

## Deliberazione N. 0000632 del 07/04/2026

Struttura Proponente: UOSD Rischio Clinico

Centro di costo: G0DG43JD1S

Proposta: 0000544 del 11/03/2026

**Oggetto:**

MODIFICA DELIBERAZIONE N369 DEL 27/02/2026 RECANTE OGGETTO "APPROVAZIONE PARS 2026"

**IL DIRETTORE GENERALE (\*)**  
**Angelo Aliquò**

L'Estensore: **Luca Casertano**

Data 11/03/2026

Il Responsabile del Budget:

Data

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione della proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento: **Luca Casertano**

Data 11/03/2026

Il Direttore della Struttura Proponente: **Luca Casertano**

Data 11/03/2026

Il Dirigente Addetto al Controllo di Gestione: **Miriam Piccini**

Data 11/03/2026

Conto Economico/Patrimoniale su cui imputare la spesa: **Presa Visione**

Direttore Amministrativo: **Eleonora Alimenti**

Data 02/04/2026

Parere: **FAVOREVOLE**

Direttore Sanitario: **Gerardo De Carolis**

Data 02/04/2026

Parere: **FAVOREVOLE**

Hash proposta: b43711f3e14daf0119fb6743249ab759a7060e292cab4372722e0f426e28877f

(\*) Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate

## IL RESPONSABILE UOSD RISCHIO CLINICO

### VISTI

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421”;
- la L.R. 16 giugno 1994 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni – istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- l’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, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- la 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”;
- la deliberazione aziendale n. 1353 del 18-8-2025 recante oggetto “Affidamento dell’incarico di direttore ad interim della struttura “UOSD Rischio Clinico” nell’ambito della Direzione Sanitaria al dott. Luca Casertano, ai sensi dell’art. 25 comma 4 CCNL 2019-2021 dell’area sanità”;

### VISTA

l’atto di autonomia aziendale approvato con Delibera n. 150 del 3 febbraio 2025, che stabilisce che:

la Direzione Sanitaria e le strutture in staff ad essa afferenti monitorino le attività sanitarie ed agiscano sulla qualità ed appropriatezza delle prestazioni;

al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure, nonché i migliori risultati possibili in salute con un uso efficiente delle risorse, vengono impiegate metodologie e strumenti quali le linee guida e i percorsi assistenziali basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, i sistemi informativi, a partire dalla cartella clinica integrata informatizzata, la valorizzazione del personale e la relativa formazione, l’integrazione disciplinare e multiprofessionale, la valutazione sistematica delle performance;

l’Azienda cura la stesura, revisione di PDTA e Procedure, per promuovere la qualità e la sicurezza delle cure;

### PREMESSO CHE

la sicurezza delle cure costituisce principio fondamentale del Servizio Sanitario Nazionale ed elemento essenziale della qualità dell’assistenza, ai sensi dell’art. 1, comma 1, della Legge 8 marzo 2017, n. 24;

l’Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini promuove politiche di governo clinico e gestione del rischio finalizzate alla sicurezza del paziente, degli operatori e dei visitatori.

### VISTO

il D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;

### VISTO

il Decreto Ministeriale 11 dicembre 2009 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità” SIMES;

### VISTO

il D.M. 70/2015 recante “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;

- VISTO** il D.M. 77/2022 recante “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;
- VISTO** il Piano Nazionale di Contrasto all’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025, prorogato al 31 dicembre 2026 (Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 128/CSR del 30 luglio 2025);
- VISTE** le Raccomandazioni del Ministero della Salute per la prevenzione degli eventi sentinella e degli eventi avversi;
- VISTE** le Linee Guida del Ministero della Salute per la prevenzione e il controllo delle infezioni da microrganismi multiresistenti, inclusi Enterobatteri resistenti ai carbapenemi, Acinetobacter baumannii e Pseudomonas aeruginosa;
- VISTE** le Circolari del Ministero della Salute in materia di sorveglianza e controllo di Candida auris e altri patogeni emergenti;
- VISTE** le Raccomandazioni e Linee Guida dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS) in materia di ICA e antibiotico-resistenza.
- VISTA** la Determinazione n. G00643 del 25/01/2022 trasmessa dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Programmazione Rete Ospedaliera e Specialistica avente come oggetto “Adozione del documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)” in cui si richiedeva alle strutture in indirizzo di adottare il documento secondo le indicazioni fornite nella presentazione allegata alla nota stessa e di trasmettere all’Area regionale i riferimenti documentali di adozione del provvedimento;
- VISTA** la nota prot. U0098868 del 1 febbraio 2022 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria – Area Ospedaliera e Specialistica recante “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)” in cui si comunica che il Piano Annuale di Risk Management (PARM) e il Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza (PAICA) vengono integrati, al fine di favorire una visione unitaria del rischio sanitario, in un unico documento identificato come Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”;
- VISTO** il Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell’Antibiotico-Resistenza (PARCA) 2026-2028, adottato con Determinazione della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio n. G17673 del 23 dicembre 2025;
- VISTA** la Determinazione n. G16501 del 28/11/2022 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria recante “Approvazione del Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA)”;
- VISTA** la nota regionale prot 0037825.15-01-2026 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria – Area Ospedaliera e Specialistica recante oggetto “Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2026 (PARS)”
- DATO ATTO** che la UOSD Risk Management, di concerto con la UOSD Governo Clinico Igiene e Tecnica Ospedaliera ha predisposto per l’anno 2026 il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS), individuando ed esplicitando le strategie, le aree di intervento ed i progetti specifici da attuare in ambito aziendale in materia di governance del rischio clinico e infettivo;
- VISTA** la deliberazione n369 del 27/02/2026 recante oggetto “approvazione PARS 2026”;

<b>VISTA</b>	la comunicazione ricevuta in data 02/03/2026 dal Centro Regionale di Rischio Clinico (CRRC) che evidenziava la necessità di effettuare alcune modifiche ed integrazioni al PARS 2026 di cui alla suddetta deliberazione n.369 del 27/02/2026 e di reinviare il documento entro il 20/03/2026;
<b>RITENUTO OPPORTUNO</b>	apportare le modifiche richieste dal CRRC al PARS 2026;
<b>VISTA</b>	la comunicazione del 10/03/2026 del Risk Manager dell’Azienda che inviava al Coordinatore del CRRC, per preventiva valutazione, la modifica del PARS 2026 che recepiva le richieste regionali;
<b>VISTA</b>	la comunicazione del 10/03/2026 del CRRC che evidenziava che il documento inviato (PARS 2026) dal Risk Manager era perfettamente rispondente alle indicazioni regionali;
<b>VISTO</b>	l’allegato documento denominato “PARS 2026” che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;
<b>CONSIDERATO</b>	che il documento redatto è stato sottoposto a verifica e risulta coerente nella forma e nella sostanza sia con l’assetto organizzativo dell’Azienda sia con i principi del Sistema di Gestione della Qualità
<b>RITENUTO OPPORTUNO</b>	modificare la deliberazione n.369 del 27/02/2026 recante oggetto “approvazione PARS 2026” e approvare l’allegato documento denominato “PARS 2026” in sostituzione di quello deliberato con provvedimento n.369 del 27/02/2026 che, unito al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
<b>RITENUTO OPPORTUNO</b>	modificare la deliberazione aziendale n.208 del 10/02/2026 recante oggetto “approvazione del piano formativo aziendale per l’anno 2026” integrando il piano formativo aziendale dei corsi di formazione inclusi nell’allegato PARS 2026 e che non erano stati inclusi nel piano formativo originario;
<b>VERIFICATO</b>	che il presente provvedimento non comporta nessuna ulteriore spesa a carico dell’Azienda;
<b>ATTESTATO</b>	che il presente provvedimento, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall’art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all’art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

### **PROPONE**

di modificare la deliberazione n.369 del 27/02/2026 recante oggetto “approvazione PARS 2026” approvando l’allegato documento, denominato “PARS 2026”, in sostituzione di quello deliberato con il suddetto provvedimento n.369 del 27/02/2026 che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

di modificare la deliberazione aziendale n.208 del 10/02/2026 recante oggetto “approvazione del piano formativo aziendale per l’anno 2026” integrando il piano formativo aziendale dei corsi di formazione inclusi nell’allegato PARS 2026 e che non erano stati inclusi nel piano formativo originario;

di dare mandato al Responsabile Aziendale del Rischio Clinico di inviare il documento citato al punto precedente alla referente per la formazione sanitaria, ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione affinché lo inoltrino alle strutture ad essi afferenti per gli adempimenti di competenza;

di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di unità operativa delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori coinvolti, al fine di assicurarne l'attuazione, ciascuno per quanto di competenza;

di disporre che il presente provvedimento sia disponibile sul sito intranet aziendale nonché sulla homepage della Azienda Ospedaliera;

**IL RESPONSABILE U.O.S.D. RISCHIO CLINICO  
(Dott. Luca Casertano)**

## IL DIRETTORE GENERALE

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del D.Leg.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00018 del 12 febbraio 2025
- VISTA** la propria deliberazione n. 316 del 6 marzo 2025;
- LETTA** la proposta di delibera, “modifica deliberazione n369 del 27/02/2026 recante oggetto “approvazione PARS 2026” presentata dal Responsabile della UOSD Rischio Clinico;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

## DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

di modificare la deliberazione n369 del 27/02/2026 recante oggetto “approvazione PARS 2026” approvando l'allegato documento, denominato “PARS 2026”, in sostituzione di quello deliberato con il suddetto provvedimento n.369 del 27/02/2026 che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

di modificare la deliberazione aziendale n.208 del 10/02/2026 recante oggetto “approvazione del piano formativo aziendale per l'anno 2026” integrando il piano formativo aziendale dei corsi di formazione inclusi nell'allegato PARS 2026 e che non erano stati inclusi nel piano formativo originario;

di dare mandato al Responsabile Aziendale del Rischio Clinico di inviare il documento citato al punto precedente alla referente per la formazione sanitaria, ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione affinché lo inoltrino alle strutture ad essi afferenti per gli adempimenti di competenza;

di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di unità operativa delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori coinvolti, al fine di assicurarne l'attuazione, ciascuno per quanto di competenza;

di disporre che il presente provvedimento sia disponibile sul sito intranet aziendale nonché sulla homepage della Azienda Ospedaliera;

La struttura proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

*Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale [www.scamilloforlanini.rm.it](http://www.scamilloforlanini.rm.it) per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.*

**IL DIRETTORE GENERALE**

*(Dr. Angelo Aliquò)*

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

***Azienda Ospedaliera San  
Camillo – Forlanini  
di Roma (RM)***

Rev. 01 del 04/03/2026	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026</b>	Pag. 2 di 24
Cod. Doc.: PARS 2026		

## INDICE

<b>1. Contesto organizzativo .....</b>	<b>5.</b>
<b>2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati .....</b>	<b>8.</b>
<b>3. Descrizione della posizione assicurativa.....</b>	<b>8.</b>
<b>4. Resoconto delle attività del Piano precedente.....</b>	<b>9.</b>
<b>5. Matrice delle responsabilità.....</b>	<b>11.</b>
<b>6. Obiettivi e attività.....</b>	<b>12.</b>
<i>6.1 Obiettivi.....</i>	<i>12.</i>
<i>6.2 Attività.....</i>	<i>13.</i>
<b>7. Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo.....</b>	<b>18.</b>
<i>7.1 Obiettivi.....</i>	<i>18.</i>
<i>7.2 Attività.....</i>	<i>19.</i>
<b>8. Modalità di diffusione del documento.....</b>	<b>23.</b>
<b>9. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi.....</b>	<b>24.</b>
<b>Allegato 1. - Piano di azione locale per l'igiene delle mani 2026</b>	
<b>Allegato 2. - Programma Controllo Legionellosi</b>	

