

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026

Comunità Mondo Nuovo O.d.V.
Via Puglie n.5 – 00053 Civitavecchia (RM)

INDICE

1.	PREMESSA	Pag. 3
2.	AMBITO DI APPLICAZIONE	Pag. 4
3.	CONTESTO ORGANIZZATIVO	Pag. 5
4.	COMITATO PER IL CONTROLLO DELLE ICA	Pag. 8
5.	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	Pag. 10
6.	POLIZZE ASSICURATIVE	Pag. 12
7.	RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE	Pag. 13
8.	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS	Pag. 16
9.	OBIETTIVI	Pag. 17
10.	ATTIVITA'	Pag. 18
11.	MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS	Pag. 21
12.	RIFERIMENTI NORMATIVI	Pag. 22
13.	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	Pag. 23

1. PREMESSA

Negli ultimi decenni l'assistenza sanitaria ha subito profonde trasformazioni passando dagli ospedali, che rappresentavano il luogo in cui si svolgeva la maggior parte degli interventi sanitari, alla moltiplicazione dei luoghi di cura extra ospedalieri (residenze sanitarie, assistenza domiciliare, assistenza ambulatoriale, ecc.) e, pertanto, si è reso necessario superare il concetto di “infezioni ospedaliere” con quello di “infezioni correlate all’assistenza sanitaria e socio-sanitaria (c.d. ICA)”. Avendo le ICA un costo, in termini di salute ed economici, per il paziente e la struttura sanitaria, si è reso necessario adottare pratiche assistenziali sicure, in grado di prevenire e controllare la trasmissione di infezioni negli ospedali e in tutte le strutture sanitarie non ospedaliere e, quindi, pianificare ed adottare le misure necessarie per ridurre al minimo il rischio di complicanze infettive. Le ICA interessano prevalentemente i pazienti, ma includono anche quelle del personale sanitario e/o altri soggetti che frequentano la struttura sanitaria.

Per definizione, quindi, sono infezioni acquisite in ospedale o in altri ambiti sanitari di ricovero correlate all’episodio assistenziale.

I principali meccanismi di trasmissione delle ICA sono:

- contatto diretto tra una persona sana e una infetta, soprattutto tramite le mani;
- contatto tramite le goccioline emesse nell’atto di tossire o starnutire da una persona infetta a una sana;
- trasmissione dell’infezione a più persone contemporaneamente, attraverso un veicolo comune contaminato (cibo, sangue, ecc.);
- via aerea, attraverso microrganismi.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica le Infezioni Correlate all’Assistenza come l’evento avverso più frequente durante l’erogazione di prestazioni e servizi sanitari, con un trend epidemiologico in progressione e un impatto clinico ed economico rilevante.

Tra i fattori sui quali si può intervenire per ridurre il rischio di ICA rientrano quelli legati alla struttura, agli impianti, alle risorse umane e tecnologiche, all’attuazione di pratiche assistenziali dimostrate efficaci e all’uso responsabile degli antibiotici in quanto le ICA si accompagnano spesso a fenomeni di antimicrobico resistenza la cui comparsa e ascesa sono dovute principalmente al prolungato uso inappropriato degli antibiotici che rappresenta un’emergenza a livello mondiale in quanto è un fattore di rischio per l’insorgenza di infezioni gravi e di difficile trattamento.

La lotta alle ICA e all’antimicrobico resistenza è, pertanto, un aspetto fondamentale per la sicurezza dei pazienti e un indicatore di qualità dell’assistenza.

Fondamentale in tale contesto è il ruolo svolto dalla formazione del personale su questi temi così come fondamentale è l’educazione e l’informazione agli ospiti delle strutture sanitarie su ciò che possono fare per prevenire le ICA e sull’uso prudente degli antibiotici.

È necessario, in conclusione, diffondere una cultura organizzativa basata sul miglioramento della qualità, sulla sicurezza di pazienti e operatori, sull’errore come strumento di apprendimento e sulla “non colpevolezza”.

2. AMBITO DI APPLICAZIONE

Ai sensi di quanto previsto dalla 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”, il PARS è documento che deve essere predisposto da tutte le strutture pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale.

Il presente documento rappresenta lo strumento per promuovere e realizzare la politica aziendale della Comunità Mondo Nuovo OdV di Civitavecchia (di seguito, per brevità, anche “Mondo Nuovo”) per il contrasto alle infezioni correlate all’assistenza sanitaria e sociosanitaria ed è stato elaborato con il concorso, la condivisione e il coinvolgimento attivo dei professionisti dei settori interessati, per ottenere una aderenza alla realtà aziendale più ampia possibile.

Il Presidente del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (di seguito CC-ICA) si assicura che il PARS sia predisposto e presentato, entro la data fissata ogni anno, per l’approvazione e l’adozione.

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

La direzione aziendale assicura che venga inviato, nei termini, al Centro Regionale per il Rischio Clinico (CRRC) della Regione Lazio.

