

SRP SAN VALENTINO

**Piano Annuale per
la gestione del
Rischio Sanitario**

2026

San Valentino STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026-	Pag.2
---	---	-------

SOMMARIO

1.	La valutazione del rischio sanitario.....	3
1.1	Contesto organizzativo.....	5
	Contesto Organizzativo.....	5
1.2	Relazione consuntiva sugli eventi avversi nell'ultimo anno e dei risarcimenti erogati nel periodo gennaio dicembre 2025.....	6
	AZIONI INTRAPRESE.....	9
	PREVENZIONE RISCHIO CADUTE.....	9
	DIFFUSIONE DELLA CULTURA DEL RISCHIO: MODULO AUTOMATIZZATO GESTIONE.....	10
	RISCHIO SANITARIO.....	10
	RISARCIMENTI EROGATI.....	10
1.3	Descrizione della posizione assicurativa.....	11
1.4	Resoconto delle attività del piano precedente.....	13
1.5	OBIETTIVI E ATTIVITA'.....	16
1.5.1	OBIETTIVI.....	16
1.5.2	ATTIVITÀ.....	17
1.6	MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO.....	23
1.7	BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	24
1.8	ALLEGATI.....	26

 San Valentino STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026 -	Pag.3
---	---	--------------

1. La valutazione del rischio sanitario

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

Dal 2022, a seguito dell'emanazione del Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario- CRRC del 25 gennaio 2022, la struttura ha unificato, come richiesto, il PARM e PAICA. Alla luce degli aggiornamenti normativi in merito alla gestione del rischio sanitario, la struttura ha integrato nel PARS quanto richiesto dalla normativa, ovvero il PALIM e il Programma di controllo della legionellosi (Nota Regione Lazio U. 0037825 del 15/01/2026).

La Struttura Residenziale Psichiatrica San Valentino, con la figura del Risk Manager e attraverso le Politiche di risk management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente. Nella gestione del rischio sanitario il Risk Manager è coadiuvato dal Comitato di controllo infezioni correlate all'assistenza (CCICA) che è composto dai vertici aziendali e dai responsabili di funzione dell'organizzazione. Tale comitato è stato istituito nel 2018 e riconfermato dal 2022.

Gli Strumenti Operativi (parte integrante e sostanziale del PARS) hanno il fine di analizzare le anomalie di processo e/o di singole azioni per l'adozione di specifici correttivi tendenti al miglioramento continuo dei processi presi in esame.

Il PARS è quindi uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti e degli specifici contesti di lavoro.

La gestione del Rischio Sanitario costituisce un sistema di prevenzione e di contenimento dei possibili effetti dannosi degli errori evitabili in garanzia della sicurezza dei pazienti.

 STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026 -	Pag.4
--	---	-------

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

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

Anche attraverso il PARS, il Risk Manager fornisce quindi all'Azienda un supporto indispensabile affinché il management possa decidere con consapevolezza, attraverso opportuni strumenti e supporti, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa.

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

Le attività che si realizzano anche attraverso il PARS fanno parte delle iniziative aziendali in materia di rischio sanitario e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/ sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali nonché alla prevenzione del rischio infettivo.

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

San Valentino STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026-	Pag.5
--	--	-------

1.1 Contesto organizzativo

La Struttura San Valentino è una struttura residenziale psichiatrica. Per comprendere meglio la situazione aziendale ed il contesto dal quale si parte per implementare tale piano, si riportano di seguito alcune tabelle riepilogative.

Contesto Organizzativo

Reparto	Posti letto privati	Posti letto ordinari SSR
Struttura per trattamenti psichiatrici intensivi territoriali	/	30
Struttura residenziale socio-riabilitativa ad alta intensità assistenziale	/	18
Reparto privati- Tipologia SRSRH24	5	
Totale generale		53

Dati di attività			
Giornate di degenza	18.494	Numero di pazienti	468

1.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi nell'ultimo anno e dei risarcimenti erogati nel periodo gennaio dicembre 2025

Tipo evento	N. (e % totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali /contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near miss	-				Modulo informatizzato di Gestione Rischio Sanitario
Eventi avversi	91 eventi avversi nel 2025 (99% eventi non attesi)	60%	- Strutturali (10%) - Organizzativi (20%) - Non prevenibili (70%)	- implementazione di nuove funzionalità nel sistema di gestione del rischio sanitario, in particolare relative a: - o lettera di dimissione per trasmissione al FSE - o scheda farmaco - o PTRP - Analisi procedure ed istruzioni operative relative al rischio clinico ed eventuale aggiornamento - Definizione/valutazione di ulteriori misure per la prevenzione delle aggressioni agli operatori sanitari (comunicazione tempestiva, dispositivi personali di allarme) - Definizione/valutazione di ulteriori misure per la prevenzione delle cadute - Definizione/valutazione di ulteriori misure per evitare che i pazienti si spostino dal piano tra le 24 e le 5 del mattino (cartellonistica, regolamento, OdS) - formazione al personale sanitario, in	Modulo informatizzato di Gestione Rischio Sanitario

San Valentino STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026-	Pag.7
---	--	-------

				particolare sulle seguenti tematiche: - o sicurezza delle cure (farmaco) - o prevenzione e gestione atti aggressivi - o gestione integrata eventi avversi - o valorizzazioni informazioni su Winrad - - attuare le modifiche richieste per la gestione della cartella clinica (STPIT e SRSRH24) - - monitoraggio applicazione prassi per gestione consenso informato - - continuare nel monitoraggio completamento indicatori clinico-assistenziali e completezza cartella clinica - - continuare nel monitoraggio degli eventi caduta - - continuare nel monitoraggio della chiusura e completezza delle cartelle cliniche	
Eventi sentinella	0 evento sentinella nel 2025	0%	•		

Ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 24/2017, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata

sul sito internet della struttura sanitaria". Al fine di ottemperare a tale obbligo, viene riportata una tabella riassuntiva e una relazione sintetica che accompagni la tabella in allegato (Tabella 2):

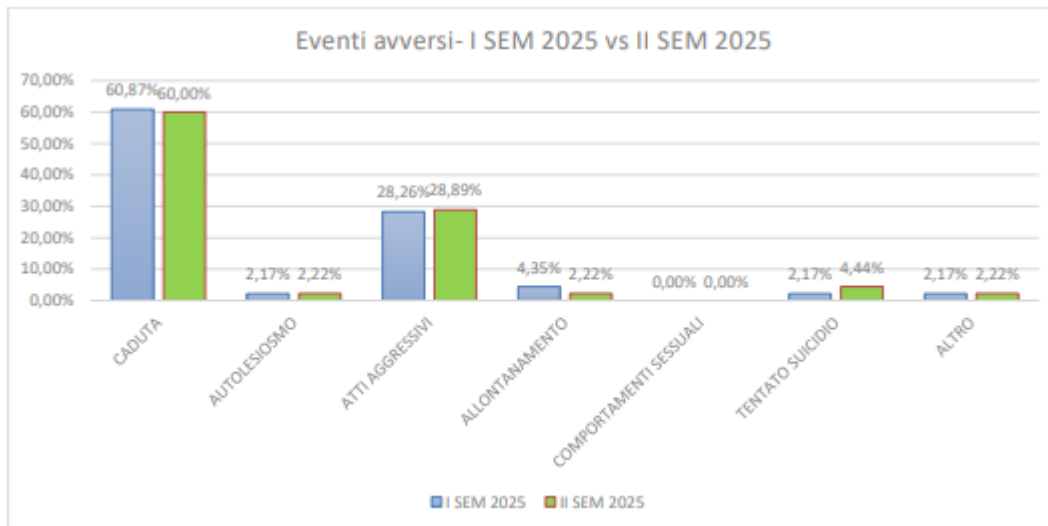


Tabella 2 - Eventi segnalati nel 2025 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

La struttura è rivolta al trattamento e riabilitazione dei disturbi psichiatrici. L'analisi puntuale degli eventi avversi ha evidenziato che la maggior parte degli eventi risulta non prevedibile. Tutti gli invii al P.S sono stati effettuati a scopo cautelativo e aderenza al protocollo della struttura e non hanno evidenziato danni o lesioni significative.

 STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026-	Pag.9
--	--	-------

AZIONI INTRAPRESE

PREVENZIONE RISCHIO CADUTE

Data la prevalenza dell'evento caduta la struttura ha continuato a porre molta attenzione su questo fenomeno.

La percentuale dell'evento caduta rispetto a totale degli eventi inattesi, nonostante un lieve aumento nel 2023 e 2024 rispetto al 2022 (+7%), è diminuita sensibilmente nel corso del tempo passando dal 88% dei casi del 2019 al 60% circa nel 2025.

Nel corso di questo periodo la struttura ha messo in atto diverse azioni quali l'introduzione della Scala di Conley, formazione specifica al personale e acquistato di letti a movimentazione verticale. Tali interventi hanno sicuramente influito sulla riduzione delle cadute.

Confrontando i dati del rischio cadute dal 2019 ad oggi, le misure sembrano aver prodotto i loro effetti in quanto l'evento caduta ha subito un decremento registrando 88% dei casi del 2019, 65% del 2020 al 37% del 2021. Occorre però segnalare che, nonostante la forte riduzione dal 2019, il rischio caduta comincia a registrare nel 2023 (+7% circa) fino a rappresentare il 60% dei casi degli eventi non attesi nel corso del 2025.

La Direzione Sanitaria, alla luce di analisi effettuate nel corso del 2023, aveva ripreso in esame questo fenomeno e segnalato nuovamente al personale (nel 2023 e 2024) l'importanza di tale evento al fine di valutare efficacemente il rischio caduta rinviando tutto il materiale informativo precedentemente condiviso ribadendo l'importanza di seguire il protocollo.

Inoltre, sempre nell'ottica di una maggiore prevenzione del rischio caduta, nel secondo semestre 2023 la Direzione ha provveduto ad acquistare ulteriori letti a movimentazione verticale.

Nel corso del 2025 sono effettuati diversi incontri formativi riguardo la prevenzione e gestione degli eventi avversi, tra cui l'evento caduta.

 STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026 -	Pag.10
--	---	--------

DIFFUSIONE DELLA CULTURA DEL RISCHIO: MODULO AUTOMATIZZATO GESTIONE RISCHIO SANITARIO

Ai fini del miglioramento dell'efficacia nella gestione del rischio sanitario, la Direzione ha deciso di continuare nell'informatizzazione del modulo di gestione Rischio Sanitario. Tale modulo è integrato nel gestionale di accettazione sanitaria (Winrad), utilizzato già da tempo da tutto il personale sanitario interessato.

Data l'importanza di tali informazioni, è apparsa fondamentale la gestione di tali dati in maniera sistematica e accessibile facilmente a tutti gli operatori coinvolti (responsabile medico, medici, caposala, infermieri).

In continuità con quanto stabilito nel 2024, anche nel 2025 sono state apportate nuove implementazioni al modulo di gestione di Rischio Sanitario.

Una delle implementazioni effettuate riguarda il rischio caduta. Il modulo è stato ulteriormente aggiornato in modo da consentire la rilevazione delle cadute scegliendo tre le seguenti casistiche:

- caduta accidentale: la persona cade incidentalmente;
- caduta fisiologica imprevedibile: la persona cade per via di una condizione fisica non prevedibile fino al verificarsi dell'evento (ad esempio in seguito ad una frattura patologica di femore);
- caduta fisiologica prevedibile: cadute che si verificano in soggetti esposti a fattori di rischio preventivabili.

Tale suddivisione permette quindi di effettuare analisi più pertinenti del rischio cadute e quindi porre le azioni correttive più idonee.

RISARCIMENTI EROGATI

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre che "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio".

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

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

Anno	N. sinistri	Risarcimenti erogati
2021	-	-
2022	-	-
2023		
2024		
2025		
Totale	-	-

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

1.3 Descrizione della posizione assicurativa

La struttura possiede una polizza assicurativa con la Compagnia assicurativa Amtrust e un Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.).

C.V.S.

Composizione: DG SRP San Valentino, DS SRP San Valentino, Risk Manager SRP San

Valentino, Medico Legale SRP San Valentino, Legale SRP San Valentino, Responsabile Compliance SRP San Valentino

- Anno di istituzione: 2019

Tale organismo riveste un ruolo fondamentale sia dal punto di vista di analisi e gestione del contenzioso medico-legale, stragiudiziale e giudiziale, sia dal punto di vista dell'impatto

San Valentino STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026-	Pag.12
--	---	--------

economico dei sinistri, definendo la strategia di copertura assicurativa aziendale. Inoltre, l'analisi reattiva ai sinistri è uno strumento di gestione del rischio sanitario di sicuro impatto sulla sicurezza dei pazienti, evitando il ripetersi di eventi dannosi alla salute.

