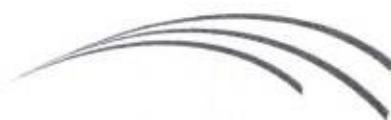


PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) Anno 2025

SRSR H24

nuovi passi



Via di Settecamini, 121/131 sc. C, int. 3 – 00131 - Roma
Tel. – Fax 06 69759761 - E-mail: srsnuovipassi@gmail.com

"LA MARGHERITA S.R.L."

Sede legale: Via di Casal Bianco, 135 - 00131, Roma
CF. - P.I. 1657891000
e-mail: lamargheritasrl@gmail.com - Tel./fax 06 41290425

Redazione	Aggiornamento	Verifica	Approvazione	Autorizzazione alla diffusione
10/02/2025	12/02/2025	15/02/2025	21/02/2025	21/02/2025
Dott.ssa F. Ratti		Sig.ra R. Colarulli	Dott.ssa F. Ratti	
Firma	Firma	Firma LA MARGHERITA srl Via di Casal Bianco 135 cap 00131 P.I. 16057891000	Firma	Firma

INDICE

1. Contesto organizzativo	3
2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	6
3. Descrizione della posizione assicurativa	7
4. Resoconto delle attività del Piano precedente	7
5. Matrice delle responsabilità	9
6. Obiettivi e attività	10
6.1. <i>Obiettivi</i>	10
6.2. <i>Attività</i>	10
7. Modalità di diffusione del documento	15
8. Riferimenti normativi, bibliografia e sitografia	16
8.1. <i>Riferimenti normativi</i>	16
8.2. <i>Bibliografia</i>	19
8.3. <i>Sitografia</i>	20
Allegato 1: Piano di intervento Regionale sull’igiene delle mani	22
1. <i>Attività effettuate nel 2024</i>	22
2. <i>Attività programmate per il 2025</i>	22
Allegato 2: Documento di valutazione sul rischio legionella	24
1. <i>Sintomatologia e trattamento</i>	25
2. <i>fattori di rischio e prevenzione</i>	25
3. <i>Misure di protezione e prevenzione</i>	26
4. <i>Attività programmate per il 2025</i>	27
5. <i>Valutazione del rischio</i>	27
6. <i>Bibliografia e sitografia</i>	28

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La SRSR H24 "Nuovi Passi" è accreditata con decreto istituzionale definitivo con delibera n. 153 del 23/04/2021, confermando il D.C.A. della Regione Lazio n. **U00437 del 24.10.2019** per l'assistenza psichiatrica ad elevata intensità assistenziale, per complessivi quattro posti letto. La successiva delibera n. 759 del 29.09.2022 autorizza all'esercizio ed accreditamento, per effetto di trasferimento inter-distrettuale, nella nuova sede di Via di Settecamini, n. 121, scala C, int. 3 – Roma. La Struttura ha come finalità quella del sostegno e del miglioramento della qualità di vita delle persone con disagio psichico, attraverso le attività Socio-Riabilitative offerte dalla struttura.

La SRSR H24 "Nuovi Passi" insiste sul territorio della ASL ROMA2. La struttura è collocata in un appartamento, situato in un condominio che fa parte di un comprensorio, dotato di spazi verdi comuni. Questa soluzione abitativa favorisce l'integrazione degli ospiti, con una possibile apertura verso la realtà quotidiana, auspicabile nella riabilitazione verso una futura autonomia.

L'immobile in cui ha sede la struttura è collocato in tranquillo consorzio residenziale dove sono disponibili tutti i servizi: Chiesa, Ufficio, Postale, ambulatori medici, farmacia, negozi di vari tipi e supermercati, bar.

Lo Staff include attualmente un Medico Psichiatra Psicoterapeuta, due Tecnici della Psicologia, un Assistente Sociale, un Infermiere e quattro Operatori Socio-Sanitari.

La SRSR H24 ha tra le principali finalità quella del sostegno e del miglioramento della qualità di vita delle persone con disagio psichico, attraverso le attività Socio-Riabilitative offerte dalla struttura.

La **mission** della La SRSR H24 "Nuovi Passi", coerentemente con il Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000 (DPR 1° novembre 1999), è *migliorare la qualità della vita e l'integrazione sociale* dei soggetti con una diagnosi di disturbo psichiatrico, attraverso l'accoglienza su base volontaria presso le Strutture Residenziali Socio-Riabilitative H. 24, mirando al potenziamento delle capacità e delle competenze dei singoli. Il principio del nostro lavoro di squadra si basa sull'umanizzazione dell'assistenza e della relazione d'aiuto.

L'inserimento presso la struttura è indicato per pazienti in condizioni cliniche stabilizzate e che, pur non necessitando di trattamenti in regime di ricovero, richiedono una temporanea e specializzata presa in carico. La SRSR H24 accoglie pazienti adulti con disturbi psichiatrici non trattabili a domicilio e che necessitano di periodi di ospitalità di medio-lungo termine in un contesto comunitario protetto. L'accesso alla Struttura avviene tramite autorizzazione del DSM di competenza territoriale su ricettario del SSR, previa valutazione di idoneità della Unità di Valutazione Multidisciplinare competente. L'inserimento avviene secondo una procedura che comporta da parte dell'équipe inviante la definizione di un Piano Terapeutico Individuale.