Nella Regione Lazio il DCA 8/2011 in materia di requisiti organizzativi generali delle strutture sanitarie stabilisce che "presso ogni struttura che eroga prestazioni sanitarie deve, altresì, essere attivato un programma per la gestione del rischio clinico, che garantisca anche il monitoraggio degli eventi avversi.

Le funzioni previste di Risk Management sono:

- Promuovere l’approccio sistemico al problema della sicurezza delle cure attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo assistenziale, con il fine ultimo del miglioramento della qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti e degli operatori;
- Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa;
- Diffondere una cultura organizzativa basata sul miglioramento della qualità, sulla sicurezza di pazienti e operatori, sull’errore come strumento di apprendimento e sulla "non colpevolezza".

Il presente PARS 2026, fatti salvi gli specifici ambiti di operatività delle Strutture dell’Associazione Mondo Nuovo, è stato elaborato rispettando il Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario adottato dalla Regione Lazio con det. n. G00643 del 25/01/2022.

3. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La “Comunità Mondo Nuovo O.d.V.”, con sede legale in Civitavecchia (Rm) alla Via Puglie n. 5, è un Ente del Terzo Settore costituita in forma di organizzazione di volontariato e disciplinata dalla normativa di settore ed è iscritta al R.U.N.T.S. (Registro Unico Nazionale Enti del Terzo Settore) con determinazione Uff. Reg.le RUNTS LAZIO n° G02326 del 22/02/2023.

L’Associazione si propone di: **a)** favorire e promuovere, attraverso iniziative pubbliche e private, la prevenzione ed il reintegro delle emarginazioni sociali sia conseguenti all’uso di sostanze che provocano l’alienazione fisica e psichica della persona, sia conseguenti ad altre forme di emarginazione quali quelle riguardanti i minori, gli anziani, i malati ed ogni altro emarginato sociale; **b)** sollecitare le attività delle pubbliche istituzioni preposte alla prevenzione ed al reintegro delle emarginazioni sociali; **c)** aggregare, con la formula delle condivisione totale in Comunità, tutte le persone che, al di là di problematiche di emarginazione di qualsiasi natura, decidano di fare ed essere Comunità, secondo lo spirito evangelico dell’Associazione “Comunità Mondo Nuovo”, portando al mondo messaggi ed esempi di vita fondati sulla pace, la solidarietà, la fratellanza universale, la carità e l’amore responsabile.

La Comunità è organizzata e strutturata come segue:

- a) Sede Legale e direzione amministrazione centrale in Via Puglie n. 5 Civitavecchia (RM);
- b) Centro con Servizio Residenziale Pedagogico Riabilitativo denominato “Villa Sergetto” in S.P. Braccianese Claudia Km. 69,300, Civitavecchia (RM);
- c) Centro con Servizio Residenziale Pedagogico Riabilitativo denominato “Villa Paradiso” in S.P. Litoranea Km. 1,750, Tarquinia (VT);
- d) Centro con Servizio Residenziale Pedagogico Riabilitativo denominato “Villa Ciulepi” in S.S. Aurelia bis Km. 10,900, Monte Romano (VT);
- e) Centro con Servizio Residenziale Pedagogico Riabilitativo denominato “Colle Speranza” in S.S. Aurelia bis Km. 3,841, Tarquinia (VT);
- f) Comunità Educativa Assistenziale denominata “S. Maria Madre della Fiducia” sita in località Ponte Venacorro – Garrano Basso - Teramo

Tabella 1

DATI STRUTTURALI AL 31/12/2025		
ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE		CIVITAVECCHIA
Centro con Servizio Residenziale Pedagogico Riabilitativo denominato “Villa Sergetto” - Lazio	Posti letto n. 8	accreditamento da parte della Regione Lazio con Decreto del Commissario ad Acta n. U00267 del 26.06.2013, come modificato con successivi D.C.A. n. U00232 del 28.06.2017 e D.C.A. n. U00262 del 28/06/2018
Centro con Servizio Residenziale Pedagogico Riabilitativo denominato “Villa Ciulepi” - Lazio	Posti letto n. 8	accreditamento da parte della Regione Lazio con Decreto del Commissario ad Acta n. U00291 del 22.09.2014, con presa d’atto della Regione Lazio sostituzione responsabile sanitario prot. n. U0234564 del 20/02/2024
Centro con Servizio Residenziale Pedagogico Riabilitativo denominato “Villa Paradiso” - Lazio	1° modulo Posti letto n.20 2° modulo Posti Letto n.7	accreditamento da parte della Regione Lazio con Decreto del Commissario ad Acta n. U00196 del 10.06.2014, come modificato con successivo D.C.A. n. U00443 del 22.11.2018
Centro con Servizio Residenziale Pedagogico Riabilitativo denominato “Colle Speranza” - Lazio	Posti letto n. 8	accreditamento da parte della Regione Lazio con Decreto del Commissario ad Acta n. U00172 del 23.05.2014, con presa d’atto della Regione Lazio sostituzione responsabile sanitario prot. n. U0234575 del 20/02/2024
Comunità Educativa Assistenziale denominata “S. Maria Madre della Fiducia - Abruzzo	Posti letto n. 8	accreditamento da parte della Regione Abruzzo con DGR n. 814 del 28/11/2023; autorizzazione al funzionamento con Atto n. 3823 del 26.05.2016 come integrato con Atto n. 5120 del 21.12.2022 rilasciati dal Comune di Teramo
Totale posti letto:		59

