

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Casa di Cura Privata
"Clinica Parioli"
Via Felice Giordano n 8 - 00197 Roma

Procuratore Speciale
Dott.ssa Manuela Pirrone

Risk Manager/Direttore Sanitario
Dott. Stefano Sabatini

1. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

- Di seguito la matrice delle responsabilità stabilite all'interno della Casa di Cura per la redazione, adozione e monitoraggio del PARS.

Azione	Amm.re Procuratore Speciale	Direttore Sanitario Risk Manager	Strutture di supporto
Redazione PARS	C	R	C
Redazione PARS con riferimento al Rischio Infettivo	C	R	i
Approvazione e adozione PARS	R	I	i
Monitoraggio PARS	C	R	C
Monitoraggio PARS con riferimento al Rischio infettivo	I	R	C

Legenda

[R]: funzione Responsabile. [C]: funzione Coinvolta. [I]: funzione Interessata

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

la casa di cura "Clinica Parioli" è una struttura autorizzata con determina G12636 del 02/10/2025 e G14505 del 04/11/2025. Struttura che eroga prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuzie - 30 posti letto

AREA CHIRURGICA

Raggruppamento Chirurgico – 30 p.l. complessivi

- Unità Funzionale di Chirurgia Generale: 15 p.l.
- Unità Funzionale di Ortopedia e Traumatologia: 5 p.l.
- Unità Funzionale di Oculistica: 4 p.l.
- Day Surgery Multispecialistico: 6 p.l.

BLOCCO OPERATORIO

- n. 4 sale operatorie dedicate all'attività chirurgica per le degenze ordinarie e per la day surgery
- n. 1 sala endoscopica, conforme ai requisiti del DCA 35/2019, utilizzata esclusivamente per prestazioni di endoscopia digestiva

SERVIZI DELLA STRUTTURA SANITARIA

- Laboratorio Analisi (cod. 00)
- Diagnostica per Immagini – Radiologia Diagnostica (cod. 69): RX, TAC, Mammografia, Ecografia, MOC, RMN settoriale 0,25 T
- Frigoemoteca (in convenzione con il Policlinico Umberto I)

3. AMBULATORI PER VISITE SPECIALISTICHE

Branche autorizzate:

- Cardiologia (cod. 08)
- Chirurgia Generale (cod. 09)
- Chirurgia Pediatrica (cod. 11)
- Chirurgia Plastica (cod. 12)
- Malattie Endocrine, del Ricambio e della Nutrizione (cod. 19)
- Ortopedia e Traumatologia (cod. 36)
- Ostetricia e Ginecologia (cod. 37)
- Otorinolaringoiatria (cod. 38)
- Urologia (cod. 43)
- Dermatologia (cod. 52)
- Gastroenterologia (cod. 58)
- Oncologia (cod. 64)

4. DATI STRUTTURALI

CASA DI CURA "CLINICA PARIOLI"			
ASL territorialmente competente	ASL ROMA 1		
Posti letto ordinari	24	Ortopedia	5
		Chirurgia	15
		Oculistica	4
Posti letto diurni	6	Frigoemoteca	1
Blocchi Operatori	1	Sale Operatorie	4
DATI DI ATTIVITÀ			
Ricoveri ordinari	1584	Ricoveri diurni	676
Branche specialistiche	13	Prestazioni ambulatoriali erogate	11004 (visite + rx + ecografie + tac + risonanza) 205 (interventi chirurgia ambulatoriale)

5. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Nell'anno 2025 presso la Casa di Cura Clinica Parioli sono stati segnalati e registrati utilizzando lo strumento dell'incident reporting e delle non conformità, gli eventi riportati in tabella.

INDICATORE	VALORE ASSOLUTO (N)	PERCENTUALE (%)
TIPOLOGIA EVENTO		
Caduta	5	100%
LDP	0	0%
CLASSIFICAZIONE EVENTO		
Near Miss	0	0%
Evento Avverso	5	100%
Evento Sentinella	0	0%
FONTE SEGNALAZIONE		
Incident Reporting	5	100%
Monitoraggio LDP	0	0%

Nel totale degli eventi registrati dalla struttura nel 2025, risultano quattro cadute accidentali. Per tutti gli eventi segnalati, si sottolinea l'immediata gestione e l'assenza di particolari problematiche postume.

