



Istituto Romano di San Michele

**RSA TOTI
PIANO ANNUALE
SUL RISCHIO
SANITARIO 2026
(PARS)**

CONTESTO ORGANIZZATIVO

ISTITUTO ROMANO SAN MICHELE		
DATI STRUTTURALI		
ASL COMPETENTE		RM2
POSTI LETTO	40	
DATI DI ATTIVITA'		
GIORNATE DI DEGENZA	giornate di degenza 14007; Degenza media 318,34	

GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Introduzione

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono molto frequenti negli assistiti presso strutture residenziali territoriali. Il trend epidemiologico delle ICA osservato è attribuibile a diversi fattori: un aumento della proporzione di pazienti immunocompromessi o comunque fragili, l'accentuata complessità assistenziale, l'aumento delle infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici, per effetto della pressione antibiotica e della trasmissione di microrganismi in ambito assistenziale, gli spostamenti frequenti dei pazienti nella rete dei servizi.

Non tutte le ICA sono prevenibili, perché in alcuni casi l'infezione è solo temporalmente associata all'episodio assistenziale, senza essere imputabile ad alcun fattore modificabile: i microrganismi fanno parte della flora endogena del paziente e l'insorgenza dell'infezione è attribuibile alle particolari condizioni cliniche dell'ospite.

Studi recenti hanno però dimostrato come la quota prevenibile sia molto più ampia di quanto creduto fino a poco tempo fa. I determinanti delle infezioni correlate all'assistenza sono molteplici. Tra quelli modificabili vi sono: a) pratiche assistenziali non corrispondenti a quelle dimostrate efficaci a ridurre il rischio di infezione, in particolare nell'applicazione delle precauzioni standard (igiene delle mani, utilizzo di misure di barriera, pulizia e disinfezione dell'ambiente, disinfezione e sterilizzazione delle attrezzature e presidi riutilizzabili) e delle precauzioni specifiche per malattia infettiva, nell'assistenza a pazienti con presidi invasivi, nell'utilizzo non appropriato di antibiotici; b) carenze di risorse (carenze di risorse umane – un basso rapporto pazienti/personale è stato associato ad un aumento del

rischio di infezioni – o carenze di risorse tecnologiche – ad esempio, la non disponibilità di dispositivi o presidi efficaci a ridurre la trasmissione di infezioni); c) carenze della struttura ospedaliera o impiantistiche (ad esempio nel caso di infezioni trasmesse attraverso l'acqua o l'aria, come infezioni da *Legionella* spp. o *Aspergillus* spp.).

Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO)

L'Istituto Romano San Michele opera sulla prevenzione delle infezioni ospedaliere tramite un Comitato Infezioni, che, insieme al Comitato di Gestione del Rischio, esegue una dettagliata analisi annuale delle infezioni correlate all'assistenza che si verificano durante la degenza.

I dati raccolti vengono analizzati in maniera critica per estrapolare le informazioni riguardo alle azioni di miglioramento da intraprendere.

Il Comitato infezioni è stato costituito a gennaio 2022. Sono stati raccolti i dati relativi alle infezioni e i risultati vengono di seguito illustrati:

Le infezioni ospedaliere segnalate nel 2025 sono state in totale 49, con una percentuale del 111,3 % sui ricoveri (44). Le infezioni sono state segnalate in caso di comparsa di sintomi relativi al tratto urinario o respiratorio o quando si verificava un rialzo febbrile che ha necessitato di trattamento antibiotico.

Il numero di infezioni segnalate nel 2025 grazie al lavoro attivo del comitato di infezioni ospedaliere è stato sufficiente per poter eseguire un'analisi critica dei dati. Nel 2025, sul totale di 49 infezioni, 20 (40,8%) sono state urinarie e 29 (59,2%) del tratto respiratorio.

Tra le infezioni urinarie vi è da segnalare due infezioni da *Klebsiella pneumoniae* multiresistente che hanno richiesto un trattamento antibiotico specifico. Tutte le infezioni hanno comunque risposto alla terapia antibiotica con completa risoluzione.

L'analisi delle infezioni ospedaliere ha permesso, come da obiettivo posto per il 2025 di aggiornare i due indicatori di qualità: infezioni ospedaliere/totale dei pazienti ricoverati, infezioni urinarie /totale dei pazienti ricoverati.

Azioni di miglioramento per il 2026:

1. Prosecuzione delle segnalazioni con particolare attenzione alle cause
2. Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza

Programma di buon uso degli antibiotici:

Il CIO, insieme al CGR, si impegnano a diffondere e ad applicare all'interno della Struttura, il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020, adattandolo a quelle che sono le caratteristiche della struttura nonché la tipologia di pazienti.