L’inserimento del paziente nella SRSR viene realizzato seguendo le indicazioni della normativa vigente (DCA 188 del 14 maggio 2015), al fine di poter offrire una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati, ad un corretto rapporto con gli enti erogatori accreditati.

L’intervento viene realizzato attraverso la stesura di un progetto Socio-Riabilitativo individualizzato (PTRP) ed integrato con l’apporto dell’équipe multidisciplinare, della struttura ospitante, e con i referenti dei servizi territoriali, dell’utente stesso e dei familiari ove presenti.

La realizzazione del progetto si attua, dunque, attraverso il coinvolgimento dell’utente in attività Socio-Riabilitative individuali e/o di gruppo, all’interno e/o all’esterno della struttura. Il raggiungimento degli obiettivi concordati nel progetto individuale è oggetto di valutazione e verifica periodica trimestrale, semestrale o annuale (a breve, medio e lungo termine).

La finalità delle attività è quella di permettere il potenziamento delle abilità residue individuali e del contesto di appartenenza, oltre che il consolidamento delle autonomie rispetto alla cura di sé e dell’ambiente, all’area sociale e relazionale, area psicologica e farmacologica raggiunte dall’utente durante il percorso di riabilitazione. I nostri utenti necessitano di un periodo di ospitalità di medio-lungo termine in un contesto comunitario di tipo familiare che possa fungere da mediatore della “restituzione sociale”. Con la specifica finalità di favorire l’acquisizione della maggiore autonomia possibile e consentire l’uscita dall’ambito dell’assistenza psichiatrica ed il reinserimento sociale, con rientro in famiglia o in abitazione autonoma (con supporto domiciliare) o l’inserimento in comunità alloggio o SRSR con minor livello di assistenza Socio-Sanitaria.

La **vision** aziendale si esplicita nel ricercare e promuovere integrazioni, alleanze e sinergie sia all’interno dell’organizzazione, sia all’esterno, per arricchire la rete di relazioni umane esistente e per qualificare l’offerta dei Servizi per la salute mentale, nel rispetto delle uguali opportunità e nella propensione continua al miglioramento delle prestazioni e dei risultati; sviluppare e qualificare il capitale professionale degli operatori e sostenere il loro impegno nel fornire prestazioni di eccellenza ed in linea con quanto previsto dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 13/054/CR7A/C7 in merito alle Strutture Residenziali.

Il modello di riferimento dell’intervento nella SRSR è il modello biopsicosociale; il lavoro riabilitativo è teso ad aumentare le abilità, attraverso la riduzione contemporanea del grado di vulnerabilità individuale e dello stress ambientale. Le attività svolte sono classificabili in due macroaree, le attività riabilitative e quelle medico-psichiatrica.

Le attività Socio-Riabilitative vengono svolte prevalentemente all’esterno della Struttura, provvedendo soprattutto alla costruzione di una rete intorno alla persona, in grado di supportare il paziente nel raggiungimento degli obiettivi. Nello specifico, le attività Socio-Riabilitative, attraverso il lavoro di rete con i servizi territoriali, il terzo settore ed enti di volontariato, sono finalizzate all’inserimento lavorativo per categorie protette, borse lavoro, tirocini formativi, corsi di informatica, ecc. Esse rappresentano il cardine del lavoro svolto presso la SRSR H24. Vengono promosse e sostenute attività di socializzazione, incentivando rapporti sociali, scambi relazionali e

comunicativi. Nel dettaglio si realizzano iniziative culturali, sociali e sportive nell’ambito del territorio, rivolte sia al gruppo, sia al singolo rispetto al proprio percorso individuale. Tra le attività previste si organizzano: visite a musei, mostre, manifestazioni culturali in generale e, in particolare, si promuove la partecipazione a quelle organizzate dal territorio di appartenenza.

Per quanto riguarda l’area medico-psichiatrica, si svolgono colloqui psichiatrici e psicologici, a frequenza settimanale o più, orientati in senso psicoterapeutico e con monitoraggio costante della terapia. Sono attivi dei protocolli di collaborazione con i Medici di Medicina Generale, liberamente scelti dall’utente, per i controlli di routine con la periodicità dettata dalle linee guida internazionali.

Tabella 1 – Presentazione dei dati di attività

SRSR “NUOVI PASSI”			
DATI STRUTTURALI ^(A)			
ASL territorialmente competente		ASL ROMA2	
Posti letto	4	Eventuali divisioni (RSA, Hospice, etc.	Nessuna
DATI DI ATTIVITÀ			
Giornate di degenza	1447	Prestazioni ambulatoriali	Nessuna
Prestazioni domiciliari	Nessuna	N. totale utenti 2024	4
N. ammissioni 2024	2	N. dimissioni 2024	2
ORGANIGRAMMA			
<pre> graph LR AU["Direzione Amministrativa - AU: (Sig.ra Roberta Colarulli)"] --- DS["Direzione Sanitaria - DS: (Dott.ssa Flavia Ratti)"] AU --- RQ["Responsabile Qualità - RQ: (Dott.ssa Flavia Ratti)"] DS --- COO["Coordinatore Clinico-Organizzativo: (Dott.ssa Giovanna Scavone)"] DS --- TP["Tecnici della Psicologia: (Dott. Bonelli Tullio, Dott.ssa Giovanna Scavone)"] DS --- RF["Responsabile della Formazione: (Dott.ssa Tiziana Loru)"] DS --- AS["Assistente sociale - AS: (Dott.ssa Tiziana Loru)"] DS --- INF["Infermiere: (Dott.ssa Francesca Rastrelli)"] DS --- OSS["OSS: (Sig.ra Michela Giallorenzo, Sig.ra Isabella Mitichecchia, Sig. Alessandro Iacobelli, Sig. Matteo Pacella, Sig. Simone Casolaro)"] RQ --- OSS </pre>			