10.0 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Per quanto riguarda la posizione assicurativa, la Società Fenice Parioli S.r.l. (Clinica Parioli) ha scelto di gestire internamente l'assicurazione, adottando un regime di autoassicurazione. La copertura dei rischi derivanti dall'esercizio dell'attività è garantita attraverso la costituzione di un fondo apposito. La consistenza del fondo viene ricalcolata annualmente in base alla sinistrosità eventualmente verificatasi.

Tabella 6 - fondo rischi

ANNO	CONSISTENZA FONDO RISCHI
2025	€ 300.00,00

**10.1 SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO
(AI SENSI DELL'ARTICOLO 4. C. 3 L. 24/2017)**

ANNO	N Sinistri aperti	N Sinistri erogati	Risarcimenti erogati
2019	1	-	-
2020	3	-	-
2021	2	-	-
2022	4	-	-
2023	12	-	-
2024	12	-	-
2025	15	1	1

11. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ PREVISTE NEI PIANI PRECEDENTI

1° Obiettivo PARS: Diffondere la cultura e la sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Realizzazione di un Corso di formazione per gli operatori della struttura sulla Gestione del rischio clinico e sulla Sicurezza delle Cure	SI	Corso svolto (Gestione del rischio clinico: qualità, informazione, formazione, Informatizzazione) 4h il 20.06.2025
2° Obiettivo PARS: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Consolidamento del sistema di Incident Reporting per la segnalazione degli eventi avversi	SI	Corso svolto Sistema di incident reporting consolidato 4h il 20.06.2025
3° obiettivo PARS: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Valutazione del rischio cadute, monitoraggio e prevenzione delle stesse	SI	La scheda di valutazione del rischio caduta è compilata e presente nella documentazione sanitaria.
4° Obiettivo PARS: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Verifica dell'utilizzo sistematico della Check list di sala operatoria	SI	La Check list viene compilata regolarmente ed è presente nella documentazione sanitaria unitamente alla scheda preoperatoria per la verifica della corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura.

5° Obiettivo PARS: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Organizzazione, in collaborazione con il RSSP, di incontri periodici con gli operatori su argomenti che interessano contemporaneamente la sicurezza degli operatori e dei pazienti	SI	Sono stati svolti incontri periodici all'interno della struttura, organizzati in collaborazione con il RSSP, rivolti agli operatori e finalizzati alla trattazione di tematiche inerenti congiuntamente la sicurezza degli operatori e la sicurezza dei pazienti.

Tabella 8 – grado di raggiungimento degli obiettivi PARS 2025 per la gestione del rischio infettivo

1° Obiettivo: Formazione personale sanitario sulle misure di prevenzione e controllo delle ICA		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	SI	È stata progettata ed eseguita un'edizione del corso sul monitoraggio e la prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), svolta in data 20/06/2025.
2° Obiettivo: Consolidare nella Casa di Cura i requisiti organizzativi e strutturali per consentire agli operatori un'agevole pratica dell'igiene delle mani.		
Attività 1 e 2	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1) ampliare il numero di punti di assistenza dotati di dispenser entro il 31/12/2025	SI	All'interno della struttura, sono permanentemente disponibili flaconi con dispenser contenenti soluzione idroalcolica. Nel corso dell'anno, si è registrato un aumento nel consumo di tale soluzione rispetto all'anno precedente. Come pratica consolidata, la struttura partecipa regolarmente alla segnalazione attraverso il portale CSIA (La Sorveglianza del Consumo di Soluzione Idro-Alcolica) in modo annuale.
Attività 2) monitoraggio dell'implementazione della corretta igiene delle mani mediante osservazione diretta	SI	È stato effettuato il monitoraggio periodico dell'implementazione della corretta igiene delle mani mediante osservazione diretta delle pratiche assistenziali, svolta dalle Coordinatrici Infermieristiche (Coord. IP) durante le attività ordinarie di supervisione clinico-assistenziale, al fine di verificare l'aderenza alle procedure aziendali e alle raccomandazioni per la prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).