Nel corso del 2025 è stata eseguita un'importante azione di miglioramento, individuando come facilitatore nella segnalazione delle infezioni correlate all'assistenza, un 'infermiera professionale del reparto che ha fornito una dettagliata analisi delle infezioni ospedaliere, del tipo di terapia eseguita antibiotica eseguita, del tipo di batterio isolato (ove possibile) e dell'esito della terapia stessa.

Nel 2026 si continuerà ad eseguire il monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza con segnalazione in cartella clinica informatizzata e ove possibile, con la ricerca del microorganismo responsabile, procedendo quindi alla valutazione di:

- numero di infezioni da batteri multiresistenti;
- monitoraggio della terapia antibiotica eseguita in caso di ICA;
- monitoraggio delle infezioni da alert organism.

RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Il Comitato di Gestione del Rischio esegue 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.

Tipo di eventi	N e % sul totale degli eventi	% di cadute all'interno della categoria evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di Miglioramento
Eventi Avversi	N. 102	N. 51,9 % sul totale	Demenza (70%) Ipotensione da farmaci	Maggiore controllo dei pazienti con alto rischio di caduta nella scala Tinetti
Eventi sentinella	N. 0	N. 0	Distrazione del paziente	Valutazione ed utilizzo degli strumenti di contenzione Informativa ai parenti sul rischio cadute secondo la scala di Tinetti

				per ottenere la collaborazione sul vestiario e sulle indicazioni da dare al paziente Aumentare la segnalazione degli eventi avversi e dei near miss
--	--	--	--	--

Tabella 1. Eventi avversi 2025

IDENTIFICAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO

Dal 2022, con la costituzione del CRGR, è stata iniziata un’analisi più dettagliata di tutti gli eventi che fanno parte del sistema di gestione del Rischio. Anche nel 2025, il Comitato ha continuato con la segnalazione degli eventi ed i risultati vengono di seguito illustrati.

Incident reporting

Nella stesura della relazione annuale viene adottata la seguente definizione di Evento Avverso (EA): incidente inatteso ed indesiderato, incluso nella cartella clinica ed attribuibile alla gestione sanitaria piuttosto che alla patologia di base del paziente, che ha provocato una lesione e/o disabilità e/o il prolungamento del ricovero e/o la morte. Si tratta della stessa definizione che viene riportata in diversi studi internazionali.

In tale definizione sono inclusi i seguenti criteri:

1. Infortunio/caduta del paziente durante la permanenza in ospedale;
2. Reazione allergica/avversa a farmaco;
3. Morte inattesa;
4. Infezione/sepsi acquisita in ospedale e non presente all’ammissione;
5. Qualsiasi altro risultato indesiderato non incluso nei sopra citati

La seguente tabella mette in evidenza gli indicatori utilizzati nel 2025 per la misura della qualità assistenziale:

INDICATORI RSA "TOTI" - 2025	
NUOVI INGRESSI	4
NUMERO DI RICOVERI IN STRUTTURE OSPEDALIERE	40

ETÀ MEDIA	81,5
DECESSI INTERNI ALLA STRUTTURA	0
DIMISSIONI	4
TRASFERIMENTI PRESSO STRUTTURE ACUTI	0
INDICATORI DI PROCESSO	
GIORNATE DI DEGENZA EROGATE	14007
GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI	14600
DEGENZA MEDIA	318,34
TASSO DI OCCUPAZIONE	95,9%
INDICATORI DI PERFORMANCE ASSISTENZIALE	
TASSO DI MORTALITA'	0%
TASSO DI LDP	9,1 %
TASSO DI LDP >2 GRADO	6,8%
TASSO CADUTE	120,4%
TASSO DI PAZIENTI CON CATETERE VESCICALE	4 %
TASSO DI ACCESSI IN PS	65,9 %
TASSO DI INFEZIONI URINARIE	45,4 %
TASSO DI PZT VACCINATI VS VIRUS INFLUENZA	98%

Tabella 1. Indicatori 2025**Analisi dei dati**

Nel 2025 l'IRSM ha eseguito 4 nuovi ricoveri e 4 dimissioni.

Il numero di lesioni da pressione è stato in totale 4 (9,1%), di cui 3 di grado maggiore a 2 (6,8%)

Nel corso del 2025, nella RSA si sono verificate 53 cadute accidentali

I pazienti portatori di Catetere vescicale rappresentano una percentuale molto bassa, si tratta infatti di soli 2 pazienti su un totale di 44, a cui viene eseguito un monitoraggio costante per la valutazione dell'insorgenza delle complicanze, in particolare delle infezioni urinarie. Il catetere viene gestito secondo la procedura di riferimento.