Tabella 2

DATI DI ATTIVITÀ AL 31/12/2025		
Centro con Servizio Residenziale Pedagogico Riabilitativo denominato “Villa Sergetto” - Lazio	<i>Giornate di degenza</i>	Totale nr 0
Centro con Servizio Residenziale Pedagogico Riabilitativo denominato “Villa Ciulepi” - Lazio	<i>Giornate di degenza</i>	Totale nr 1632
Centro con Servizio Residenziale Pedagogico Riabilitativo denominato “Villa Paradiso” - Lazio	<i>Giornate di degenza</i>	Totale nr 4841
Centro con Servizio Residenziale Pedagogico Riabilitativo denominato “Colle Speranza” - Lazio	<i>Giornate di degenza</i>	Totale nr 0
Comunità Educativa Assistenziale denominata “S. Maria Madre della Fiducia” - Abruzzo	<i>Giornate di degenza</i>	Totale nr 1358
	Totale giornate di degenza:	Totale nr 7831

4. Comitato per il Controllo delle ICA (CCICA)

Il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza viene istituito con apposita delibera da parte del Consiglio di Amministrazione della Comunità Mondo Nuovo.

Il CC-ICA ha il compito di vigilanza e controllo sulle infezioni trasmissibili in ambito assistenziale e di stimolare le attività e le buone pratiche finalizzate alla riduzione delle ICA. I dati rilevati dal CC-ICA vengono analizzati dal Comitato stesso per evidenziare le criticità esistenti e individuare gli interventi di miglioramento più idonei a contrastare il fenomeno delle ICA. Il Comitato, pertanto, vaglia e propone azioni di miglioramento, ivi comprese le attività formative, valutando anche i dispositivi, le attrezzature e i prodotti utilizzati. All'interno del Comitato viene svolta, alla luce della capacità sempre più diffusa dei microrganismi di resistere agli antibiotici, anche una attività di contrasto al fenomeno dell'antibiotico resistenza allo scopo di promuovere il corretto uso degli antibiotici. Nel rispetto delle prescrizioni nazionali e regionali, vengono emanate ed aggiornate le procedure interne per il contrasto e il contenimento dell'infezione Covid-19 alle quali partecipa il CC-ICA.

Il CC-ICA si riunisce almeno una volta ogni sei (6) mesi.

Il CC-ICA è composto dalle seguenti figure professionali: Responsabile sanitario/terapeutico; Direttore amministrativo; Risk manager; Medici; Infermieri; Referente del S.G.Q.; Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP).

Possono discrezionalmente partecipare in qualità di membri del Comitato, inoltre, a seconda dei temi di volta in volta trattati in occasione delle sedute annuali, altre figure dirigenziali, consulenti esterni sulla sicurezza e la privacy, il referente per il Servizio farmaceutico, l'assistente sociale, lo psicologo, il Responsabile dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS), gli Addetti al Servizio di Prevenzione e Protezione (ASPP), altro personale sanitario/terapeutico ed amministrativo con competenze organizzative, etc.

La Direzione Aziendale s'impegna a destinare alle attività e alle finalità del CC-ICA tutte le risorse necessarie per il conseguimento degli obiettivi prefissati.

Il CC-ICA si compone ad oggi come segue:

Composizione CC-ICA	
PRESIDENTE CC-ICA Risk Manager	Dott. Giulio Taffi (in attesa di conferma accettazione incarico)
Direttore amministrativo	Cav. Alessandro Diottasi
Componente Equipe multidisciplinare - Psicoterapeuta	Dott. Mauro Incordino
Componente Equipe multidisciplinare -Medico Psichiatra	Dott. Giuseppe Mammana
Componente Equipe multidisciplinare - Psicoterapeuta	Dott. Francesco Di Iorio
Componente Equipe multidisciplinare – Assistente sociale	Dott.ssa Viola Tisato
Componente Equipe multidisciplinare - Psicoterapeuta	Dott.ssa Flaminia Ribelli
Componente – RSPP Referente area Sicurezza	Ing. Fabio Trivellone
Componente Equipe multidisciplinare - Referente di Supporto OSS	Di Mauro Bernardino
Componente Equipe multidisciplinare - Referente di Supporto OSS	Maria Teresa Pintus
Componente Equipe multidisciplinare - Referente di Supporto OSS	Flavio Sinigaglia
Componente Equipe multidisciplinare - Referente di Supporto OSS	Daniele Masciangelo
Componente Equipe multidisciplinare - Referente di Supporto OSS	Franco Michele Costantino
Componente Equipe multidisciplinare - Referente di Supporto OSS	Luigi Della Pietra
Componente Equipe multidisciplinare - Referente di Supporto OSS	Mario Andrea Diottasi
Componente Equipe multidisciplinare - Referente di Supporto Infermiera	Dott.ssa Tania Diottasi

5. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 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 è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria*”.

