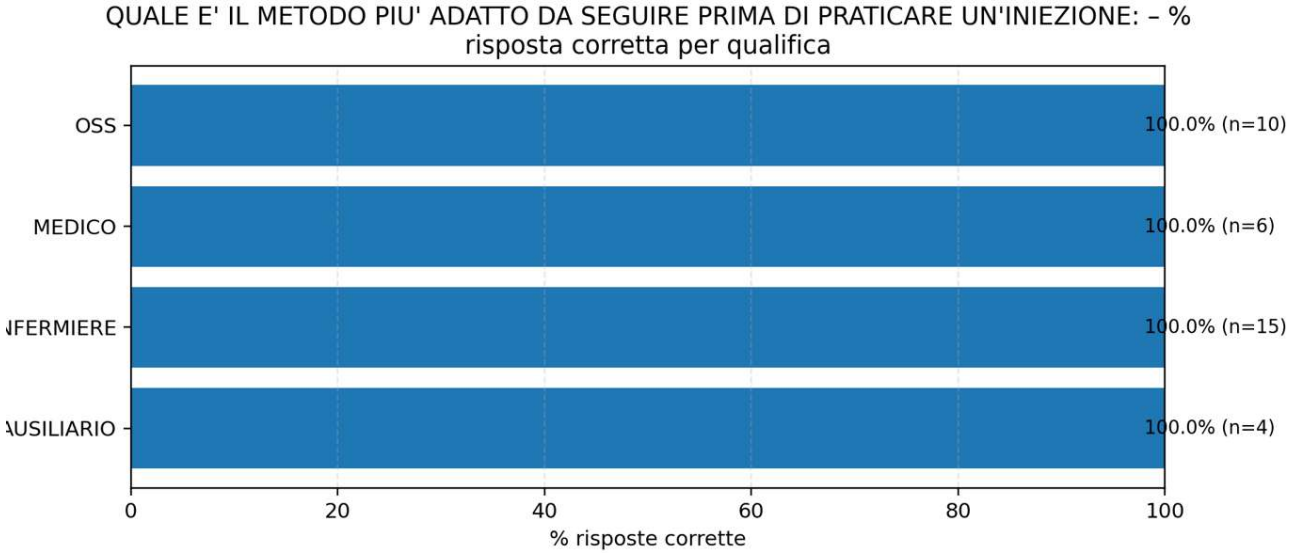

IN QUALE DEI SEGUENTI MOMENTI L'IGIENE DELLE MANI PREVIENE LA TRASMISSIONE DI MICRORGANISMI AL PAZIENTE? – % risposta corretta per qualifica
OSS
100.0% (n=10)
MEDICO
100.0% (n=6)
INFERMIERE
100.0% (n=15)
AUSILIARIO
100.0% (n=4)
0
20
40
60
80
100
% risposte corrette