Cadute accidentali**Premessa**

Per la segnalazione delle cadute ci siamo attenuti alla definizione utilizzata a livello Nazionale ed internazionale, che è la seguente: un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, o assisa o clinostatica. Dati Internazionali riportano che Circa il

40% delle persone ricoverate in RSA cade almeno una volta all'anno e molti cadono più di una volta e che le cadute in un anno per posto letto ammontano a una media di 1.5 (range 0.2-3.6). Inoltre, Circa il 10%-20% delle cadute in RSA causa lesioni serie e tra il 2% e il 6% causa fratture. Molti dei soggetti ricoverati in RSA hanno già una storia di caduta e/o danni relativi alle cadute prima dell'ammissione spesso che risulta dall'anamnesi di ingresso. La **“Near Fall”** (quasi caduta) rappresenta l'improvvisa e inattesa perdita dell'equilibrio che non esita in caduta o altro danno. Sono incluse in questa categoria persone che inciampano, scivolano e/o fanno un passo falso, ma che riescono a recuperare il controllo dell'equilibrio prima di cadere.

In Italia si verificano ogni anno circa 3-4 milioni di incidenti molti dei quali sono causa di gravi traumi e danni che portano l'anziano colpito a disabilità, ricoveri e molto spesso anche a mortalità. Tra il 1998 e il 2000 in Europa 20 milioni di anziani sono stati vittima di incidenti da caduta con oltre 5 milioni di ricoveri e 56mila morti.

Circa il 28-35% delle persone di 65 anni ed oltre cade ogni anno; tale percentuale arriva fino al 42% negli ultrasessantenni. L'incidenza negli anziani residenti nelle R.S.A. è circa tre volte maggiore che nella popolazione anziana che vive a domicilio.

Analisi dei dati

Nell'Istituto Romano di San Michele anche nel 2025 è stata eseguita una corretta segnalazione delle cadute accidentali. Nel 2025 le cadute accidentali sono state in totale 53 (120,4%). La maggior parte delle cadute si verificano in camera e sono legate a fattori intrinseci al paziente (decadimento cognitivo, ipotensione, distrazione). La fascia oraria prevalente è quella mattutina, rari sono gli eventi notturni e non frequenti quelli pomeridiani. I pazienti che cadono più frequentemente sono coloro che nella valutazione della scala di Tinetti presentano un punteggio < 19 ovvero a rischio elevato.

La maggior parte delle cadute hanno riportato lesioni minori e solo 3 cadute su 53 hanno richiesto giorni di riposo a letto e ben 18 cadute su 53 pari a poco più di 1/3 su quelle totali hanno riguardato gli stessi 2 ospiti.

Risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio

In tabella n. 2 è possibile evidenziare i dati relativi ai risarcimenti che l'Istituto Romano San Michele ha erogato negli anni 2019-2025.

Anno	N sinistri aperti	N sinistri Liquidati	Risarcimenti erogati
2019	0	0	0
2020	0	0	0
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	3	0	0
2024	1	0	0
2025	0	0	0
Totale	3	0	0

Tabella n 2.dati relativi ai risarcimenti 2019-2025

DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Si riassume sinteticamente nella tabella 3 la posizione assicurativa dell'Istituto Romano San Michele.

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia	Premio
2025	30.06.2026	Unipol	12.302,66

Tabella 3. Posizione assicurativa

RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Con la nomina del Comitato Ristretto, è stata iniziata l'analisi di tutte le procedure finalizzate alla gestione del rischio clinico, nonché all'adeguamento alle normative di accreditamento vigenti.

E' stata istituita la casella di posta elettronica rischioclinico@irsm.it per tutte le eventuali comunicazioni da e per il Comitato di Gestione del Rischio.

Procedure aggiornate nel percorso diagnostico assistenziale dell'RSA dell'Istituto Romano San Michele nel 2025

Nel 2025 si è proceduto all'aggiornamento di tutte le procedure in scadenza, ovvero il cui ultimo aggiornamento era stato eseguito nel 2022, così come previsto nel precedente PARS del 2024. Le procedure sono suddivise per aree, viene riportato il numero di protocollo e viene costantemente monitorato lo stato di aggiornamento delle stesse in riferimento alle linee guida Nazionali ed internazionali.