Al fine di ottemperare a tale obbligo è pertanto necessario elaborare una relazione sintetica che accompagni e descriva le tabelle di seguito riportate, che potrà eventualmente essere modificata sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati.

Ciò premesso, nel rilevare che i vari tipi di errore possono dare origine a tre tipologie di evento, nella tabella che segue vengono chiariti alcuni termini e definizioni di riferimento:

Tabella 1

Termine	Definizione
Evento avverso	<i>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”</i>
Near miss event (Evento evitato)	<i>Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.</i>
Evento sentinella	<i>Indicatore la cui soglia di allarme è 1. Basta cioè che il fenomeno relativo si verifichi una volta perché si renda opportuna un'indagine immediata rivolta ad accertare se hanno contribuito al suo verificarsi alcuni fattori che potrebbero essere in futuro corretti. Un evento sentinella è un evento inatteso che comprende la morte o gravi lesioni fisiche o psichiche o il rischio di esse.</i>

Il presente Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS), relativo all'anno 2026, prende le mosse da quanto emerso dal monitoraggio effettuato nell'anno 2025 attraverso l'identificazione dei rischi e la rilevazione del numero di eventi avversi verificatisi.

Si riportano di seguito le segnalazioni spontanee di eventi avversi pervenute al Risk Manager ed al CCICA nel corso dell'anno 2025.

Tabella n. 2 - Eventi segnalati nel 2025 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	Numero (% sul tot. eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ^(B)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss ^(A)	0	Strutturali (%) Tecnologici (%)	Strutturali (10%) Tecnologiche (10%)	Sistemi di reporting (50%) Sinistri (50%)
Eventi Avversi ^(A)	0	Organizzativi (%) Procedure/ Comunicazione (%)	Organizzative (40%) Procedure/ Comunicazione (40%)	
Eventi Sentinella ^(A)	0			

(A): le definizioni sono riportate le definizioni secondo il glossario del Ministero della Salute

Tabella n. 3 - Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017) *

Anno	N. Sinistri ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2021	0	0
2022	0	0
2023	0	0
2024	0	0
2025	0	0
Totale	0	0

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

*vengono riportati i dati a disposizione dalla data di inizio dell'attività clinica e relativa copertura assicurativa

7. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Vengono illustrate nelle tabelle sottostanti le attività definite nel PARS 2025 e la loro implementazione all'interno dell'organizzazione aziendale.

ATTIVITÀ PARS 2025		
OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ	REALIZZATA	NOTE E RIFERIMENTI DOCUMENTALI
<p>ATTIVITÀ A1: Programmare ed effettuare almeno una edizione di un corso base relativo alla gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure</p> <p>INDICATORE: Effettuazione di un corso di aggiornamento con coinvolgimento complessivo di almeno il 40% del personale (entro il 31/12/2025)</p>	SI	<ul style="list-style-type: none"> • Evento formativo aziendale riguardante il "Gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure" svolto in data 19/12/2025. (Personale coinvolto: 53%)

OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA		
ATTIVITÀ PARS	REALIZZATA	NOTE E RIFERIMENTI DOCUMENTALI
<p>ATTIVITÀ B1: Studio, monitoraggio, revisione ed aggiornamento delle cartelle cliniche con implementazione dei documenti aziendali</p> <p>INDICATORE: Studio e presentazione risultati entro il 31/12/2025</p>	SI	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisizione del gestionale PIKO al fine di facilitare la consultazione delle cartelle cliniche all'interno dell'équipe multidisciplinare e di garantire che il trasferimento e l'accesso ai dati sensibili sia conforme al GDPR (UE 679/2016) • Implementazione della cartella clinica con la certificazione, da parte del medico di base, del generale stato di salute dell'utente al momento dell'ingresso in struttura, quale strumento di prevenzione delle ICA

<i>OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA</i>		
ATTIVITÀ PARS	REALIZZATA	NOTE E RIFERIMENTI DOCUMENTALI
<p>ATTIVITÀ B2: Attuazione ed eventuale aggiornamento della procedura sulla prevenzione e gestione delle infezioni.</p> <p>INDICATORE Verifiche sulla operatività della procedura entro il 31/12/2025</p>	SI	<ul style="list-style-type: none"> Report sull'operatività della procedura di gestione delle infezioni in data 17/12/2025

<i>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)</i>		
ATTIVITÀ PARS	REALIZZATA	NOTE E RIFERIMENTI DOCUMENTALI
<p>ATTIVITÀ C1: Attuazione delle procedure sull'igiene delle mani come previsto dal vigente Piano di Azione Locale sull'igiene delle mani della Regione Lazio.</p> <p>INDICATORE: Elaborazione del PALIM 2025 ed eventuale aggiornamento delle procedure entro il 31/12/2025. Analisi dei risultati dell'autovalutazione.</p>	SI	<ul style="list-style-type: none"> Revisione/ aggiornamento della procedura. AUDIT del 10/12/2025