Tabella 4 - Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicurativa	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2021	RCI00010000308 31.12.2021	AmTrust Istituti clinici	36.803,00€	10.000 €	
2022	RCI00010000308 31.12.2022	AmTrust Istituti clinici	36.803.00 €	10.000 €	
2023	5041604YY 31.12.2023	SARA	30.000,00€	10.000 €	
2024	5041604YY 31.12.2024	SARA	30.000,00€	10.000 €	
2025	50 48233JO 31.12.2025	SARA	27.000,00€	2.000€	
2026	50 51636TQ 31.12.2026	SARA	16.000,00€	2.000€	

San Valentino STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026-	Pag.13
---	--	--------

1.4 Resoconto delle attività del piano precedente

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

Obiettivo: Creare e diffondere la “cultura della sicurezza delle cure” e la “cultura organizzativa” in un’ottica di condivisione degli stessi valori e dello stesso impegno		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sulla sicurezza delle cure anche mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA	SI	Completato
Obiettivo: migliorare l’appropriatezza assistenziale e organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<i>implementazione del sistema informatico winrad per la segnalazione degli aventi avversi</i>	SI	Completato
<i>attività di formazione sul tema della sicurezza delle cure (riconciliazione farmacologica, intossicazione da farmaci)</i>	SI	Completato
<i>attività di formazione sul tema della privacy nei pazienti psichiatrici</i>	SI	Completato
<i>attuare le modifiche richieste per la gestione della cartella clinica (STPIT e SRSRH24)</i>	SI	Completato

San Valentino STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026-	Pag.14
---	--	--------

<i>attività di formazione sul tema della gestione integrata degli eventi non attesi</i>	Si	Completato
---	----	------------

Obiettivo: 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	Stato di attuazione
Implementazione di un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti alcolici per l'igiene delle mani, ove in uso (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria)	SI	Completato

Obiettivo: promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Elaborazione di report con cadenza almeno semestrale relativi alle infezioni/colonizzazione da CRE	SI	Completato

MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS

La realizzazione del PARS riconosce due specifiche responsabilità:

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

Azione	Direttore Sanitario/ Risk Manager	Direzione Generale	Direttore amministrativo	CVS	Avvocatura/ gestione assicurativa
Redazione PARS	R	C	C	-	-
Adozione PARS	I	R	C	-	-
Monitoraggio PARS	R	I	C	C	C

R= Responsabile

C= Coinvolto

I= Informato

 STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026-	Pag.16
--	--	--------

1.5 OBIETTIVI E ATTIVITA'

1.5.1 OBIETTIVI

Il presente Piano Annuale di Rischio Sanitario della SRP San Valentino, in accordo con la mission aziendale, si pone una serie di obiettivi strategici che si vanno ad integrare anche con il Sistema di Gestione Qualità aziendale. Il Piano Annuale di Rischio Sanitario (PARS) definisce le politiche e le strategie aziendali, gli obiettivi, gli ambiti di azione, le metodologie, gli strumenti, gli indicatori delle attività relative alla qualità e alla gestione del rischio sanitario e della sicurezza dei pazienti nonché in tema di rischio infettivo ed è redatto tenuto conto degli obiettivi strategici e delle indicazioni regionali in materia di rischio sanitario. La finalità di tutte le linee di attività, con la più specifica progettualità annuale che è delineata nel presente PARS ed anche riguardo l'azione di miglioramento della continuità operativa, consiste nel tentativo di contenere e/o ridurre i rischi legati ai processi operativi nell'ambito specificato e in ogni singolo progetto. Segnatamente, lo scopo sostanziale è quello di evidenziare la soglia d'individuazione probabilità di accadimento degli eventi avversi e dei "near misses", attraverso un'azione di analisi e di governo dei principali processi clinico-gestionali e successivo avvio di specifiche attività preventive e/o correttive. L'intenzione di base è, quindi, quella di intervenire sulle condizioni di rischio esistenti nei sistemi operativi che costituiscono, nel loro insieme, i cosiddetti "errori latenti" che, come è noto, hanno un elevatissimo grado di influenza nel determinismo degli "errori attivi".

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

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.
- B. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- 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 assicurandone il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- D. Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA.

San Valentino STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026-	Pag.17
---	--	--------

1.5.2 ATTIVITÀ

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

Obiettivo A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo		
<i>Attività 1 - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sulla sicurezza delle cure anche mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA</i>		
Indicatore: Esecuzione di almeno 2 incontri nel corso del 2026		
Standard: effettiva effettuazione degli incontri		
Fonte: ufficio formazione		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CVS	UO Formazione/compliance
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

San Valentino STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026-	Pag.18
---	--	--------

Obiettivo B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività 2: implementazione del sistema informatico winrad per la segnalazione degli eventi avversi

Indicatore: produzione di almeno 2 report nel corso del 2026

Standard: effettiva produzione dei report e relativa presentazione in sede di riunione COVASI

Fonte: Covasi

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione sanitaria	RM	COVASI
Progettazione dell'incontro	I	R	I
Esecuzione dell'incontro	C	R	C

San Valentino STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026-	Pag.19
---	--	--------

<i>Attività 3: attività di formazione sul tema della prevenzione e gestione atti aggressivi</i>			
Indicatore: 1 eventi formativo nel corso del 2026			
Standard: effettiva realizzazione di un corso di formazione e test di valutazione			
Fonte: Covasi			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione sanitaria	RM	COVASI
Progettazione dell'incontro	R	R	I
Esecuzione dell'incontro	R	R	I

San Valentino STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026-	Pag.20
---	--	--------

Attività 4 – implementazione dell'adesione alla corretta somministrazione e compilazione del consenso informato ai sensi della Legge 219/17

Indicatore: 1 evento formativo nel corso del 2026 sul Consenso

Standard: effettiva realizzazione di un corso di formazione e test di valutazione

Fonte: Covasi

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM	Ufficio Formazione	Ufficio tecnico
Implementazione del sistema informatico	C	I	R
Effettuazione dei corsi	C	R	I

San Valentino STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026-	Pag.21
---	--	--------

Attività 5: attività di formazione sul tema della sicurezza delle cure (riconciliazione farmacologica, intossicazione da farmaci)

Indicatore: 1 eventi formativo nel corso del 2026

Standard: effettiva realizzazione di un corso di formazione e test di valutazione

Fonte: Covasi

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione sanitaria	RM	COVASI
Progettazione dell'incontro	R	R	I
Esecuzione dell'incontro	R	R	I

Obiettivo C) Continua 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 6- Continua implementazione di un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti alcolici per l'igiene delle mani, ove in uso (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria)

Standard: Continua implementazione del sistema di monitoraggio del consumo di prodotti alcolici per l'igiene delle mani

San Valentino STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026-	Pag.22
---	--	--------

Indicatore: effettiva produzione del report e relativa presentazione in sede di riunione COVASI

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Reparti	RSPP	Direzione Sanitaria
Monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani	C	R	I

Obiettivo D: monitoraggio e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, con particolare attenzione al fenomeno dell'antibiotico-resistenza

Attività 7- Elaborazione di report con cadenza almeno semestrale relativi alle infezioni da patogeni antibiotico-resistenti

Indicatore: Corso di formazione sulla resistenza antimicrobica

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Reparti	CCICA	Direzione Sanitaria
Esecuzione del report	I	C	R

San Valentino STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026-	Pag.23
--	---	--------

1.6 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

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

- ✓ Pubblicazione del PARS sul sito aziendale;
- ✓ Iniziative di diffusione del PARS a tutti gli operatori.

 STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026-	Pag.24
--	---	--------

1.7 BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

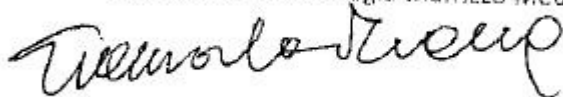
- Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario- CRRC 25 gennaio 2022
- Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi Etici di Sistema: Risk Management in Sanità: il problema degli errori – marzo 2004.
- Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi Etici di Sistema: Sicurezza dei pazienti e gestione del Rischio Sanitario: Manuale per la Formazione degli operatori sanitari.
- CRCC, Piano d'intervento regionale sull'igiene delle mani, 19 febbraio 2021
- DCA n. U00480 del 06/12/2013: "Definitiva adozione dei programmi operativi 2013-2015", intervento 18.1 "Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi" e intervento 18.6 "Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio Assicurativo".
- Determinazione n. G01424 del 10/02/2014: Istituzione gruppi di lavoro "Comitato Tecnico di Coordinamento Rischio Clinico" e gruppo di lavoro "Coordinamento per le Infezioni Correlate all'Assistenza".
- Linee di Indirizzo Regionali per la stesura del piano di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico. Determinazione n. G04112 del 01/04/2014.
- Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella"
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017".
- 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.

San Valentino STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026-	Pag.25
---	---	--------

- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione
Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008
"Safe Surgery Save Live";
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
- Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;
- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza.

Roma, 26/02/2026

PRESIDIO SANITARIO SAN VALENTINO
 Responsabile Medico-Sanitario
 Dott. Giancarlo Peana
 Psichiatria Psicoterapia
 Specialista in Psicologia Indirizzo Medico



San Valentino STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO: - ANNO 2026-	Pag.26
---	---	---------------

1.8 ALLEGATI

1. **Piano di azione locale sull'igiene delle mani (PALIM)**
2. **Programma di controllo della legionellosi**

SRP SAN VALENTINO

SRP SAN VALENTINO
PIANO DI AZIONE
LOCALE PER
L'IGIENE DELLE MANI

2026

San Valentino STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI: - ANNO 2026	Pag.2
---	---	-------

SOMMARIO

1.	INTRODUZIONE.....	3
2.	SCOPO	3
3.	SPECIFICITÀ DEL CONTESTO PSICHIATRICO	3
4.	CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
5.	METODOLOGIA PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE	4
6.	IMPLEMENTAZIONE PALIM	6
6.1	REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI	6
6.1.1	ATTIVITA' DEL 2025.....	6
6.1.2	OBIETTIVI 2026.....	7
6.2	FORMAZIONE DEL PERSONALE	8
6.2.1	ATTIVITA' DEL 2025.....	8
6.2.1	OBIETTIVI 2026.....	8
6.3	MONITORAGGIO	9
6.3.1	ATTIVITA' DEL 2025.....	9
6.3.2	OBIETTIVI 2026.....	9
6.4	COMUNICAZIONE PERMANENTE.....	10
6.4.1	ATTIVITA' DEL 2025.....	10
6.4.2	OBIETTIVI 2026.....	10
6.5	COMMITMENT DELLA DIREZIONE	10
6.5.1	ATTIVITA' DEL 2025.....	10
6.5.2	OBIETTIVI 2026.....	11
7.	MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO.....	11
8.	RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA	11
9.	ALLEGATI	12
9.1	Questionario di autovalutazione struttura 2025.....	13
9.2	Locandina informativa prevenzione ICA per pazienti e caregiver	18
9.3	locandine lavaggio delle mani	20
9.4	Report questionario igiene delle mani 2025.....	23
9.5	Report questionario osservazione delle mani 2025	30

 STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI: - ANNO 2026	Pag.3
--	--	-------

1. INTRODUZIONE

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

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

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

2. SCOPO

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

3. SPECIFICITÀ DEL CONTESTO PSICHIATRICO

Nelle strutture psichiatriche l'assistenza è caratterizzata da:

- contatti ravvicinati e ripetuti tra operatori e pazienti;
- frequente condivisione di spazi comuni, arredi e oggetti;
- presenza di pazienti con ridotta consapevolezza del rischio igienico o difficoltà ad aderire autonomamente alle buone pratiche;

 STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI: - ANNO 2026	Pag.4
--	--	-------

- necessità di un clima relazionale basato su fiducia, prossimità e continuità assistenziale.
- In questo contesto, il rischio infettivo non deriva tanto da manovre tecniche invasive, quanto dalla trasmissione crociata di microrganismi attraverso le mani degli operatori e il contatto con superfici e ambienti condivisi. L'attuazione strutturata del PALIM consente di governare tale rischio in modo sistematico e sostenibile

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

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

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

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

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

Il Piano, infatti, integra requisiti strutturali, formazione, monitoraggio, comunicazione e commitment della Direzione, configurandosi come uno strumento completo di miglioramento continuo della qualità assistenziale.

Ai fini di un'efficace gestione del rischio infettivo, la SRP San Valentino redige semestralmente un Report sulla gestione del Rischio Sanitario in cui l'analisi delle ICA rappresenta un elemento importante. Tale report viene condiviso con il COVASI che pertanto individua le eventuali azioni correttive.

L'attuazione del PALIM non rappresenta un mero adempimento normativo, ma una scelta organizzativa strategica che contribuisce in modo significativo alla:

- prevenzione delle infezioni;
- tutela di pazienti e operatori;
- qualità e sicurezza dell'assistenza;
- diffusione di una cultura della prevenzione coerente con i principi della sanità moderna.

 STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI: - ANNO 2026	Pag.5
--	--	-------

L'igiene delle mani, adeguatamente promossa e monitorata attraverso il PALIM, è così uno strumento concreto di sicurezza delle cure, pienamente integrato nella specificità dell'assistenza psichiatrica.

Pertanto, per l'elaborazione del Piano di Azione Locale, sono state (auto)valutate le condizioni esistenti nella struttura riferite ai seguenti ambiti:

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

In ciascuno dei suddetti ambiti l'esito della autovalutazione ha consentito di collocare la Struttura su un livello intermedio/avanzato. (Vedi questionario autovalutazione struttura 2025)

Il presente Piano si pone come obiettivo per l'anno corrente il consolidamento del livello raggiunto in ciascuno dei suddetti ambiti e, ove possibile, il raggiungimento del livello AVANZATO per la promozione e l'adesione ottimale ai programmi per l'igiene delle mani.

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

 STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI: - ANNO 2026	Pag.6
--	--	-------

6. IMPLEMENTAZIONE PALIM

6.1 REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI

6.1.1 ATTIVITA' DEL 2025

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

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

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

La possibilità di avere tempestivamente tutte le informazioni relative agli eventi non attesi permette di identificare in maniera più esaustiva i diversi rischi, attuare le eventuali azioni correttive e consentire il monitoraggio continuo, tutte attività fondamentali nell'ottica di minimizzazione del rischio sanitario. Per tale motivo, la Direzione della struttura è continuamente impegnata nell'implementazione di nuove funzionalità per aumentare e migliorare le informazioni a disposizione.