Rev. 01 del 04/03/2026	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO          SANITARIO (PARS) 2026</b>	Pag. 3 di 24
Cod. Doc.: PARS 2026		

## PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026: GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E DELLE ATTIVITÀ PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

	Funzione e Nome	Firma	Data
<b>REDAZIONE E VERIFICA</b>	<b>Risk Manager</b> Dott. Luca Casertano Dott. Fabio Del Duca Dott.ssa Vanessa Mondillo Dott. Roberto Locci Dott. Marco Mastrucci		
<b>APPROVAZIONE</b>	<b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Gerardo De Carolis		
<b>VALIDAZIONE</b>	<b>Direttore Generale</b> Dott. Angelo Aliquò		

Rev.	Data	Causale delle modifiche	Codifica
0.1	04/03/2026	Implementazione obiettivi regionali	<i>Dott. Luca Casertano</i>

<b>Lista di distribuzione (I livello)</b>
Direttore Sanitario
Direttore Amministrativo
Direttori di Dipartimento
Direttori di UOC
Direttori di UOSD; Responsabili di UOS

Rev. 01 del 04/03/2026	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026</b>	Pag. 4 di 24
Cod. Doc.: PARS 2026		

Hanno contribuito alla redazione del presente documento:

<b>Erminia Calandrella</b>	UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera
<b>Carlo Maria Previte</b>	UOSD Coord. Aree Tempo Dipendenti
<b>Crocifissa Gagliano</b>	UOC Affari Istituzionali
<b>Lucilla Luzzi</b>	UOSD Sistema Informativo Ospedaliero
<b>Pamela Priore</b>	UOSD Rischio clinico
<b>Anna Miani</b>	UOSD PDTA Percorsi Ambulatoriali

A tutti loro va un sincero e cordiale ringraziamento.

## A1. CONTESTO ORGANIZZATIVO



L'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (di seguito AOSCF) è ubicata nel quadrante ovest di Roma nel quartiere Monteverde, nel territorio del Municipio XII a confine col Municipio XI. La sede legale è Roma - Circonvallazione Gianicolense, 87 – CAP 00152.

L'Ospedale S. Camillo occupa un'area complessiva di **238.000** mq con una superficie coperta di **53.400** mq ed ha una organizzazione a padiglioni.

L'AOSCF realizza le finalità del Servizio Sanitario Regionale impiegando nel processo di assistenza le risorse assegnate in modo appropriato, efficiente ed efficace al fine di garantire prestazioni ad elevata qualità assistenziale.

Rappresenta un polo erogante di prestazioni in emergenza, di alta specialità e costituisce polo ospedaliero di eccellenza. Con gli interventi del PNRR, l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini è stata altresì individuata come Soggetto Attuatore anche per la realizzazione di un Ospedale di Comunità in grado di ospitare 40 posti letto di degenza ordinaria presso il padiglione Monaldi.

L'Azienda soddisfa i nuovi bisogni di salute – collegati in particolare al crescente rilievo delle cronicità, delle pluripatologie e delle patologie emergenti e riemergenti – attraverso specifici interventi sanitari nell'ambito del sistema delle cure, organizzando direttamente le prestazioni sanitarie ed i servizi indispensabili per soddisfare in modo scientificamente adeguato la domanda espressa dai cittadini.

Rev. 01 del 04/03/2026	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO          SANITARIO (PARS) 2026</b>	Pag. 6 di 24
Cod. Doc.: PARS 2026		

L'AOSCF è inserita nel Sistema Sanitario Regionale in quanto centro *Hub* per le reti assistenziali tempo-dipendenti della Regione Lazio con riferimento ai seguenti ambiti:

**Tabella 1 – Rete Tempo-dipendenti di pertinenza del AO San Camillo Forlanini di Roma.**

RETE	RUOLO AOSCF
<b>RETE EMERGENZA ADULTI</b>	<b>DEA II</b>
<b>RETE EMERGENZA PEDIATRICA</b>	<b>HUB</b>
<b>RETE EMERGENZA CARDIOLOGICA</b>	<b>E + CC</b>
<b>RETE EMERGENZA CARDIOCHIRURGICA</b>	<b>HUB (CEC)</b>
<b>RETE ICTUS</b>	<b>UTN II (HUB)</b>
<b>RETE TRAUMA GRAVE E NEUROTRAUMA</b>	<b>CST (HUB)</b>
<b>PERINATALE</b>	<b>II (HUB)</b>

<p><b>ATTIVITA' TRAPIANTOLOGICA</b>                  L'Azienda è sede del Centro Regionale Trapianti Lazio.                  Presso l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS è presente il Centro Trapianti Interaziendale POIT, presso il quale vengono eseguiti trapianti di fegato, rene, rene da vivente e rene/pancreas.                  La UOC Ematologia esegue trapianti di staminali midollari.                  La UOSD Oculistica esegue trapianti di cornea.                  A cura del Coordinamento Locale Donazioni vengono prelevati organi solidi e cornee.</p>
<p><b>SERVIZIO TRASFUSIONALE</b>                  È presente la UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali, le cui attività sono rivolte alle UU.OO. aziendali e alle Strutture esterne afferenti/convenzionate.</p>
<p>L'Azienda è altresì centro di riferimento per le neoplasie polmonari, per la malattia di Anderson-Fabry e per la terapia del dolore.</p>

Rev. 01 del 04/03/2026	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO          SANITARIO (PARS) 2026</b>	Pag. 7 di 24
Cod. Doc.: PARS 2026		

**Tabella 2 – Dati strutturali e attività del periodo 01.01.2025 – 31.12.2025.**

<b>DATI STRUTTURALI</b>	
<b>N. Posti letto Ordinari:</b> 1009  di cui:	Medicina: n. 405
	Chirurgia: n. 341
	Rianimazioni/T. Intensive/Sub Intens. n. 122
	Riabilitazione: 20
	Culle: 25
	DH/DS: 121
<b>Branche specialistiche</b>	31
<b>N. Rianimazioni/T. Intensive/ Sub Intens.</b>	12
<b>Blocchi operatori</b>	9
<b>Sale operatorie</b>	23

<b>DATI DI ATTIVITÀ</b>	
N. totale ricoveri ordinari in elezione:	<b>7.249</b>
N. totale accessi da Pronto Soccorso Generale:	<b>45.343</b>
N. accessi in Codice Rosso:	<b>4.945</b>
N. ricoveri ordinari da Pronto Soccorso:	<b>15.043</b>
N. accessi da Pronto Soccorso Pediatrico:	<b>10.069</b>
N. Accessi da Pronto Soccorso Ostetrico:	<b>6.345</b>
N. totale interventi chirurgici:	<b>15.644</b>
N. interventi in urgenza:	<b>3.850</b>
N. interventi in elezione:	<b>11.794</b>

<b>TRAPIANTI D'ORGANO</b>	
TOTALE TRAPIANTI DI ORGANO	N. <b>173</b>
Trapianti di fegato	N. <b>94</b>
Trapianti di rene	N. <b>29</b>
Trapianti di cuore	N. <b>28</b>
Trapianti di pancreas	N. <b>3</b>
Trapianti di midollo/cellule staminali	N. <b>19</b>

<b>OSTETRICIA</b>	
N. parti/anno:	<b>1655</b>

Rev. 01 del 04/03/2026	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO          SANITARIO (PARS) 2026</b>	Pag. 8 di 24
Cod. Doc.: PARS 2026		

## A2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

**Tabella 3 – Eventi occorsi nel 2025 (ai sensi dell’art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

Tipo di evento	N. e % sul totale degli eventi		Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
<b>Near Miss</b>	110	69%	Strutturali (5 %) Tecnologici (20 %) Organizzativi (50 %) Procedure/Comunicazione (25 %)	Strutturali (5 %) Tecnologiche (20 %) Organizzative (50 %) Procedure/Comunicazione (25 %)	Sistema di Incident Reporting
<b>Eventi Avversi</b>	46	31%			
<b>Eventi Sentinella</b>	0	0%			
<b>TOTALE</b>	<b>156</b>				

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

Anno	N. Sinistri **	Risarcimenti erogati ***
<b>2021</b>	86	3.116.403
<b>2022</b>	64	5.693.657
<b>2023</b>	40	7.827.539
<b>2024</b>	44	10.166.306
<b>2025</b>	33	7.307.953

\*\* Si specifica, come si evince dalla tabella, che è stato riportato l’anno di presa in carico del sinistro risarcito al fine di evidenziare che i risarcimenti erogati ogni anno, dal 2021 al 2025, possono fare riferimento a sinistri presi in carico in anni diversi dall’anno dell’avvenuto pagamento.

\*\*\* i sinistri e i risarcimenti fanno riferimento a quelli relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.).

## A3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Con decorrenza 1° marzo 2012 l’Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini ha adottato il regime di autoassicurazione per la copertura dei rischi RCT/O, a seguito dell’approvazione regionale del Progetto di Autoassicurazione sui rischi RCT/O, allegato alla Deliberazione aziendale n. 671/2012, con conseguente istituzione di apposito fondo rischi.

Rev. 01 del 04/03/2026	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO    SANITARIO (PARS) 2026</b>	Pag. 9 di 24
Cod. Doc.: PARS 2026		

#### **A4 RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE**

*Tabella 5 –Resoconto delle attività del Piano precedente*

<b>PARS 2026</b>		
<u>Attività</u>	<u>Realizzata</u>	<u>Stato di attuazione</u>
Avvio delle Morbidity & Mortality Conference di Dipartimento (trimestrali) nel Dipartimento dell’Emergenza e di Anestesiologia e Rianimazione.	<u>NO</u>	n.a.
Formazione a supporto della rete per la sicurezza delle cure: progettazione ed esecuzione di almeno due edizioni del corso ECM “La valutazione della qualità della cartella clinica e del consenso informato come strumento di gestione del rischio clinico”	<u>SÌ</u>	<u>100%</u>
Progettazione ed esecuzione di almeno 1 edizione del corso “Sicurezza delle cure in ospedale: l’evento avverso in farmacoterapia”.	<u>SÌ</u>	<u>100%</u>
Redazione di una Procedura Aziendale per la gestione dello stravasamento e spandimento da farmaci antineoplastici.	<u>In attuazione</u>	<u>50%</u>
Buone Pratiche “Obiettivi di sicurezza PDTA” Inserimento e monitoraggio di indicatori di sicurezza in almeno n.2 PDTA	<u>SÌ</u>	<u>100%</u>
Progetto regionale “Mappatura delle attività di gestione del rischio sanitario 2023-2025 (site visit)” - Aggiornamento delle procedure di implementazione delle Raccomandazioni ministeriali e dei documenti di indirizzo regionale specifici entro il 2025	<u>SÌ</u>	<u>100%</u>
Realizzazione entro il 31.12.2025 di almeno 1 analisi FMECA sulla messa in sicurezza della documentazione sanitaria in relazione alla sentenza della Corte di Cassazione n. 6386/2023 (“sentenza Travaglino”)	<u>In attuazione</u>	<u>80%</u>
Gestione diretta degli audit relativi a eventi sentinella, SEA e/o audit di sistema ad elevata rilevanza organizzativa.	<u>SÌ</u>	<u>100%</u>
Programmazione e organizzazione di visite strutturate di risk assessment secondo la metodologia Safety Walk Round per il miglioramento dei processi organizzativi finalizzato all’incremento della qualità dei servizi e della sicurezza delle cure.	<u>SÌ</u>	<u>100%</u>
Antimicrobial Stewardship: realizzazione di una serie di audit prospettici e feedback su singoli cicli di trattamento	<u>NO</u>	<u>n.a.</u>

