



Villa Azzurra

POLO SANITARIO

**PIANO ANNUALE PER LA
GESTIONE DEL RISCHIO
SANITARIO
(PARS)
2026
*RSA Villa Azzurra***

Unità di Risk Management

Responsabile dott. Siro Simeoni

**Residenza per Anziani | Hospice | Poliambulatorio
Villa Azzurra**

Lungomare Matteotti 4 • 04019 Terracina (LT) • T +39 0773 7971 • F +39 0773 702093 • info.villaazzurra@korian.it • www.korian.it

Società di Gestione Segesta Latina S.p.A. a Socio Unico (Soggetta a direzione e coordinamento di Korian S.A.)

Sede Legale: Via Bernardino Telesio 4 • 00195 Roma • T +39 06 399731 • F +39 06 39742611

Sede Amministrativa: Viale Cassala 22 • 20143 Milano • T +39 02 831271 • F +39 02 83127190 • info@korian.it

C.F., P.IVA e Registro Imprese di Roma 00244910592 • R.E.A. 1186280 • Capitale Sociale € 1.000.000,00 int. versato
segestalatina@pec.grupposegesta.com

Indice

1	Contesto organizzativo*	3
2	Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	4
3	Descrizione della posizione assicurativa.....	5
4	Resoconto delle attività del piano precedente	6
5	Matrice delle responsabilità	7
6	Obiettivi e attività	7
7	Modalità di diffusione del documento	10
8	Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi	10

ALLEGATO 1 - Piano di Azione Locale sull'Igiene delle Mani 2026

ALLEGATO 2 - Relazione Programma di controllo della legionellosi per l'anno 2025

1 Contesto organizzativo*

La struttura si trova in Lungomare Matteotti 4 Terracina (LT) – CAP 04019, in una zona fronte mare, nel territorio dell'Azienda USL Latina.

La sede legale è a Roma – Via Bernardino Telesio, 4 – CAP 00195.

La struttura Villa Azzurra è suddivisa in un corpo centrale principale e un edificio secondario con ambulatori e laboratorio analisi per una superficie complessiva di 3.300 mq.



(*) dati aggiornati al 31/12/2022

La struttura è stata autorizzata e accreditata dalla Regione Lazio con DCA U00456 del 26/11/2018 per i servizi di:

- **RSA** – Residenza Sanitaria Assistenziale: 30 posti letto, divisi in due nuclei da 19 e 11 posti letto.
- **Hospice** - 12 posti letto residenziali e 48 di assistenza domiciliare
- **Poliambulatorio**, con branche accreditate (Laboratorio analisi, Diagnostica per Immagini, Riabilitazione funzionale, Cardiologia, Ginecologia, Ortopedia) ed altre a totale carico degli utenti.

Tabella 1 – Presentazione dati di attività "Villa Azzurra" - Terracina (LT)

RSA VILLA AZZURRA			
DATI STRUTTURALI			
ASL territorialmente competente		LATINA	
Posti letto	42	RSA	30
		HOSPICE RESIDENZIALE	12
		HOSPICE DOMICILIARE	48
DATI DI ATTIVITÀ			
Giornate di degenza	15.147	Prestazioni ambulatoriali	111.170
Prestazioni domiciliari	17.202	...	...

2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

La struttura per tutto il 2024 non ha registrato eventi avversi di particolare importanza.

Per quanto riguarda le infezioni, in particolare quelle derivanti dal Covid, il personale interno è stato comunque pronto e predisposto ad una eventuale gestione.

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2024 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	0	Problemi equilibrio	Gestione altezza letti, contenzioni	Cartella Clinica
Eventi Avversi	1 (100%)	1 (100%)			
Eventi Sentinella	0	0			

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

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

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2021	0	0	0
2022	0	1	0
2023	0	0	0
2024	0	0	0
2025	0	0	0
Totale	0	1	0

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

3 Descrizione della posizione assicurativa

Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2022	01/01/2022-31/12/2022	UnipolSai	14.524,44	25.000	UnipolSai
2023	01/01/2023-31/12/2023	UnipolSai	14.524,44	25.000	UnipolSai
2024	01/01/2024-31/12/2024	UnipolSai	704.159 euro premio complessivo della polizza del Gruppo di Segesta Spa SB	25.000	UnipolSai
2025	01/01/2025-31/12/2025	Unipol Assicurazioni S.pa	704.159 euro premio complessivo della polizza del Gruppo di Segesta Spa SB	25.000	N/A
2026	01/01/2026-31/12/2026	Unipol Assicurazioni S.pa	704.159 euro premio complessivo della polizza del Gruppo di Segesta Spa SB	25.000	N/A