3° obiettivo: Sorveglianza delle infezioni da CRE

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Sviluppo o consolidamento di un sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi	SI	La Casa di Cura dispone di una procedura per la sorveglianza dell'infezione da CRE attiva e condivisa.

4° Obiettivo: Implementazione delle linee di indirizzo sull'antibiotico profilassi peri- operatoria

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Estendere le linee di indirizzo a tutte le procedure chirurgiche eleggibili.	SI	Tutte le procedure chirurgiche, corrispondenti al 100%, sono precedute da profilassi, ad eccezione di interventi di chirurgia dermatologica di piccola entità.

5° Obiettivo: Esecuzione di una indagine di prevalenza sulle infezioni del sito chirurgico

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico	SI	<p>La Struttura effettua in modo sistematico e continuativo il monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza, con particolare riferimento alle infezioni del sito chirurgico (SSI), attraverso la raccolta, analisi e valutazione degli esami microbiologici eseguiti a seguito di sospetto clinico.</p> <p>L'attività di sorveglianza è svolta con modalità strutturata e periodica, mediante revisione dei casi, tracciabilità degli esiti e valutazione dell'andamento degli eventi infettivi, al fine di garantire l'individuazione tempestiva di eventuali criticità e l'adozione di misure di prevenzione e controllo del rischio infettivo.</p> <p>Tale monitoraggio costituisce parte integrante del sistema aziendale di gestione del rischio clinico e rappresenta base operativa per la programmazione delle azioni previste nel PARS 2026.</p>

13. ATTIVITÀ

OBBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “corso base di gestione del rischio clinico”

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026

(nr.2 corsi di formazione sul rischio clinico programmati per il 2026 e nr.2 totale dei corsi eseguiti nel 2025)

STANDARD: 100%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 2: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “corso di gestione del rischio clinico relativo a uno specifico ambito di attività”

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026

(nr.2 corsi di formazione sul rischio clinico programmati per il 2026 e nr.2 totale dei corsi eseguiti nel 2025)

STANDARD: 100%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

OBBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA

ATTIVITÀ 3: revisione e implementazione della documentazione del Sistema di Gestione aziendale di Rischio Clinico

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

(documentazione implementata) / (documentazione da implementare)

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Revisione modulo	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 4: esecuzione Audit di Rischio Clinico

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

Esecuzione di almeno 2 audit di cui uno almeno uno dedicato all'analisi delle cartelle cliniche. Svolti nr.2 audit nel 2025.

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Revisione modulo	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

OBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA

ATTIVITÀ 5: identificazione dei rischi attraverso il Safety Walkaround

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

(programmata nr.1 Safety Walkaround per il 2026)

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Implementazione strumento	R	C
Informazione/formazione	R	C
Verifica utilizzo	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

15. ATTIVITÀ

- Le attività sono state definite conformemente a quanto previsto nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP, in particolare dal Piano Predefinito 10 – PP10) e dal Piano Nazionale per il Contrasto all'Antibiotico Resistenza (PNCAR).

OBBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026

(monitoraggio periodico con esami batteriologici)

STANDARD: 100%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

OBBIETTIVO B): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

ATTIVITÀ 2: monitoraggio e mantenimento del Piano di Intervento Regionale sull'Implementazione delle Mani

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

Miglioramento Piano.

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Elaborazione Piano	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

OBBIETTIVO C): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE

ATTIVITÀ 3: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni da CRE (anche nel rispetto di quanto previsto dal Piano ICA)

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura in base alle indicazioni Regionali.