Il modulo di gestione del Rischio Sanitario permette di alimentare in maniera automatica il registro degli eventi non attesi e il registro delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)

- **GEL IDROALCOLICO**

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

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

Tale modello, presenta, per ogni piano della struttura (seminterrato, I°/II°/III° piano di degenza, attico) le ricariche o sostituzioni dei diversi contenitori.

Di seguito un esempio:

VERIFICHE SETTIMANALI DISPOSITIVI GEL DISINFETTANTE- PIANO I DI DEGENZA														
IDENTIFICATIVO DISPOSITIVO GEL E TIPOLOGIA													TOT RIC. NEL GIORNO	TOT SOST. NEL GIORNO
DATA VERIFICA	15	16	17	18	19	20	21	22	23	26	27	29		
	PT	DM	DM	PT	DM	PT	DM	DM	PT	PT	PT	DL		
09/01/2025	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	0	0
11/01/2025	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	0	0
18/01/2025	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	0	0
25/01/2025	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	0	0
01/02/2025	RI	ST	ST	RI	RT	RI	ST	ST	RI	RI	RI	OK	6	4
08/02/2025	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	0	0
15/02/2025	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	0	0
22/02/2025	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	0	0
01/03/2025	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	0	0
08/03/2025	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	0	0
15/03/2025	RI	ST	ST	RI	RT	RI	ST	ST	RI	RI	RI	OK	6	4
22/03/2025	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	0	0
29/03/2025	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	0	0
05/04/2025	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	0	0
12/04/2025	RI	ST	ST	RI	RT	RI	ST	ST	RI	RI	RI	OK	6	4
19/04/2025	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	0	0
26/04/2025	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	0	0
03/05/2025	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	0	0
10/05/2025	RI	ST	ST	RI	RT	RI	ST	ST	RI	RI	RI	OK	6	4

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

6.1.2 OBIETTIVI 2026

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

id	ATTIVITA'	OBIETTIVO	REFERENTE	DATA COMPLETAMENTO
1	Monitoraggio consumo gel idroalcolico con stesura report	Elaborazione report	Responsabile Medico Sanitario	entro il 01/02/2026
2	Potenziamento del sistema informatico per la registrazione delle ICA e relativi corsi di formazione	Implementazione	Responsabile Compliance e Formazione	30/06/2026

6.2 FORMAZIONE DEL PERSONALE

6.2.1 ATTIVITA' DEL 2025

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

L'analisi dei dati è stata elaborata dal Responsabile della Compliance e Formazione e condivisa con la Direzione Sanitaria e il COVASI con apposita produzione di report.

Annualmente è prevista la riedizione del corso, con i necessari aggiornamenti, per l'implementazione annuale del piano, garantire il miglioramento continuo della qualità e consolidare la cultura della sicurezza delle cure.

6.2.1 OBIETTIVI 2026

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

id	ATTIVITA'	OBIETTIVO	REFERENTE	DATA COMPLETAMENTO
1	Refresh formazione igiene delle mani con test verifica e apprendimento	Somministrazione test	Comitato Gestione Rischio Sanitario Responsabile Medico Sanitario	15/07/2026 15/01/2027
2	Rivalutazione questionario igiene Mani per operatori sanitari e questionario percezione operatori sanitari	Rivalutazione	Comitato Gestione Rischio Sanitario Responsabile Medico Sanitario	entro il 30/11/2026
3	Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sulla sicurezza delle cure anche mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA	Organizzazione riunioni di formazione	Comitato Gestione Rischio Sanitario Responsabile Medico Sanitario	30/06/2026

6.3 MONITORAGGIO

6.3.1 ATTIVITA' DEL 2025

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

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

CONSUNTIVO RICARICHE E SOSTITUZIONI DISPOSITIVI GEL DISINFETTANTI- ANNO 2025-

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

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

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

6.3.2 OBIETTIVI 2026

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

id	ATTIVITA'	OBIETTIVO	REFERENTE	DATA COMPLETAMENTO
1	Monitoraggio consumo gel idroalcolico con stesura report	Elaborazione report	Responsabile Compliance e Formazione	entro il 01/02/2027
2	Monitoraggio questionari di apprendimento su prevenzione ICA con stesura report	Elaborazione report	Responsabile Compliance e Formazione	30/11/2026
3	Monitoraggio questionari di apprendimento su compliance igiene delle mani	Elaborazione report	Responsabile Compliance e Formazione	30/11/2026

6.4 COMUNICAZIONE PERMANENTE

6.4.1 ATTIVITA' DEL 2025

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

id	ATTIVITA'	OBIETTIVO	REFERENTE	DATA COMPLETAMENTO
1	Monitoraggio consumo gel idroalcolico con stesura report	Elaborazione report	Responsabile Compliance e Formazione	Nel corso dell'anno e in sede di COVASI
2	Iniziative di comunicazione e sensibilizzazione per personale sanitario e pazienti/caregivers in occasione della giornata mondiale Igiene delle Mani	Organizzazione incontro	RMS Responsabile Formazione	Nel corso dell'anno e in occasione della Giornata Mondiale sull'Igiene delle Mani

6.4.2 OBIETTIVI 2026

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

id	ATTIVITA'	OBIETTIVO	REFERENTE	DATA COMPLETAMENTO
1	Verifica e aggiornamento costante del materiale informativo	Implementazione	Responsabile Compliance e Formazione	annuale

6.5 COMMITMENT DELLA DIREZIONE

6.5.1 ATTIVITA' DEL 2025

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

6.5.2 OBIETTIVI 2026

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

id	ATTIVITA'	OBIETTIVO	REFERENTE	DATA COMPLETAMENTO
1	Monitoraggio completamento attività programmate	Implementazione	Comitato Gestione Rischio Sanitario Responsabile Medico Sanitario	30/06/2026

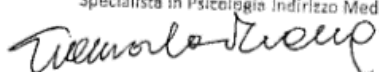
7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO

Il presente documento è pubblicato sul sito web aziendale (<https://www.srpsanvalentino.it/trasparenza/>) ed allegato al PARS. La diffusione del documento al personale avverrà anche attraverso incontri formativi.

8. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA

- Regione Lazio Determinazione n. G02044 del 26 febbraio 2021 recante "Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani";
- Regione Lazio Determinazione n. G00643 del 25/01/2022. Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)";
- Legge 8 marzo 2017, n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;
- Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018 n. U00400 recante "Trasferimento delle competenze del centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza al centro Regionale Rischio Clinico";
- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità - il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibile sul sito del Ministero della salute;

PRESIDIO SANITARIO SAN VALENTINO
 Responsabile Medico-Sanitario
 Dott. Giancarlo Peana
 Psichiatria Psicoterapia
 Specialista in Psicologia Indirizzo Medico



San Valentino STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI: - ANNO 2026	Pag.12
---	--	---------------

9. ALLEGATI

9.1 Questionario di autovalutazione struttura 2025

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 l punto di assistenza nella maggior parte dei reparti	30
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo in gni 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 isponibile il sapone?	NO	0
	SI	10
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	NO	0
	SI	15
A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	NO	0
	SI	15

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

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 all'anno	20
B.1.2 - Esiste un Sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	NO	0
	SI	20
B.2 - Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali		
B.2.1 Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	NO	0
	SI	5
B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale	NO	0
	SI	5
B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani	NO	0
	SI	5
B.2.4 Poster informativi	NO	0
	SI	5
B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	SI	15
B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	NO	0
	SI	15
B.5 Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	SI	10

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

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
	SI	10
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	0
	SI	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0
	SI	5
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'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
	SI	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SI	5
C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0
	SI	5
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani		
NB: Rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale		
C.4.1 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
	SI	5
C.5.2 Feedback sistematico: viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	0
	SI	7,5
C.5.3 Feedback sistematico: viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	NO	0
	SI	7,5

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

San Valentino STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI: - ANNO 2026	Pag.16
---	---	--------

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

INADEGUATO	0-25	Punteggio totale	80
BASE	26-50		
INTERMEDIO	51-75		
AVANZATO	76-100		

SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO 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)?	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
	SI	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
	SI	5
E.4.2 - Riconoscere e da utilizzare soggetti che fungono modello positivo per l'igiene delle mani?	NO	0
	SI	5
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:		
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con dépliant informativi)?	NO	0
	SI	5
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
	SI	10
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:		
E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	NO	0
	SI	5
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo istituzionale da raggiungere sull'igiene delle mani	NO	0
	SI	5
E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di Innovazioni affidabili e testate	NO	0
	SI	5
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0
	SI	5
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0
	SI	5
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	NO	0
	SI	5

INADEGUATO	0-25	Punteggio totale	95
BASE	26-50		
INTERMEDIO	51-75		
AVANZATO	76-100		

9.2 Locandina informativa prevenzione ICA per pazienti e caregiver

	Struttura Residenziale Psichiatrica San Valentino	Informazioni Utili per Paziente/familiari/caregiver			
		REV. N.	DATA	PAG.	DI
		1	10/09/23	1	2

Informazioni Utili per Paziente/familiari/caregiver

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

1. Collabora alla elaborazione di una adeguata anamnesi: riferisci tutte le informazioni sanitarie che ritieni possano essere utili in merito alla tua storia clinica, riferendo le principali patologie che hai avuto fin dalla nascita e nel tempo a seguire, (es malattie esantematiche, cardiopatie, diabete, patologie pressorie, malattie croniche, infezioni, ecc.). Riferisci con attenzione tutti i farmaci che assumi, costantemente e al bisogno compresi i prodotti omeopatici o erboristici ed eventuali integratori. Riferisci eventuali allergie e intolleranze accertate e sospette e verifica che vengano riportate in cartella clinica. Prima di assumere qualsiasi farmaco parlane con i medici. In taluni casi l'interazione tra farmaci potrebbe non garantire gli effetti desiderati.
2. Chiedi quali precauzioni devono avere i tuoi familiari o conoscenti quando vengono a trovarti. Assicurati, quindi, che rispettino divieti, precauzioni (es. non recarsi in visita ad un parente se si è influenzati, non sedersi o salire sul letto, utilizzare camici e mascherine quando richiesto, ecc.)
3. Utilizza in maniera appropriata e con rispetto gli ambienti e la struttura: osserva la segnaletica esistente, accedi solo negli ambienti consentiti (es. usa solo i bagni dei reparti e non quelli dedicati alle persone ricoverate, usa solo gli ascensori dedicati ai visitatori, ecc.). Non usare presidi, materiale o apparecchi se non sei autorizzato e se non ne conosci adeguatamente il funzionamento. Per ogni dubbio rivolgiti al personale della struttura.
4. Cura l'igiene più del solito per evitare le infezioni ospedaliere: lavati spesso le mani (se il sapone manca chiedi al personale oppure utilizza le soluzioni a base alcolica che sono presenti nella struttura). Ricordalo anche ai tuoi cari e visitatori. Lavarsi le mani può prevenire la diffusione di germi. Pretendi che anche gli operatori si siano lavate le mani prima di visitarti o prima di un contatto per qualsiasi tipo di assistenza. Ricorda al medico/infermiere di lavarsi le mani chiedi loro di farlo. L'uso dei guanti non sostituisce il lavaggio delle mani.
5. Chiedi se i materiali utilizzati, particolarmente quelli invasivi, sono monouso o se sono sterilizzati. es. siringhe, aghi, etc.).
6. Se ti viene messo un catetere venoso (ago cannula), un catetere urinario o altro materiale, informati per quanto tempo lo dovrai tenere. Non temere di ricordare al personale che lo hai, di controllarlo, e chiedi se è ancora necessario tenerlo. Ricorda: lasciando un catetere troppo a lungo aumenta la possibilità di contrarre una infezione.



Struttura
Residenziale
Psichiatrica San
Valentino

Informazioni Utili per Paziente/familiari/caregiver

REV. N.	DATA	PAG.	DI
1	10/09/23	2	2

- Assumi correttamente gli antibiotici, che ti verranno somministrati dagli infermieri, secondo prescrizione: è importante rispettare gli orari ed il numero di giorni secondo la prescrizione. Alcuni farmaci per essere efficaci vanno presi per un preciso periodo di tempo, se questo non viene rispettato o se ad esempio si decide di sospenderlo prima di quanto previsto nella prescrizione, vi è il rischio che l'antibiotico distrugga i microrganismi meno resistenti e lasci quelli più resistenti e virulenti, che si riprodurranno acquisendo una resistenza all'antibiotico.
- Segnala eventuali situazioni che potrebbero favorire l'insorgenza o il diffondersi di infezioni come eventuali carenze igieniche degli ambienti, comportamenti inadeguati del personale sanitario e non, di pazienti e visitatori.

PRESIDIO SANITARIO SAN VALENTINO
Responsabile Medico-Sanitario
Dott. Giancarlo Peana
Psichiatria Psicoterapia
Specialista in Psicologia Indirizzo Medico

Giancarlo Peana

9.3 locandine lavaggio delle mani

Come lavarsi le mani con acqua e sapone?

LAVARE LE MANI CON ACQUA E SAPONE, SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHI O ALTAMENTE SECCO LA SOLUZIONE ALCOOLICA!