Rev. 01 del 04/03/2026	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO    SANITARIO (PARS) 2026</b>	Pag. 10 di 24
Cod. Doc.: PARS 2026		

(revisione esterna della terapia antibiotica post-prescrizione dopo 48 ore).		
Antimicrobial Stewardship: aggiornamento del Protocollo Aziendale per la profilassi antibiotica perioperatoria (APP) in Chirurgia (Delibera n. 0001415 del 25/09/2023)	<u>SÌ</u>	<u>100%</u>
Antimicrobial Stewardship: redazione ed implementazione di un Protocollo Aziendale per la profilassi e la terapia antibiotica di Infezioni delle vie urinarie (IVU), Polmoniti associate a ventilazione meccanica (VAP), Infezioni della cute e dei tessuti molli	<u>NO</u>	<u>n.a.</u>
Supporto al Gruppo di Lavoro Interdisciplinare per la revisione del programma di prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.	<u>SÌ</u>	<u>100%</u>
Report semestrale sul consumo di soluzione idroalcolica (CSIA) per l'igiene delle mani/Giornate di Degenza Ordinaria (GDO)	<u>SÌ</u>	<u>100%</u>
Report annuale sul monitoraggio delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE	<u>SÌ</u>	<u>100%</u>
Report semestrale sorveglianza circolazione microorganismi alert	<u>SÌ</u>	<u>100%</u>
Conduzione dello studio di prevalenza sulle Infezioni del Sito Chirurgico (SSI) su residenti eleggibili sottoposti ad intervento chirurgico negli ultimi 30 giorni	<u>SÌ</u>	<u>100%</u>
Monitoraggio del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) aziendale della sepsi	<u>SÌ</u>	<u>100%</u>

Rev. 01 del 04/03/2026	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO          SANITARIO (PARS) 2026</b>	Pag. 11 di 24
Cod. Doc.: PARS 2026		

### A5 MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS

La realizzazione del PARS riconosce almeno le seguenti specifiche responsabilità relative alle sole fasi di redazione, adozione e monitoraggio del piano annuale per la gestione del rischio sanitario riferito all'anno 2026

Azione	Direttore Sanitario / Presiden	Risk Manager	Responsabile UO Affari Legali/G	Direttore Generale / Proprietà	Direttore Sanitario (1)	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
<b>Redazione PARS</b> (eccetto Tabella 4)	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	-
<b>Redazione Tabella 4</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	-
<b>Redazione punto 7</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	-
<b>Adozione PARS con deliberazione</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	-
<b>Monitoraggio PARS</b> (eccetto il punto 7)	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
<b>Monitoraggio punto 7</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>C</b>

**Legenda:** **R** =Responsabile **C** =Coinvolto **I** =Interessato

Rev. 01 del 04/03/2026	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026</b>	Pag. 12 di 24
Cod. Doc.: PARS 2026		

## **A6 OBIETTIVI E ATTIVITA'**

### **A6.1 OBIETTIVI**

Il piano annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2026 prosegue e rafforza le azioni messe in atto nel PARS 2025 per il miglioramento della qualità e la sicurezza delle cure partendo dalla necessità di considerare l'errore come una opportunità di apprendimento e perseguendo un approccio culturale "no blame".

Il PARS fornisce alla Direzione Strategica un supporto indispensabile per intervenire nella complessa macchina organizzativa aziendale basandosi su dati certi, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa.

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.

Pertanto, nel recepire le Linee Guida regionali per la stesura del PARS, unitamente alle recenti indicazioni della Regione Lazio emanate con circolare recante oggetto "Piano annuale di gestione del Rischio Sanitario 2026", ed in coerenza con la *mission* dell'Azienda, sono stati definiti per l'anno 2026 i seguenti obiettivi strategici:

- A.** Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- B.** Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e/o contenimento degli eventi avversi.
- C.** Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

***Relativamente alle attività di prevenzione, sorveglianza e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza, si rimanda alla sezione A7.***

Rev. 01 del 04/03/2026	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026</b>	Pag. 13 di 24
Cod. Doc.: PARS 2026		

## A6.2 ATTIVITA'

Le attività previste nel PARS 2026 concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza delle cure nonché alla economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, supportando la Direzione Generale nel perseguimento degli obiettivi ad essa assegnati dalla Regione Lazio. Nelle tabelle che seguono sono riportate le principali attività che si intendono realizzare, con le relative matrici delle responsabilità.

### OBIETTIVO A – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

**ATTIVITÀ 1- Formazione a supporto della rete per la sicurezza delle cure: progettazione ed esecuzione di almeno due edizioni del corso ECM "La valutazione della qualità della cartella clinica e del consenso informato come strumento di gestione del rischio clinico"**

**INDICATORE** Esecuzione di almeno due edizioni del corso entro il 31/12/2026

**STANDARD** 2/2

**FONTE** Rischio Clinico, Formazione, Medicina Legale

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Medicina Legale	UOSD Documentazione Sanitaria	Formazione	Operatori sanitari
Progettazione del corso	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>R</b>	C	I
Accreditamento del corso	C	<b>C</b>		<b>R</b>	I
Partecipazione al corso	C	C		C	<b>R</b>

**ATTIVITÀ 2- Progettazione ed esecuzione di almeno n.1 edizione del corso "Sicurezza delle cure in ospedale: l'evento avverso in farmacoterapia."**

**INDICATORE**

**Esecuzione di almeno 1 edizione del corso entro il 31/12/2025**

**STANDARD**

1/1

**FONTE**

Risk Management, UOC Farmacia, Formazione

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	UOC Farmacia	Formazione
Progettazione del Corso	<b>C</b>	<b>R</b>	C
Accreditamento del Corso	I	I	<b>R</b>
Esecuzione del Corso	<b>R</b>	R	C

Rev. 01 del 04/03/2026	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO          SANITARIO (PARS) 2026</b>	Pag. 14 di 24
Cod. Doc.: PARS 2026		

**ATTIVITÀ 3- Progettazione ed esecuzione di almeno n.1 edizione del corso "formazione del personale neoassunto" ai temi del rischio clinico**

<b>INDICATORE</b> Delibera revisione del Piano Annuale della Formazione 2026		
<b>STANDARD</b> 1/1		
<b>FONTE</b> Rischio clinico, Formazione		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Formazione</b>
Redazione Progetto formativo per personale neoassunto	<b>R</b>	C
Istituzione del Piano formativo	C	<b>R</b>
Proposta di Delibera	I	<b>R</b>

**ATTIVITÀ 4- Buone Pratiche "Obiettivi di sicurezza PDTA" inserimento e monitoraggio di indicatori di sicurezza in almeno n.2 PDTA**

<b>INDICATORE</b> n.2 indicatori di sicurezza utili al monitoraggio di n.2 PDTA in revisione				
<b>STANDARD</b> SI				
<b>FONTE</b> Rischio clinico, Documentazione Aziendale				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
<b>Azione</b>	<b>Direttore Sanitario</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Coordinatore clinico PDTA</b>	<b>Gruppo valutatori</b>
Identificazione obiettivi di sicurezza per PDTA	I	<b>R</b>	C	C
Identificazione valutatori obiettivi	I	C	<b>R</b>	C
Formazione valutatori obiettivi	I	<b>R</b>	C	C
Monitoraggio Obiettivi	I	C	C	<b>R</b>
Elaborazione piano di miglioramento	I	<b>R</b>	C	C
Attuazione piano miglioramento	I	C	<b>R</b>	C

Rev. 01 del 04/03/2026	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO          SANITARIO (PARS) 2026</b>	Pag. 15 di 24
Cod. Doc.: PARS 2026		

**ATTIVITÀ 5– Attività di formazione pratica delle manovre di igiene e sicurezza nelle sale del blocco operatorio oculistico**

**INDICATORE**

realizzazione della attività di formazione

**STANDARD**

SI

**FONTE**

Rischio clinico, Formazione

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	UOSD Oculistica	UOSD Igiene	Formazione
Progettazione del Corso	<b>R</b>	C	C
Accreditamento del Corso	C	I	<b>R</b>
Esecuzione del Corso	<b>R</b>	C	C

**OBIETTIVO B – Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.**

**ATTIVITÀ 6– Progetto regionale “Mappatura delle attività di gestione del rischio sanitario 2023 – 2025 (site visit)” – Aggiornamento delle procedure di implementazione delle Raccomandazioni ministeriali entro il 2026**

**INDICATORE**

Completamento aggiornamento entro il 2026

**STANDARD**

SI

**FONTE**

Rischio Clinico, Documentazione Aziendale

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Direttore Sanitario	Risk Manager	Gruppo di Lavoro
Identificazione Gruppo di Lavoro (GdL)	I	<b>R</b>	C
Revisione procedure	I	C	<b>R</b>
Validazione procedure	I	<b>R</b>	C
Approvazione procedure	<b>R</b>	C	I

Rev. 01 del 04/03/2026	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO          SANITARIO (PARS) 2026</b>	Pag. 16 di 24
Cod. Doc.: PARS 2026		

<b>ATTIVITÀ 7 – implementazione misure tutela rischio infettivo</b>				
<b>INDICATORE</b> Registrazione informatizzata in CCE, entro il 31.12.2026, delle misure attuate in ospedale per ottemperare alle indicazioni della sentenza della Corte di Cassazione n. 6386/2023 (" <i>sentenza Travaglino</i> ")				
<b>STANDARD</b> SI				
<b>FONTE</b> Rischio Clinico				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
<b>Azione</b>	<b>UOSD Risk Manager</b>	<b>UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera</b>	<b>UOC Sistemi Informatici</b>	<b>UOSD Documentazione Sanitaria</b>
Identificazione degli items	C	R	C	C
Informatizzazione	C	C	<b>R</b>	C
Implementazione	C	C	<b>R</b>	I

Rev. 01 del 04/03/2026	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO          SANITARIO (PARS) 2026</b>	Pag. 17 di 24
Cod. Doc.: PARS 2026		

**OBIETTIVO C – Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.**

**ATTIVITÀ 9– Monitoraggio processo e integrazione territorio PDTA Ictus**

**INDICATORE** – Report sul monitoraggio del PDTA ICTUS sulla base degli indicatori esistenti ed estensione del PDTA aziendale alla rete territoriale

**STANDARD** 1/1

**FONTE:** Rischio Clinico, UOSD UTN

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>UTN</b>	<b>UOSD Coord.Reti</b>
Coinvolgimento Rete territoriale	C	C	R
Revisione PDTA	I	C	R
Analisi degli indicatori	C	C	R

**ATTIVITÀ 8– Gestione diretta degli audit relativi ad eventi sentinella, SEA e/o audit di sistema caratterizzati da elevata rilevanza organizzativa** (Il personale della UOSD Risk Management si occuperà della gestione di tali audit, dall’istruttoria fino all’elaborazione dei piani di miglioramento, con la collaborazione dei facilitatori e dei referenti aziendali del Rischio Clinico.)