STANDARD: 100%

FONTE: CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE
Istituzione Gruppo di Lavoro	C	R
Definizione modello di sorveglianza	C	R
Definizione misure di controllo	C	R
Definizione gestione flusso nazionale	C	R
Revisione/Elaborazione procedura	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 4: elaborazione/revisione/implementazione di un programma di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship)

INDICATORE: Esecuzione di almeno due edizioni del Corso entro il 31.12.2026

Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura

STANDARD: 100%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Istituzione Gruppo di Lavoro	C	R
Definizione modello di sorveglianza	C	R
Definizione misure di controllo	C	R
Definizione gestione flusso	C	R
Revisione/Elaborazione procedura	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 5: report monitoraggio consumo prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31/12/2026

Elaborazione processo monitoraggio utilizzo prodotti idroalcolici, in litri ogni 1000 giornate di degenza.

STANDARD: 20 litri / 1000 gg degenza

FONTE: OMS

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE
Elaborazione report	C	R
Compilazione report	C	R
Condivisione risultati	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 6: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni del sito chirurgico e della ferita chirurgica

INDICATORE: Esecuzione di almeno due edizioni del Corso entro il 31.12.2026

Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura

STANDARD: 100%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Istituzione Gruppo di Lavoro	C	R
Definizione modello di sorveglianza	C	R
Definizione misure di controllo	C	R
Definizione gestione flusso	C	R
Revisione/Elaborazione procedura	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

16. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

- Il PARS verrà pubblicato sul sito internet della Casa di Cura sulla cui home page verrà inserito un link che rimanda direttamente al documento per favorirne la consultazione;
- La conoscenza del Piano verrà inoltre estesa agli operatori in occasione di incontri periodici, piccoli gruppi, da realizzarsi direttamente nei luoghi di lavoro;
- I dati contenuti nel presente documento sono oggetto di riesame periodico in collaborazione;
- con il personale sanitario e le altre funzioni dell'organizzazione;

17. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

Si riportano di seguito le fonti normative utilizzate quale riferimento per la stesura del presente Piano Aziendale per la gestione del Rischio Sanitario:

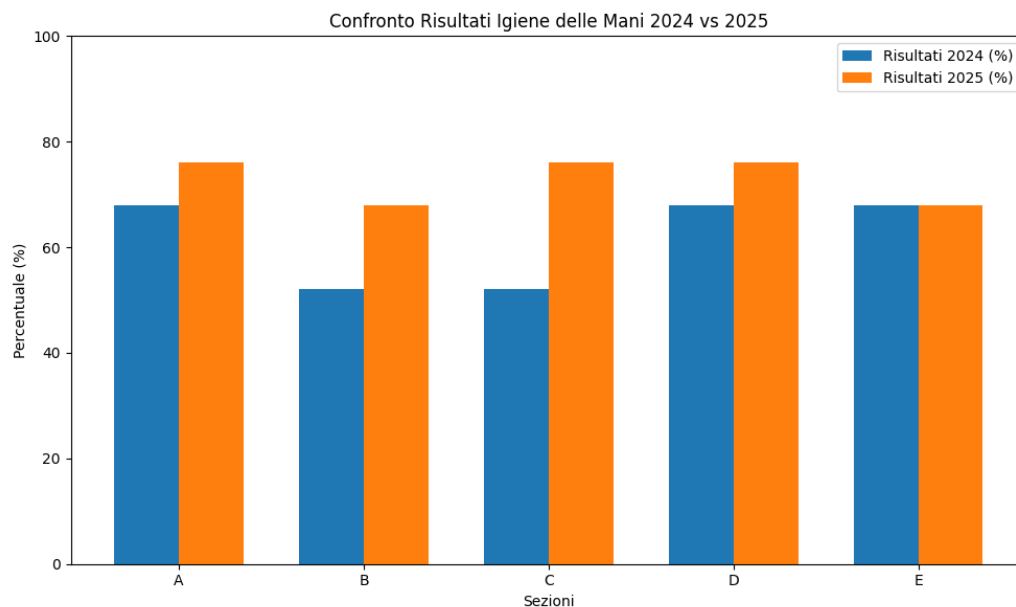
- SITO del Ministero della Salute. <http://www.salute.gov.it/>
- SITO del Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Toscana
- SITO della Fondazione "Italia in Salute"
- SITO della Associazione Scientifica Hospital & Clinical Risk Managers (HCRM)
- Circolare ministeriale 52/1985 - Lotta alle infezioni ospedaliere.
- Circolare ministeriale 8/1988 - Lotta alle infezioni ospedaliere.
- Decreto del 11 dicembre 2009
- Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità
- DCA Regione Lazio del 10/02/2011 n. U0008
- "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie"
- Legge 8 novembre 2012, n. 189. (Legge Balduzzi)
- «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.».
- Circolare Ministero della Salute del 26 febbraio 2013. n. 4968
- Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)
- Determinazione Regionale del 1° aprile 2014 n. G04112
- "Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)"
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208
- "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)
- DCA Regione Lazio del 4 novembre 2016, n. U00328
- Progetto 7.3 "contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici".
- DCA Regione Lazio del 7 novembre 2017 n. U00469
- Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D.lgs.502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010/2012.
- Legge n 24 dell'8 marzo 2017 (Gelli-Bianco)
- Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie
- Rapporto ISS COVID-19 • n. 4/2020 Rev. 2
- Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025
- Determinazione Regione Lazio del 6 dicembre 2017 n. 16829
- Istituzione del "Centro Regionale per il Rischio Clinico" (CRRC).
- Determinazione Regione Lazio del 27 aprile 2018 n. G05584
- Approvazione del "Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP) – 2024"
- Determinazione Regione Lazio del 26 febbraio 2021 n. G02044
- Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani".
- Determinazione Regione Lazio del 20 luglio 2021 n. G09850
- Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella".
- Determinazione Regione Lazio del 25/01/2022 n. G00643
- Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".
- Determinazione Regione Lazio del 06/11/2022 n. G15198
- Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla

determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016

- Determinazione Regione Lazio del 28/11/2022 n. G16501
- Approvazione del "Documento di indirizzo sulle Lesioni da pressione" 2024
- Manuale per la classificazione degli eventi e l'alimentazione del flusso SIREs-eventi. Centro Regionale Rischio
- Clinico – Regione Lazio. Versione 1.0 del 6 ottobre 2025.
- Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”
- Centro regionale
- Rischio Clinico – Regione Lazio. Determinazione G09850 del20/07/2021.
- Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani. Centro Regionale Rischio Clinico – Regione Lazio. 19 febbraio 2021;
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico Resistenza: PNCAR 2022-2025;
- Piano attuativo regionale per il contrasto all'antimicrobico-resistenza. PARCA 2026-2028.
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025;
- Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025.

**ATTIVITÀ EFFETTUATE 2025
QUESTIONARI DI AUTOVALUTAZIONE**

SEZIONE	RISULTATI 2024	RISULTATI 2025	AZIONI 2026
A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	51/75	76/100	<ul style="list-style-type: none"> Valutare la tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso Valutare l'introduzione di dispenser di vario tipo per aumentare l'utilizzo
B – FORMAZIONE DEL PERSONALE	26/50	51/75	<ul style="list-style-type: none"> Verificare che per il personale neoassunto sia prevista formazione sull'igiene delle mani Valutare le conoscenze degli operatori
C – MONITORAGGIO E FEEDBACK	26/50	76/100	<ul style="list-style-type: none"> Aumentare l'attività di osservazione e definire una cadenza regolare di svolgimento Valutare standard in relazione ai risultati
D – COMUNICAZIONE PERMANENTE	51/75	76/100	<ul style="list-style-type: none"> Valutare nuovo materiale per la comunicazione con il coinvolgimento di tutti gli stakeholder (Direzione Sanitaria, Risk Manager, Ufficio Comunicazione, Responsabile Qualità)
E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	51/75	51/75	<ul style="list-style-type: none"> Valutare l'introduzione di nuovi strumenti di partecipazione del personale Valutare la definizione di giornate annuali dedicate al tema (campagne interne)



Anno di riferimento: 2025 **Intervallo di tempo:** annuale **Standard OMS:** 20 litri / 1000 giornate di degenza **Fonte:** OMS