Durata dell'azione preventiva: 30-40 secondi

1. Bagnare le mani con l'acqua
2. Applicare una quantità di sapone sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani
3. Trascinare le mani palmo contro palmo
4. Trascinare le mani dorso contro palmo
5. Trascinare le mani dorso contro il dorso della mano opposta
6. Trascinare le mani dorso contro il polso
7. Trascinare le mani dorso contro il polso
8. Trascinare le mani dorso contro il polso
9. Trascinare le mani dorso contro il polso
10. Trascinare le mani dorso contro il polso
11. Trascinare le mani dorso contro il polso

I 5 momenti fondamentali per L'IGIENE DELLE MANI

1. PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE
2. PRIMA DI UNA MANOVRA ASSETTIVA
3. DOPO ESPONERESI AD UN LIQUORE CORPOREO
4. DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE
5. DOPO IL CONTATTO CON GLI OGGETTI ATTORNIO AL PAZIENTE

Come frizionare le mani con la soluzione alcolica?

USARE LA SOLUZIONE ALCOOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI! (ANCHE CON ACQUA E SAPONE SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHI!)

Durata dell'azione preventiva: 20-30 secondi

1. Portare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani
2. Trascinare le mani palmo contro palmo
3. Trascinare le mani dorso contro palmo
4. Trascinare le mani dorso contro il polso
5. Trascinare le mani dorso contro il polso
6. Trascinare le mani dorso contro il polso
7. Trascinare le mani dorso contro il polso
8. Trascinare le mani dorso contro il polso

Momento	Descrizione	Obiettivo
1. PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE	Effettuare l'igiene delle mani prima di toccare un paziente, anche se sembra sano.	Prevenire il passaggio di germi da mani sporche al paziente.
2. PRIMA DI UNA MANOVRA ASSETTIVA	Effettuare l'igiene delle mani immediatamente prima di qualsiasi manovra asettica (es. prelievi, iniezioni, cateteri).	Prevenire il passaggio di germi da mani sporche al paziente.
3. DOPO ESPONERESI AD UN LIQUORE CORPOREO	Effettuare l'igiene delle mani immediatamente dopo esposizione a un liquido corporeo (es. sangue, sudore, lacrime).	Prevenire il passaggio di germi da mani sporche al paziente.
4. DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE	Effettuare l'igiene delle mani dopo aver toccato un paziente o una sua parte.	Prevenire il passaggio di germi da mani sporche al paziente.
5. DOPO IL CONTATTO CON GLI OGGETTI ATTORNIO AL PAZIENTE	Effettuare l'igiene delle mani dopo aver toccato un oggetto che sia stato a contatto con il paziente.	Prevenire il passaggio di germi da mani sporche al paziente.

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY

World Health Organization

IL LAVAGGIO DELLE MANI ANTISEPTICO E' UN PASSO FONDAMENTALE PER PREVENIRE INFEZIONI ED ELIMINARE LE SPORE DI GERMI E BATTERI. MEDICI E INFERMIERI ADOTTANO DIVERSI METODI, MA L'OMS LO RACCOMANDA CALDAMENTE SIA DENTRO CHE FUORI DAGLI AMBIENTI SANITARI.

 **Durata dell'intera procedura: 20-30 secondi**

1a



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

1b



2



frizionare le mani palmo contro palmo

3



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

4



palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro

5



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

6



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa

7



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

8



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

LAVAGGIO SOCIALE

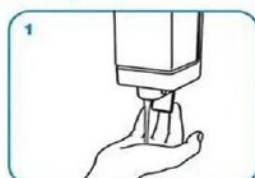
Come **lavarsi** le mani con acqua e sapone?



Durata dell'intera procedura: 40-60 secondi



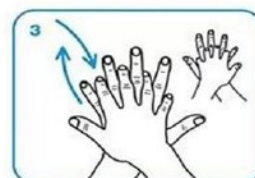
Bagna le mani con l'acqua



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



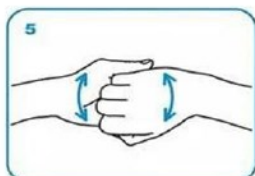
friziona le mani
palmo contro palmo



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



palmo contro palmo
intrecciando le dita tra loro



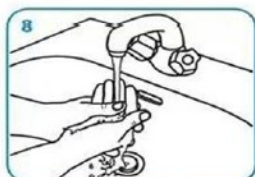
dorso delle dita contro il
palmo opposto tenendo le
dita strette tra loro



frizione rotazionale del
pollice sinistro stretto nel
palmo destro e viceversa



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



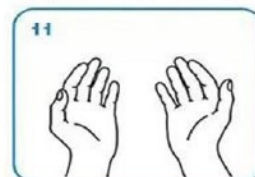
Risciacqua le mani con
l'acqua



asciuga accuratamente con
una salvietta monouso



usa la salvietta per chiudere
il rubinetto



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

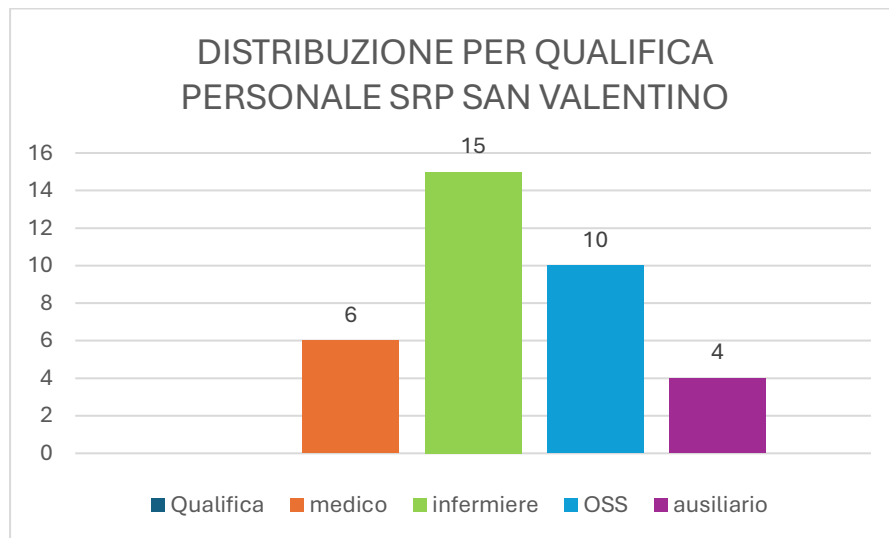
9.4 Report questionario igiene delle mani 2025

Questionario igiene delle mani: Anno 2025

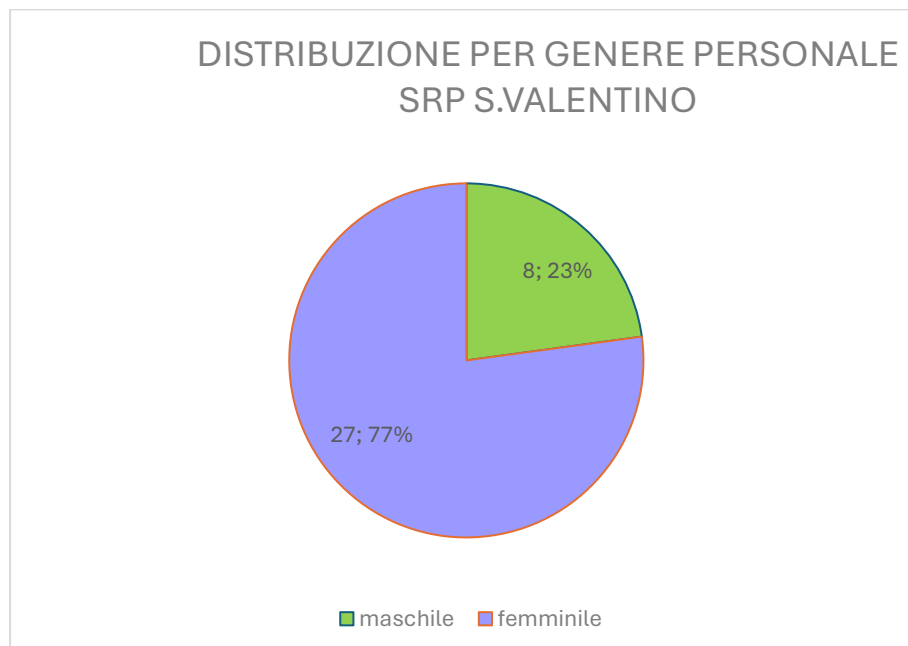
Il questionario è stato compilato da 35 operatori sanitari afferenti alla struttura SRP San Valentino. Le qualifiche rappresentate includono:

- Medici
- Infermieri
- OSS
- Ausiliari

Di seguito la rappresentazione grafica della distribuzione per qualifica.

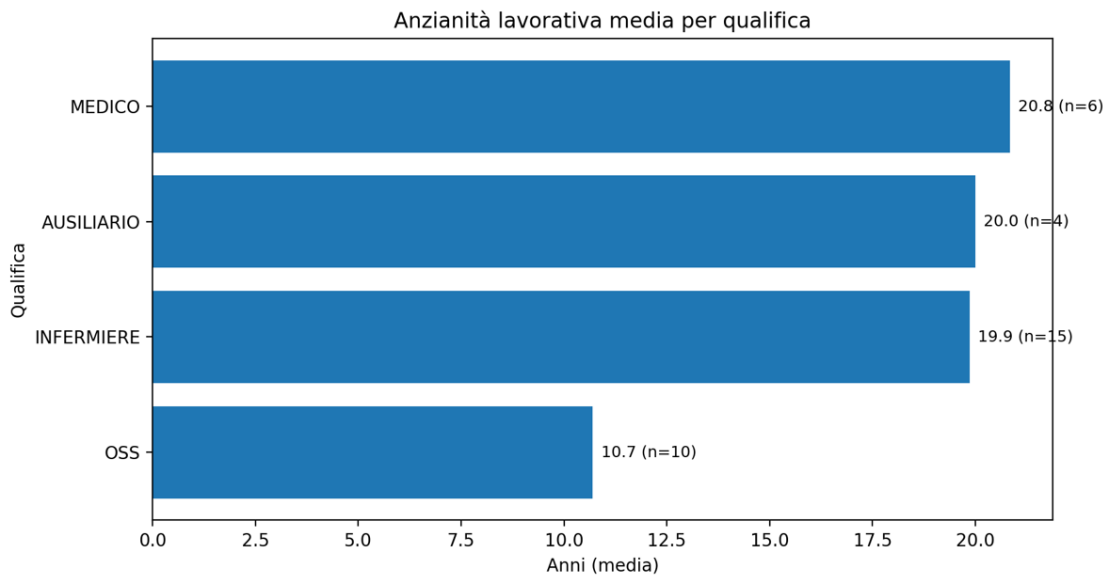


Il questionario, come evidente dal grafico sottostante, è stato compilato da 27 persone di genere femminile e 8 di genere maschile.



L'età media è di 53 anni, l'anzianità lavorativa è di 18 anni.

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



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

Le domande:

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

Hanno avuto entrambe il 100% delle risposte affermative.

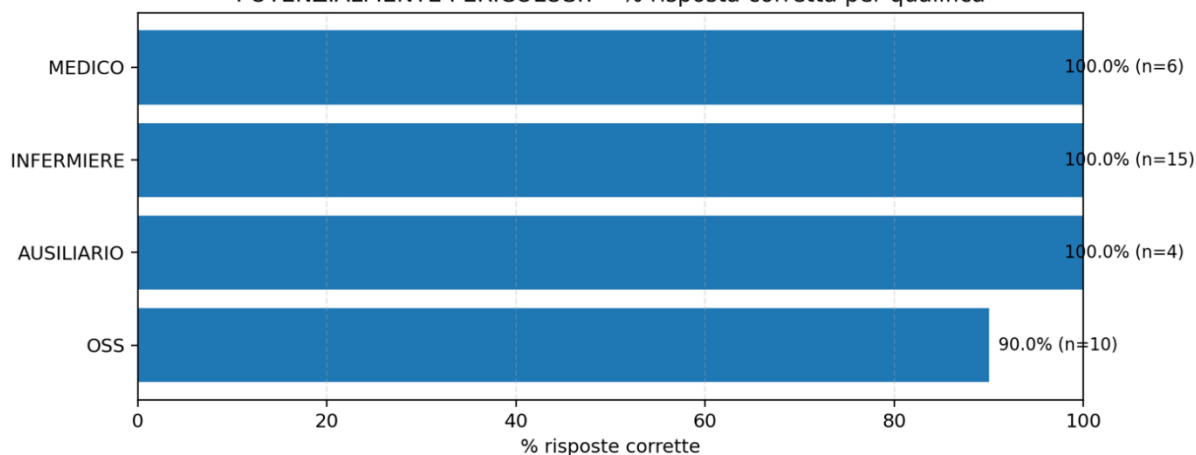
Nella seguente tabella si riporta, per ogni domanda, la percentuale di risposte corretta.