In questo contesto la gestione del rischio affronta molti dei rischi comuni alle Strutture Sanitarie quali il rischio sanitario, il rischio caduta, le infezioni correlate all’assistenza, le aggressioni agli operatori sanitari, l’igiene delle mani. E, in aggiunta, si cercano di individuare tutti i rischi correlati alla natura particolare della malattia psichiatrica di ogni singolo paziente. Le metodologie di gestione del rischio in questo contesto possono essere, pertanto, diverse.

Le procedure organizzative o cliniche vengono di conseguenza continuamente riviste grazie ad un attento lavoro di equipe, sotto il controllo del Direttore Sanitario/Risk Manager della Struttura.

Anche la formazione, attraverso percorsi di sensibilizzazione che coinvolgono tutti i membri dell’equipe, viene continuamente aggiornata con l’obiettivo di contribuire a sviluppare nuove procedure volte a ridurre il rischio sanitario in modo significativo.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell’articolo 2 comma 5 della Legge 24/2017, la SRSR “Nuovi Passi” nella propria relazione annuale consuntiva, dichiara che non si sono verificati eventi avversi all’interno della struttura.

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2023 (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	0	0	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/ Comunicazione (0%)	Strutturali (0%) Tecnologiche (0%) Organizzative (0%) Procedure/ Comunicazione (0%)	Sistemi di reporting (0%) Sinistri (0%) Emovigilanza (0%) Farmacovig. (0%) Dispositivovig. (0%) ICA (0%)
Eventi Avversi	0	0			
Eventi Sentinella	0	0			

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

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

necessario elaborare una tabella sul modello di quella di seguito riportata (Tabella 3), che potrà eventualmente essere modificata sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in esso riportati:

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

Anno ^(A)	N. Sinistri aperti ^(B)	N. Sinistri liquidati ^(B)	Risarcimenti erogati ^(B)
2020	0	0	0
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0
2024	0	0	0
Totale	0	0	0

(A): La struttura SRSR “Nuovi Passi” è operativa a partire dal 2019

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

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicurativa	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2020-’21	18/12/2021	Helvetia	714,00		
2021-’22	18/12/2022	Helvetia	714,00		
2022-’23	19/12/2023	Allianz	152,01		
2023-’24	19/12/2024	Allianz	154,00		
2024-’25	19/12/2025	Allianz	126,37		

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

In questa sezione, per il PARS 2022, occorre inserire una relazione sintetica sulle attività previste sia nel PARM che nel PAICA del 2021, sulla loro realizzazione o sulle criticità che non hanno consentito il raggiungimento di tutti gli obiettivi previsti, secondo la tabella allegata (Tabella 5), modificabile sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati.

A partire dal PARS 2023 la relazione riguarderà il PARS precedente.

Tabella 5 – Resoconto delle attività del Piano precedente

A) Obiettivo Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.		
Attività	Realizzata^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Diffusione del PARS precedente a tutti gli operatori sanitari.	SI	Inoltro via e-mail, affissione in Struttura, pubblicazione sul sito aziendale.
Attività 2: Monitoraggio del PARS.	SI	Eseguiti controlli cadenzati degli obbiettivi raggiunti.
Attività 3: Organizzazione di attività di informazione e formazione degli operatori sulle tematiche del Rischio Sanitario e sulla sicurezza dei pazienti, anche per quanto riguarda il monitoraggio e la prevenzione delle ICA.	SI	Effettuate riunioni verbalizzate con cadenza trimestrale.
Attività 4: Progettazione ed esecuzione di un "Corso sul Rischio Sanitario".	SI	Progettata ed eseguita una edizione del corso.
Attività 5: Progettazione ed esecuzione di un "Corso sulle ICA".	SI	Progettata ed eseguita una edizione del corso.
Attività 6: Riunione di Equipe mensili.	SI	Eseguite, verbalizzate ed obbligatorie per tutti i membri dell'equipe.
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	Realizzata^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Procedure e raccomandazioni per la prevenzione e il contenimento del contagio da SARS CoV-2.	SI	Il tema è stato oggetto di discussione nel corso delle riunioni di equipe. Riscontri nei verbali.
Attività 2: Implementazione delle procedure per il rispetto delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza degli utenti e degli operatori.	SI	Il tema è stato oggetto di discussione nel corso delle riunioni di equipe. Riscontri nei verbali.
Attività 3: Attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita dagli utenti.	SI	Effettuati questionari e riunioni di equipe a cadenza semestrale con pubblicazione dei risultati sul sito aziendale.
Attività 4: Prevenzione delle cadute dei pazienti: Attività di verifica della corretta conoscenza e applicazione delle procedure.	SI	Il tema è stato oggetto di discussione nel corso delle riunioni di equipe. Riscontri nei verbali.