OBIETTIVO D: *Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).*

ATTIVITÀ PARS	REALIZZATA	NOTE E RIFERIMENTI DOCUMENTALI
<p>ATTIVITÀ D1: Attuazione ed eventuale aggiornamento della procedura sulla prevenzione e gestione delle infezioni. Verifica della conoscenza ed applicazione della procedura da parte del personale nei centri della Comunità</p> <p>INDICATORE: Verifiche sull'operatività della procedura entro il 31/12/2025</p>	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none">• Revisione/ aggiornamento della procedura. AUDIT del 10/12/2025

8. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

La realizzazione del Piano riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- a) Quella relativa all'Organo/Funzione aziendale che redige il Piano e ne monitora l'implementazione;
- b) Quella relativa all'Organo/Funzione aziendale che si impegna ad adottare il Piano ed a fornire all'Organizzazione della struttura le risorse e le opportune direttive (ad esempio, tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività in esso previste.

Ciò premesso, nella tabella sottostante viene descritta la matrice delle responsabilità del PARS presso la Comunità Mondo Nuovo, modificabile sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati:

Azione	Responsabile sanitario - medico responsabile	Risk Manager*	Organo Direttivo/ Legale Rapp.te	Equipe multidisciplinare di supporto
Redazione PARS	R	C	C	-
Adozione PARS	I	I	R	C
Monitoraggio PARS	R	C	I	C

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

9. OBIETTIVI

La stesura del PARS e la sua effettiva applicazione, la partecipazione attiva degli operatori, la comunicazione tra i diversi soggetti aziendali, contribuisce alla formazione della cultura della sicurezza delle cure per il contenimento degli eventi avversi e il miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni erogate.

In questa sezione vengono elencate le attività che sono previste per il raggiungimento degli obiettivi sopra definiti. La scelta delle priorità è legata alla specifica valutazione del rischio sanitario.

Ciò considerato, la Comunità Mondo Nuovo intende perseguire i seguenti obiettivi strategici:

- a) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- b) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- c) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- d) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

10. ATTIVITÀ

In questa sezione sono elencate le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti.

Per ogni attività viene definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo standard che ci si prefigge di raggiungere.

In relazione alla sua complessità, ogni attività può essere scomposta in una o più azioni elementari che sono declinate in una matrice delle responsabilità specifica.

Le attività che si sviluppano su un arco temporale pluriennale vengono declinate e sviluppate per singolo anno.

Per l'anno 2026 sono state programmate le attività che vengono descritte nelle seguenti sezioni.

OBIETTIVO “A”

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

ATTIVITÀ A.1

OGGETTO: Attuazione di un corso di formazione degli operatori mirato al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA				
INDICATORE Effettuazione di un corso di aggiornamento con coinvolgimento complessivo di almeno il 50% del personale (entro il 31/12/2026)				
STANDARD SI				
FONTE CC-ICA				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Presidente CCICA	Comitato Esecutivo	Responsabile Sanitario	Equipe Multidisciplinare
Progettazione del corso	R	I	C	C
Esecuzione del corso	R	I	I	I
Documentazione del corso	R	I	I	I

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

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 B.1

OGGETTO: revisione e implementazione della documentazione del sistema di gestione aziendale di Rischio Clinico

INDICATORE

Corso di aggiornamento con coinvolgimento di almeno il 50% del personale

STANDARD

SI

FONTE

CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Presidente CCICA	Comitato Esecutivo	Responsabile Sanitario	Equipe Multidisciplinare
Preparazione scheda analisi	R	I	C	C
Monitoraggio pratica	C	I	R	I
Analisi e presentazione risultati	R	I	I	I

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

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 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi)

ATTIVITÀ C.1

OGGETTO: Attuazione delle procedure sull’igiene delle mani come previsto dal vigente Piano di Azione Locale sull’igiene delle mani della Regione Lazio

INDICATORE

Elaborazione del PALIM 2026 ed eventuale aggiornamento delle procedure entro il 31/12/2026. Analisi dei risultati dell’autovalutazione.