Tabella 1 – Consumo riferito all'intera struttura

Categoria	Valore
CSIA*	50 litri
GDO*	1944

Tabella 2 – CSIA suddivisa per aree di degenza / non degenza

Area	CSIA* (litri)	GDO*	Consumo (L/1000 GDO)
Degenza**	40	1584	25.25
NON Degenza**	10	360	27.78
Totale	50	1944	25.72

*CSIA = Consumo di Soluzione Idroalcolica e/o prodotto equivalente (in litri) *GDO = Giornate di Degenza Ordinaria **Vedi foglio "Legenda" per definizioni di aree degenza / non degenza

Confronto con lo standard OMS (20 L / 1000 GDO)

- **Tutta la struttura:** 25.72 L / 1000 GDO → **+28.6%** rispetto allo standard
- **Area Degenza:** 25.25 L / 1000 GDO → **+26.3%**
- **Area NON Degenza:** 27.78 L / 1000 GDO → **+38.9%**

Il consumo risulta superiore allo standard OMS in tutte le categorie, con un utilizzo leggermente più intenso nelle aree non degenza (anche se in valore assoluto molto minore).

MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DI GESTIONE DEL RISCHIO LEGIONELLOSI

N.	AMBITO	ATTIVITÀ SVOLTA	ESITO / STATO DI ATTUAZIONE	PERIODICITÀ
1	Governance	Costituzione formale del Team di Gestione del Rischio Legionellosi	Team nominato con definizione di ruoli e responsabilità; verbali archiviati	Aggiornato in caso di variazioni organizzative
2	Coordinamento	Riunioni del gruppo di lavoro	Effettuate n. 2 riunioni annuali con verbalizzazione e analisi esiti monitoraggio	Annuale (≥2 incontri)
3	Sistema documentale	Istituzione e aggiornamento piattaforma documentale dedicata	DVR, piano di controllo, registri manutenzione, esiti campionamenti e procedure archiviati	Aggiornamento continuo
4	Valutazione del rischio	Redazione/aggiornamento DVR ai sensi D.Lgs. 81/08 e Linee Guida 2015	DVR aggiornato; analisi impiantistica e individuazione punti critici completata	Biennale o a seguito di modifiche/criticità
5	Ispezione tecnica	Sopralluogo tecnico per individuazione/conferma fonti di rischio	Eseguito un sopralluogo annuale con report tecnico	Annuale
6	Misure di prevenzione	Implementazione misure strutturali e gestionali (controllo temperature, flussaggi, manutenzione, disinfezioni)	Misure attuate e registrate su appositi registri; parametri conformi	Attuazione continuativa
7	Misure di controllo microbiologico	Esecuzione piano di campionamento	<ul style="list-style-type: none"> In assenza di positività: controlli di routine annuali effettuati In caso di positività: attivate azioni correttive e ricampionamento fino a negativizzazione 	Annuale / Straordinaria in caso di positività
8	Procedure operative	Redazione e revisione procedure specifiche per gestione rischio Legionellosi	Procedure formalizzate e revisionate; distribuite al personale interessato	Revisione annuale
9	Segnalazione e notifica	Definizione flussi informativi interni ed esterni	Procedure attive; nessuna/notificate eventuali segnalazioni secondo normativa	In caso di evento
10	Gestione ICA	Applicazione protocollo in caso di sospetta infezione correlata	Nessun caso correlato registrato / (oppure) gestione effettuata secondo protocollo	Eventuale
11	Monitoraggio efficacia	Analisi esiti microbiologici e indicatori operativi	Non rilevate criticità significative / eventuali criticità gestite con azioni correttive documentate	Report annuale
12	Piano di miglioramento	Attuazione eventuali azioni correttive o migliorative	Interventi eseguiti ove necessario; aggiornamento misure di prevenzione	A seguito monitoraggio
13	Formazione	Evento formativo sul rischio Legionella	Non svolto/riprogrammato	Annuale
14	Sensibilizzazione	Iniziative informative per personale e utenti	Non svolto/riprogrammato	Annuale

Il presente Programma di Controllo della Legionellosi è da considerarsi redatto e approvato da tutto il Gruppo di lavoro e assume la data di revisione del documento cui è allegato (MOD-PARS).