- AREA AMMINISTRAZIONE E ACCETTAZIONE
- AREA AMMINISTRAZIONE RSPP
- AREA DIREZIONE GENERALE
- AREA DIREZIONE SANITARIA
- AREA MEDICA
- RISK MANAGEMENT
- FISIOTERAPIA
- PSICOLOGIA/ASSISTENTE SOCIALE

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Come descritto nel *DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO* la realizzazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

1. Risk Manager: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al Direttore Generale;
2. Presidente del CIO: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifico sul rischio infettivo.
3. Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
4. Direzione Generale: si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente.

Azione	Presidente CIO	RM	Responsabile UO affari legali/generali	Direttore Generale	DS
Redazione del PAICA	R	C		I	I
Redazione del PARS	C	R		I	I
Piano sulla sinistrosità, organizzazione delle risorse e direttive specifiche	I	I	R	I	I
Deliberazione del PARS	I	I	I	C	I

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

OBIETTIVI E ATTIVITÀ

Obiettivi

Obiettivi strategici del presente PARS sono:

A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON APPLICAZIONE DELLE NUOVE PROCEDURE SUL RISCHIO CLINICO INTRODOTTE E/O AGGIORNATE NEL 2025;

Al fine di diffondere la cultura sulla sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo sono stati svolti nel 2025 i seguenti corsi di aggiornamenti destinati al personale infermieristico e OSS:

1. IGIENE DELLE MANI

Nel corso del 2025 è stato eseguito un retraining del corso specifico finalizzato alla valutazione dello stato di applicazione del Piano di Azione locale per l'igiene delle mani ed alla messa in atto di azioni di miglioramento nelle sezioni in cui il risultato del questionario fosse insoddisfacente. Durante lo svolgimento del corso sono state compilate tutte le sezioni del questionario con i seguenti risultati:

RISULTATI DEL QUESTIONARIO

Sezione A: punteggio 55. Livello base

Sezione B: punteggio 70. Intermedio

Sezione C: punteggio 85. Avanzato

Sezione D: Punteggio 75. Livello intermedio

Azioni di miglioramento

I questionari sono stati compilati nel secondo semestre del 2025; alla luce dei risultati ottenuti è stata costituita una ‘task force’ per il monitoraggio e l’implementazione del piano guidata dal responsabile della sicurezza sul lavoro. A dicembre del 2025 verranno rivalutati i questionari per verificare se le azioni di miglioramento proposte abbiano portato ad incrementare i punteggi ottenuti, in particolar modo nelle sezioni a più basso risultato.

2. RISCHIO CLINICO

Aggiornamento sulle modalità di segnalazione degli Incident Reporting nonché sulla valutazione dei fattori di rischio che possono portare al manifestarsi di eventi avversi

3. CADUTE ACCIDENTALI

Aggiornamento sui fattori di rischio delle cadute accidentali, sulla modalità di segnalazione e sulla comunicazione al paziente e ai familiari del rischio di caduta intrinseco e delle azioni di prevenzione

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, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AGLI INDICATORI SULLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA;

A tal fine sono state eseguite le seguenti attività:

Obiettivo		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1 Percorsi assistenziali Aggiornati percorsi assistenziali e procedure operative	SI	Diffusione e applicazione delle procedure
Attività 2 Cartella clinica: Ottimizzazione dell'utilizzo della CC informatizzata	SI	Aumentare il numero di segnalazioni di incident reporting grazie al sistema di segnalazione informatizzato che permette l'analisi completa dei dati per reparto
Attività Aggiornamento sulle modalità di segnalazione degli Incident Reporting nonché sulla valutazione dei fattori di rischio che possono portare al manifestarsi di eventi avversi	SI	Audit e formazione sugli indicatori di qualità
Attività 4 Aggiornamento sui fattori di rischio delle cadute accidentali, sulla modalità di segnalazione e sulla comunicazione al paziente e ai familiari del rischio di caduta intrinseco e delle azioni di prevenzione	SI	Incrementare il numero di segnalazioni e valutare le azioni di miglioramento
Attività 5 Igiene delle mani	SI	Corso specifico finalizzato alla valutazione dello stato di applicazione del Piano di Azione locale per l'igiene delle mani ed alla messa in atto di azioni di miglioramento

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 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI;

1. Strutturazione del Piano di Azione Locale

Il Piano di Azione Locale dovrà prevedere:

- l'analisi del contesto organizzativo e dei livelli di adesione alle pratiche di igiene delle mani;
- l'identificazione delle aree critiche e delle priorità di intervento;
- la definizione di obiettivi specifici, misurabili e temporalmente definiti.