Attività 5: Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari: Attività di verifica della corretta conoscenza e applicazione delle procedure.	Si	Il tema è stato oggetto di discussione nel corso delle riunioni di equipe. Riscontri nei verbali.
Attività 6: Analisi per il miglioramento dell'organizzazione dei compiti e delle responsabilità di ogni singolo membro dell'equipe e questionari sul clima di gruppo con verifica dell'efficacia delle interazioni e della comunicazione.	Si	Effettuati questionari sul clima di gruppo con riunioni di equipe a cadenza semestrale. Riscontri nei verbali.
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		
Attività	Realizzata^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Attività di verifica sulle procedure avviate previste dal piano di azione locale sull'igiene delle mani.	Si	Il tema è stato oggetto di discussione nel corso delle riunioni di equipe. Riscontri nei verbali.
Attività 2: Organizzazione di attività di informazione e formazione e monitoraggio degli operatori sull'igiene delle mani per la prevenzione delle ICA.	Si	Il tema è stato oggetto di discussione nel corso delle riunioni di equipe. Riscontri nei verbali. Affissione poster informativi.
D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).		
Attività	Realizzata^(A)	Stato di attuazione
Attività 1: Monitoraggio epidemiologico sulle ICA.	Si	Monitoraggio periodico di eventuali sintomi respiratori e disponibilità del tampone rapido per la ricerca di SarsCov2 per tutti gli operatori. Effettuate riunioni di equipe. Riscontri nei verbali.
Attività 2: Organizzazione di attività di informazione e formazione e monitoraggio degli operatori sull'igiene delle mani per la prevenzione delle ICA.	Si	Il tema è stato oggetto di discussione nel corso delle riunioni di equipe. Riscontri nei verbali.
Attività 3: Riunioni del personale sull'uso dei disinfettanti e sulla corretta igiene delle mani.	Si	Il tema è stato oggetto di discussione nel corso delle riunioni di equipe. Riscontri nei verbali.
Attività 4: Pulizia e sanificazione degli ambienti.	Si	Effettuate sanificazioni periodiche. Riscontri nei verbali.

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

L'unità di gestione del Rischio Clinico di struttura risulta composta da:

- Dott.ssa Flavia Ratti (Direttore Sanitario nominato Risk Manager)
- Sig.ra Roberta Colarulli (Responsabile Gestione Amministrativa)
- Dott.ssa Francesca Rastrelli (Responsabile Servizio Infermieristico)
- Dott.ssa Giovanna Scavone (Responsabile Clinico-Organizzativo)

Tabella 6 – Matrice delle responsabilità

Azione	RISK MANAGER	DIRETTORE SANITARIO	RESPONSABILE INFERMIERISTICO	RESPONSABILE AMMINISTRATIVO	COORDINATORE CLINICO-ORGANIZZATIVO
Redazione PARS	C	R	I	C	-
Adozione PARS	I	R	C	R	-
Monitoraggio PARS	C	R	C	C	I

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITA'

6.1. Obiettivi

I quattro obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.
- 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.
- 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;
- Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

6.2. Attività

La SRSR “Nuovi Passi” Si impegna per il PARS 2025 ad ottemperare a tale mandato nel definire le attività seguenti:

Tabella 7 – Declinazione delle attività

OBIETTIVO A) - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE					
ATTIVITÀ 1:					
Diffusione del PARS 2025 a tutti gli operatori sanitari.					
INDICATORE: Inoltro via e-mail, affissione in Struttura, pubblicazione sul sito aziendale.					
STANDARD: SI					
FONTE: Risk manager					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Operatività	R	R	C	I	C
ATTIVITÀ 2:					
Monitoraggio del PARS					
INDICATORE: Controlli cadenzati degli obiettivi raggiunti.					
STANDARD: SI					
FONTE: Direttore Sanitario					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Operatività	R	R	C	I	I
ATTIVITÀ 3:					
Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sulle tematiche del Rischio Sanitario e sulla sicurezza dei pazienti, anche per quanto riguarda il monitoraggio e la prevenzione delle ICA.					
INDICATORE: Riunioni con cadenza trimestrale					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Operatività	R	R	C	I	I
ATTIVITÀ 4:					
Progettazione ed esecuzione di un “Corso sul Rischio Sanitario”.					
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2024					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Progettazione del corso	R	R	C	I	I

Accreditamento del corso	C	R	R	I	I
Esecuzione del corso	C	R	I	I	I
ATTIVITÀ 5: Progettazione ed esecuzione di un "Corso sulle ICA".					
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2024					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Progettazione del corso	R	R	C	I	I
Accreditamento del corso	C	R	R	I	I
Esecuzione del corso	C	R	I	I	I
ATTIVITÀ 6: Riunioni di equipe mensili.					
INDICATORE: A cadenza mensile, obbligatoria per tutti i membri della equipe					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Operatività	R	R	C	C	C
OBIETTIVO B) – MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI					
ATTIVITÀ 1: Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso sulla comunicazione del e con il paziente psichiatrico" (anche in modalità FAD)					
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2025					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Progettazione dell'attività	R	R	C	I	C
Organizzazione dell'attività	C	C	R	I	R
Esecuzione dell'attività	C	R	I	I	C