Domanda	% Risposte corrette
QUALE E' LA PRINCIPALE VIA DI TRASMISSIONE TRA I PAZIENTI DI MICRORGANISMI POTENZIALMENTE PERICOLOSI?	97%
QUALE E' LA SORGENTE PIU' FREQUENTE DI MICRORGANISMI RESPONSABILI DI ICA?	100%
IN QUALE DEI SEGUENTI MOMENTI L'IGIENE DELLE MANI PREVIENE LA TRASMISSIONE DI MICRORGANISMI AL PAZIENTE?	100%
IN QUALE DEI SEGUENTI MOMENTI L'IGIENE DELLE MANI PREVIENE LA TRASMISSIONE DI MICRORGANISMI ALL'OPERATORE SANITARIO?	71%
QUALE DELLE SEGUENTI AFFERMAZIONI RELATIVE ALLA FRIZIONE ALCOLICA E AL LAVAGGIO E' CORRETTA?	77%
TEMPO MINIMO PERCHE' LA FRIZIONE ALCOLICA SIA EFFICACE:	100%
QUALE E' IL METODO PIU' ADATTO DA SEGUIRE PRIMA DELLA PALPAZIONE DELL'ADDOME: (Risposta per riga: Frizione / Lavaggio / Nessuno)	97%
QUALE E' IL METODO PIU' ADATTO DA SEGUIRE PRIMA DI PRATICARE UN'INIEZIONE: (Risposta per riga: Frizione / Lavaggio / Nessuno)	100%
QUALE E' IL METODO PIU' ADATTO DA SEGUIRE DOPO AVER SVUOTATO UNA PADELLA: (Risposta per riga: Frizione / Lavaggio / Nessuno)	91%
QUALE E' IL METODO PIU' ADATTO DA SEGUIRE DOPO AVER RIMOSSO GUANTI MONOUSO: (Risposta per riga: Frizione / Lavaggio / Nessuno)	97%
QUALE E' IL METODO PIU' ADATTO DA SEGUIRE DOPO AVER RIFATTO IL LETTO DEL PAZIENTE: (Risposta per riga: Frizione / Lavaggio / Nessuno)	97%
QUALE E' IL METODO PIU' ADATTO DA SEGUIRE DOPO CONTAMINAZIONE VISIBILE CON SANGUE: (Risposta per riga: Frizione / Lavaggio / Nessuno)	100%
QUALE CONDIZIONE AUMENTA LA PROBABILITA' DI COLONIZZAZIONE DELLA CUTE DELLA MANI?	89%

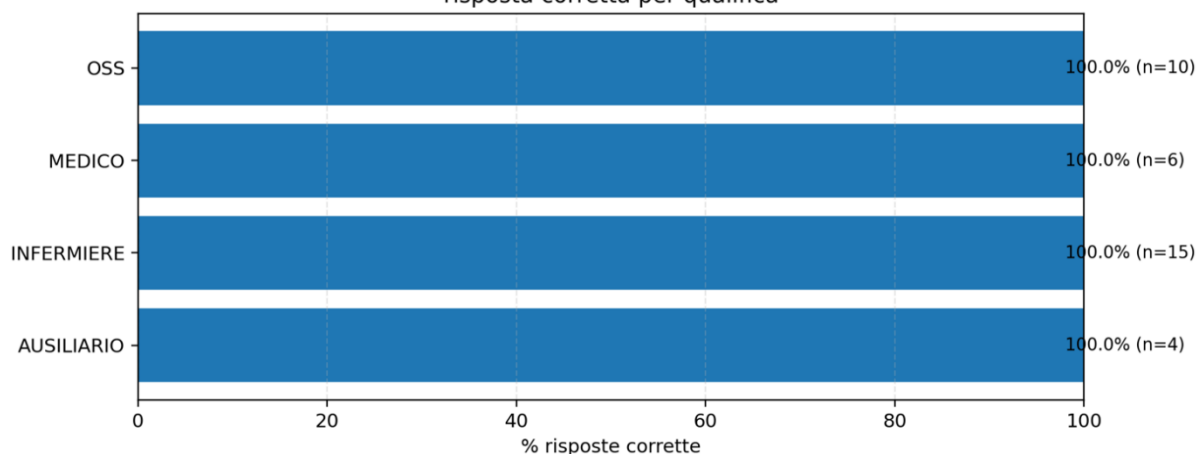
Si può pertanto affermare che il livello di conoscenza è buono.

Per maggior completezza si riporta evidenza della percentuale di risposta corretta, suddivisa per qualifica.

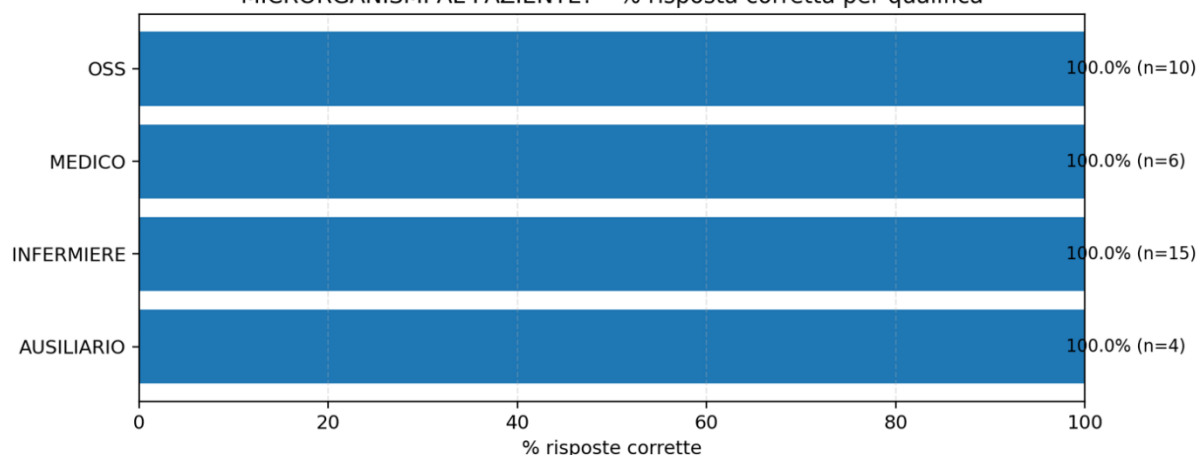
QUALE E' LA PRINCIPALE VIA DI TRASMISSIONE TRA I PAZIENTI DI MICRORGANISMI POTENZIALMENTE PERICOLOSI? - % risposta corretta per qualifica



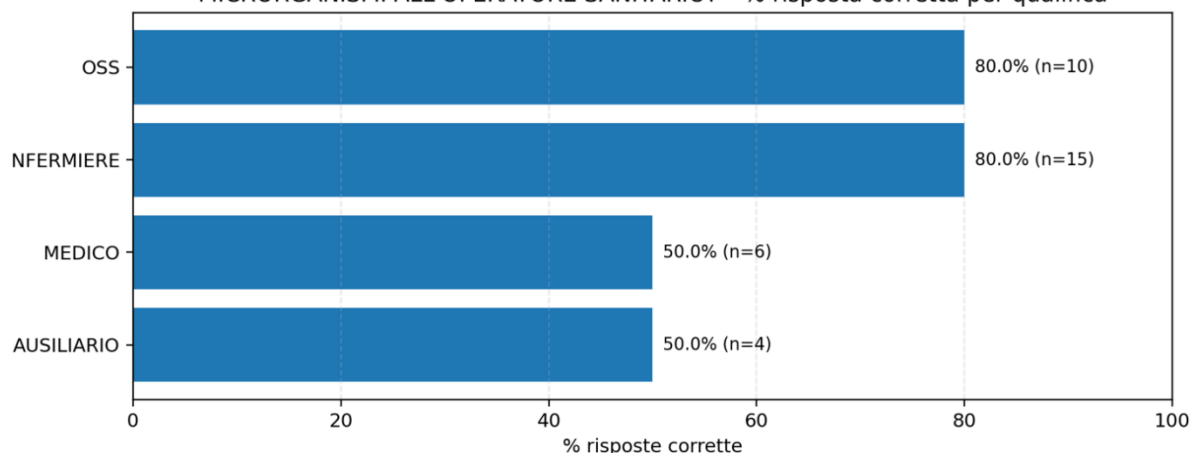
QUALE E' LA SORGENTE PIU' FREQUENTE DI MICRORGANISMI RESPONSABILI DI ICA? - % risposta corretta per qualifica



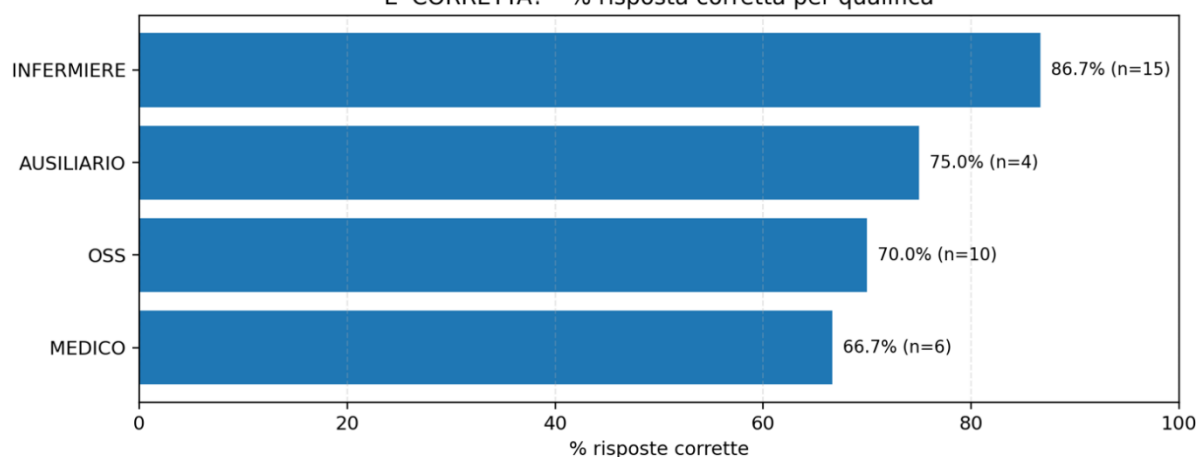
IN QUALE DEI SEGUENTI MOMENTI L'IGIENE DELLE MANI PREVIENE LA TRASMISSIONE DI MICRORGANISMI AL PAZIENTE? - % risposta corretta per qualifica



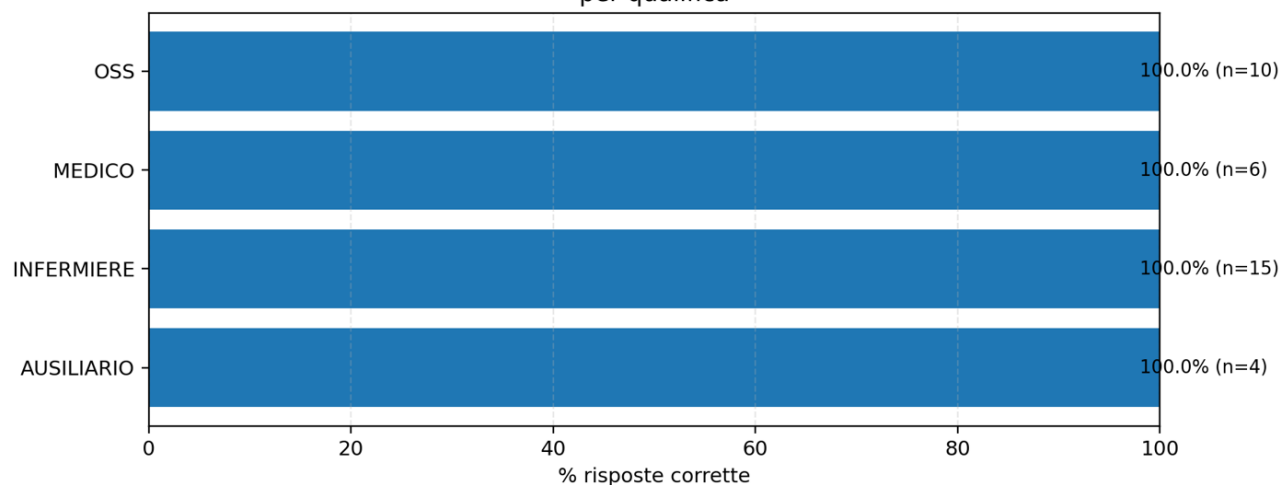
IN QUALE DEI SEGUENTI MOMENTI L'IGIENE DELLE MANI PREVIENE LA TRASMISSIONE DI MICRORGANISMI ALL'OPERATORE SANITARIO? - % risposta corretta per qualifica



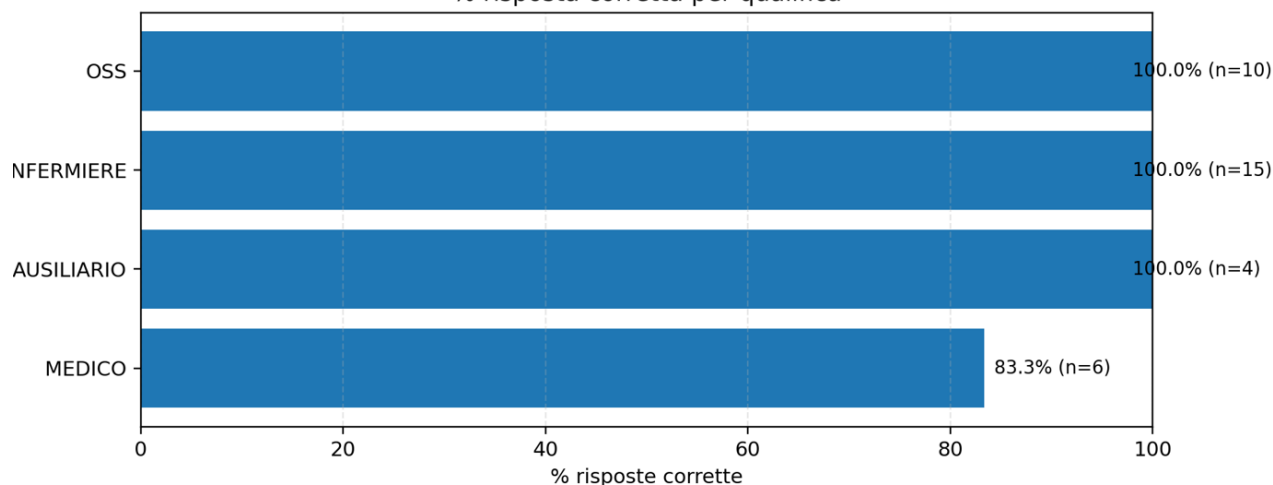
QUALE DELLE SEGUENTI AFFERMAZIONI RELATIVE ALLA FRIZIONE ALCOLICA E AL LAVAGGIO E' CORRETTA? - % risposta corretta per qualifica