4 Resoconto delle attività del piano precedente

Tabella 5 –Resoconto delle attività del Piano precedente

Attività	Realizzata ^(B)	Stato di attuazione
Incontri formativi di aggiornamento sul sistema di segnalazione degli Eventi Avversi , Near Miss, Eventi Sentinella (Incident Reporting) finalizzato al miglioramento della qualità delle segnalazioni	Si	Attività conclusa
Monitoraggio e gestione LDP	Si	Attività conclusa
Monitoraggio e gestione cadute	Si	Attività conclusa
Riedizione del Piano di Azione Locale attraverso la realizzazione delle azioni previste entro il Dicembre 2025	Si	Attività conclusa
Monitoraggio e prevenzione delle ICA	Si	Attività conclusa
Monitoraggio consumo soluzione idro alcolica per l'igiene delle mani	Si	Attività conclusa

5 Matrice delle responsabilità

La Direzione Gestionale in collaborazione con il Risk Manager ha identificato Ruoli e Responsabilità in relazione alla definizione, redazione ed implementazione del Piano. Tale definizioni di ruoli- delineata nella tabella sottostante è stata poi condivisa con tutti gli interessati ed è da considerarsi parte integrante del Piano stesso.

Tabella 6 – Matrice delle responsabilità

Azione	Direttore Sanitario/ Medico Responsabile	Risk Manager*	Responsabile Affari Legali/Generali*	Direttore Generale/Proprietà	Strutture di supporto
Redazione PARS	R	C	C	C	-
Adozione PARS	C	I	I	R	-
Monitoraggio PARS	C	C	I	C	-

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

*Se presente

6 Obiettivi e attività

6.1 Obiettivi

I quattro obiettivi strategici definiti a livello regionale 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, 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;
- D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1: Incontri formativi di aggiornamento sul sistema di segnalazione degli Eventi Avversi , Near Miss, Eventi Sentinella (Incident Reporting) finalizzato al miglioramento della qualità delle segnalazioni		
INDICATORE Svolgimento di più sessioni formative entro il 31.12.2026		
STANDARD Numero totale di operatori sanitari che hanno partecipato > al 65%		
FONTE Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Attuazione Attività	R	C
Progettazione materiale	C	R
Condivisione risultati	R	I

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

OBIETTIVO B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.		
ATTIVITÀ 1: Monitoraggio e gestione LDP		
INDICATORE : LDP da monitorate		
STANDARD 100% degli episodi registrati e monitorati		
FONTE Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Raccolta dati	R	I
Elaborazione del report	R	I
Condivisione risultati	R	I
ATTIVITÀ 2 Monitoraggio e gestione cadute		
INDICATORE : Cadute da monitorate		
STANDARD 100% degli episodi registrati e monitorati		
FONTE Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Adeguamento procedure	R	I
Condivisione Procedure	R	I
Monitoraggio	R	I

OBIETTIVO C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;		
ATTIVITÀ 1 - Riedizione del Piano di Azione Locale attraverso la realizzazione delle azioni previste entro il Dicembre 2026		
INDICATORE - azioni implementate		
STANDARD Realizzazione del 100% delle Azioni previste		
FONTE Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Implemento del Piano	R	I
Monitoraggio	R	I
Condivisione risultati	R	I

OBIETTIVO D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).		
ATTIVITÀ 1 – Monitoraggio e prevenzione delle ICA		
INDICATORE Svolgimento attività formativa entro il 31.12.2026		
STANDARD Monitoraggio del numero totale di casi		
FONTE Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Attuazione Piano	R	C
Monitoraggio	C	R
Condivisione dei risultati	R	I
ATTIVITÀ 2 – Monitoraggio consumo soluzione idro alcolica per l'igiene delle mani		
INDICATORE Consumo della soluzione idroalcolica nella struttura		
STANDARD Rispetto degli standard dati dalla regione Lazio		
FONTE Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Attuazione Piano	R	C
Monitoraggio	C	R
Condivisione dei risultati	R	I

7 Modalità di diffusione del documento

Il presente documento sarà diffuso attraverso i seguenti strumenti:

- pubblicazione sul sito internet;
- presentazione alla Direzione Aziendale;
- diffusione al personale di struttura;
- presentazione al personale di struttura.

8 Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
5. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
6. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
7. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";
8. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità
9. Decreto del Commissario *ad acta* 28 maggio 2013, n U00206 "Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della regione Lazio" a seguito del recepimento degli "standard per l'individuazione di

ALLEGATO 1

PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2026

VILLA AZZURRA

DESCRIZIONE ATTIVITÀ E PIANO DI INTERVENTO

Il Piano Regionale sull'Igiene delle mani prevede la compilazione di un questionario di autovalutazione iniziale sullo stato di adeguatezza delle strutture.