STANDARD

SI

FONTE

CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Presidente CCICA	Comitato Esecutivo	Responsabile Sanitario	Equipe Multidisciplinare
Attività di aggiornamento PAL	R	C	R	I
Diffusione procedura	R	C	C	I
Analisi dei risultati	C	C	I	I

ATTIVITÀ C.2

OGGETTO: Interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE

INDICATORE

Attuazione ed eventuale aggiornamento della procedura sulla prevenzione e gestione delle infezioni

STANDARD

SI

FONTE

CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Presidente CCICA	Comitato Esecutivo	Responsabile Sanitario	Equipe Multidisciplinare
Attività di aggiornamento	R	I	R	C
Diffusione procedura	R	I	R	I
Acquisizione materiali/dispositivi	C	I	C	I

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

OBIETTIVO “D”

Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

ATTIVITÀ D.1

OGGETTO: Attuazione ed eventuale aggiornamento della procedura sulla prevenzione e gestione delle infezioni. Verifica della conoscenza ed applicazione della procedura da parte del personale nei centri della Comunità

INDICATORE

Verifiche sull'operatività della procedura entro il 31/12/2026

STANDARD

SI

FONTE

CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Presidente CCICA	Comitato Esecutivo	Responsabile Sanitario	Equipe Multidisciplinare
Attività di aggiornamento	R	I	R	C
Diffusione procedura	R	I	R	I
Acquisizione materiali/dispositive	C	I	I	I

11. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il presente documento, condiviso ed approvato dal Consiglio di amministrazione e condiviso dal CC-ICA, viene pubblicato sul sito internet della struttura.

Lo stesso, infine, è disponibile e consultabile in modalità cartacea in ogni sede operativa.

12. RIFERIMENTI NORMATIVI

- a) Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26 febbraio 2021 Adozione del *Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani*;
- b) Determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25 gennaio 2022 Adozione del *Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)*;
- c) Determinazione della Regione Lazio n. G16501 del 28 novembre 2022 Approvazione del *Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)*;
- d) D.Lgs 18/2023 di recepimento della direttiva UE 2020/2184 *Piano di sicurezza dell'acqua*
- e) DGR n. 460 del 28 giugno 2024 Approvazione delle *Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi*;
- f) Determinazione della Regione Lazio n. G17673 del 23 dicembre 2025 Approvazione del Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antibiotico Resistenza - *PARCA*;

13. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Di seguito vengono illustrati, a titolo non esaustivo, i principali riferimenti bibliografici e sitografici:

- a) Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità-il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- b) WHO - World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live"
- c) The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997
- d) Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997
- e) Reason J, L'errore umano: EPC editore 2014
- f) Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori -Ministero della Salute
- g) Raccomandazioni Ministero della Salute sulla Prevenzione del Rischio Clinico
- h) ECD

ALLEGATO 1

PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI (Anno 2026)

Comunità Mondo Nuovo O.d.V.

Via Puglie n. 5 – 00053 Civitavecchia (RM)

Determinazione G02044 del 26/02/2021

Rev.	Data	Redatto	Validazione	Approvazione
04	16/02/2026	Direzione Sanitaria	Risk Manager (In fase di valutazione accettazione incarico)	Consiglio Direttivo della Comunità Mondo Nuovo ODV

A riscontro della nota della Regione Lazio n. U0037825 del 15/01/2026, viene redatto il presente documento, elaborato conformemente a quanto richiesto nel *Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani* (adottato con det. n. G02044 del 26/02/2021).

Di seguito si riportano i questionari di autovalutazione relativi alle cinque sezioni della strategia di miglioramento dell'igiene delle mani, correlati di analisi dell'andamento e relativo piano di azione.

01. SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

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

Risultato del punteggio: 80 punti (avanzato)

Analisi dell'andamento

Dai risultati ottenuti si evince la conformità dell'andamento rispetto all'anno precedente, che si mantiene aderente ai livelli richiesti dalle direttive regionali.

Definizione del piano

I Responsabili del Piano per l'attività di approvvigionamento, immagazzinamento, distribuzione e manutenzione sono i Sig.ri Mario Andrea Diottasi, Flavio Sinigaglia e Maurizio Perilli.

Ogni tre settimane vengono controllati in magazzino ed eventualmente ordinati prodotti per l'igiene delle mani con tempi di consegna stimati in 2/3 giorni approssimativi.

Il magazzino dei dispenser si trova all'interno della Struttura e garantisce una distribuzione per 30 giorni. La manutenzione ordinaria dei lavandini e dei dispenser avviene tramite segnalazione del personale preposto, mentre la manutenzione straordinaria avviene tramite ditte specializzate.

La segnalazione di eventuali guasti ai dispenser o carenze nelle forniture lo rileva il personale di turno quotidianamente. Vengono integrati i dispenser su ordinazione della Direzione Sanitaria.

Le linee di intervento igienico sanitarie sul controllo ambientale hanno disposto l'installazione di dispenser con disinfettanti a base di gel idroalcolico in tutti gli ambienti comuni.

02. SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

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

B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	15
B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	NO	0
	SÌ	15
B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	10

Risultato del punteggio: 75 punti (intermedio)

Analisi dell'andamento

Dai risultati ottenuti si evince la conformità dell'andamento rispetto all'anno precedente, che si mantiene aderente ai livelli richiesti dalle direttive regionali.

La Direzione della Comunità ha programmato e realizzato un intervento formativo di aggiornamento diretto al personale e agli utenti già formati, finalizzati allo specifico obiettivo di accrescere le conoscenze circa le norme di biosicurezza, fra cui rientra l'igienizzazione delle mani, e sensibilizzare gli utenti su queste tematiche di fondamentale importanza.