**INDICATORE**  
 N. di audit gestiti / N. totale di audit individuati anno 2026

**STANDARD**  
 100% della gestione degli audit di cui sopra

**FONTE**  
 UOSD Rischio clinico - SIMES

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Personale UO interessato all’evento</b>	<b>Referenti/Facilitatori Rete Aziendale Rischio Clinico</b>
Progettazione dell’attività	<b>R</b>	C	C
Esecuzione dell’attività	<b>R</b>	C	C
Compilazione del report	<b>R</b>	C	C

Rev. 01 del 04/03/2026	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026</b>	Pag. 18 di 24
Cod. Doc.: PARS 2026		

## **A7 OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO A7.1**

### **OBIETTIVI**

Gli obiettivi strategici regionali sono stati definiti in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP, in particolare dal Piano Predefinito 10 – PP1) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR). In particolare, occorre predisporre le attività di interesse strategico previste nel "*documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)*" (Det. n. G16501 del 28.11.2022) e nel "*Piano Attuativo Regionale Contrasto Antibiotico-Resistenza*" (Det. n. G17673 del 23.12.2025).

L'AOSCF è invitato a predisporre le seguenti attività:

- A.** Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B.** Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- C.** Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

Rev. 01 del 04/03/2026	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO          SANITARIO (PARS) 2026</b>	Pag. 19 di 24
Cod. Doc.: PARS 2026		

## A7.2 ATTIVITÀ

**OBIETTIVO A – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo**

### Attività 4: Conduzione dello studio di prevalenza sulle Infezioni del Sito Chirurgico (SSI)

**Indicatore:** Residenti eleggibili sottoposti ad intervento chirurgico negli ultimi 30 giorni

**Standard:** Tutti i residenti eleggibili

**Fonte:** UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera, UOSD Risk Management

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	DSA	Direttori Dipartimento	CC-ICA	UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera	UOC Microbiologia	UOSD Qualità e Risk Management
Formazione operatori all'indagine	I	I	C	R	C	C
Conduzione dell'indagine	I	I	C	R	C	C
Elaborazione del report	I	I	C	C	C	R
Diffusione del report ai Direttori di Dipartimento	R	C	I	I	I	I
Diffusione del report ai Direttori di UOC	I	R	I	I	I	C

Rev. 01 del 04/03/2026	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO          SANITARIO (PARS) 2026</b>	Pag. 20 di 24
Cod. Doc.: PARS 2026		

**OBIETTIVO B – Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi**

**Attività 1: Attività di monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica (CSIA) per l’igiene delle mani in ambito ospedaliero, in ottemperanza al Protocollo di “Sorveglianza Nazionale 0055369-02/12/2021” emanato dal Ministero Salute e monitorato dall’Istituto Superiore di Sanità di**

**Indicatore:**

- 1)** report semestrale sul consumo di soluzione idroalcolica (CSIA) per l’igiene delle mani/Giornate di Degenza Ordinaria (GDO)
- 2)** Allegato 1 – Piano di Azione Locale sull’igiene delle mani.

**Standard:** SI

**Fonte:** UOC FARMACIA

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

<b>Azione</b>	<b>UOC Farmacia</b>	<b>UOSD SIO</b>	<b>CC-ICA</b>	<b>UOSD Risk Management</b>	<b>UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera</b>
Registrazione del consumo di soluzione idroalcolica	<b>R</b>	I	I	I	I
Trasmissione dati Giorni di Degenza Ordinaria (GDO)	I	<b>R</b>	I	I	I
Elaborazione dati consumo (It) /Giorni di Degenza (GDO)	C	C	I	I	<b>R</b>
Diffusione dei dati	C	C	C	C	<b>R</b>

Rev. 01 del 04/03/2026	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO          SANITARIO (PARS) 2026</b>	Pag. 21 di 24
Cod. Doc.: PARS 2026		

**OBIETTIVO C – Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).**

**Attività 2: Misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici: monitoraggio delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE**

**Indicatore:** Report annuale

**Standard:** SI

**Fonte:** Laboratorio di Microbiologia e UOSD igiene e tecnica ospedaliera – gruppo controllo infezioni correlate all’assistenza

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

Azione	CC-ICA	UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera	UOC Microbiologia	UUOO di degenza
Segnalazione isolati	C	C	<b>R</b>	I
Relazioni cliniche	I	I	I	<b>R</b>
Raccolta dati	I	<b>R</b>	C	C
Trasmissione dati	C	<b>R</b>	I	I
Analisi dati e elaborazione report	I	<b>R</b>	<b>C</b>	I
Diffusione dei dati	<b>R</b>	C	C	C

**Attività 3: Monitoraggio dell’appropriatezza della terapia antibiotica secondo la classificazione AWARE e sul controllo della spesa farmaceutica (2026)**

**Indicatore:** Report annuale sul consumo antibiotici AWARE ed appropriatezza degli esami microbiologici

**Standard:** SI

**Fonte:** UOC Farmacia, UOC Microbiologia, UOSD Rischio clinico

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

Azione	UOSD Rischio clinico	UOC Farmacia	UOC Microbiologia
Raccolta ed elaborazione dati antibiotici	I	<b>R</b>	I
Raccolta ed elaborazione dati microbiologia	I	I	<b>R</b>
Analisi dati e elaborazione report	<b>R</b>	C	C

Rev. 01 del 04/03/2026	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO          SANITARIO (PARS) 2026</b>	Pag. 22 di 24
Cod. Doc.: PARS 2026		

<b>Attività 5: Monitoraggio del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) aziendale della sepsi</b>			
<b>Indicatori:</b> Monitoraggio PDTA secondo indicazioni in esso contenuti (analisi su campione di casi) comprensivo della appropriatezza della prescrizione antibiotica ("buon uso" degli antibiotici)			
<b>Standard:</b> SI			
<b>Fonte:</b> UOC Microbiologia e Virologia – UOC Farmacia - Direttori UU.OO.			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
<b>Azione</b>	<b>UOC Farmacia</b>	<b>Direttori UU.OO.</b>	<b>UOC Microbiologia e Virologia</b>
Produzione dati	I	<b>R</b>	I
Raccolta dati	<b>R</b>	C	C
Analisi dati	C	I	C
Redazione report	R	I	C

**ALLEGATI:**

Allegato 1: Piano di azione locale per l'igiene delle mani 2026

Allegato 2: Programma Controllo Legionellosi

Rev. 00 del  
26/02/2026

Cod. Doc.:  
PARS 2026

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

Pag. 23 di 26

### **A8 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO**

Il PARS 2026 sarà adottato con deliberazione aziendale; 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:

- Presentazione del Piano all'interno del Collegio di Direzione;
- Pubblicazione del PARS sul sito aziendale nella sezione Intranet e Internet;
- Iniziative di diffusione del PARS a tutti gli operatori.

### **A9 BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI**

1. Lgs 502/92;
2. P.R. 14/01/97;
3. D. Lgs 229/99;
4. D. Lgs 254/00;
5. D. Lgs 81/08;
6. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
7. 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 strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, lett. B, Patto per la Salute 2010-2012" elaborati dal Comitato L.E.A.;
8. Circolare Ministeriale n.52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
9. Circolare Ministeriale n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
10. DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995;
11. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento;
12. PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena;

Rev. 00 del  
26/02/2026

Cod. Doc.:  
PARS 2026

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

Pag. 24 di 26

13. PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria;
14. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008;
15. 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;
16. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
17. DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
18. Libro bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013";
19. Decreto Ministeriale 11 dicembre 2009 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in Sanità" (SIMES);
20. DCA n. U00480 del 06/12/2013, recante la "Definitiva Adozione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio", ed in particolare l'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 l'Intervento 18.6 "Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio assicurativo";
21. Determinazione n. G01424 del 10 Febbraio 2014 con la quale è stato istituito il Gruppo di Lavoro "Comitato Tecnico di Coordinamento Rischio Clinico" avente, tra le altre, la funzione di elaborazione delle LLGG per la redazione del Piano annuale di attività aziendale dei Risk Manager e monitoraggio trimestrale dell'adozione ed attuazione del medesimo Piano Annuale;
22. Determinazione n. G04112 del 01/04/2014 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria con la quale sono state approvate le "Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza";
23. Circolare (nota 99218) del 23 febbraio 2015, della Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria della Regione Lazio, in cui viene indicato il Modello organizzativo per lo sviluppo del percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei Pazienti.;

Rev. 00 del  
26/02/2026

Cod. Doc.:  
PARS 2026

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

Pag. 25 di 26

24. Circolare Prot. n. U0388434 GR 1149 del 22 luglio 2016, della Direzione Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio, Area programmazione rete ospedaliera e risk management, in cui viene indicato il Modello di Elaborazione e Adozione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2016;
25. Determinazione n. G00164 11/01/2019 della Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)";
26. Determinazione n. G00643 25/01/2022 della Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria "Approvazione ed adozione del documento recante le "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS);
27. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
28. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
29. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
30. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
31. 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](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione);
32. 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](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza);
33. ISO Norme 9001:2000-e- 19011 Joint Commission;
34. AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators  
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>;
35. Determina Regione Lazio "Adozione del Documento Tecnico recante: "Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015";
36. Determina Regione Lazio n. G16501 del 28/11/2022 "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)";
37. Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015 Dicembre 2023.

Rev. 00 del  
26/02/2026

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

Pag. 26 di 26

Cod. Doc.:  
PARS 2026

**SITOGRAFIA essenziale**

[www.quic.gov/report/index.htm](http://www.quic.gov/report/index.htm)  
[www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=23&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=23&area=qualita&menu=formazione)  
[www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=250&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=250&area=qualita&menu=sicurezza)  
[www.esqh.net](http://www.esqh.net)  
[www.ashrm.org/asp/home/PDF/whitepaper.pdf](http://www.ashrm.org/asp/home/PDF/whitepaper.pdf)  
[www.safetyandquality.org/pdfs/firstreport.pdf](http://www.safetyandquality.org/pdfs/firstreport.pdf)  
[www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm](http://www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm)  
[www.cnoris.com](http://www.cnoris.com)  
[www.isqua.org.au/](http://www.isqua.org.au/)  
[www.sivrq.com](http://www.sivrq.com) (Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria)  
[www.aslromad.it](http://www.aslromad.it) - [rischio.clinico@aslroma3.it](mailto:rischio.clinico@aslroma3.it)  
[www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente](http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente)  
[http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI\\_TechSpec.aspx](http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec.aspx)  
<http://pathways.nice.org.uk/>  
<http://www.cineas.it/n/raccomandazioni-siquas-sull-audit-clinico-706-n.htm>  
<http://www.slowmedicine.it/>  
<http://95.110.213.190/PNEed13/index.php?action=login>  
<http://www.regione.toscana.it/pratiche-per-la-sicurezza>

UOSD GOVERNO CLINICO E IGIENE E TECNICA  
OSPEDALIERA

**Allegato 1 PARS 2026  
PIANO di AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI**

**INDICE**

<b>Introduzione</b>	pag.	02
Abbreviazioni	pag.	02
<b>Parte 1 - Rendicontazione 2025</b>	pag.	03
1.1 Il Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani	pag.	03
1.2 Scheda Azione 1: requisiti strutturali e tecnologici	pag.	03
1.3 Scheda Azione 2: formazione del personale	pag.	05
1.4 Scheda Azione 3: monitoring e feedback	pag.	07
1.5 Scheda Azione 4: comunicazione permanente	pag.	08
1.6 Scheda Azione 5: clima organizzativo e commitment	pag.	09
<b>Parte 2 - Programmazione 2026</b>	pag.	10
2.1 Autovalutazione	pag.	10
2.2 Scheda Azione 1: requisiti strutturali e tecnologici	pag.	10
2.3 Scheda Azione 2: formazione del personale	pag.	11
2.4 Scheda Azione 3: monitoring e feedback	pag.	12
2.5 Scheda Azione 4: comunicazione permanente	pag.	14
2.6 Scheda Azione 5: clima organizzativo e commitment	pag.	14

UOSD GOVERNO CLINICO E IGIENE E TECNICA  
 OSPEDALIERA

## INTRODUZIONE

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano uno dei principali problemi per la sicurezza dei pazienti e hanno un impatto clinico ed economico rilevante per il servizio sanitario, i pazienti e le loro famiglie, in quanto provocano prolungamento della durata della degenza, disabilità a lungo termine, un aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, un aumento della mortalità. Non tutte le ICA sono prevenibili, ma si stima che con le opportune misure di controllo e prevenzione, si possano ridurre in una quota che può arrivare al 50%.