2. Aree di intervento prioritarie

a) Formazione e sensibilizzazione

- Programmi formativi obbligatori per tutto il personale sanitario e di supporto;
- aggiornamenti periodici basati sulle evidenze scientifiche e sulle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS);
- campagne di comunicazione interne rivolte anche ai pazienti e caregiver.

b) Disponibilità di risorse e infrastrutture

- Adeguata dotazione di soluzioni idroalcoliche nei punti di assistenza;
- accessibilità dei dispositivi nei percorsi clinico-assistenziali;

c) Monitoraggio dell'aderenza

- Implementazione di sistemi di audit periodici sull'aderenza all'igiene delle mani;
- utilizzo di indicatori standardizzati (consumo di soluzione idroalcolica, compliance osservazionale);

d) Feedback e miglioramento continuo

- sistemi strutturati di feedback agli operatori;
- coinvolgimento attivo dei referenti di reparto;
- attivazione di interventi correttivi nelle aree a bassa adesione.

3. Indicatori e target

Verranno inseriti i seguenti indicatori di processo e di esito:

- percentuale di aderenza all'igiene delle mani (osservazionale);
- consumo di soluzione idroalcolica annuale;

4. Governance e responsabilità

- Individuazione di un referente aziendale per l'igiene delle mani;
- coinvolgimento del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO);
- integrazione con le attività di risk management e qualità.

5. Monitoraggio e reporting

- verifica annuale del raggiungimento degli obiettivi;
- aggiornamento del Piano di Azione Locale sulla base dei risultati ottenuti.

6. Mantenimento e miglioramento nel tempo

Al fine di garantire la sostenibilità degli interventi:

- integrazione delle pratiche di igiene delle mani nei percorsi clinico-assistenziali standard;
- inserimento degli indicatori nei sistemi di valutazione aziendale;
- promozione di una cultura della sicurezza basata sulla responsabilizzazione degli operatori.

D) PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).

Al fine di rafforzare la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), con particolare riferimento alle infezioni invasive sostenute da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) vengono messe in atto le seguenti azioni:

1. Rafforzamento della sorveglianza epidemiologica

- implementazione di sistemi di sorveglianza attiva delle ICA e delle infezioni invasive da CRE;
- la raccolta sistematica e standardizzata dei dati microbiologici e clinici;
- l'integrazione tra laboratorio di microbiologia, controllo infezioni e sistemi informativi aziendali;
- la tempestiva segnalazione di cluster ed eventi sentinella.

2. Sorveglianza microbiologica e diagnostica

- Adozione di protocolli condivisi per l'identificazione precoce di microrganismi CRE;
- utilizzo di metodiche diagnostiche appropriate e tempestive;
- monitoraggio della diffusione dei principali meccanismi di resistenza (es. carbapenemasi);
- produzione di report periodici di antibiotico-resistenza (antibiogrammi cumulativi).

3. Misure di prevenzione e controllo

Devono essere garantite, come descritto nelle procedure specifiche, le seguenti azioni:

- applicazione rigorosa delle precauzioni standard e da contatto;
- isolamento/cohorting dei pazienti colonizzati o infetti da CRE;
- implementazione di programmi strutturati di igiene delle mani;
- sanificazione ambientale e gestione dei dispositivi medici secondo protocolli validati.

4. Screening e gestione dei pazienti a rischio

- Definizione di criteri per lo screening microbiologico (es. pazienti trasferiti da altre strutture, ricoveri recenti, setting ad alta intensità di cura);
- tracciamento e gestione dei contatti in caso di positività.

5. Antimicrobial stewardship

- Implementazione di programmi aziendali di uso appropriato degli antibiotici;
- monitoraggio dei consumi antibiotici;
- promozione di linee guida terapeutiche locali aggiornate;

6. Formazione e sensibilizzazione

- Programmi formativi obbligatori per il personale sanitario;
- aggiornamento continuo sulle strategie di prevenzione e controllo delle ICA;
- promozione della cultura della sicurezza e della responsabilità professionale.

8. Monitoraggio, indicatori e reporting

Sono definiti e monitorati indicatori quali:

- incidenza di ICA e infezioni invasive da CRE;
- tasso di colonizzazione da CRE;
- consumo di antibiotici (DDD/1000 giornate di degenza);
- aderenza alle misure di prevenzione (es. igiene delle mani).