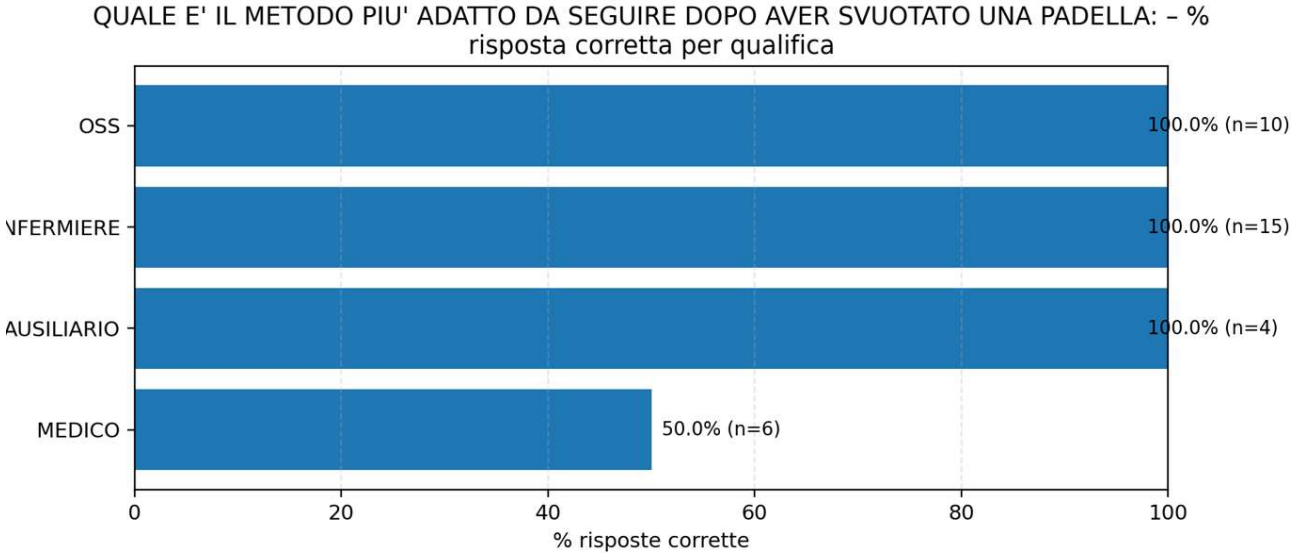

IN QUALE DEI SEGUENTI MOMENTI L'IGIENE DELLE MANI PREVIENE LA TRASMISSIONE DI MICRORGANISMI ALL'OPERATORE SANITARIO? – % risposta corretta per qualifica
OSS
NFERMIERE
MEDICO
AUSILIARIO
80.0% (n=10)
80.0% (n=15)
50.0% (n=6)
50.0% (n=4)
0
20
40
60
80
100
% risposte corrette

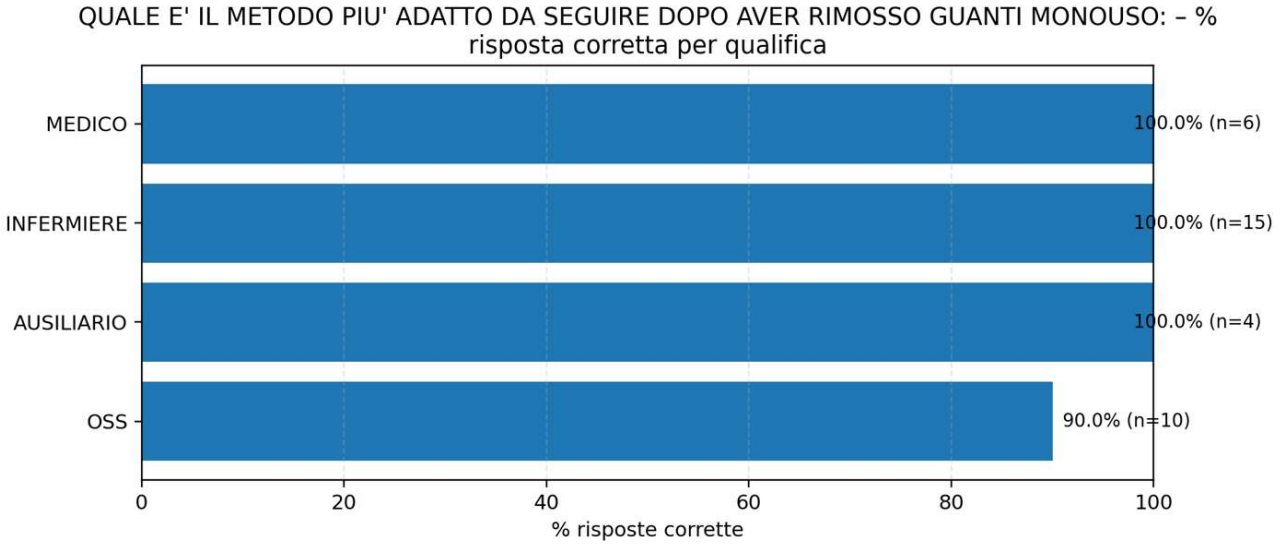

QUALE DELLE SEGUENTI AFFERMAZIONI RELATIVE ALLA FRIZIONE ALCOLICA E AL LAVAGGIO E' CORRETTA? – % risposta corretta per qualifica
INFERMIERE
AUSILIARIO
OSS
MEDICO
86.7% (n=15)
75.0% (n=4)
70.0% (n=10)
66.7% (n=6)
0
20
40
60
80
100
% risposte corrette