Nella Residenza "Villa Azzurra" è stato effettuato il questionario di autovalutazione della struttura con i seguenti risultati:

Risultati 2025	Risultati 2026
• Livello Intermedio nella Sezione A; • Livello Intermedio nella Sezione B; • Livello Intermedio nella Sezione C; • Livello Avanzato nella Sezione D; • Livello Intermedio nella Sezione E.	• Livello Intermedio nella Sezione A; • Livello Intermedio nella Sezione B; • Livello Base nella Sezione C; • Livello Avanzato nella Sezione D; • Livello Intermedio nella Sezione E.

Monitoraggio consumo SIA

Risultati 2024	Risultati 2025
4,55 litri x 1000 GDO	5,13 litri x 1000 GDO

Monitoraggio dell'osservazione della compliance dell'igiene mani

Non è stato possibile effettuare il monitoraggio dell'osservazione della compliance dell'igiene mani nel corso del 2025

ATTIVITA' PIANO DI AZIONE LOCALE 2026

1. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

A. VALUTAZIONE INIZIALE GENNAIO 2026	B. IMPLEMENTAZIONE FEBBRAIO -AGOSTO 2026	C. VALUTAZIONE AL FOLLOW UP SETTEMBRE 2026	D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA DICEMBRE 2026
Somministrazione questionario autovalutazione struttura 2026	Monitoraggio consumi gel e sapone per le mani Verifica corretto posizionamento dispenser e installazione di nuovi ove necessario	Analisi dei risultati primo semestre e identificazione azioni di miglioramento	Somministrazione questionario autovalutazione a fine anno per verificare il mantenimento dei livelli dell'anno precedente

2. FORMAZIONE DEL PERSONALE

A. VALUTAZIONE INIZIALE GENNAIO 2026	B. IMPLEMENTAZIONE FEBBRAIO-AGOSTO 2026	C. VALUTAZIONE AL FOLLOW UP SETTEMBRE 2026	D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA DICEMBRE 2026
Somministrazione questionario autovalutazione struttura 2026	Formazione ai nuovi operatori sull'igiene delle mani Refresh formativo su operatori già in attività nella struttura	Indagine attraverso "questionari di follow up sulla percezione degli operatori sanitari" Feed-back corretto utilizzo dispositivi DPI, rimozione monili e corretta igienizzazione delle mani	Somministrazione questionario autovalutazione a fine anno per verificare il mantenimento dei livelli dell'anno precedente

3. MONITORAGGIO E FEEDBACK

A. VALUTAZIONE INIZIALE GENNAIO 2026	B. IMPLEMENTAZIONE FEBBRAIO-AGOSTO 2026	C. VALUTAZIONE SETTEMBRE 2026	D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA DICEMBRE 2026
Somministrazione questionario autovalutazione struttura 2026	Raccolta dati su acquisti sapone e prodotti a base alcolica (proxy del consumo effettivo)	Valutazione dei risultati ottenuti e programmazione attività di miglioramento	Somministrazione questionario autovalutazione a fine anno per verificare il mantenimento dei livelli dell'anno precedente

4. COMUNICAZIONE PERMANENTE

A. VALUTAZIONE INIZIALE GENNAIO 2026	B. IMPLEMENTAZIONE FEBBRAIO-AGOSTO 2026	C. VALUTAZIONE SETTEMBRE 2026	D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA DICEMBRE 2026
---	--	----------------------------------	--

Somministrazione questionario autovalutazione struttura 2026	Aggiornamento della dotazione e affissione nei locali di poter e volantini Riposizionamento indicazioni sul lavaggio delle mani in tutti i bagni della struttura e negli altri locali ove presente punto di lavaggio mani	Verifica dell'aggiornamento della cartellonistica e della adeguata affissione	Somministrazione questionario autovalutazione a fine anno per verificare il mantenimento dei livelli dell'anno precedente
--	---	---	---

5. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

A. VALUTAZIONE INIZIALE GENNAIO 2026	B. IMPLEMENTAZIONE FEBBRAIO-AGOSTO 2026	C. VALUTAZIONE SETTEMBRE 2026	D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA DICEMBRE 2026
Somministrazione questionario autovalutazione struttura 2026	Incontri di coordinamento dei referenti sulle attività inerenti il Piano Coinvolgimento dei familiari degli ospiti nelle tematiche del Piano	Valutazione delle azioni intraprese	Somministrazione questionario autovalutazione a fine anno per verificare il mantenimento dei livelli dell'anno precedente

Il tutto verrà concluso nei tempi previsti (Dicembre 2026), riportato nel PARS con aggiornamento annuale e trasmesso con analoga cadenza al CRRC (Comitato Regionale Rischio Clinico).