OBIETTIVO 1	ATTIVITA' 1	INDICATORE	STANDARD	FONTE
Diffusione della cultura del rischio. Migliorare la qualità assistenziale con riduzione del numero di cadute accidentali;	Esecuzione di un corso mirato alla riduzione delle cadute accidentali con particolare attenzione ai pazienti ad alto rischio (punteggio scala Tinetti < 19) ed alle cadute ripetute	Esecuzione del corso entro il 31/12/2026	SI	CGR E RISK MANAGER
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
AZIONE	RISK MANAGER		UO FORMAZIONE	
Progettazione del corso	R		C	
Accreditamento del corso	I		R	
Esecuzione del corso	C		I	

Leggenda: R=Responsabile; C= Coinvolto; I=Interessato

OBIETTIVO 2	ATTIVITA' 2	INDICATORE	STANDARD	FONTE
Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani	Monitoraggio continuo sull'igiene delle mani e sull'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale al fine di ridurre il numero di infezioni correlate all'assistenza	Esecuzione del corso entro il 31/12/2026	SI	CGR E RISK MANAGER
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
AZIONE	RISK MANAGER		UO FORMAZIONE	
Progettazione del corso	R		C	
Accreditamento del corso	I		R	
Esecuzione del corso	C		I	

Leggenda: R=Responsabile; C= Coinvolto; I=Interessato

OBIETTIVO 3	ATTIVITA' 3	INDICATORE	STANDARD	FONTE
Diffusione della cultura del rischio infettivo	Programmazione di un corso base sull'antibiotico resistenza e uso corretto degli antibiotici	Esecuzione del corso entro il 31/12/2026	SI	CGR E RISK MANAGER
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
AZIONE	RISK MANAGER		UO FORMAZIONE	
Progettazione del corso	R		C	
Accreditamento del corso	I		R	
Esecuzione del corso	C		I	

OBIETTIVO 4	ATTIVITA'4	INDICATORE	STANDARD	FONTE
Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA, in particolare da batteri multiresistenti e enterobatteri resistenti a carbapenemi	Programmazione di un corso sugli errori di terapia farmacologica	Esecuzione del corso entro il 31/12/2026	SI	CGR E RISK MANAGER
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
AZIONE	RISK MANAGER		UO FORMAZIONE	
Progettazione del corso	R		C	
Accreditamento del corso	I		R	
Esecuzione del corso	C		I	

OBIETTIVO 5	ATTIVITA' 5	INDICATORE	STANDARD	FONTI
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	Esecuzione di un corso sul monitoraggio del dolore nel paziente anziano	Esecuzione del corso entro il 31/12/2026	SI	CGR E RISK MANAGER
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
AZIONE	RISK MANAGER		UO FORMAZIONE	
Progettazione del corso	R		C	
Accreditamento del corso	I		R	
Esecuzione del corso	C		I	

Leggenda: R=Responsabile; C= Coinvolto; I=Interessato

DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

1. Presentazione al Direttore Generale;
2. Pubblicazione sul sito dell'IRSM;
3. Diffusione del documento al personale sanitario dell'IRSM;

BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2. Manuale di formazione per il Governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori. 2012
3. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020
4. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf
5. PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI. Prima emissione: 19 febbraio 2021. Centro Regionale Rischio Clinico Regione Lazio.
6. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie – Ministero della Salute Ministero della Salute - Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del SSN

7. Le cadute negli anziani – Istituto Superiore di Sanita (Epicentro)
8. Kannus P, Parkkari J, Niemi S, Palvanen M. Fall-induced deaths among elderly people. Am J Public Health. 2005;95(3):422-24. DOI: 10.2105/AJPH.2004.047779
9. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LD, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA. 2003;289(9):1107-16. DOI: 10.1001/jama.289.9.1107
10. Zecevic AA, Salmoni AW, Speechley M, Vandervoort AA. Defining a fall and reasons for falling: comparisons among the views of seniors, health care providers, and the research literature. Gerontologist. 2006;46(3):367-76
11. Da Silva Gama ZA, Gómez-Conesa A. Risk factors for falls in the elderly: systematic review. Rev Saúde Pública 2008;42(5):946-56
12. Falls in older people: assessing risk and prevention Clinical guideline [CG161] Published date: 12 June 2013
13. Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani - Ministero della salute www.salute.gov.it
14. Barelli P. Prevenzione delle cadute nell'anziano. Dossier Infad 2006
15. Istituto superiore di sanità (a cura di Nicoletta Bertozzi, Patrizia Vitali, Dipartimento di sanità pubblica, Azienda sanitaria di Cesena). Studio Argento. Indagine sulla salute nella terza età in Emilia-Romagna, 2003

IL CLINICAL RISK MANAGER

DOTT. SSA RENATA PETRONI



ALLEGATO 1

DOCUMENTO PER LA VALUTAZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

Riferimenti

Norma UNI EN ISO 9001:2008

Manuale della Qualità

Legge 33/1978

D. Lgs. 02/1992

D. Lgs. 17/1993

G.U. 03/2000 "Linee Guida"

COSTITUZIONE DEL TEAM

Per l'ottenimento dello scopo cui tende la presente procedura, le responsabilità afferiscono ad un gruppo multidisciplinare di competenze specialistiche interne ed esterne alla struttura così composto:

- Il Direttore Sanitario
- Il Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO)
- I Medici Responsabili di reparto e gli infermieri coordinatori
- La funzione Sicurezza (RSPP, RLS, Medico competente)
- Il Responsabile Tecnico (ditte di manutenzione).