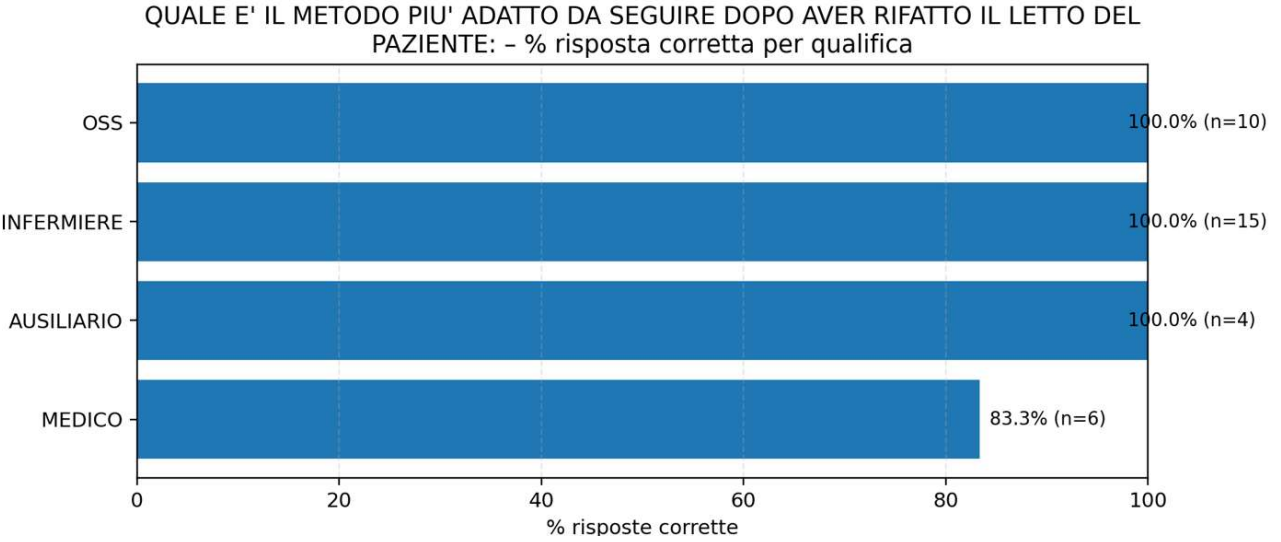

TEMPO MINIMO PERCHE' LA FRIZIONE ALCOLICA SIA EFFICACE: – % risposta corretta per qualifica
OSS
MEDICO
INFERMIERE
AUSILIARIO
100.0% (n=10)
100.0% (n=6)
100.0% (n=15)
100.0% (n=4)
0
20
40
60
80
100
% risposte corrette