Allegato 2

Relazione Programma di controllo della legionellosi per l'anno 2025

1. Costituzione del Team

È stato formalmente costituito il Gruppo di Gestione del Rischio Legionella, composto da:

- Medico Responsabile: Bruno Russo
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP): Stefano Gaudio
- Responsabile Tecnico/Manutenzione Impianti (BM/Manutentore):Filippello,Pepino/
- Referente Qualità/Risk Management: Gaetano Petruzziello

Il team ha il compito di:

- Redigere e aggiornare la Valutazione del Rischio Legionella
- Definire e supervisionare il piano di controllo
- Verificare l'efficacia delle misure adottate
- Coordinare eventuali azioni correttive

2. Realizzazione della Piattaforma Documentale

È stata implementata una piattaforma documentale dedicata, in formato digitale e/o cartaceo, contenente:

- Documento di Valutazione del Rischio Legionella
- Planimetrie e schemi impiantistici aggiornati
- Registro degli interventi di manutenzione
- Piano di campionamento microbiologico
- Rapporti di prova dei laboratori accreditati
- Registro temperature e controlli periodici
- Procedure operative standard (POS)
- Registro non conformità e azioni correttive

3. Modalità di Esecuzione, Tempi di Valutazione del Rischio e Misure di Controllo

Valutazione del Rischio

La valutazione del rischio è stata effettuata: 12/01/2026.

- X A seguito di aggiornamento periodico annuale.
- o A seguito di modifiche strutturali o impiantistiche.
- o A seguito di positività microbiologica significativa.

L'analisi comprende:

- Analisi semestrali microbiologiche.
- Identificazione dei punti critici (serbatoi, bollitori, terminali, torri evaporative)
- Valutazione delle temperature dell'acqua
- Analisi delle condizioni di stagnazione e incrostazioni

Misure di Controllo Effettuate:

- Mantenimento temperatura acqua calda tra i 55°C e i 60°C in accumulo e $\geq 50^\circ\text{C}$ ai terminali.
- Acqua fredda $< 20^\circ\text{C}$.
- Flussaggi periodici dei punti poco utilizzati settimanale a cura di
- Disincrostazione e sanificazione periodica trimestrale dei terminali dell'impianto a cura del manutentore, interventi effettuati nel mese di Marzo, Giugno, Settembre, Dicembre.
- Pulizia e disinfezione serbatoi di accumulo annuale e dei boiler semestrale a cura della ditta di manutenzione.
- Monitoraggio microbiologico periodico semestrale a cura della ditta certificata.

4. Risultato Sintetico del Monitoraggio Operativo

Il monitoraggio microbiologico e tecnico ha evidenziato:

- Regolare mantenimento dei parametri di temperatura
- Conformità della maggior parte dei campioni analizzati nel corso del 2025
- Eventuali non conformità puntuali gestite con interventi tempestivi (iperclorazione, shock termico, ripetizione campionamenti) in caso di analisi con risultato positivo indicare cosa è stato fatto per la gestione nc in dettaglio.

5. Sintesi del Piano di Miglioramento (nel caso di criticità riscontrate o caso clinico)

Qualora siano emerse criticità segnalate dall'ASL, gli interventi che sono stati messi in atto prevedono: indicare in dettaglio le azioni messe in atto passo-passo fino alla data analisi con esito negativo.

- Osservazione e ricerca tratti di rete idrica obsoleti.
- Ricerca ed eventuale eliminazione di rami morti.
- Ricerca e sostituzioni di componenti impianto idrico obsoleti o con presenza di ossidazione o accumuli di calcare (boiler, accumuli, valvole, tubazioni, terminali).
- Implementazione flussaggio punti critici.
- Incremento frequenza campionamenti in aree critiche.
- Interventi previsti in caso di valori di legionella fuori norma risultati dalle analisi microbiologiche, si segue la normativa (linee guida 7 Maggio 2015).

Verifica finale di efficacia delle attività tramite analisi microbiologica.

6. Pianificazione delle Azioni di Supporto

Sono state pianificate le seguenti azioni:

- Formazione periodica del personale tecnico e sanitario
- Sensibilizzazione degli operatori sulle buone pratiche (es. flussaggi)
- Audit interni annuali
- Riesame annuale del protocollo Legionella
- Aggiornamento continuo secondo Linee Guida nazionali vigenti della valutazione del rischio legionellosi nel caso di presunto caso con descrizione degli interventi eseguiti.