ATTIVITÀ 2:					
Implementazione delle procedure per il rispetto delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza degli utenti e degli operatori (anche in modalità FAD)					
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2025					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Progettazione dell'attività	R	R	C	I	C
Organizzazione dell'attività	C	C	R	I	R
Esecuzione dell'attività	C	R	I	I	C
ATTIVITÀ 3:					
Attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita dagli utenti					
INDICATORE: Valutazione questionari e riunioni di equipe ogni semestre, pubblicazione dei risultati sul sito aziendale					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Progettazione dell'attività	R	R	C	I	C
Organizzazione dell'attività	C	C	R	I	R
Esecuzione dell'attività	C	R	I	I	C
ATTIVITÀ 4:					
Prevenzione delle cadute dei pazienti: Attività di verifica della corretta conoscenza e applicazione delle procedure					
INDICATORE: Riunioni di equipe					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Progettazione dell'attività	R	R	C	I	C
Organizzazione dell'attività	C	C	R	I	R

Esecuzione dell'attività	C	R	I	I	C
ATTIVITÀ 5:					
Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari: Attività di verifica della corretta conoscenza e applicazione delle procedure (anche in modalità FAD)					
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2025					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Progettazione dell'attività	R	R	C	I	C
Organizzazione dell'attività	C	C	R	I	R
Esecuzione dell'attività	C	R	I	I	C
ATTIVITÀ 6:					
Analisi per il miglioramento dell'organizzazione dei compiti e delle responsabilità di ogni singolo membro dell'equipe e questionari sul clima di gruppo con verifica dell'efficacia delle interazioni e della comunicazione					
INDICATORE: Riunioni di equipe, questionario semestrale sul clima di gruppo					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Progettazione dell'attività	R	R	C	I	C
Organizzazione dell'attività	C	C	R	I	R
Esecuzione dell'attività	C	R	I	I	C
OBIETTIVO C) – IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI					
ATTIVITÀ 1:					
Attività di verifica sulle procedure avviate previste dal piano di azione locale sull'igiene delle mani					
INDICATORE: Riunioni di equipe.					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Esecuzione	R	R	C	R	C
Verifiche	C	R	C	C	C
ATTIVITÀ 2:					

Organizzazione di attività di informazione/formazione e monitoraggio degli operatori sull'igiene delle mani per la prevenzione delle ICA					
INDICATORE: Riunioni di equipe					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Esecuzione	R	R	C	R	I
Verifiche	C	R	C	I	R
OBIETTIVO D) – PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA					
ATTIVITÀ 1:					
Monitoraggio epidemiologico sulle ICA					
INDICATORE: Riunioni di equipe.					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Esecuzione	R	R	C	R	C
Verifiche	R	R	C	I	R
ATTIVITÀ 2:					
Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica					
INDICATORE: Riunioni di equipe					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività e scheda di monitoraggio					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo
Esecuzione	R	R	C	R	C
Verifiche	C	R	C	I	R
ATTIVITÀ 3:					
Riunioni del personale sull'uso dei disinfettanti e sulla corretta igiene delle mani					
INDICATORE: Riunioni di equipe					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
ATTIVITÀ 4:					
Pulizia e sanificazione degli ambienti					
INDICATORE: Verifiche periodiche					
STANDARD: SI					
FONTE: Report attività					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Coordinatore Clinico-Organizzativo

Esecuzione	C	R	R	I	I
Verifiche	C	C	R	I	C

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

7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Per permettere l'ideale conoscenza e messa in pratica dei contenuti del presente documento, e per il conseguimento degli obiettivi programmati, il PARS 2025 si avvale dei seguenti mezzi di diffusione:

- Pubblicazione sul sito internet della struttura
- Invio al Centro Regionale per il Rischio Clinico della Regione Lazio

8. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

8.1. Riferimenti normativi

- Circolare Ministeriale n. 52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere".
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezione ospedaliere: la sorveglianza".
- 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".
- Ministero della Salute. Risk management in sanità: Il problema degli errori. Commissione Tecnica sul Rischio clinico. DM 5 marzo 2003.
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro;
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009: Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
- Decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012 (c.d. "decreto omnibus" per la sanità).
- Circolare Ministero della Salute n. 4968 Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE) del 26 febbraio 2013.

- Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): "Gestione del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza" (Determinazione Regionale N. G04112 del 01/04/2014).
- Determinazione n. G09535 del 02/07/2014 "Linee Guida Regionali per l'attività di Gestione dei sinistri da responsabilità Medico/Sanitaria – Composizione e Funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri.
- 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. Preliminare individuazione dei Programmi regionali e approvazione del "Quadro di contesto" del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018".
- Nota Regione Lazio Prot. n. 99218 del 23 febbraio 2015 Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti.
- 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)".
- DCA n. 00563 del 24/11/2015 con il quale è stato istituito il Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA) per la elaborazione delle Linee di indirizzo per la stesura dei Piani attuativi per i CC-ICA della Regione Lazio.
- Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
- Determinazione Regionale n. G12355 del 25/10/2016 recante "Approvazione del documento recante definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella"
- Determinazione Regionale n. G12356 del 25/10/2016 recante "Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti".
- DCA n. U00328 del 4/11/2016, Progetto 7.3 "contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici".
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.