Secondo il *Center for Disease Control and Prevention* di Atlanta (CDC), l'igiene delle mani rappresenta la misura più importante per prevenire la diffusione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).

La sua importanza è ulteriormente sottolineata dal fatto che è un intervento che fa parte di tutti i bundle relativi al rischio infettivo quali per esempio la prevenzione delle infezioni: del sito chirurgico, della cateterizzazione vescicale e venosa, della polmonite associata a ventilazione meccanica, ecc. Ogni anno l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) promuove, per il 5 maggio, la Giornata mondiale dell'igiene delle mani per ricordare l'importanza di questa pratica semplice, ma essenziale per la prevenzione delle malattie trasmissibili, soprattutto negli ambienti ospedalieri e di cura.

## Abbreviazioni

<b>AI PLAN-IPC</b>	Artificial Intelligence Planning – International Planning Competition
<b>AOSCF</b>	Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
<b>CC-ICA</b>	Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza
<b>CSIA</b>	Consumo Soluzione Idro-Alcolica
<b>DA</b>	Direzione Amministrativa
<b>DARM</b>	Digital Antimicrobial Risk Management
<b>DG</b>	Direzione Generale
<b>DIPRO</b>	Dipartimento delle Professioni Sanitarie
<b>DS</b>	Direzione Sanitaria
<b>GCICA</b>	Gruppo Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza
<b>GCITO</b>	UOSD Governo Clinico e Igiene e Tecnica Ospedaliera
<b>IC</b>	Infection Control
<b>ICA</b>	Infezioni Correlate all'Assistenza
<b>OMS</b>	Organizzazione Mondiale della Sanità
<b>PNCAR</b>	Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico Resistenza
<b>RC</b>	UOSD Rischio Clinico
<b>RSPP</b>	Servizio Prevenzione e Protezione
<b>SIC</b>	UOC Sistemi Informatici
<b>SIO</b>	UOSD Sistemi Informativi Ospedalieri
<b>UO</b>	Unità Operativa
<b>UT</b>	UOC Ufficio Tecnico, patrimonio e programmazione/sviluppo dell'edilizia ospedaliera
<b>UUOO</b>	Unità Operative

UOSD GOVERNO CLINICO E IGIENE E TECNICA  
 OSPEDALIERA

## PARTE 1 - RENDICONTAZIONE 2025

### 1.1. Il “Piano d’Intervento Regionale sull’Igiene delle Mani”.

Per l’anno 2025, il GCICA ha effettuato l’autovalutazione delle cinque sezioni previste dal *Piano di Intervento Regione sull’igiene delle Mani*<sup>1</sup>, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell’igiene delle mani come raccomandato dall’OMS.

L’autovalutazione ha consentito al GCICA l’individuazione delle aree prioritarie di intervento.

*Tabella 1 – Tempistiche dell’autovalutazione*

Azione	Responsabili	Tempi	Monitoraggio
Compilazione dei questionari di autovalutazione	GCICA	Entro febbraio 2025	Settembre 2025 e dicembre 2025
Presentazione autovalutazione al CC-ICA	GCICA	Entro febbraio 2026	Entro dicembre 2025

*Tabella 2 – Punteggi dell’autovalutazione 5 sezioni anno 2025*

Sezione	%	Livello
Requisiti strutturali e tecnologici	85%	avanzato
Formazione del personale	85%	avanzato
Monitoraggio e Feedback	83%	avanzato
Comunicazione Permanente	85%	avanzato
Clima organizzativo e commitment	85%	avanzato

### 1.2 Scheda azione 1: requisiti strutturali e tecnologici.

Il questionario “Requisiti Strutturali e Tecnologici” ha mostrato un punteggio pari a 85% (livello avanzato).

Nel corso dell’anno è stato potenziato il numero di dispenser per l’erogazione di gel idroalcolico; sono stati acquistati complessivamente n. 600 dispenser e installati n. 450.

Nelle aree di degenza sono presenti i dispenser di soluzione idroalcolica lungo i corridoi, nelle medicherie, nelle stesse stanze di degenza e sui carrelli della terapia.

È stato effettuato il monitoraggio delle condizioni di funzionalità e sulle condizioni igieniche dei lavandini delle zone filtro delle stanze di degenza (ove presenti) e delle medicherie, essendo requisiti strutturali necessari per effettuare il lavaggio delle mani con acqua e sapone.

<sup>1</sup> <https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2021-03/Piano-Intervento-Igiene-Mani-2021.pdf>

UOSD GOVERNO CLINICO E IGIENE E TECNICA  
 OSPEDALIERA

A seguito del monitoraggio, sono stati pianificati diversi interventi strutturali finalizzati a risolvere le criticità individuate (sostituzione filtri e rompigitto dei rubinetti, decalcificazione, sostituzione dei supporti danneggiati, etc.), come riportato in tabella 3.

*Tabella 3 – Scheda azione 1*

	<b>Azioni di miglioramento</b>	<b>Responsabili</b>	<b>Tempi</b>	<b>Monitoraggio</b>
<b>Requisiti strutturali e tecnologici</b>	Aumento dei punti di erogazione di soluzione idroalcolica con l'installazione di dispenser	UT, GCITO	Entro dicembre 2025	Installazione di n. 450 dispenser
	Monitoraggio e feedback condizioni igieniche dei lavandini nelle zone filtro stanze degenza e medicherie	DS, GCITO	Entro dicembre 2025	Sostituzione rompigitto, filtri, decalcificazione.
	Monitoraggio e feedback disponibilità di sapone, salviette monouso gel idroalcolico nelle unità di degenza.	DS, GCITO	Entro dicembre 2025	Mensile e/o secondo necessità
	Indagine sul consumo di soluzione alcolica.	Farmacia, DS, GCITO	Semestrale	Monitoraggio semestrale e Inviati i dati al SERESMI

Con riferimento al *Protocollo della Sorveglianza Nazionale del Consumo di Soluzione idroalcolica per l'Igiene delle mani in ambito ospedaliero*<sup>2</sup> e al *Documento Regionale 1156768 del 24/11/2025 - Recepimento della Circolare del MdS avente per oggetto "Piano Nazionale di Contrasto all'antibiotico resistenza (PNCAR) 22-2025 – Sorveglianza della soluzione Idro-Alcolica (CSIA) – Raccolta dati relativi all'anno 2025 del 16/10/2025*, il GCICA ha monitorato semestralmente il consumo di soluzione idroalcolica, intervenendo con azioni di confronto e azioni correttive nelle situazioni di maggiore criticità (tabella 4).

Nel 2025 è stata implementata la piattaforma DARM<sup>3</sup>, oggi denominata AIPLAN-IPC, per il monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica, resa visibile graficamente dal mese di

<sup>2</sup> <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza-ica/pdf/Protocollo%20Sorveglianza%20CSIA%20Versione%2013%20settembre%202024.pdf>

<sup>3</sup> Deliberazione n. 1723 del 01 novembre 2024. Oggetto: affidamento, ai sensi dell'art. 50, comma 1 lett. b) del d. lgs. 36/2023, alla soc. nomos s.r.l. per un periodo di 18 mesi, per un costo totale di € 135.000,00 + iva, lo strumento di prevenzione, controllo e trattamento delle infezioni con l'obiettivo principale che è alla base dell'implementazione del modello di prevenzione e controllo e trattamento delle infezioni e della piattaforma darm, di

UOSD GOVERNO CLINICO E IGIENE E TECNICA  
 OSPEDALIERA

settembre 2025, che ha visto nei mesi precedenti (da giugno ad agosto) attività di integrazione tra: i Centri di Costo, i dati forniti dalla Farmacia per il consumo di litri di soluzione idroalcolica e i dati forniti dal SIO per le giornate di degenza per ciascuna Unità Operativa.

La piattaforma consente il monitoraggio mensile del consumo di soluzione idroalcolica per tutte le unità operative (UU.OO.) con degenza ordinaria.

*Tabella 4 – consumi di soluzione idroalcolica anni 2024 e 2025 per aree secondo indicazioni SERESMI*

	I semestre 2024			II Semestre 2024			Anno 2024		
	consumo	giorni degenza	L	consumo	giorni degenza	L	consumo	giorni degenza	L
Altro	122	28866	4,2	98,5	33791	2,9	220,5	62657	3,5
Chirurgica	302	28250	10,7	240	31535	7,6	542	59785	9,1
Medica	309	38813	8,0	439	42004	10,5	748	80817	9,3
Ortopedica	23	5236	4,4	25,5	6186	4,1	48,5	11422	4,2
Pronto Soccorso	259	5076	51,0	184	5423	33,9	443	10499	42,2
Terapia Intensiva	313	12160	25,7	451	14996	30,1	764	27156	28,1
<b>Totale complessivo</b>	<b>1328</b>	<b>118401</b>	<b>11,2</b>	<b>1438</b>	<b>133935</b>	<b>10,7</b>	<b>2766</b>	<b>252336</b>	<b>11,0</b>

	I semestre			II Semestre			2025		
	consumo	giorni degenza	L	consumo	giorni degenza	L	consumo	giorni degenza	L
Altro	10	3256	3.1	29.5	3312	8.9	39.5	6568	6
Chirurgica	333.5	40111	8.3	440	40089	11	774	80200	9.6
Medica	530	55637	9.5	619	55898	11	1149	111536	10
Ortopedica	27	5792	4.7	55.5	5884	9.4	82.5	11676	7.1
Pronto Soccorso	89	5068	18	74	5131	14	163	10199	16
Terapia Intensiva	421.5	13697	31	444.5	14879	30	866	28576	30
<b>Totale complessivo</b>	<b>1411</b>	<b>123561</b>	<b>11</b>	<b>1662.5</b>	<b>125193</b>	<b>13</b>	<b>3074</b>	<b>248755</b>	<b>12</b>

### 1.3 Scheda azione 2: formazione del personale.

Il questionario “Formazione del Personale” ha mostrato un punteggio pari a 85% (avanzato).