PIATTAFORMA DOCUMENTALE

L'acqua utilizzata all'interno dell'IRSM in tutti i reparti della è fornita dalla rete idrica comunale; è accumulata in serbatoi di stoccaggio, in muratura vetrificata ed inviata alle utenze dei vari reparti della struttura mediante autoclave o pompe.

Il complesso è costituito da un unico edificio asservito da un impianto idrico composto come di seguito indicato.

L'edificio ospita al primo, al secondo e terzo piano i reparti di degenza e l'accettazione; al piano seminterrato sono presenti locali tecnici, locali mensa e cucina, cabina elettrica, guardaroba.

Il Responsabile del SPP, avvalendosi della collaborazione della ditta di manutenzione e del Laboratorio chimico esterno, valuta e adotta i metodi di controllo secondo il sistema idrico, le sue parti componenti e il reparto in cui esso è installato.

La società ECOSystems HSE Srl, con sede a Pomezia (00071 RM) in via Udine n 14 esegue i prelievi dell'acqua destinata al consumo umano, attraverso la campionatura in modalità di prelievo

UNI EN ISO 19458:2006, rilevando temperatura in °C, con metodo di riferimento UNI EN ISO 11731:2017, allegato J: matrice A, Punto 10; terreno di cultura GVPC e Linee Guida CRS 79-07/05/2025 Alle. 3.

I risultati dei prelievi eseguiti vengono inviati tramite e-mail al RSPP. In caso di valori non conformi vi è anche comunicazione telefonica al fine di mettere in atto tutte le azioni di contenimento. I dati vengono conservati in archivio cartaceo.

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

Il controllo della legionellosi è effettuato sempre, due volte l'anno, tramite prelievo ed analisi da parte del laboratorio esterno specializzato. Vengono effettuati almeno 10 prelievi così suddivisi:

- Prelievo in locale tecnico (autoclavi, serbatoi, pompe etc)
- Prelievi nelle stanze di degenza e medicherie (rubinetti/docce, alternando i vari reparti)
- Prelievo nel servizio Mensa (Cucina) e negli spogliatori (rubinetti)

Le verifiche sono effettuate di regola ogni 6 mesi. E' comunque a discrezione del Direttore Sanitario pianificare verifiche straordinarie, ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità.

Le verifiche del sistema comprendono:

- Esame della completezza e dell'aggiornamento della procedura nel suo complesso.
- Riesame eventuale del piano di controllo con riferimento alla:
 - adeguatezza dei limiti critici
 - adeguatezza della frequenza del controllo
 - adeguatezza della modulistica utilizzata per la registrazione degli eventi
- Esame delle registrazioni degli interventi effettuati e dei dati rilevati:

L'esame delle registrazioni verifica la costanza dei risultati nel tempo o l'eventuale esistenza di problemi che richiedano un riesame delle azioni preventive o correttive.

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

Nel 2025 si è verificato un caso di contaminazione delle acque da legionella con rilevazione di una carica batterica superiore alla norma in una stanza di degenza.

Pertanto, sono state effettuate le seguenti azioni correttive:

- incremento della frequenza delle attività di pulizia e disinfezione degli impianti idrici;
- aggiornamento dei protocolli di manutenzione per il controllo del calcare e del biofilm;
- programmazione di ispezioni periodiche più ravvicinate sui punti critici individuati nella valutazione del rischio;
- formazione aggiuntiva del personale responsabile delle procedure di prevenzione, per garantire la corretta applicazione delle misure.

SINTESI DEL PIANO DI MIGLIORAMENTO EVENTUALMENTE PREVISTO E INDICAZIONE SINTETICA DELLE AZIONI CORRETTIVE

- Esame dei casi di non conformità:

Sono analizzati e discussi tutti i casi eventuali di superamento dei “limiti critici” che avranno richiesto l’adozione di azioni correttive. Ciò al fine di individuarne le cause e mettere in atto opportune azioni preventive.