- Legge 8/03/2017 n. 24 recante “Disposizione 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 6/12/2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”.
- Determinazione Regionale n. G13505 del 25/10/2018 recante “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli Atti di violenza a danno degli operatori sanitari”.
- 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”.
- 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 n. G00163 dell’11.01.2019 con la quale la Regione Lazio ha approvato le “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza” (PAICA).
- Circolare Ministero Salute 6 dicembre 2019 – Indicazioni per la sorveglianza e controllo infezioni da CRE.
- Decreto-legge 23/02/2020, n. 6 “Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19”.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 04/03/2020.
- Ordinanza Presidente Regione Lazio N. Z00034 del 18/04/2020 “Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019: prevenzione, contenimento e gestione dei focolai da SARS-CoV-2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali”.
- Linee Guida CRRC “Piano di intervento Regionale sull’igiene delle mani” del 19 febbraio 2021.
- Determinazione Regionale n. G02044 del 26 febbraio 2021 recante “Adozione del “Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle Mani”.
- Determinazione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n, G02044 del 26/02/2021 “Adozione del Piano di intervento Regionale sull’Igiene delle Mani”.

- Deliberazione Regione Lazio n. 970 del 21 dicembre 2021 “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025”.
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022–2025.
- Determinazione Regionale n. G00643 del 25/01/2022 recante “Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”.
- Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all’assistenza (ICA) del 29/11/2022.
- Circolare del 31/12/2022 del Ministero della Salute.
- Deliberazione Giunta Regionale (Regione Lazio) n. 460 del 28/06/2024 con oggetto “Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi”.

8.2. Bibliografia

- Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere: Linee guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle Strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all’assistenza (ICA), 2018.
- Biondi, Massimo (2014) “Comunicazione con il Paziente. Il metodo END. «Empatia, normalizzazione, deescalation» in crisi ed emergenza” Alpes Italia
- Brusaferrò Silvio - Istituto Superiore di Sanità – “L’igiene delle mani come strumento primario per la prevenzione delle ICA e nel contesto del Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza” - Giornata mondiale dell’Igiene delle mani 2019, Roma 9 maggio 2019
- Catino Maurizio (2012) “Capire le Organizzazioni” Il Mulino
- “Comunicazioni relative all’elaborazione del PARM 2020” Area rete ospedaliera e specialistica, prot. U63179 del 21/01/2020 – Regione Lazio
- Direzione Generale UOC Rischio Clinico dell’Azienda Sanitaria di Latina “Piano Aziendale per la Prevenzione delle Cadute dei Pazienti”.
- “Linee guida per l’elaborazione del piano annuale di risk management (PARM)”, pubblicato sul BURL n. 8 del 24/01/2019

- Ministero della Salute, Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi Etici di Sistema: Sicurezza del paziente e Gestione del Rischio Clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari.
- Ministero della Salute “Risk Management in Sanità – Il Problema degli Errori”. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 05/03/2023
- Reason James (1990), “The Contribution of Latent Human Failures to the Breakdown of Complex Systems”. *Philosophical Transactions*.
- Reason James (1997). "Managing the risks of Organizational Accidents". *Ashgate 1 edizione*.
- Reason James, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
- Prevenzione specifica e sorveglianza sanitaria in ambiente ospedaliero alla luce del D.Lgs. 81/08. *Prevenzione Oggi*, n.4 ottobre - dicembre 2008.
- *The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997.*
- WHO – A guide to the implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene improvement strategy (2009).
- WHO guidelines on hand hygiene in health care (2009).
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”.

8.3. Sitografia

- AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators:
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>
- 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
- <https://www.epicentro.iss.it/>
- <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>

- <https://www.ospedalesantandrea.it/index.php/menu-approfondimenti/parlano-gli-specialisti/658-sps-servizio-prevenzione-suicidio>
- Regione Lazio; Piano regionale per l'igiene della mani
<https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2021-03/Piano-Intervento-Igiene-Mani2021.pdf>

ALLEGATO 1

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL’IGIENE DELLE MANI

Con la Determinazione G02044 del 26/02/2021 è stato adottato il documento “Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle Mani”.

Il presente documento viene redatto al fine di rappresentare quanto già posto in essere dalla Struttura nell’ambito del Piano e, soprattutto, quanto programmato per raggiungere il livello INTERMEDIO che *“Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2023, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall’intensità assistenziale della Struttura”* (**Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle Mani**) e per mantenerlo come livello standard anche negli anni a seguire.

1. Attività effettuate nel 2024

Attività	Realizzata	Note
Definizione del proprio livello di stato relativamente alle varie sezioni del Piano, in considerazione dei miglioramenti ottenuti e programmazione Attività al fine di raggiungere l’obiettivo proposto.	Si	
Indagine sulla percezione per gli Operatori Sanitari e i Dirigenti.	Si	
Indagine sulla compliance relativa all’Igiene delle Mani.	Si	
Verifica Formazione Osservatore/i nominato/i ed eventuale integrazione del gruppo di lavoro.	Si	
Esecuzione Audit dedicato.	Si	
Monitoraggio consumo gel idroalcolico.	Si	
Formazione del personale.	Si	
Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari.	Si	

2. Attività programmate per il 2025

Attività	Obiettivo	Data
Definizione del proprio livello di stato relativamente alle varie sezioni del Piano, in considerazione dei miglioramenti ottenuti e programmazione Attività al fine di raggiungere l’obiettivo proposto.	INTERMEDIO / AVANZATO in tutte le Sezioni del Piano	31/12/2025

Indagine sulla percezione per gli Operatori Sanitari e i Dirigenti.	Rivalutazione	31/12/2025
Indagine sulla compliance relativa all'Igiene delle Mani.	Rivalutazione	31/12/2025
Verifica Formazione Osservatore/i nominato/i ed eventuale integrazione del gruppo di lavoro.	Riunione di equipe	31/12/2025
Esecuzione Audit dedicato.	2 audit	31/12/2025
Monitoraggio consumo gel idroalcolico.	Report sul monitoraggio periodico	31/12/2025
Formazione del personale.	Riunione di Equipe	31/12/2025
Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari.	Incontro programmato con i pazienti e materiale informativo affisso in bacheca	31/12/2025

ALLEGATO 2

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

Con la Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Lazio n. 460 del 28/06/2024 è stato adottato il documento “Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi”.