La formazione è stata progettata su target diversi che hanno incluso: formatori, osservatori e personale sanitario nelle diverse qualifiche, con interventi allo scopo di aumentare il grado di adesione all’igiene delle mani.

Dal mese di aprile 2025 è stato attivato il “Modulo – Osservazione dell’Igiene delle Mani”, sulla piattaforma AIPLAN-IPC (ex DARM) che ha richiesto l’individuazione e la specifica formazione di personale sanitario. Il personale sanitario è stato formato sull’uso della piattaforma, sulle modalità

---

contribuire a ridurre i rischi di acquisizione e trasmissione delle infezioni, ridurre le attività e i processi a non valore aggiunto, ridurre l’impatto economico nel trattamento delle ica.

UOSD GOVERNO CLINICO E IGIENE E TECNICA  
 OSPEDALIERA

di inserimento dei dati ed effettuazione delle specifiche attività riferite ai diversi moduli. Tutto il personale individuato è stato invitato a partecipare agli eventi formativi programmati. Nelle n. 37 Unità Operative con degenza di area medica, chirurgica e intensiva, sono stati formati n. 121 operatori sanitari in modalità frontale, al fine di garantire l'attivazione della piattaforma AIPLAN-IPC. Di questi, n. 60 operatori sanitari erano stati precedentemente individuati nell'ambito dell'*Infection Control Network* - deliberazione n. 1416 del 11 settembre 2024 - Modifica del gruppo di lavoro multidisciplinare per la sorveglianza e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (*Infection control network*) e del *team ICA*, come da deliberazione n. 1604 del 30/10/2023. È stato, inoltre, svolto un evento formativo di tipo residenziale dal titolo "Prevenzione in Movimento: incontri itineranti sulla prevenzione delle Infezioni Correlate all'assistenza"<sup>4</sup>, che ha coinvolto n. 227 operatori sanitari. L'evento formativo proprio per la sua specificità si è tenuto all'interno delle Unità Operative aziendali per facilitare la partecipazione di tutti gli operatori e ha previsto l'utilizzo di scanner per le mani degli operatori dopo procedura di igienizzazione.

Tabella 5 – Scheda azione 2

	<b>Azioni di Miglioramento</b>	<b>Responsabili</b>	<b>Tempi</b>	<b>Monitoraggio</b>
<b>Formazione dei formatori</b>	Aggiornare le competenze sul tema delle ICA	CC-ICA, GCICA	Entro dicembre 2025	Partecipazione al corso residenziale N 439273 – ECM del 14 marzo 2025
<b>Formazione degli osservatori</b>	Incontri formativi periodici a seguito dell'attivazione dei vari moduli sul rischio infettivo nella piattaforma AIPLAN-IPC	GCITO	Entro dicembre 2025	Conformità del 80% delle schede rischio infettivo compilate sulla piattaforma AIPLAN-IPC
	Re-training osservatori già formati (training/affiancamento on the job) con l'obiettivo di consolidare abilità nell'osservazione e trasferire agli stessi anche competenze di trainers (train the trainers).	GCICA, GCITO	Entro dicembre 2025	Valutazione continua delle competenze da parte dei formatori
<b>Formazione del personale</b>	Formazione obbligatoria sul tema delle ICA in particolare sull'igiene mani per tutti gli operatori sanitari delle aree di terapia intensive, di cinque	GCICA, GCITO	Entro dicembre 2025	Partecipazione > 80% degli operatori delle 15 UUOO individuate

<sup>4</sup> Determinazione Dirigenziale n. 790 del 26 dicembre 2025

UOSD GOVERNO CLINICO E IGIENE E TECNICA  
 OSPEDALIERA

	aree mediche e cinque aree chirurgiche			
	Progetto Formativo Aziendale Itinerante	GCICA, GCITO	Entro dicembre 2025	Partecipazione n.100 operatori

#### 1.4 Scheda d'azione 3: monitoring e feedback

Il questionario "Monitoring e Feedback" ha mostrato un punteggio pari a 83% (avanzato). Nell'anno 2025 è stato effettuato il monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani, tramite la piattaforma AIPLAN-IPC includendo le unità operative con degenza ordinaria e le terapie intensive. La percentuale di adesione aziendale alla procedura dell'Igiene delle mani è riportata in figura 1. In tabella 6 sono riportate le percentuali di adesione stratificate per area assistenziale secondo le indicazioni fornite dal SERESMI.

Figura 1 – Adesione all'igiene mani

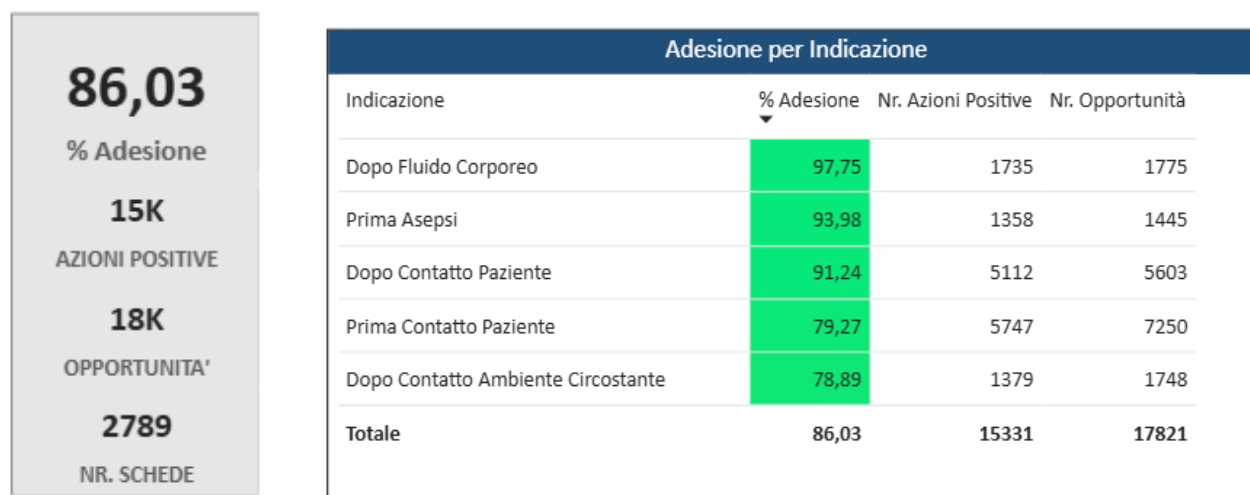


Tabella 6 – monitoraggio semestrale adesione igiene mani anno 2025

	I semestre		II semestre	
	N. Osservazioni	Adesione	N. Osservazioni	Adesione
Altro	178	60%	732	91%
Chirurgica	1870	92%	2933	91%
Medica	2728	95%	5009	93%
Ortopedica	9	100%	302	87%
Pronto Soccorso	118	83%	367	97%
Terapia Intensiva	668	92%	2907	91%
<b>Totale</b>	<b>5571</b>	<b>92%</b>	<b>12250</b>	<b>92%</b>

UOSD GOVERNO CLINICO E IGIENE E TECNICA  
 OSPEDALIERA

**Tabella 7 – Scheda azione 3**

	<b>Azioni di Miglioramento</b>	<b>Responsabili (R)</b>	<b>Tempi (T)</b>	<b>Monitoraggio (M)</b>
<b>Monitoraggio e Feedback</b>	Identificare i nuovi candidati osservatori.	GCICA	Giugno 2025	Valutazione continua delle motivazioni, impegno e conoscenze degli osservatori.
	Inserimento dati nella piattaforma AIPLAN-IPC	IC, GCICA, GCITO	Entro dicembre 2025	Monitoraggio piattaforma
	Analisi dati	DS, GCITO	Entro dicembre 2025	Controllo aggiornamento delle tabelle e dei grafici sulla piattaforma AIPLAN-IPC
	Feedback sull'aderenza all'igiene delle mani	GCICA, GCITO	Entro dicembre 2025	Aderenza allo standard ministeriale di consumo di gel idroalcolico
	Valutare analisi consumi soluzione alcolica, con l'obiettivo di superare il valore di consumo minimo di gel idroalcolico di 20 L/1000 giorni-paziente in ogni unità operativa di degenza.	Farmacia, GCICA, GCITO, SIO	semestrale	Entro settembre 2025 e febbraio 2026, invio dei dati al Ministero al SERESMI.

### 1.5 Scheda azione 4: comunicazione permanente.

Il questionario “Comunicazione Permanente” ha mostrato un punteggio pari a 85% (avanzato). Nell’anno 2025 è stata avviata una campagna di sensibilizzazione per i pazienti e i visitatori sul tema dell’igiene delle mani, attraverso i canali social, la homepage aziendale, la pubblicazione di opuscoli/dépliant e la realizzazione di un vademecum specifico, allo scopo di promuovere tale pratica.

È stata inoltre aggiornata e diffusa nei diversi contesti la cartellonistica aziendale sulla procedura di igienizzazione delle mani (lavaggio e frizionamento) riportando graficamente quanto indicato dall’OMS.

UOSD GOVERNO CLINICO E IGIENE E TECNICA  
 OSPEDALIERA

**Tabella 8 – Scheda azione 4**

	<b>Azioni di miglioramento</b>	<b>Responsabili (R)</b>	<b>Tempi (T)</b>	<b>Monitoraggio (M)</b>
<b>Comunicazione permanente</b>	Realizzazione e diffusione di opuscoli e dépliant per visitatori e pazienti	GCICA, GCITO	Entro dicembre 2025	Distribuzione del materiale informativo nelle Unità Operative Aziendali.
	Pianificare ed organizzare un programma per la giornata internazionale sull'igiene delle mani. (5 maggio)	GCICA, GCITO	Entro aprile 2025	Diffusione del messaggio tramite i principali canali social.
	Definire il piano di aggiornamento dei materiali informativi sull'igiene delle mani compresa la loro sostituzione se obsoleti o danneggiati.	GCICA, GCITO	Entro dicembre 2025	Verifica della consegna dei materiali informativi conformi al progetto di stesura.

**1.6 Scheda azione 5: clima organizzativo e commitment.**

Il questionario “Clima Organizzativo e Commitment” Requisiti Strutturali e Tecnologici” ha mostrato un punteggio pari a 85% (avanzato).

La Direzione strategica, attraverso le sue articolazioni organizzative, ha condiviso quanto descritto nelle “Schede di Azione” del presente piano.

E’ stato approvato, nell’ambito del piano di formazione aziendale, un corso residenziale dal titolo “Prevenzione in Movimento: incontri itineranti sulla prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza<sup>5</sup>”, che ha visto la partecipazione di 227 operatori sanitari.

<sup>5</sup> Determinazione Dirigenziale n.790 del 26 dicembre 2025 avente per oggetto: autorizzazione svolgimento del progetto formativo aziendale non accreditato ecm, in modalità residenziale (res), per l’anno 2025, dal titolo: “prevenzione in movimento: incontri itineranti sulla prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza (ica)” – (edizioni 13: 09.10.2025, 16.10.2025, 23.10.2025, 27.10.2025, 30.10.2025, 06.11.2025, 10.11.2025, 13.11.2025, 20.11.2025, 27.11.2025, 04.12.2025, 11.12.2025, 18.12.2025).