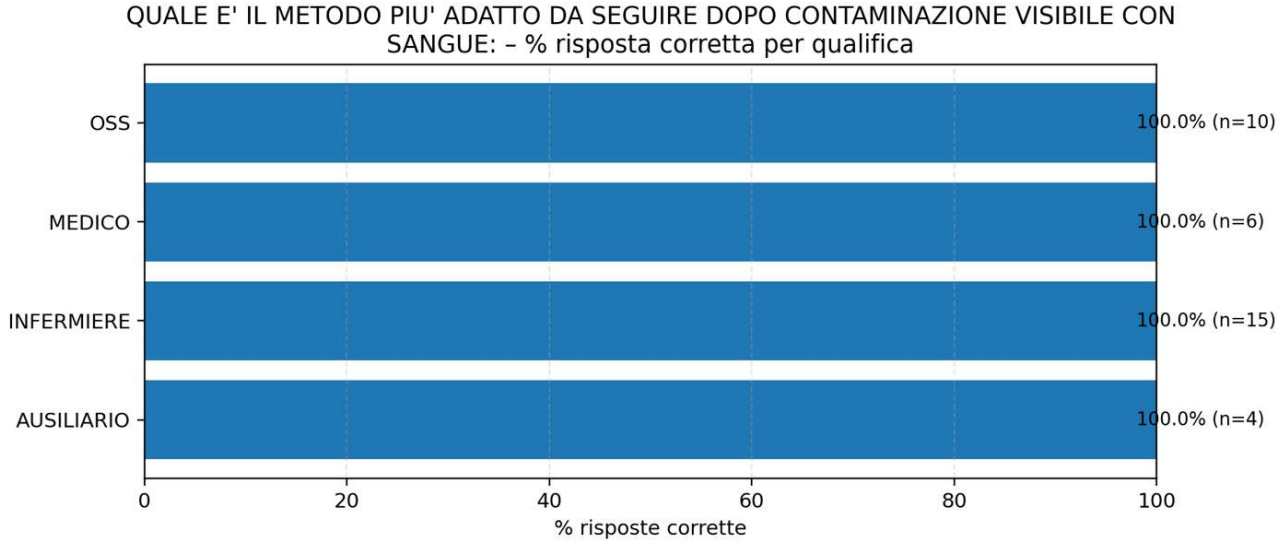

QUALE E' IL METODO PIU' ADATTO DA SEGUIRE PRIMA DELLA PALPAZIONE DELL'ADDOME: – % risposta corretta per qualifica
OSS
NFERMIERE
AUSILIARIO
MEDICO
100.0% (n=10)
100.0% (n=15)
100.0% (n=4)
83.3% (n=6)
0
20
40
60
80
100
% risposte corrette

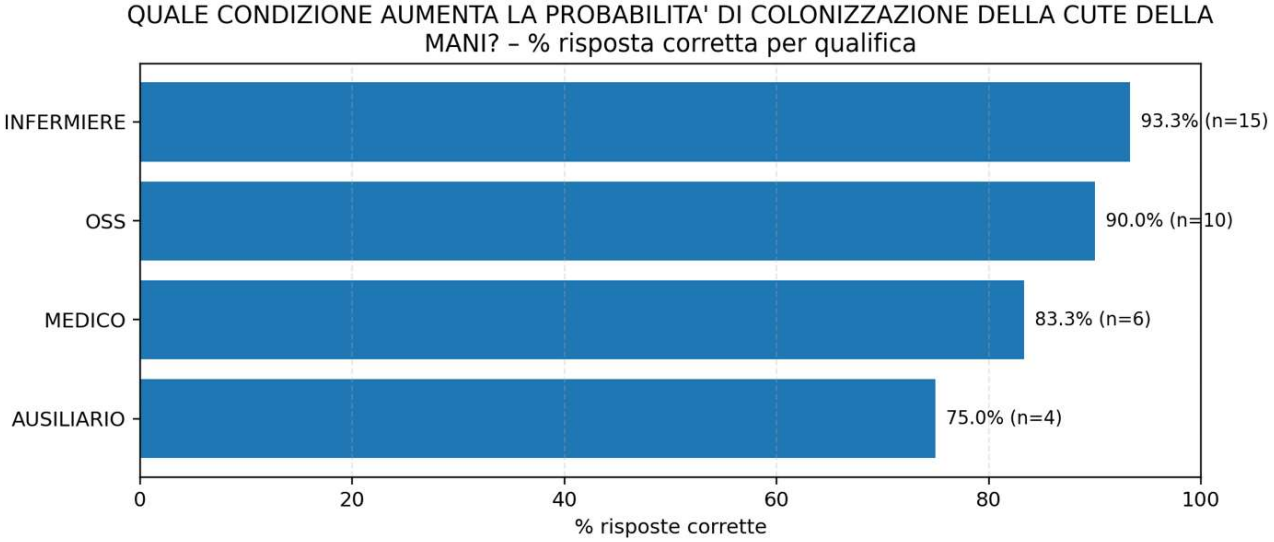

QUALE E' IL METODO PIU' ADATTO DA SEGUIRE PRIMA DI PRATICARE UN'INIEZIONE: – % risposta corretta per qualifica
OSS
MEDICO
NFERMIERE
AUSILIARIO
100.0% (n=10)
100.0% (n=6)
100.0% (n=15)
100.0% (n=4)
0
20
40
60
80
100
% risposte corrette


QUALE E' IL METODO PIU' ADATTO DA SEGUIRE DOPO AVER SVUOTATO UNA PADELLA: – % risposta corretta per qualifica
OSS
NFERMIERE
AUSILIARIO
MEDICO
100.0% (n=10)
100.0% (n=15)
100.0% (n=4)
50.0% (n=6)
0
20
40
60
80
100
% risposte corrette


QUALE E' IL METODO PIU' ADATTO DA SEGUIRE DOPO AVER RIMOSSO GUANTI MONOUSO: – % risposta corretta per qualifica
MEDICO
INFERMIERE
AUSILIARIO
OSS
100.0% (n=6)
100.0% (n=15)
100.0% (n=4)
90.0% (n=10)
0
20
40
60
80
100
% risposte corrette