- Controllo dei processi:

Il controllo ha lo scopo di verificare che:

- Vengano seguite le buone pratiche relative alle procedure previste dal piano.
- Vengano correttamente eseguite le registrazioni previste dai Piani di Controllo.

PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI DI SUPPORTO PREVISTE

Programmazione di un corso di formazione sulla prevenzione della diffusione della legionellosi e sul rischio di contagio diretto a tutti gli operatori sanitari

ALLEGATO 2

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Il Piano è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti, degli esercenti la professione sanitaria e delle Strutture; le Azioni previste dal Piano interessano qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo.

Nel corso del 2025 è stato eseguito un monitoraggio specifico finalizzato alla valutazione dello stato di applicazione del Piano di Azione locale per l'igiene delle mani ed alla messa in atto di azioni di miglioramento nelle sezioni in cui il risultato del questionario fosse insoddisfacente. Durante lo svolgimento del corso sono state compilate tutte le sezioni del questionario con i seguenti risultati:

RISULTATI DEL QUESTIONARIO

	2024	2025
Sezione A	punteggio 50. Livello base	punteggio 55. Livello base
Sezione B	punteggio 55. Livello base	punteggio 70. Intermedio
Sezione C	punteggio 5. Inadeguato	punteggio 85. Avanzato
Sezione D	Punteggio 50. Livello base	Punteggio 75. Livello intermedio

Azioni di miglioramento

I questionari sono stati compilati nel secondo semestre del 2025; alla luce dei risultati ottenuti è stata costituita una 'task force' per il monitoraggio e l'implementazione del piano.

Vengono proposte le seguenti azioni di miglioramento:

- *incrementare il punteggio della sezione A al fine di arrivare ad un livello almeno intermedio.*
- *Implementazione dei requisiti strutturali e tecnologici.*

Nel corso del primo semestre del 2026 verranno rivalutati i questionari per verificare se le azioni di miglioramento proposte abbiano portato ad incrementare i punteggi ottenuti, in particolar modo nelle sezioni a più basso risultato.

MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI SOLUZIONI IDROALCOLICHE (SIA)

Metodo

Il monitoraggio del consumo di soluzioni idroalcoliche (SIA) è stato effettuato secondo le indicazioni SERESMI.

- Periodo di rilevazione: 2025
- Fonte dati: (magazzino)
- Unità di misura: consumo totale annuo

Risultati

Consumo totale annuo: 42 litri

Andamento rispetto all'anno precedente

- Consumo 2025: 42 L
- Consumo 2024: 137 L

Analisi dei risultati

- Si è verificato un significativo decremento del consumo di soluzioni idroalcoliche per la pulizia ambientale rispetto all'anno precedente

Interpretazione

Il consumo di SIA risulta in diminuzione rispetto all'anno precedente

Azioni di miglioramento

Monitoraggio continuo della sanificazione ambientale con attivazione di un sistema di segnalazione interno in caso di non conformità.

MONITORAGGIO DELLA COMPLIANCE DELL'IGIENE DELLE MANI

Metodo

La rilevazione è stata effettuata tramite osservazione diretta secondo metodologia SERESMI.

- Periodo di osservazione: semestrale
- Numero totale osservazioni: 100

Indicatore

Compliance 58 (%) = Azioni corrette 58 / Opportunità osservate 100 × 100

Risultati

Compliance complessiva: 58 %

Andamento rispetto alla rilevazione precedente

- Compliance 2025: 58 %
- Compliance 2024: 45 %
- Variazione: 13 %

Azioni di miglioramento

- formazione del personale ed individuazione di figure professionali che attuino il monitoraggio del lavaggio delle mani più frequentemente;
- audit periodici per la formazione e l'analisi dei risultati
- feedback agli operatori

1. Mail della struttura da utilizzare per comunicazioni da parte del CRRC; **info@irsm.it**
2. Mail della Unità Operativa/Funzione di Risk Management: **rischioclinico@irsm.it**
3. Nominativo e indirizzo mail del risk manager; **Dott.ssa Renata Petroni, rischioclinico@irsm.it**
4. Nominativo e indirizzo mail del contributor cloud; **info@irsm.it**
5. Nominativo e indirizzo mail del referente per l'alimentazione del SIREs eventi; **Dott.ssa Renata Petroni, rischioclinico@irsm.it**
6. Nominativo e indirizzo mail del referente per l'alimentazione del SIREs sinistri; **info@irsm.it**
7. Nominativo e indirizzo mail dell'utente compilatore per la partecipazione al monitoraggio AGENAS sull'implementazione delle raccomandazioni ministeriali: **Dott.ssa Cinzia Navarra, c.navarra@irsm.it**