UOSD GOVERNO CLINICO E IGIENE E TECNICA  
 OSPEDALIERA

## PARTE 2 – PROGRAMMAZIONE 2026

### 2.1. Autovalutazione

L'autovalutazione per l'anno 2026 verrà effettuata entro il mese di febbraio 2026, da parte del GCICA, attraverso il questionario di autovalutazione di tutti i 5 componenti del bundle (scheda azione).

*Tabella 9 – Tempistiche dell'autovalutazione*

Azioni di miglioramento	Responsabili (R)	Tempi (T)	Monitoraggio (M)
Compilazione dei questionari di autovalutazione	GCICA	Entro febbraio 2026	settembre 2026 e dicembre 2026
Presentazione autovalutazione 5 componenti durante incontro CC-ICA. Illustrate le criticità e il piano d'azione delle priorità	GCICA	Entro febbraio 2027	Annuale

### 2.2. Scheda azione 1: requisiti strutturali e tecnologici

Per l'anno 2026 è in programma l'installazione di nuovi supporti per la soluzione idroalcolica nelle aree ambulatoriali e di day hospital e nelle unità operative di nuova attivazione.

Prosegue l'attività di monitoraggio delle condizioni dei lavandini delle aree di degenza, di ambulatori e day hospital.

Con l'attivazione della piattaforma AIPLAN-IPC (ex DARM), l'approvvigionamento della soluzione idroalcolica, nelle UUOO, sarà monitorato mensilmente nel corso dell'anno, consentendo interventi mirati nelle aree ritenute più critiche.

UOSD GOVERNO CLINICO E IGIENE E TECNICA  
 OSPEDALIERA

**Tabella 10 – Scheda azione 1\_anno 2026**

	<b>Azioni di miglioramento</b>	<b>Responsabili (R)</b>	<b>Tempi (T)</b>	<b>Monitoraggio (M)</b>
<b>Requisiti strutturali e tecnologici</b>	Installazione dispenser gel idroalcolico nelle aree ambulatoriali, day hospital e di nuova attivazione	UT, GCICA	Entro fine anno 2026	Verifica dell'installazione
	Monitoraggio e feedback condizioni igieniche dei lavandini di tutte le aree assistenziali	DS, GCITO	Entro dicembre 2026	Annuale
	Indagine sul consumo di soluzione alcolica	Farmacia, SIO	Semestrale	Semestrale. Invio dati al SERESMI
	Monitoraggio e feedback disponibilità di sapone, salviette monouso gel idroalcolico nelle unità di degenza.	DS, GCITO	Entro dicembre 2026	Mensile e/o secondo necessità
	Intervento di decalcificazione dei filtri dei rubinetti dei lavandini nelle zone filtro delle stanze delle Unità di degenza.	UT, GCITO	Entro dicembre 2026	Monitoraggio semestrale

### **2.3. Scheda azione 2: formazione del personale**

La formazione sarà progettata con modalità teorico-pratica su target diversi: formatori, osservatori e personale sanitario.

I formatori parteciperanno ad almeno un corso di aggiornamento riguardante l'igiene delle mani e la prevenzione e sorveglianza delle ICA.

Per gli osservatori identificati sarà eseguito un re-training.

Entro marzo 2026 sarà sviluppato un progetto formativo di tipo residenziale, itinerante (presso le UU.OO.), rivolto a tutti a tutti gli operatori sanitari, ai nuovi osservatori (*Infection Control Network*) e al personale neoassunto allo scopo di sensibilizzare alla corretta pratica e adesione all'igiene delle mani.

È inoltre in corso la revisione del protocollo "*Igiene delle Mani e utilizzo dei guanti*", che una volta deliberato sarà diffuso in tutti i contesti sanitari.

UOSD GOVERNO CLINICO E IGIENE E TECNICA  
 OSPEDALIERA

*Tabella 11 – Scheda azione 2\_anno 2026*

	<b>Azioni di Miglioramento</b>	<b>Responsabili (R)</b>	<b>Tempi (T)</b>	<b>Monitoraggio (M)</b>
<b>Formazione dei formatori</b>	Conferma dei formatori	CC-ICA	Anno 2026	Primo semestre 2026
	Definire un piano/calendario, per l'avvio delle attività di formazione dei formatori	GCICA, RM	Entro febbraio 2026	Anno 2026
<b>Formazione degli osservatori</b>	Effettuare la formazione degli osservatori di nuovo arruolamento per la compilazione del modulo per l'igiene delle mani della piattaforma AIPLAN-IPC	GCICA 2026	Entro dicembre 2026	Valutazione continua delle competenze da parte dei formatori
	Re-training degli osservatori formati nel 2025 con l'obiettivo di consolidare abilità nell'osservazione, attraverso il modulo della nuova piattaforma AIPLAN-IPC (ex DARM) e trasferire agli osservatori anche competenze di trainer.	Formatori/ GCICA	Entro dicembre 2026	Valutazione continua delle competenze da parte dei formatori
<b>Formazione del personale sanitario delle varie qualifiche</b>	Programmare il piano formativo, compreso il calendario, per avviare, la formazione di tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai nuovi assunti.	GCICA e Formazione	Entro febbraio 2026	annuale
	Attuazione incontri formativi sull'igiene mani per tutti gli operatori sanitari	Formazione	Entro dicembre 2026	Almeno due incontri nell'anno 2026
	Formazione itinerante con l'utilizzo di scanner per effettuare training sulla corretta pratica dell'igiene mani (valutazione qualitativa) durante esercitazioni on the job	GCICA	Entro dicembre 2026	Programmazione entro febbraio 2026

## 2.4 Scheda azione 3: monitoring e feedback

Per l'anno 2026 prosegue il monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani tramite la piattaforma AIPLAN-IPC, in tutte le unità operative con degenza ordinaria e le terapie intensive. Ogni unità operativa dovrà effettuare un minimo di 400 osservazioni divisi in due semestri.

UOSD GOVERNO CLINICO E IGIENE E TECNICA  
 OSPEDALIERA

Nel corso dell'anno verrà ultimato il processo di integrazione dei sistemi informativi aziendali per il caricamento (in autonomia) dei dati relativi al consumo di gel di soluzione idroalcolica sulla piattaforma AIPLAN-IPC. Tale integrazione consentirà di monitorare lo specifico consumo di soluzione idroalcolica mensilmente.

I dati raccolti sulla piattaforma forniranno l'opportunità di individuare le aree cliniche nelle quali intervenire con correttivi, se non fossero ancora raggiunti gli standard previsti.

Mensilmente verrà trasmesso un feedback alle UU.OO. relativamente al consumo del gel idroalcolico che al monitoraggio sull'adesione dell'igiene delle mani.

Semestralmente verranno trasmessi dati al SERESMI sul consumo del gel idroalcolico che sul monitoraggio sull'adesione dell'igiene delle mani.

*Tabella 12 – Scheda azione 3\_anno 2026*

	<b>Azioni di miglioramento</b>	<b>Responsabili (R)</b>	<b>Tempi (T)</b>	<b>Monitoraggio (M)</b>
<b>Monitoraggio e Feedback</b>	Migliorare l'adesione all'igiene delle mani anche aumentando il numero di auto-osservazioni attraverso la piattaforma AIPLAN-IPC	GCICA	semestrale	Mensile 400 annue Invio semestrale dati.
	Sensibilizzare il personale all'uso della soluzione alcolica	GCICA	Nell'anno 2026	Semestrale
	Valutare analisi consumi soluzione alcolica, con l'obiettivo di superare il valore di consumo minimo di gel idroalcolico di 20 L/1000 giorni-paziente in ogni unità operativa di degenza.	Farmacia, GCICA, SIO	semestre	Ogni 6 mesi valutare consumi di gel idroalcolica. Inviare i dati al SERESMI
	Valutare 'Monitoraggio adesione alla procedura dell'igiene mani'	GCICA	semestre	Ogni 6 mesi valutare l'adesione alla procedura dell'igiene delle mani. Inviare i risultati al SERESMI

UOSD GOVERNO CLINICO E IGIENE E TECNICA  
 OSPEDALIERA

	Feedback formalizzato con mail alle UU.OO. sull'aderenza alla procedura igiene delle mani e al consumo di soluzione idroalcolica	GCICA,	Settembre 2026 Gennaio 2027	mensile
	Implementazione protocollo Igiene delle mani e utilizzo dei guanti, revisionata	GCICA	Nell'anno 2026	mensile

## 2.5 Scheda azione 4: comunicazione permanente

Nel 2026, proseguiranno le azioni di sensibilizzazione per pazienti e visitatori sul tema dell'igiene delle mani e in previsione della giornata internazionale sull'igiene delle mani (per il 5 maggio 2026), saranno pianificati una serie di interventi orientati al coinvolgimento di operatori sanitari e utenti.

Tabella 13 – Scheda azione 4\_anno 2026

	Azioni di miglioramento	Responsabili (R)	Tempi (T)	Monitoraggio (M)
<b>Comunicazione Permanente</b>	Realizzazione e diffusione di opuscoli e dépliant per visitatori e pazienti presso le unità operative di degenza e nelle aree ambulatoriali.	GCICA, GCITO	Entro dicembre 2026	Annuale
	Pianificare e organizzare interventi di sensibilizzazione per la giornata internazionale del 5 maggio.	GCICA, GCITO	Entro aprile 2026	Marzo 2026 definizione attività e materiali
	Aggiornare la cartellonistica se danneggiata o obsoleta.	GCICA, GCITO	Entro dicembre 2026	Semestrale

## 2.6 Scheda azione 5: clima organizzativo e commitment

La Direzione, attraverso le sue articolazioni organizzative, condivide e approva quanto descritto nel presente piano.

## PROGRAMMA DI CONTROLLO LEGIONELLOSI

### Sommario

1.	PREMESSA .....	2
2.	COSTITUZIONE DEL TEAM .....	2
3.	REALIZZAZIONE DELLA PIATTAFORMA DOCUMENTALE .....	2
4.	MODALITÀ DI ESECUZIONE E TEMPI DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO E INDICAZIONE SINTETICA DELLE MISURE DI CONTROLLO PREVISTE.....	2
5.	RISULTATO SINTETICO DEGLI ESITI DI MONITORAGGIO OPERATIVO DI VERIFICA SULL'EFFICACIA DELLE MISURE DI CONTROLLO IN ATTO .....	4
6.	SINTESI DEL PIANO DI MIGLIORAMENTO EVENTUALMENTE PREVISTO E INDICAZIONE SINTETICA DELLE AZIONI CORRETTIVE .....	6
7.	PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI DI SUPPORTO PREVISTE .....	6

UOSD GOVERNO CLINICO E IGIENE E TECNICA  
OSPEDALIERA

### 1. Premessa:

L'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini ha elaborato un programma di controllo della Legionellosi, in linea con Linee guida nazionali e le Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi - Deliberazione Giunta Regionale n. 460 del 28/06/2024.