QUALE E' IL METODO PIU' ADATTO DA SEGUIRE DOPO AVER RIFATTO IL LETTO DEL PAZIENTE: – % risposta corretta per qualifica
OSS
INFERMIERE
AUSILIARIO
MEDICO
100.0% (n=10)
100.0% (n=15)
100.0% (n=4)
83.3% (n=6)
0
20
40
60
80
100
% risposte corrette


QUALE E' IL METODO PIU' ADATTO DA SEGUIRE DOPO CONTAMINAZIONE VISIBILE CON SANGUE: – % risposta corretta per qualifica
OSS
MEDICO
INFERMIERE
AUSILIARIO
100.0% (n=10)
100.0% (n=6)
100.0% (n=15)
100.0% (n=4)
0
20
40
60
80
100
% risposte corrette



L'analisi di tali informazioni permette quindi di asserire che:

- La percentuale di risposte corrette è complessivamente buona, con molte domande che raggiungono valori elevati di correttezza.
- Le conoscenze di base (es. ruolo delle mani nella trasmissione, tempo minimo di frizione, uso della frizione alcolica) risultano ben consolidate nella maggior parte del campione.

Questo suggerisce che i messaggi formativi principali sono stati recepiti

Dall'analisi per qualifica professionale emerge che:

- tutte le qualifiche partecipano attivamente al questionario
- sono presenti differenze nelle percentuali di risposta corretta tra le diverse figure professionali,

Come opportunità di miglioramento si potrebbe valutare percorsi formativi differenziati per ruolo.

9.4 Questionari di Autovalutazione Struttura Anno 2025

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

INADEGUATO	0-25	**Punteggio totale**	**85**
BASE	26-50		
INTERMEDIO	51-75		
AVANZATO	76-100		

Villa Maria Pia S.r.p.

SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
B.I Formazione degli operatori sanitari		
B.I.I Nella Struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull'igiene delle mani?	Mai	0
	Una tantum	5
	Formazione continua per il personale infermieristico e medico o per tutte le categorie professionali almeno una volta all'anno	10
	Formazione obbligatoria per tutte le categorie professionali di neoassunti e successiva formazione continua periodica almeno una volta all'anno	20
B.1.2 - Esiste un Sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	NO	0
	SI	20
B.2 - Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali		
B.2.1 Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	NO	0
	SI	5
B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale	NO	0
	SI	**5**
B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani	NO	0
	SI	5
B.2.4 Poster informativi	NO	0
	SI	5
B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di rmazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	SI	15
B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	NO	0
	SI	15
B.5 Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	SI	10
INADEGUATO	0-25	**Punteggio totale** **100**
BASE	26-50	
INTERMEDIO	51-75	
AVANZATO	76-100	

Villa Maria Pia S.r.l.

SEZIONE C - VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
C.I - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)	NO	0
	SI	10
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	0
	SI	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0
	SI	5
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igien delle mani		
C.3.1 Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SI	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno gni 3 mesi)?	NO	0
	SI	5
.C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	**NO**	0
	SI	5
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani NB: Rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale		
C.4.I Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai	0
	Irregolarmente	5
	Annualmente	10
	Ogni 3 mesi o meno	15
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	30%	0
	31-40%	5
	41-50%	10
	51-60%	15
	61-70%	20
	71-80%	25
	>81%	30
C.5 Feedback		
C.5.I Feedback immediato: al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	0
	SI	5
C.5.2 Feedback sistematico: viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	0
	SI	7,5

C.5.3 Feedback sistematico: viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tem o alla Direzione della Struttura?	NO	0
	SI	7,5

INADEGUATO	0-25	**Punteggio totale**	70
BASE	26-50		
INTERMEDIO	51-75		
AVANZATO	76-100		

Villa Maria Pia S.r.p.

SEZIONE D- COMUNICAZIONE PERMANENTE

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
D.I Sono esposti i seguenti poster (o materiali locali con contenuti simili)?		
D.I.I - Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	15
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	20
	Esposti in tutti I reparti/dipartimenti (100%)	25
D.I.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	Non esposti	
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	10
	Esposti in tutti I reparti/dipartimenti (100%)	15
D.I.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	7,5
	Esposti in tutti I reparti/dipartimenti (100%)	10
D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	Mai	0
	Almeno una volta all'anno	10
	Ogni 2-3 mesi	15
D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?	**NO**	0
	SI	10
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	0
	SI	10
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	**NO**	0
	SI	15

INADEGUATO	0-25	**Punteggio totale**	70
BASE	26-50		
INTERMEDIO	51-75		
AVANZATO	76-100		

Villa Maria Pia S.r.p.