Definizione del piano

La struttura ha diffuso materiale propedeutico alla corretta igiene delle mani e definisce incontri informativi sul lavaggio delle mani come definito dal Piano Intervento Regionale con cadenza semestrale, coordinati dall' Ing. della Sicurezza e dalla referente di supporto infermiera.

Per il 2026 è prevista la formazione obbligatoria su igiene mani e sanificanti di tutti i nuovi assunti e i nuovi utenti.

03. SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

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

Risultato del punteggio: 55 punti (intermedio)

Analisi dell'andamento

Dai risultati ottenuti si evince la conformità dell'andamento rispetto all'anno precedente, che si mantiene aderente ai livelli richiesti dalle direttive regionali. È stato riproposto anche per l'anno 2025 il corso per l'acquisizione dell'attestato di operatore socio sanitario per alcuni utenti, i quali hanno così acquisito la formazione specifica in materia di ICA. Il monitoraggio della compliance sull'igiene delle mani è congruente con la proporzione d'uso di detergenti e SIA riscontrata nel corso dell'anno.

Definizione del piano

In Struttura persiste un monitoraggio sull'igiene delle mani, effettuando un controllo sul consumo di soluzione idroalcolica. Si evidenzia che in ogni nucleo sono presenti lavandini con sapone, soluzione idroalcolica e salviette monouso a disposizione dei pazienti e degli operatori e che tutti gli operatori sono OSS, ed hanno ricevuto la formazione specifica sull'igiene delle mani durante il corso.

0.4 SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
D.1 Sono esposti i seguenti poster (o materiali locali con contenuti simili)?		
D.1.1 - Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	15
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	20
	Esposti in tutti I reparti/dipartimenti (100%)	25
D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%?)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	10
	Esposti in tutti I reparti/dipartimenti (100%)	15
D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	7.5
	Esposti in tutti I reparti/dipartimenti (100%)	10
D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	Mai	0
	Almeno una volta all'anno	10
	Ogni 2-3 mesi	15
D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?	NO	0
	SÌ	10

D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	0
	SI	10
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	NO	0
	SI	15

Risultato del punteggio: 62,5 punti (intermedio)

Analisi dell'andamento

Dai risultati ottenuti si evince la conformità dell'andamento rispetto all'anno precedente, che si mantiene aderente ai livelli richiesti dalle direttive regionali.

Definizione del piano

La Struttura monitora costantemente l'affissione di poster specifici per il corretto lavaggio delle mani per garantirne la loro integrità e il loro aggiornamento, nonché per renderli facilmente visibili anche ad utenti e visitatori.

Saranno inoltre rinnovati i materiali di formazione per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.

Figure responsabili dell'attuazione del piano: l'Ing. Sicurezza, il Coordinatore e l'OSS.

0.5 SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:		
E.1.1 - Esiste un team definito?	NO	0
	SI	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)? 1 Incontro ogni 2 mesi.	NO	0
	SI	5
E.1.3 - 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.2.1 - 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

	SÌ	10
E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i “leader” per l’igiene delle mani in tutte le discipline?		
E.4.1 - Designazione dei “promotori” dell’igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l’igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull’igiene delle mani:		
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull’importanza dell’igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0
	SÌ	5
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
	SÌ	10
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:		
E.6.1 - Strumenti e-learning per l’igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull’igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0
	SÌ	5
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l’igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0
	SÌ	5
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0
	SÌ	5
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	NO	0
	SÌ	5

Risultato del punteggio: 55 punti (intermedio)

Analisi dell’andamento

Dai risultati ottenuti si evince la conformità dell’andamento rispetto all’anno precedente, che si mantiene aderente ai livelli richiesti dalle direttive regionali.

Definizione del piano

Il CCICA incentiva e monitora il Team per la promozione della pratica di igiene delle mani ad incontrarsi periodicamente al fine di tenere alta l’attenzione fra gli utenti e gli operatori.

Il gruppo di lavoro che costituisce il CCICA pianifica le attività ed opera nel controllo e nell’implementazione delle procedure che riguardano la prevenzione delle ICA.

Tutto il team multidisciplinare che opera nelle Strutture della Comunità è formato e coinvolto nelle attività di prevenzione attraverso l’applicazione di protocolli specifici atti a prevenire la diffusione di ICA indicati nelle specifiche procedure.

Il contrasto alle ICA si attua attraverso il controllo degli eventi sentinella, il loro monitoraggio e l’anamnesi dei casi.

ALLEGATO 2

**PROGRAMMA DI
CONTROLLO DELLA
LEGIONELLOSI
(Anno 2026)**

Comunità Mondo Nuovo O.d.V.

Via Puglie n. 5 – 00053 Civitavecchia (RM)

In ottemperanza a quanto previsto dalle *Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi* (adottato con DGR n.460 del 28/06/2024) e dal *Piano di sicurezza dell'acqua* (di cui al D.Lgs 18/2023 di recepimento della direttiva UE 2020/2184), si redige la presente relazione sintetica relativa al programma di controllo della legionellosi in atto presso le strutture della Comunità Mondo Nuovo OdV.