### 2. Costituzione del team:

L'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini ha istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare per la definizione del programma di controllo della Legionellosi (documento interno n.0001071 del 20/01/2026), costituito da:

- Rappresentante della Direzione Sanitaria
- Risk Manager
- Responsabile del servizio di prevenzione e protezione
- Rappresentante del Servizio Tecnico
- Microbiologo
- Due rappresentanti delle aree cliniche

### 3. Realizzazione della piattaforma documentale

Sul sito intranet aziendale sono disponibili le procedure, istruzioni operative, protocolli, altra documentazione, al fine di agevolare la visione, la diffusione e il recepimento degli obiettivi strategici aziendali. Durante il 2025, è stata implementata la piattaforma informatizzata *AIPLAN-IPC* che entrerà a pieno regime nel corso dell'anno 2026. Tale piattaforma consente una adeguata gestione del sistema documentale, garantirà la possibilità di associare la parte documentale alla specifica attività sanitaria.

### 4. Modalità di esecuzione e tempi della valutazione del rischio e indicazione sintetica delle misure di controllo previste

L'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini ha affidato in *outsourcing* il servizio di trattamento e disinfezione continua della rete idrica dell'acqua calda sanitaria per il controllo e la prevenzione del rischio biologico da *Legionella spp.* Il servizio è attivo nei diversi padiglioni dell'Azienda, con tipologia di impianti diversificati, come di seguito specificato:

- Padiglione Piastra destra: impianto di disinfezione con monoclorammina.
- Padiglione Piastra sinistra: impianto di disinfezione con monoclorammina.
- Padiglione Piastra terrazza: impianto con monoclorammina.
- Padiglioni Flajani/Maroncelli: impianto di disinfezione con biossido di cloro e sistema di ultrafiltrazione.
- Padiglione Bassi: impianto di disinfezione con monoclorammina.
- Padiglione Cesalpino: impianto di disinfezione con monoclorammina.
- Padiglione Marchiafava: impianto di disinfezione con monoclorammina.
- Padiglione Lancisi: impianto di disinfezione con biossido di cloro.
- Padiglione Puddu: impianto di disinfezione in continuo con biossido di cloro.

## UOSD GOVERNO CLINICO E IGIENE E TECNICA OSPEDALIERA

- Padiglione Sala: impianto di disinfezione con monoclorammina.
- Padiglione Morgagni: impianto di disinfezione in continuo con biossido di cloro.
- Padiglione Antonini: impianto di disinfezione in continuo con biossido di cloro.

La valutazione del rischio viene eseguita secondo quanto previsto dalle linee di indirizzo nazionali e regionali e secondo quanto previsto dal Protocollo aziendale sulle misure di controllo e trattamento degli impianti idrici per la prevenzione delle infezioni nosocomiali da Legionella (Deliberazione n. 255 del 25/02/2025), mediante l'utilizzo di una lista di controllo strutturata e compilata per ciascun padiglione.

La valutazione del rischio

- prende in considerazione:
  - la tipologia di pazienti assistiti e delle procedure sanitarie erogate;
  - le caratteristiche ambientali e impiantistiche dei fabbricati;
  - l'eventuale presenza di eventi epidemiologici.
- è effettuata tramite:
  - analisi del rischio per tipologia di pazienti assistiti;
  - analisi del rischio per tipologia di impianto (impianti idrici e impianti aeraulici);
- utilizza come strumento operativo la "lista di controllo per il sopralluogo di valutazione del rischio legionellosi", che costituisce base preliminare e sistematica per la stima del rischio.

La metodologia di valutazione è quindi basata su:

- sopralluogo tecnico;
  - compilazione delle liste di verifica;
  - valutazione dei fattori di rischio impiantistici e assistenziali;
  - attribuzione di esiti utili al confronto periodico nel tempo.
- 
- **Tempi e periodicità della valutazione del rischio**

La valutazione del rischio viene revisionata almeno con periodicità annuale e ripetuta ogni qualvolta si verificano:

- modifiche degli impianti;
- modifiche della tipologia di pazienti assistiti;
- variazioni della situazione epidemiologica della struttura;
- reiterata e anomala presenza di Legionella negli impianti, rilevata durante le attività di monitoraggio microbiologico.

UOSD GOVERNO CLINICO E IGIENE E TECNICA  
OSPEDALIERA

## 5. Risultato sintetico degli esiti di monitoraggio operativo di verifica sull'efficacia delle misure di controllo in atto

Nel corso del 2025 le attività di monitoraggio presso le UU. OO. garantendo un controllo costante sull'integrità dell'impianto idrico. Le principali misure di controllo previste dal programma aziendale sono articolate come segue.

### - Manutenzione programmata degli impianti

Gli impianti idrici dei padiglioni destinati ad attività assistenziali sono sottoposti a manutenzione ordinaria con cadenza semestrale (comprende in particolare lo svuotamento dei boiler e dei circuiti di acqua calda sanitaria, pulizia e decalcificazione, eliminazione dei reflui di lavaggio, registrazione della temperatura di esercizio dell'acqua calda) e tracciabilità delle attività tramite registri di manutenzione).

### - Manutenzione dei punti terminali di erogazione

È prevista la manutenzione ordinaria dei terminali (rompigetto, flessibili, diffusori doccia) con tracciabilità degli interventi e registrazione delle date di sostituzione.

### - Controllo e gestione degli impianti aerulici e terminali

Sono previste attività periodiche di controllo e pulizia dei sistemi di umidificazione, controllo e sanificazione delle batterie di scambio termico, pulizia e sanificazione di ventilconvettori e split, controllo delle vaschette di raccolta condensa.

Le principali frequenze operative sono rappresentate da controlli trimestrali su sistemi di spurgo, lance di vapore e ugelli; pulizia e sanificazione semestrale delle bacinelle di condensa; pulizia e sanificazione annuale delle batterie e dei terminali.

### - Monitoraggio microbiologico dell'acqua calda sanitaria

È attuato un programma strutturato di campionamento che prevede l'effettuazione di prelievi secondo procedure e tempistiche standardizzate (cadenza trimestrale/semestrale), con contestuale misurazione della temperatura dell'acqua; inoltre, vengono attuate specifiche procedure per i punti dotati di filtri antibatterici, con doppio campionamento (con filtro e senza filtro).

I prelievi microbiologici vengono effettuati da parte della società incarica con cadenza trimestrale in tutti i padiglioni in cui è installato il sistema di disinfezione in continuo e dall'Azienda con cadenza semestrale in tutti i padiglioni.

### - Trasmissione, registrazione e analisi dei risultati

I referti microbiologici sono trasmessi dalla società incaricata che ha in gestione l'attività e riportano dati identificativi del sito, modalità di prelievo, esito, carica, temperature e date.

I dati vengono registrati e utilizzati per la valutazione dell'andamento della contaminazione nel tempo e la revisione continua dei controlli periodici.

### - Misure correttive e bonifica degli impianti

In tutti i casi di superamento dei valori di riferimento previsti, vengono messi in atto interventi finalizzati alla riduzione dei valori come di seguito indicato:

- > 100 UFC/l < 500: incremento dei flussaggi nei punti terminali risultati positivi;
- > 500 UFC/l < 1000: incremento della concentrazione di biocida nella rete idrica, incremento dei flussaggi nei punti terminali risultati positivi;

UOSD GOVERNO CLINICO E IGIENE E TECNICA  
 OSPEDALIERA

- > 1000 UFC/l < 10000: sanificazione della rete idrica sanitaria mediante iperclorazione;
- > 10000 UFC/l: sanificazione della rete idrica sanitaria mediante iperclorazione e installazione di filtri terminali anti-batterici.

Nella tabella 1 sono riportati i campionamenti effettuati nell'anno 2025 nei padiglioni dell'Azienda.

Tabella 1 – Report campionamenti effettuati nell'anno 2025 e misure correttive

Padiglione	N. prelievi Azienda		N. prelievi ditta in appalto		Misure correttive
	totale	positivi (≥100 UCF)	totale	positivi (≥100 UCF)	
ANTONINI	12	5	20	7	Attivazione nuovo sistema disinfezione in continuo in data 12/11/25; aumento quantità di biossido; flussaggio; controllo temperature e monitoraggio a 30 giorni.
BASSI	12	4	47	0	Flussaggio; controllo temperature.
CESALPINO	12	0	46	8	Aumento quantità di monoclorammina; flussaggio; controllo temperature.
FLAJANI-MARONCELLI	16	1	40	3	Aumento quantità di biossido; flussaggio; controllo temperature.
LANCISI	13	1	40	3	Aumento quantità di biossido; flussaggio; controllo temperature.
MARCHIAFAVA	12	0	35	3	Aumento quantità di biossido; flussaggio; controllo temperature.
MORGAGNI	16	6	20	13	Attivazione nuovo sistema disinfezione in continuo in data 28/10/25; aumento quantità di biossido; flussaggio; controllo temperature e monitoraggio a 30 giorni.
PIASTRA DX	12	0	40	0	
PIASTRA SX	12	0	40	5	Aumento quantità di monoclorammina; flussaggio; controllo temperature.
PIASTRA TERRAZZA	12	0	30	1	Aumento quantità di monoclorammina; flussaggio; controllo temperature.
PUDDU	16	0	40	0	
SALA	41	15	20	4	Attivazione nuovo sistema disinfezione in continuo in data 02/10/25, installazione filtri antibatterici, flussaggio, controllo temperature e monitoraggio a 30 giorni.
TOTALE	186	32	418	47	

## UOSD GOVERNO CLINICO E IGIENE E TECNICA OSPEDALIERA

In tutti i casi di positività riscontrate nell'impianto, sono state messe in atto le misure correttive specifiche e sono stati ripetuti i campionamenti al fine di verificare l'efficacia delle misure attivate. Il sistema di gestione del rischio si è dimostrato sostanzialmente capace di mantenere la contaminazione sotto le soglie d'azione previste, garantendo la tutela della salute degli utenti.

### **6. Sintesi del piano di miglioramento eventualmente previsto e indicazione sintetica delle azioni correttive**

Il piano di miglioramento e le azioni di miglioramento previste si basano sul "Protocollo Aziendale sulle misure di controllo e trattamento degli impianti idrici per la prevenzione delle infezioni nosocomiali da *Legionella*" Deliberazione N. 0255 del 25/02/2025.

In presenza di casi accertati o sospetti di infezione da *Legionella*, il protocollo aziendale prevede l'attivazione immediata del Team che prevede l'avvio tempestivo di un'indagine epidemiologica, le verifiche impiantistiche previste e campionamenti ambientali straordinari.

Qualora i rilievi ambientali confermino la presenza dell'agente patogeno, vengono attuati interventi di bonifica quali l'iperclorazione degli impianti, il controllo delle temperature e il flussaggio, accompagnati dalla sostituzione dei filtri e dalla sanificazione profonda dei boiler.

Nelle stanze di degenza che ospitano pazienti immunocompromessi o particolarmente a rischio sono installati filtri antibatterici su docce e rubinetti con una efficacia garantita dei filtri attualmente in uso è pari a 90 giorni.

### **7. Pianificazione delle azioni di supporto previste**

Le azioni di supporto si articolano principalmente nell'organizzazione di eventi formativi strutturati e in una costante attività di sensibilizzazione rivolta a tutti i soggetti che operano o frequentano l'ambiente ospedaliero. L'attività formativa principale consiste nell'erogazione di giornate formative itineranti nella UU.OO. sul rischio *Legionella* e la prevenzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza, pertanto, vengono trasmesse le competenze tecniche e comportamentali necessarie alla prevenzione della contaminazione. Il personale viene addestrato sulle buone pratiche quotidiane, come il flussaggio dei terminali poco utilizzati e la corretta manutenzione dei dispositivi per la terapia respiratoria.