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

E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	NO	0
	SI	5

INADEGUATO	0-25	**Punteggio totale**	70
BASE	26-50		
INTERMEDIO	51-75		
AVANZATO	76-100		

9.5 Report Osservazione igiene delle mani 2025

Nel 2025 sono state raccolte 51 osservazioni.
Vengono di seguito illustrati i diversi grafici oggetto di elaborazione.
• distribuzione per tipologia di osservatore (medico/caposala).



- distribuzione per reparto oggetto di osservazione.

  Si precisa che la Struttura è accreditata con la Regione Lazio per le seguenti tipologie di ricovero:

- Stipit ;
- SrSr H 24 ;
- SrSr H 12 ;



Stipit SRSR H 12 / 24

Le osservazioni sono abbastanza equilibrate tra lei due tipologie di reparti (52,9% reparto Stipit e 47% reparti SrSr)

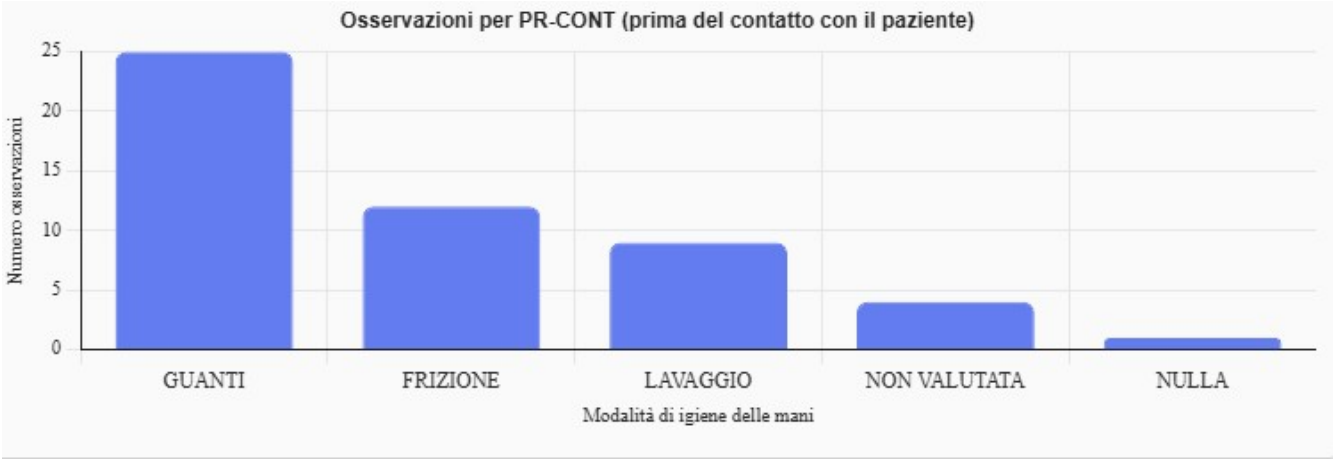


Per completezza, di seguito i conteggi di dettaglio:

• **Infermieri:** 25 • **OSS: 1**0 • **Medici:** 7 - • **Terapisti della riabilitazione:** 5 - • **Ausiliari:** 2 -• **Psicologi: 2**

Gli infermieri sono pertanto gli operatori che hanno ricevuto più osservazioni/valutazioni (47%).