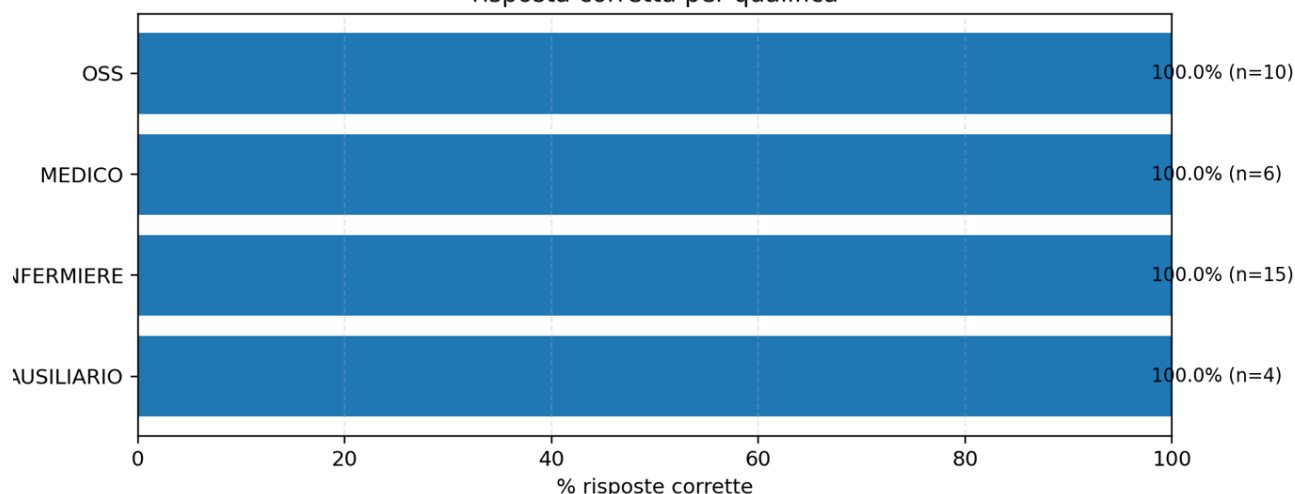
TEMPO MINIMO PERCHE' LA FRIZIONE ALCOLICA SIA EFFICACE: - % risposta corretta per qualifica



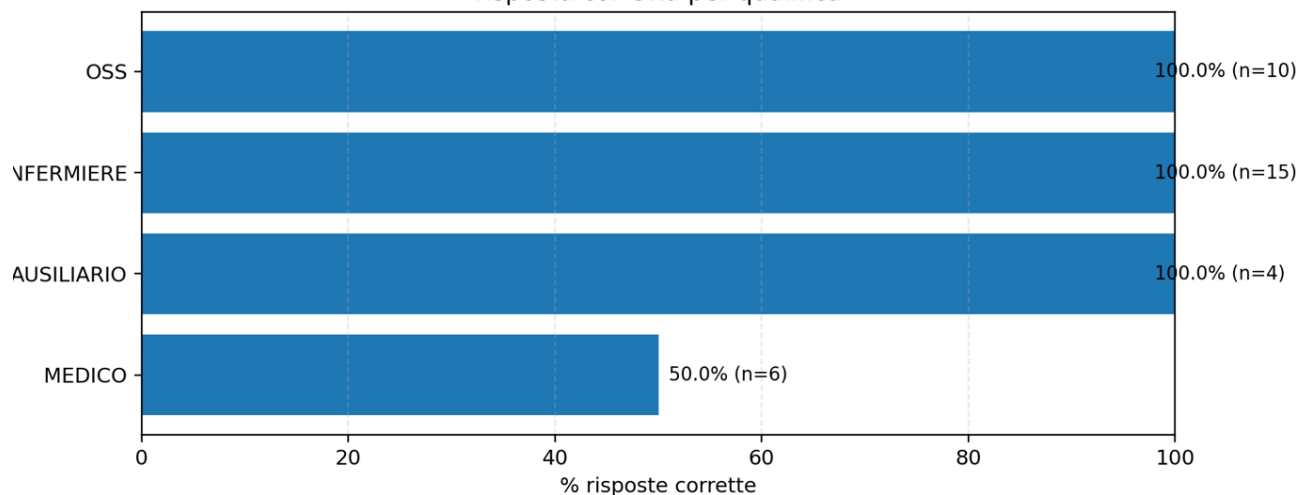
QUALE E' IL METODO PIU' ADATTO DA SEGUIRE PRIMA DELLA PALPAZIONE DELL'ADDOME: -
% risposta corretta per qualifica



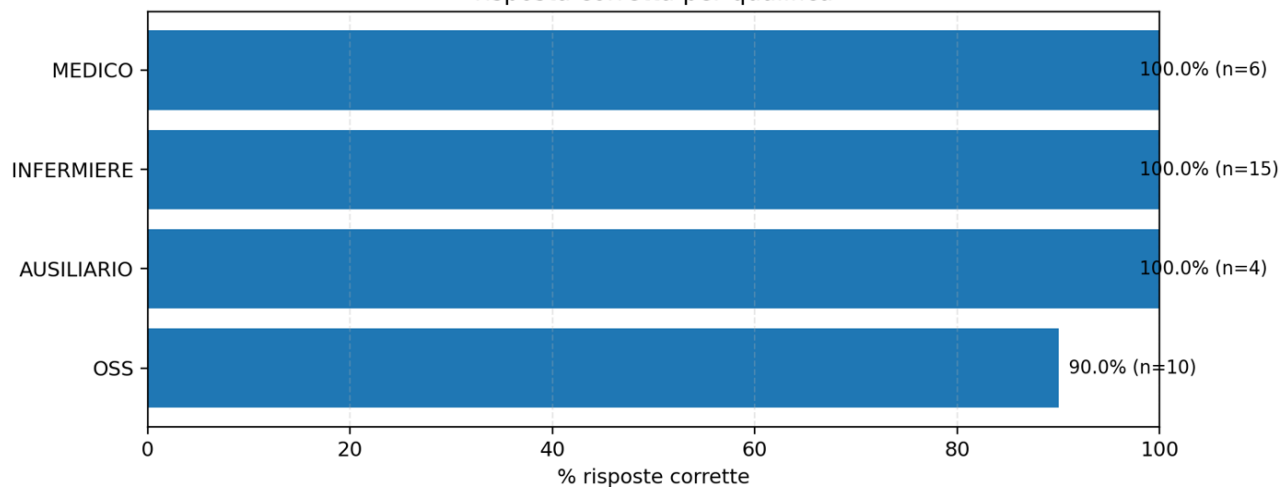
QUALE E' IL METODO PIU' ADATTO DA SEGUIRE PRIMA DI PRATICARE UN'INIEZIONE: - %
risposta corretta per qualifica



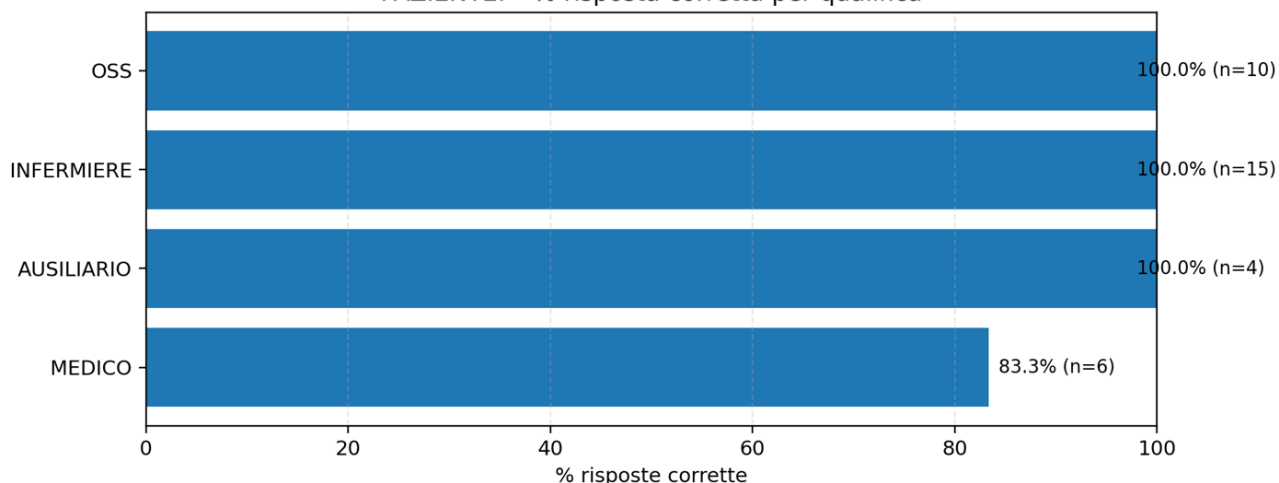
QUALE E' IL METODO PIU' ADATTO DA SEGUIRE DOPO AVER SVUOTATO UNA PADELLA: - %
risposta corretta per qualifica



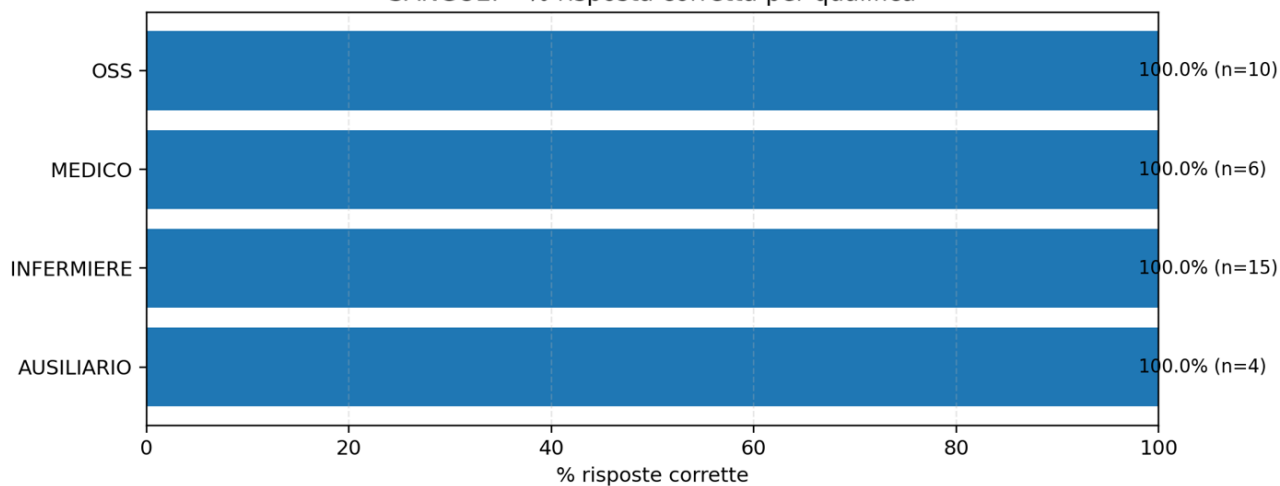
QUALE E' IL METODO PIU' ADATTO DA SEGUIRE DOPO AVER RIMOSSO GUANTI MONOUSO: - %
risposta corretta per qualifica



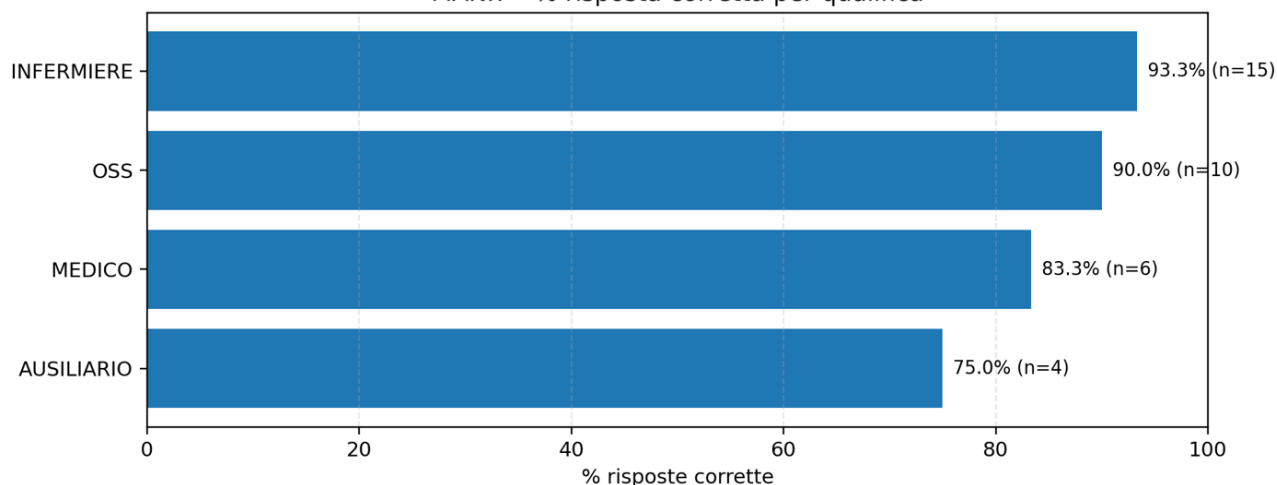
QUALE E' IL METODO PIU' ADATTO DA SEGUIRE DOPO AVER RIFATTO IL LETTO DEL
PAZIENTE: - % risposta corretta per qualifica



QUALE E' IL METODO PIU' ADATTO DA SEGUIRE DOPO CONTAMINAZIONE VISIBILE CON
SANGUE: - % risposta corretta per qualifica



QUALE CONDIZIONE AUMENTA LA PROBABILITA' DI COLONIZZAZIONE DELLA CUTE DELLA MANI? - % risposta corretta per qualifica



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

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

Questo suggerisce che i messaggi formativi principali sono stati recepiti

Dall'analisi per qualifica professionale emerge che:

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

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

9.5 Report questionario osservazione delle mani 2025

Report osservazione igiene delle mani anno 2025

Nel 2025 sono state raccolte 51 osservazioni.