1. Costituzione del Team di Gestione del Rischio Legionellosi

È stato formalmente costituito un **Team Multidisciplinare per la prevenzione e il controllo della legionellosi**, composto da:

- Presidente: Alessandro Diottasi
- Responsabile Operativo: Maurizio Perilli
- Responsabile Operativo: Flavio Sinigaglia
- Gestore del sistema idropotabile: Bernardino Di Mauro
- Segretario del gruppo di lavoro: Prof. Maurizio Podico

Il Team ha il compito di:

- Sovrintendere alla valutazione del rischio
 - Definire e aggiornare le misure di prevenzione e controllo
 - Coordinare le attività di monitoraggio
 - Gestire eventuali casi sospetti o confermati
 - Interfacciarsi con le Autorità competenti (es. Centro Regionale Rischio Clinico e Regione Lazio)
-

2. Realizzazione della Piattaforma Documentale

È stata implementata una **piattaforma documentale strutturata**, in formato digitale e cartaceo, contenente:

- Documento di Valutazione del Rischio Legionellosi
- Planimetrie impianti idrici
- Registro manutenzioni ordinarie e straordinarie
- Procedure operative standard
- Piano di emergenza per casi sospetti/accertati
- Schede tecniche di registrazione

La documentazione è archiviata in modo tracciabile, con aggiornamento programmato secondo quanto previsto dalla vigente normativa o in occasione di modifiche impiantistiche/strutturali.

3. Modalità di Esecuzione e Tempistica della Valutazione del Rischio

La valutazione del rischio è stata effettuata secondo le **Linee Guida Nazionali per la prevenzione e il controllo della legionellosi** e prevede:

Fasi operative:

- Analisi strutturale degli impianti idrico-sanitari e di climatizzazione
- Identificazione dei punti critici (serbatoi, terminali poco utilizzati, docce, accumuli)
- Verifica temperature dell'acqua
- Campionamento e analisi microbiologica
- Piano di autocontrollo con la definizione delle procedure di gestione ordinaria e delle misure correttive

Tempistica:

- Valutazione iniziale: effettuata all'avvio del programma 2026
 - Aggiornamento: annuale
 - Rivalutazione straordinaria: in caso di ristrutturazioni, modifiche impiantistiche o riscontro di positività alla Legionella superiore ai limiti consentiti
-

4. Misure di Controllo Previste

Le principali misure di controllo adottate includono:

Misure tecniche

- Gestione della temperatura: mantenimento dei parametri secondo la normativa vigente
- Flussaggio periodico
- Pulizia, decalcificazione e disinfezione
- Manutenzione programmata dei serbatoi e dei filtri delle pompe di calore

Misure gestionali

- Campionamenti microbiologici periodici

- Controllo stato di conservazione impianti
 - Protocollo di intervento in caso di positività
-

5. Esito Sintetico del Monitoraggio Operativo

Il monitoraggio operativo effettuato nel corso del periodo di verifica ha evidenziato:

- Corretta stabilità delle temperature nei range previsti
- Assenza di criticità strutturali significative
- Assenza di tratti ciechi e ristagni
- Assenza di biofilm e sedimenti calcarei (soffioni delle docce, rompigetto, serbatoi)

Non si registrano, alla data della presente relazione, casi clinici sospetti o confermati riconducibili a legionellosi presso la struttura.

Il sistema di controllo attualmente in atto risulta **adeguato ed efficace**, in relazione alla tipologia di struttura e alla valutazione del rischio effettuata.

6. Azioni Correttive

Nel caso di eventuali non conformità future, le azioni correttive previste comprendono:

- Trattamento a shock chimico degli impianti
 - Ripetizione campionamenti microbiologici
 - Intervento manutentivo straordinario
 - Revisione della valutazione del rischio
 - Comunicazione alle autorità competenti secondo normativa vigente
-

7. Pianificazione delle Azioni di Supporto

Le azioni di supporto all'efficacia delle misure di controllo previste sono:

- Formazione e informazione del personale relativamente al rischio legionellosi, alle procedure di prevenzione, alla gestione delle emergenze e agli aggiornamenti normativi;
 - Consulenze professionali da parte di esperti certificati;
 - Collaborazione con le ASL e laboratori accreditati in caso di criticità
-

9. Conclusioni

Il Programma di Controllo della Legionellosi adottato dalla **Comunità Mondo Nuovo O.d.V.** risulta strutturato, coerente con le indicazioni normative vigenti e adeguato al livello di rischio identificato.

Tutti i punti trattati nella presente relazione sono sviluppati e approfonditi all'interno del ***Piano per la sicurezza dell'acqua e per la riduzione e controllo della Legionellosi***, elaborato in applicazione del D.Lgs 18/23 e del DGR N.460 del 28/06/24.