Il presente documento viene redatto considerando che la Struttura SRSR H24 “Nuovi Passi” consiste di un appartamento ubicato all’interno di un condominio con riscaldamento centralizzato ed è priva di impianti di condizionamento. La struttura ha i requisiti di una civile abitazione e non è dotata di serbatoi di accumulo dell’acqua, in quanto la riceve direttamente dalle condutture del pubblico gestore. Non è stato possibile reperire gli schemi dell’impianto idricosanitario.

La legionellosi è un’infezione polmonare causata dal batterio *Legionella pneumophila*. Nel 1976, dopo che un’epidemia si era diffusa tra i partecipanti al raduno della Legione Americana al Bellevue Stratford Hotel di Philadelphia. 221 persone contrassero questa forma di polmonite precedentemente non conosciuta. La fonte di contaminazione batterica fu identificata nel sistema di aria condizionata dell’albergo.

Nel tempo sono state identificate più di 60 specie diverse suddivise in 71 sierotipi. Le legionelle sono presenti negli ambienti acquatici naturali e artificiali: acque sorgive, acque termali, fiumi, laghi, fanghi. ecc. Da questi ambienti raggiungono le condotte cittadine e impianti idrici degli edifici quali serbatoi, tubature, fontane e piscine, che possono agire come amplificatori e disseminatori del microrganismo.

Viene normalmente acquisita per via respiratoria mediante inalazione, aspirazione o microaspirazione di aerosol contenente legionella, oppure di particelle derivate per essiccamento. Le goccioline si possono formare sia spruzzando l’acqua che facendo gorgogliare aria in essa o per impatto su superfici solide. La pericolosità di queste particelle di acqua è inversamente proporzionale alla loro dimensione. Gocce di diametro inferiore a 5 μ arrivano più facilmente alle basse vie respiratorie.

I fattori predisponenti la malattia sono l’età avanzata, il fumo di sigaretta e l’immunodeficienza. Il tasso di mortalità è del 5%-10%.

1. Sintomatologia e trattamento

La legionellosi può manifestarsi in due forme distinte:

- la Malattia del Legionario vera e propria, che frequentemente include una forma più acuta di polmonite;
- la febbre di Pontiac, una forma molto meno grave.

La Malattia del Legionario: dopo un periodo di incubazione di circa 5-6 giorni, si manifesta come una polmonite infettiva con febbre, dolore toracico, dispnea, cianosi, tosse produttiva, osteoartralgie o anche tosse lieve, non produttiva. A volte possono essere presenti sintomi gastrointestinali, neurologici e cardiaci e alterazioni dello stato mentale. Tra le complicanze della legionellosi vi possono essere: ascesso polmonare, empiema, insufficienza respiratoria, shock, coagulazione intravasale disseminata, porpora trombocitopenica e insufficienza renale. La diagnosi di laboratorio deve essere considerata complemento indispensabile alle procedure diagnostiche cliniche.

La febbre di Pontiac: dopo un periodo di incubazione è di 24-48 ore, si manifesta in forma acuta simil-influenzale senza interessamento polmonare e si risolve in 2-5 giorni. I prodromi sono: malessere generale, mialgie e cefalea, seguiti rapidamente da febbre, a volte con tosse e gola arrossata. Possono essere presenti diarrea, nausea e lievi sintomi neurologici quali vertigini o fotofobia.

Il trattamento della legionellosi, essendo una malattia di origine batterica, è basato su terapia antibiotica: chinoloni, i macrolidi e le tetracicline. Non sono efficaci le beta lattamine, i carbapenemi, gli aminoglicosidi e il cloramfenicolo.

2. Fattori di rischio per l'infezione

Il rischio di infezione dipende dalle caratteristiche del batterio, dalla sua suscettibilità individuale e dalle condizioni ambientali.

Microrganismo: la patogenicità è legata alla concentrazione del batterio, anche se nel caso di Legionella non è nota la dose minima infettante, alla virulenza ceppo e alla sua capacità di sopravvivenza e moltiplicazione all'interno dei macrofagi.

ospite: sono considerati più a rischio i soggetti di sesso maschile, di età avanzata, fumatori, consumatori di alcool, affetti da malattie croniche (broncopneumopatie ostruttive, malattie cardiovascolari e renali, diabete, etc.) e con immunodeficienza acquisita in seguito ad interventi terapeutici (trapianti d'organo, terapia con steroidi e antitumorali, etc.) o infezione da HIV.

Ambiente: tra i fattori di rischio ambientali sono di particolare rilevanza la modalità, l'intensità ed il tempo di esposizione. Giocano altresì un ruolo importante:

1. Alcune caratteristiche dell'acqua:

- Temperatura compresa tra 25 e 45°C;
- Presenza di alghe ed amebe che forniscono nutrimento e protezione, anche in condizioni di temperatura elevata;
- Presenza di sostanze biodegradabili che favoriscono la formazione di biofilm;
- Concentrazione di alcuni elementi in traccia (ferro, rame, zinco, etc.).