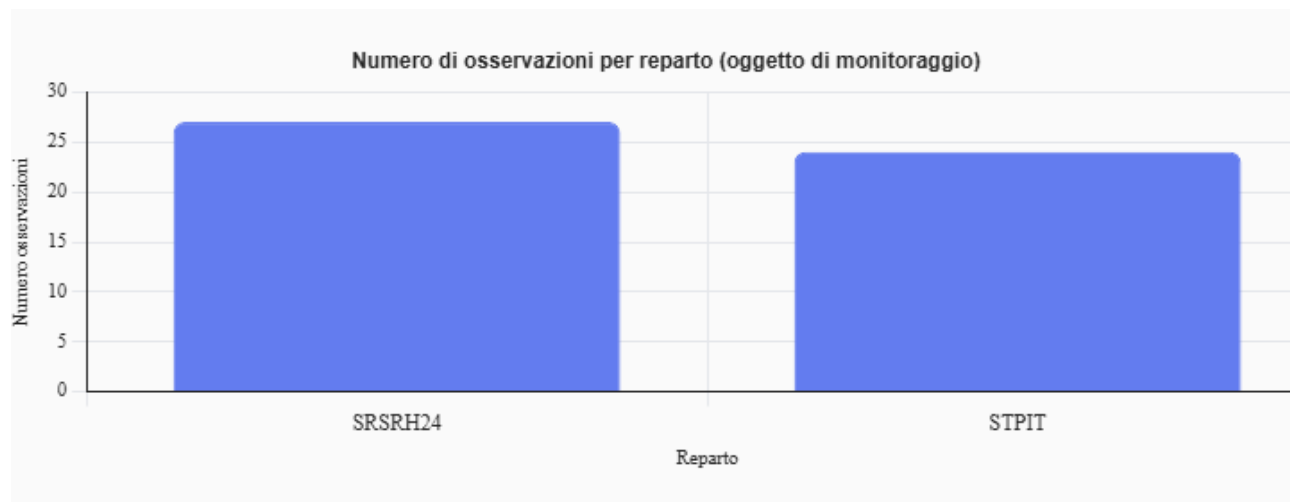
Vendono di seguito illustrati i diversi grafici oggetto di elaborazione.

- distribuzione per tipologia di osservatore (medico/caposala).



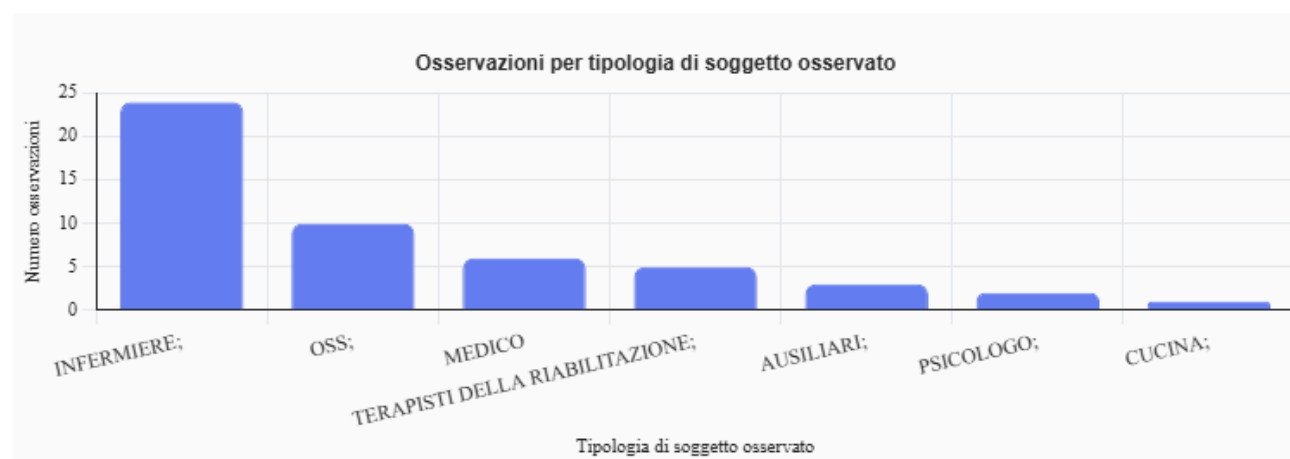
- distribuzione per reparto oggetto di osservazione. Si precisa che la Struttura Residenziale Psichiatrica è accreditata con la Regione Lazio per le seguenti tipologie di ricovero:
 - **STPIT** (Struttura per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali) per 30 posti letto
 - **SRSRH24** (Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa ad alta intensità assistenziale), per 18 posti letto

Di seguito il grafico:



Le osservazioni sono abbastanza equilibrate tra i due reparti (52,9% reparto SRSRH24 e 47% reparto STPIT)

- distribuzione per tipologia di soggetto osservato

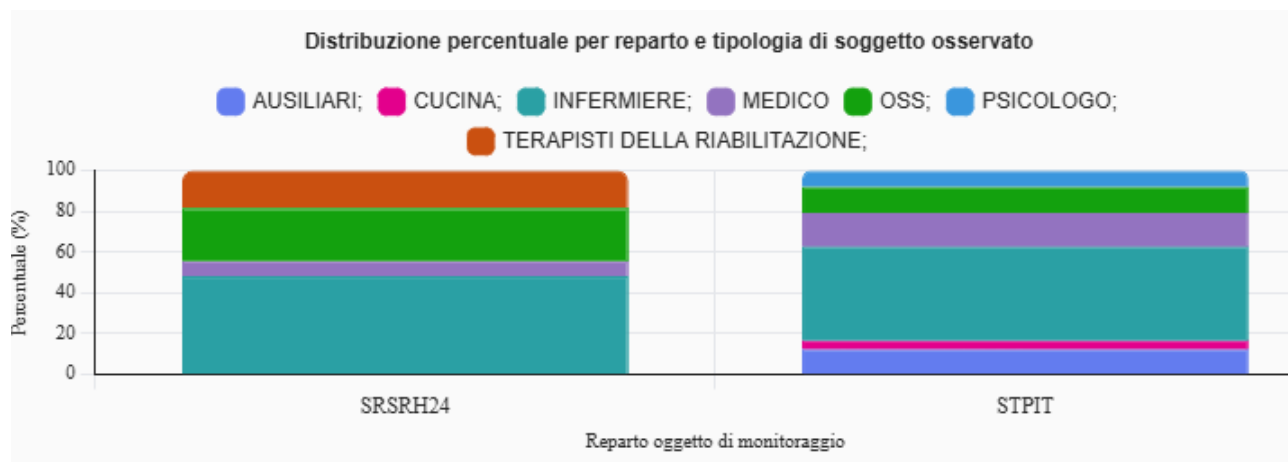


Per completezza, di seguito i conteggi di dettaglio:

- **Infermieri:** 24
- **OSS:** 10
- **Medici:** 6
- **Terapisti della riabilitazione:** 5
- **Ausiliari:** 3
- **Psicologi:** 2
- **Cucina:** 1

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

-distribuzione per reparto e qualifica del soggetto osservato



Per maggior completezza, si riportano di seguito le percentuali, per tipologia di reparto.

Valori percentuali (arrotondati)

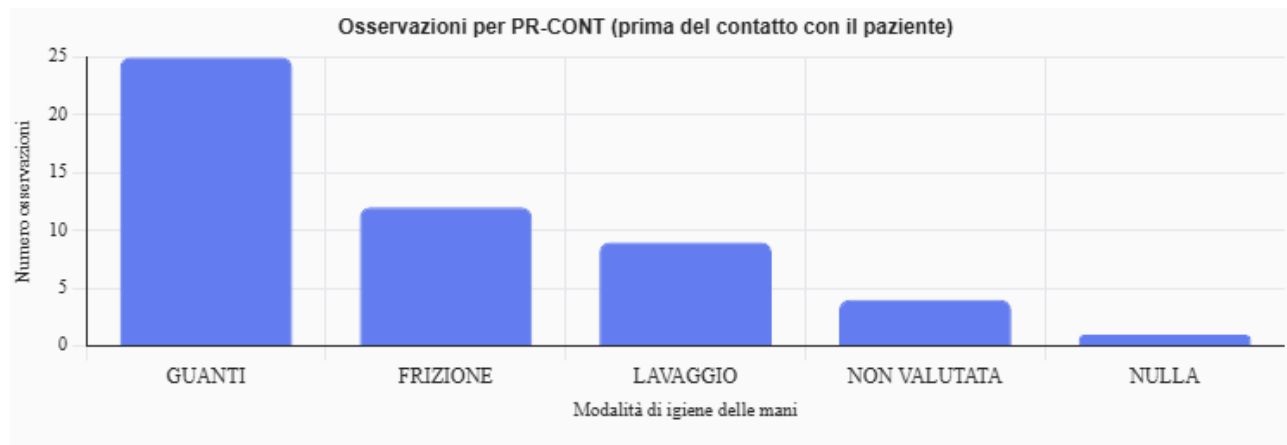
- **SRSRH24**

- Infermieri **48,1%**
- OSS **25,9%**
- Terapisti della riabilitazione **18,5%**
- Medici **7,4%**

- **STPIT**

- Infermieri **45,8%**
- Medici **16,7%**
- OSS **12,5%**
- Ausiliari **12,5%**
- Psicologi **8,3%**
- Cucina **4,2%**

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

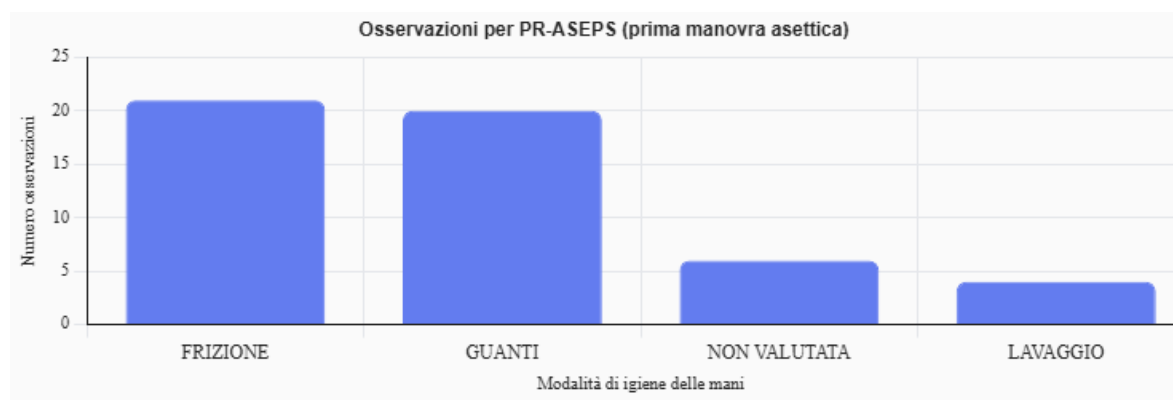


Per completezza, di seguito i conteggi di dettaglio:

- **Guanti:** 25
- **Frizione:** 12
- **Lavaggio:** 9
- **Non valutata:** 4
- **Nulla:** 1

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

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

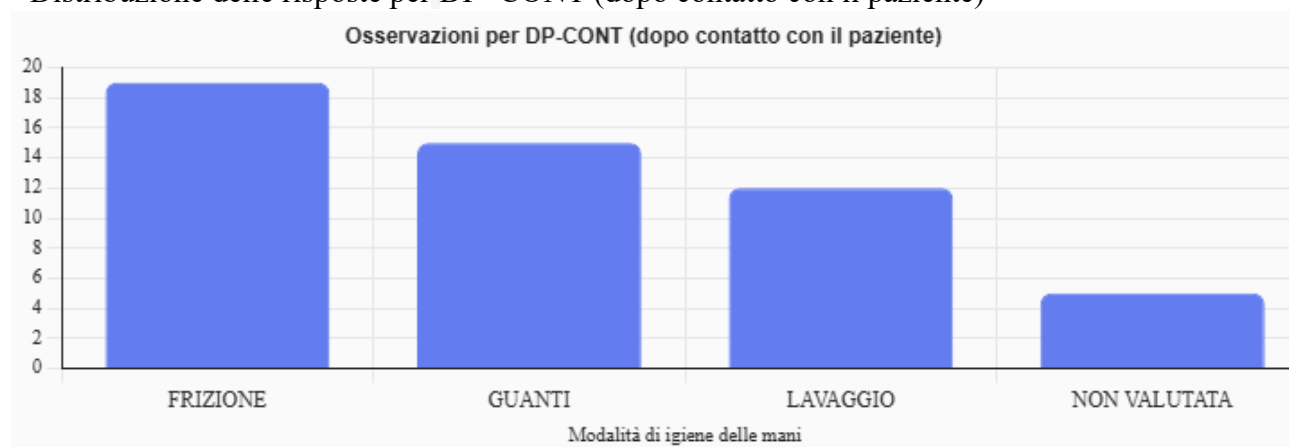


Per completezza, di seguito i conteggi di dettaglio:

- **Frizione:** 21
- **Guanti:** 20
- **Non valutata:** 6
- **Lavaggio:** 4

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

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

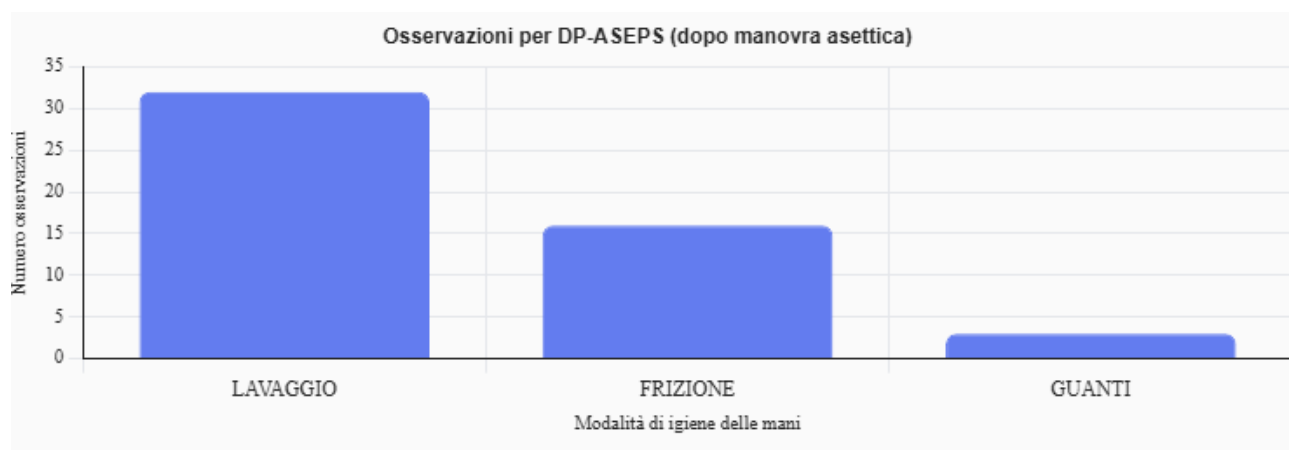


Per completezza, di seguito i conteggi di dettaglio:

- **Frizione:** 19
- **Guanti:** 15
- **Lavaggio:** 12
- **Non valutata:** 5

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

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



Per completezza, di seguito i conteggi di dettaglio:

- **Lavaggio:** 32
- **Frizione:** 16
- **Guanti:** 3

La percentuale di comportamenti inadeguati è nulla.

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



La frizione è stata pertanto l'unica risposta.

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



Struttura Residenziale Psichiatrica **San Valentino**

STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA SAN VALENTINO

**VIA DELLA CAPPELLETTA DELLA GIUSTINIANA, 119 - 00123 - ROMA
(RM)**

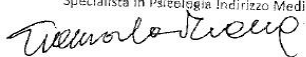
PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

ELABORATO AI SENSI DELLA DGR LAZIO N. 460/2024

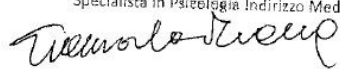
DATA 04 FEBBRAIO 2026 – REV. 00

APPROVATO DA

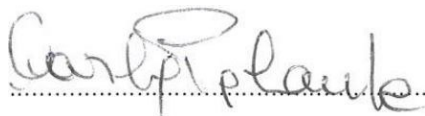
Direttore Sanitario

PRESIDIO SANITARIO SAN VALENTINO
Responsabile Medico-Sanitario
Dott. Giancarlo Peana
Psichiatria Psicoterapia
Specialista in Psicologia Indirizzo Medico


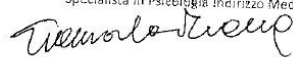
Presidente CCICA

PRESIDIO SANITARIO SAN VALENTINO
Responsabile Medico-Sanitario
Dott. Giancarlo Peana
Psichiatria Psicoterapia
Specialista in Psicologia Indirizzo Medico


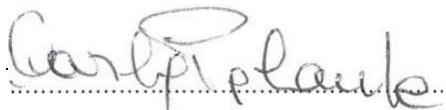
*Responsabile del Servizio
Tecnico*



Risk Manager

PRESIDIO SANITARIO SAN VALENTINO
Responsabile Medico-Sanitario
Dott. Giancarlo Peana
Psichiatria Psicoterapia
Specialista in Psicologia Indirizzo Medico


RSPP





SOMMARIO

Introduzione	3
1 Costituzione del Team per la prevenzione e il controllo della legionellosi	3
1.1 Matrice delle responsabilità	4
2 Sistema documentale e tracciabilità delle attività	4
3 Valutazione del rischio legionellosi	5
4 Misure di prevenzione e controllo	5
5 Monitoraggio operativo e verifica dell'efficacia	6
6 Piano di miglioramento e gestione delle non conformità	6
7 Formazione, informazione e sensibilizzazione del personale	7
8 Pianificazione annuale delle attività di controllo	7
8.1 Controlli gestionali e impiantistici	8
8.2 Verifica documentale e riesame	14
8.3 Formazione e informazione	14



Introduzione

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

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

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

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

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

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



1.1 Matrice delle responsabilità

La gestione del rischio legionellosi è così articolata:

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

Legenda:

R = Responsabile

C = Coinvolto

I = Informato

2 Sistema documentale e tracciabilità delle attività

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

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

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



3 Valutazione del rischio legionellosi

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

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

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

4 Misure di prevenzione e controllo

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

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

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



5 Monitoraggio operativo e verifica dell'efficacia

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

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

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

6 Piano di miglioramento e gestione delle non conformità

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

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



7 Formazione, informazione e sensibilizzazione del personale

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

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

8 Pianificazione annuale delle attività di controllo

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

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



8.1 Controlli gestionali e impiantistici

INTERVENTO	FREQUENZA
Pulizia e decontaminazione dei serbatoi di accumulo idrico AF	ANNUALE
Pulizia rompigitto	MENSILE
Decontaminazione rompigitto	A SEGUITO DI VERIFICA E NON SUPERIORE AD 1 ANNO
Sostituzione rompigitto	A NECESSITÀ
Pulizia soffioni doccia e tubi in gomma normalmente non in pressione	MENSILE
Decontaminazione soffioni doccia e tubi in gomma normalmente non in pressione	ANNUALE
Sostituzione soffioni doccia e tubi in gomma normalmente non in pressione	A NECESSITÀ
Verifica temperatura di esercizio AF e ACS	TRIMESTRALE
Controllo dose disinfettante	MENSILE
Ispezione serbatoio AF	ANNUALE
Analisi Batteriologiche	SEMESTRALE*

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



Componente/Descrizione intervento	Misure da prendere	Frequenza prevista da scheda informativa
VENTILATORI DI IMMISSIONE		
<u>Prese d'aria esterne e griglie di espulsione</u>		
Pulizia o riparazione intesa come intervento per riportare il/i componenti a condizioni stabilite di operatività;	Pulizia e riparazioni	ANNUALE
Controllo, sanificazione (pulizia, disinfezione, sterilizzazione, disinfestazione) e sostituzione se necessario.	Pulizia e riparazioni	ANNUALE
<u>Filtri e sezione filtrante</u>		
Controllo dello stato di efficienza (misura della pressione differenziale, tempo di esercizio).	Verifica	SEMESTRALE
Pulizia dei filtri	Pulizia	SEMESTRALE
<u>Condotte aria</u>		
Controllo della pulizia delle condotte dell'aria e dei vari componenti (serrande, silenziatori, etc.)	Verifica	SEMESTRALE
Pulizia delle condotte dell'aria e dei vari componenti (serrande, silenziatori, etc.)	Pulizia	SEMESTRALE
<u>Terminali di mandata dell'aria</u>		
Controllo della pulizia delle bocchette di mandate e delle griglie di ripresa	Verifica	SEMESTRALE
Pulizia delle bocchette di mandate e delle griglie di ripresa	Pulizia	SEMESTRALE
<u>Ventilatori</u>		
Ispezione periodica dei motori e dei ventilatori e riparazione di eventuali danneggiamenti o mal funzionamenti.	Pulizia e correzioni	ANNUALE



Componente/Descrizione intervento	Misure da prendere	Frequenza prevista da scheda informativa
RECUPERATORI DI CALORE		
<u>Prese d'aria esterne e griglie di espulsione</u>		
Pulizia o riparazione intesa come intervento per riportare il/i componenti a condizioni stabilite di operatività;	Pulizia e correzioni	ANNUALE
Controllo, sanificazione (pulizia, disinfezione, sterilizzazione, disinfestazione) e sostituzione se necessario.	Pulizia e correzioni	ANNUALE
<u>Filtri e sezione filtrante</u>		
Controllo dello stato di efficienza (misura della pressione differenziale, tempo di esercizio).	Verifica	SEMESTRALE
Pulizia dei filtri	Pulizia	SEMESTRALE
<u>Condotte aria</u>		
Controllo della pulizia delle condotte dell'aria e dei vari componenti (serrande, silenziatori, etc.)	Verifica	SEMESTRALE
Pulizia delle condotte dell'aria e dei vari componenti (serrande, silenziatori, etc.)	Pulizia	SEMESTRALE
<u>Terminali di mandata dell'aria</u>		
Controllo della pulizia delle bocchette di mandate e delle griglie di ripresa	Verifica	SEMESTRALE
Pulizia delle bocchette di mandate e delle griglie di ripresa	Pulizia	SEMESTRALE
<u>Ventilatori</u>		
Ispezione periodica dei motori e dei ventilatori e riparazione di eventuali danneggiamenti o mal funzionamenti.	Pulizia e correzioni	ANNUALE



Componente/Descrizione intervento	Misure da prendere	Frequenza prevista da scheda informativa
CONDIZIONATORI A PARETE E A SOFFITTO (CASSETTE)		
<i>Condizionatori a parete e a soffitto (cassette)</i>		
Pulizia dei locali di installazione	Pulizia	SEMESTRALE
Controllo, pulizia e operatività funzionale di apparecchi e componenti interni	Pulizia e riparazioni	SEMESTRALE
<i>Filtri e sezione filtrante</i>		
Controllo dello stato di efficienza (misura della pressione differenziale, tempo di esercizio).	Pulizia e riparazioni	SEMESTRALE
Pulizia dei filtri	Pulizia e riparazioni	SEMESTRALE
<i>Batterie di scambio termico</i>		
Controllo della pulizia della batteria e della vasca della condensa	Verifica	SEMESTRALE
Pulizia della batteria e della vasca della condensa	Pulizia	SEMESTRALE
Controllo dell'efficienza dei sifoni della condensa	Verifica	SEMESTRALE
Disinfezione della batteria e della vasca della condensa	Pulizia	ANNUALE
<i>Ventilatori</i>		
Ispezione periodica dei motori e dei ventilatori e riparazione di eventuali danneggiamenti o mal funzionamenti.	Pulizia e correzioni	ANNUALE



Componente/Descrizione intervento	Misure da prendere	Frequenza prevista da scheda informativa
CONDIZIONATORI CANALIZZATI		
<u>Condizionatori canalizzati</u>		
Pulizia dei locali di installazione	Pulizia	SEMESTRALE
Controllo, pulizia e operatività funzionale di apparecchi e componenti interni	Pulizia e correzioni	SEMESTRALE
<u>Filtri e sezione filtrante</u>		
Controllo dello stato di efficienza (misura della pressione differenziale, tempo di esercizio).	Verifica	SEMESTRALE
Pulizia dei filtri	Pulizia	SEMESTRALE
<u>Batterie di scambio termico</u>		
Controllo della pulizia della batteria e della vasca della condensa	Verifica	SEMESTRALE
Pulizia della batteria e della vasca della condensa	Pulizia	SEMESTRALE
Controllo dell'efficienza dei sifoni della condensa	Verifica	SEMESTRALE
Disinfezione della batteria e della vasca della condensa	Pulizia	ANNUALE
<u>Condotte aria</u>		
Controllo della pulizia delle condotte dell'aria e dei vari componenti (serrande, silenziatori, etc.)	Verifica	SEMESTRALE
Pulizia delle condotte dell'aria e dei vari componenti (serrande, silenziatori, etc.)	Pulizia	SEMESTRALE
<u>Terminali di mandata dell'aria</u>		
Controllo della pulizia delle bocchette di mandate e delle griglie di ripresa	Verifica	SEMESTRALE
Pulizia delle bocchette di mandate e delle griglie di ripresa	Pulizia	SEMESTRALE



Componente/Descrizione intervento	Misure da prendere	Frequenza prevista da scheda informativa
<u>Ventilatori</u>		
Ispezione periodica dei motori e dei ventilatori e riparazione di eventuali danneggiamenti o mal funzionamenti.	Pulizia e correzioni	ANNUALE

* Frequenza definita in base alla valutazione del rischio.

 Struttura Residenziale Psichiatrica San Valentino	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	04 febbraio 2026 rev. 00
---	--	-----------------------------

8.2 Verifica documentale e riesame

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

8.3 Formazione e informazione

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