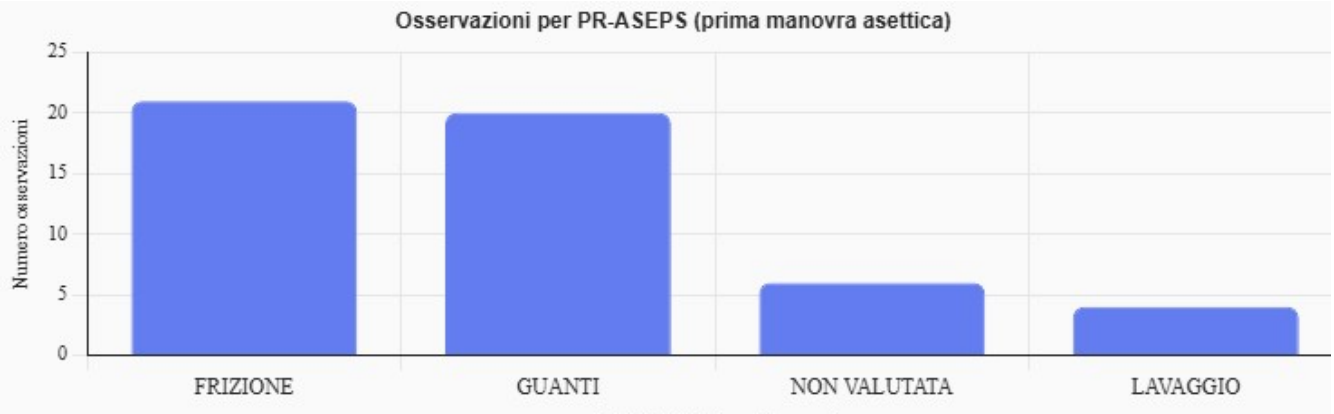
Distribuzione delle risposte per PR- CONT (prima del contatto con il paziente)



Per completezza, di seguito i conteggi di dettaglio:
• **Guanti:** 25 • **Frizione:** 12 • **Lavaggio:** 9 • **Non valutata:** 4 • **Nulla:** 1

La percentuale di comportamenti inadeguati è pertanto bassa (1%).

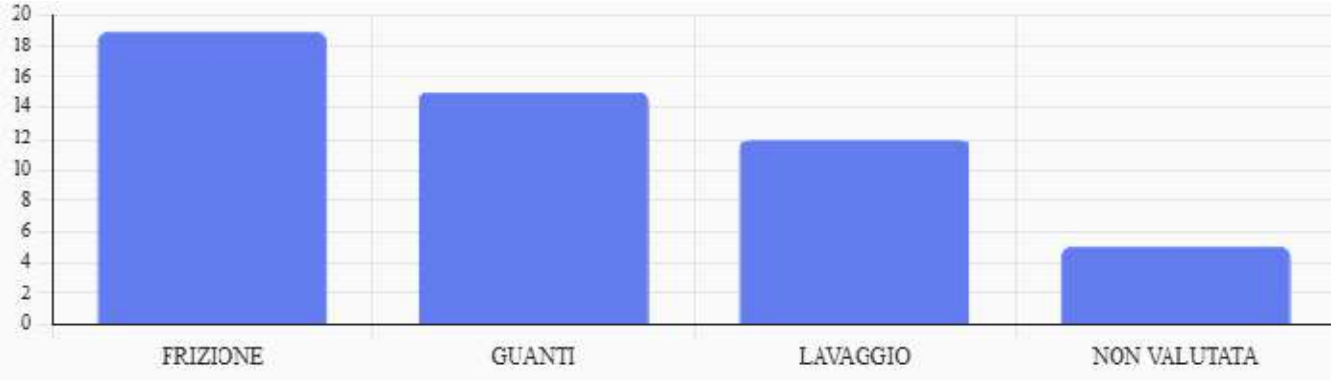
- **Distribuzione delle risposte per PR-ASEPS (prima manovra asettica)**



Per completezza, di seguito i conteggi di dettaglio:
• **Frizione: 21 • Guanti: 20 • Non valutata: 6 • Lavaggio: 4**

La percentuale di comportamenti inadeguati è pertanto bassa (1,2%).

- **Distribuzione delle risposte per DP- CONT (dopo contatto con il paziente)**



Per completezza, di seguito i conteggi di dettaglio:
• **Frizione:** 19 • **Guanti:** 15 • **Lavaggio:** 12 • **Non valutata:** 5

La percentuale di comportamenti inadeguati è pertanto bassa (1%).

- **Distribuzione delle risposte per DP-ASEPS (dopo manovra asettica)**



Per completezza, di seguito i conteggi di dettaglio:
• **Lavaggio:** 32 • **Frizione:** 16 • **Guanti:** 3
La percentuale di comportamenti inadeguati è nulla

- **Distribuzione delle risposte per DP-CIRC (contatto con ciò che circonda il paziente)**



La frizione è stata pertanto l'unica risposta.

L'analisi di tutti i grafici permette pertanto di asserire che i comportamenti inadeguati hanno avuto poca incidenza e che pertanto ci sia un buon livello di conformità.

Il Risk Manager

Dott.Gianpietro Volonnino