2. Alcune caratteristiche dell'impianto idrico:

- Fenomeni di ristagno/ostruzione che favoriscono la formazione del biofilm;
- Formazione di incrostazioni e depositi calcarei;
- Impianto di riscaldamento dotato di estese reti di condutture, punti di giunzione e rami morti;
- Presenza di un serbatoio di accumulo dell'acqua e di un sistema di ricircolo;
- Fenomeni di usura e corrosione.

3. Misure di prevenzione e protezione

Gli ospedali e Case di Cura sono ambienti particolarmente a rischio per la trasmissione della Malattia dei Legionari. Le misure preventive da adottare in ambiente sanitario in genere comprendono:

- Periodica decontaminazione dell'impianto idrico;
- Pulizia, decontaminazione e disinfezione degli impianti di ventilazione e condizionamento, degli apparati di deumidificazione dell'aria;
- Esecuzione di test diagnostici su tutti i soggetti ricoverati per polmonite al fine di individuare precocemente eventuali casi nosocomiali;
- Il monitoraggio della presenza di legionelle negli impianti di climatizzazione e nei sistemi di distribuzione dell'acqua, con particolare riguardo per l'acqua calda;

- Idonea progettazione degli impianti idrici senza rami morti che possano favorire lo sviluppo di ristagni d’acqua e di biofilm.

La prevenzione delle infezioni da Legionella si basa essenzialmente:

- Sulla corretta progettazione e realizzazione degli impianti tecnologici che comportano un riscaldamento dell’acqua e/o la sua nebulizzazione (impianti a rischio). Sono considerati tali gli impianti idrosanitari, gli impianti di condizionamento con umidificazione dell’aria ad acqua, gli impianti di raffreddamento a torri evaporative o a condensatori evaporativi. Gli impianti che distribuiscono ed erogano acque termali, le piscine e le vasche idromassaggio.
- Sull’adozione di misure preventive con manutenzione e disinfezione atte a contrastare la moltiplicazione e diffusione della Legionella negli impianti a rischio.

La valutazione del rischio deve essere effettuata in ciascuna struttura sanitaria tenendo conto delle caratteristiche ambientali e impiantistiche.

4. Attività programmate per il 2025

Quanto di seguito programmato per l’anno 2025 rappresenta, a tutti gli effetti, il *Programma di Controllo della Legionellosi*, come previsto dalle suddette Linee di Indirizzo.

Attività	Obiettivo	Data
Misure di prevenzione	Flussaggio periodico di tutti i rubinetti (lavelli, docce, etc.)	31/12/2025
Misure di controllo	Monitoraggio temperatura acqua fredda (inferiore ai 20°C) e acqua calda (superiore a 60°C)	31/12/2025
Formazione del personale e gestione Rischio Legionellosi anche in assenza di casi	1 riunione di equipe.	31/12/2025
Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari	Materiale informativo affisso in bacheca.	31/12/2025

5. Valutazione del rischio

Il rischio si può considerare basso.

6. Bibliografia e sitografia

- Blazquez Garrido R.M. et al., Clin. Infect. Dis., 2005, 40 (6), 800.
- Chaftar N et al., Adv. Exp. Med. Biol., 2016, 901, 1.
- Conte M.P., Mastromarino P., Microbiologia Medica – Batteriologia e Virologia, 2015, quarta edizione, Società Editrice Esculapio.
- Epicentro, Legionellosi - Informazioni Generali, 2016, 13 ottobre:
<http://www.epicentro.iss.it/problemi/legionellosi/legionellosi.asp>
- Epicentro legionellosi – Aspetti Epidemiologici in Italia, 2016, 12 gennaio:
<http://www.epicentro.iss.it/problemi/legionellosi/epidIta.asp>
- European centre for Disease Prevention and Control – ECDC, Annual Epidemiological Report for 2015 Legionnaires’ Disease, 2015:
https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AFR_for_2015_legionnaires-disease_0.pdf
- Linee guida per la prevenzione e il controllo della Legionellosi, 2015, 7 maggio:
[http://statoregioni.it/Documenti/DOC_047439_REP.%279%20%20\(P.209%20ODG\).pdf](http://statoregioni.it/Documenti/DOC_047439_REP.%279%20%20(P.209%20ODG).pdf)
- Lowry P.W., et al., Clin. Infect. Control., 1991, 324 (2), 109.
- Lowry P.W., Tompkins L.S., Am, J, Infect. Control., 1993, 21 (1), 21.
- Masci W., Omeopatia – Tradizione e attualità, 2003, Tecniche Nuove.
- Mykietiuik A. et al., Clin. Infect. Dis., 2005, 40 (6), 794.
- Park M.J. et al., J. Microbiol., 2010, 48 (4), 496.
- Rugarli C. Medicina Interna Sistemica, 2015, Settima Edizione, Edra Masson.
- Sabrià M. et al., Chest., 2005, 128 (3), 1401.
- Yamamoto Y. et al., Biofactors., 2004, 21 (1-4), 119.
- WHO – World Health Organization, 193, Research guidelines for evaluating the safety and efficacy of herbal medicines.