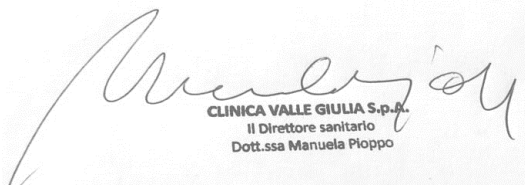
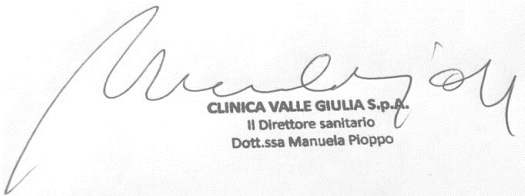
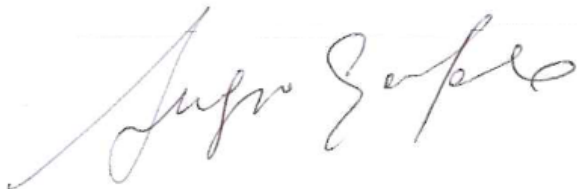


PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) *anno 2026*

	NOME E FUNZIONE	FIRMA
REDAZIONE e VERIFICA	<i>Dr. Manuela Pioppo</i> Direttore Sanitario	 CLINICA VALLE GIULIA S.p.A. Il Direttore sanitario Dott.ssa Manuela Pioppo
	<i>Dr. Manuela Pioppo</i> Risk Manager	 CLINICA VALLE GIULIA S.p.A. Il Direttore sanitario Dott.ssa Manuela Pioppo
APPROVA- ZIONE E VALI- DAZIONE	<i>Dott. Sergio Garofalo</i> Rappresentante Legale	

REV.	CODIFICA	STATO	DATA
0.0	PARS-2026	Approvato	26.02.2026

1. PREMESSA	3
1.1. CONTESTO ORGANIZZATIVO	6
1.2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	14
1.3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	18
1.4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE	18
2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS	24
3. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	25
4. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	30
5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS.....	36
6. PIANO DI AZIONE LOCALE.....	36
7. PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	37
8. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	37
9. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	38

1. PREMESSA

La Regione Lazio mediante l’emanazione della **Determinazione G 00643 del 25/01/2022** avente ad oggetto l’Adozione del “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)” ha stabilito che tutte strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale e l’ARES 118, nell’elaborazione e nell’adozione del PARS dovranno attenersi a quanto previsto dal suddetto documento di indirizzo.

La Determina prevede che tutte le strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale e l’ARES 118 trasmettano il PARS in formato pdf nativo al Centro Regionale Rischio Clinico via mail (crrc@regione.lazio.it) entro il 28 febbraio di ogni anno.

Il PARS deve essere disponibile (come documento o come link che rimanda al documento) sulla home page della Struttura. Nel caso in cui si decida di collocarlo all’interno della pagina relativa all’Amministrazione Trasparente, sulla Home page della Struttura.

La Determina G 00643 del 25/01/2022 prevede la redazione annuale del PARS (Piano Annuale del Rischio Sanitario) con l’obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Definire in maniera ancora più puntuale i ruoli e le responsabilità.
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all’Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle mani;
- Semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale supportandole nella cruciale fase del risk assessment.

Si riportano alcune attività che la struttura focalizzerà per il 2026:

1. Monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica;
2. Gestione della sepsi;
3. Misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (AMR, Antimicrobial Resistance)
4. Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica (SIA).

Inoltre, si fa presente che al PARS sono allegati i seguenti documenti:

- Piano di azione locale sull'igiene delle mani (PALIM).
- Programma di controllo della Legionellosi, secondo quanto previsto dalle Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi.

Il Piano Annuale per la gestione del Rischio sanitario (PARS) è lo strumento aziendale per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi e per una effettiva politica di miglioramento della sicurezza delle cure e della persona assistita.

L'Azienda, attraverso le politiche di risk management e i relativi piani annuali di sviluppo (obiettivi annuali), è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente.

La Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.r.l. ha strutturato una serie di iniziative volte ad aumentare la consapevolezza degli operatori nell'individuare le cause puntando a sviluppare una cultura della sicurezza basata sulla prevenzione e sulla previsione dei possibili rischi e dei processi di gestione del rischio, contribuendo attivamente al miglioramento delle condizioni di lavoro e del clima per la sicurezza all'interno della struttura di appartenenza.

La finalità cardine è quella di conoscere gli eventi che potrebbero accadere in modo tale da poter analizzare le cause profonde e porre in atto delle azioni correttive al fine di evitare che possano ripetersi.

Per la gestione del Rischio Clinico e infettivo e la promozione della Sicurezza dei Pazienti si devono necessariamente perseguire i seguenti obiettivi:

- promuovere la cultura della sicurezza sia per gli operatori che i pazienti;
- rilevare/aggiornare i rischi presenti nella realtà aziendale;
- intraprendere azioni mirate ad individuare, ridurre e prevenire l'incidenza di eventi avversi per pazienti ed operatori;
- migliorare la qualità del servizio offerto ai pazienti;
- dare un ruolo più attivo al cittadino-fruttoro o al paziente stesso, mediante un maggiore coinvolgimento nelle attività di gestione del rischio (gestione dei consensi informati);
- migliorare i livelli di comunicazione: comunicazione interna;
- continua applicazione di buone pratiche e raccomandazioni del Ministero della Salute;
- favorire lo sviluppo di strumenti per la sicurezza del paziente.

Anche l'anno 2025 ha visto l'implementazione di un sistema di gestione del rischio basato sul coinvolgimento degli operatori, strutturando attività finalizzate alla individuazione, valutazione e prevenzione dei rischi presenti all'interno dell'organizzazione sanitaria, in particolare si sono avviate e consolidate le seguenti attività:

- l'analisi proattiva dei rischi aziendali attraverso l'applicazione della metodologia FMEA e la mappa dei rischi;
- la formazione/informazione degli operatori sui rischi individuati;
- la formazione di corsi base e specifici sul rischio clinico per gli operatori;
- la formazione di corsi base e specifici sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza per gli operatori;
- l'aggiornamento/implementazione di sistemi procedurali di segnalazione degli eventi;
- l'aggiornamento/implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali;
- la redazione del piano regionale per il lavaggio delle mani;
- l'eventuale revisione/aggiornamento/implementazione delle procedure e istruzioni operative.

Il processo aziendale di gestione del Rischio è gestito dal Risk Manager e dal Direttore Sanitario supportato dai Responsabili delle aree.

Il Piano Annuale **per la gestione del Rischio sanitario (PARS)** rappresenta lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi. La struttura, con la figura del Risk Manager e del Direttore Sanitario e attraverso le politiche di risk management e i relativi piani annuali aziendali, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente.

Il presente PARS rappresenta, quindi, lo strumento strategico che la struttura utilizza per la contenzione dei rischi legati all'attività clinica e riporta, quindi, gli obiettivi e le azioni da intraprendere a livello aziendale per l'anno 2026, implementando e potenziando quelle misure già avviate negli anni precedenti.

Tale programmazione si prefigge l'obiettivo di prevenire e controllare efficacemente gli eventi avversi, agendo su fattori tecnici, organizzativi e di processo estremamente interconnessi tra di loro, nell'ottica del miglioramento della qualità delle cure erogate.

Il presente PARS racchiude anche le iniziative che la struttura intende continuare ad intraprendere per contenere il fenomeno delle ICA per i pazienti e per gli operatori sanitari, in un'ottica di promozione e miglioramento continuo della qualità di assistenza erogata.

La sorveglianza delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA) ha l'obiettivo di controllare eventuali infezioni e intervenire per evitare ulteriori casi. Essa è essenziale per promuovere la qualità dell'assistenza, riducendo il rischio di infezioni per pazienti, visitatori e operatori sanitari. La disponibilità di sistemi di sorveglianza e di monitoraggio delle ICA è necessaria per mantenere alto il livello di attenzione e definire dimensioni e caratteristiche del problema. Controllare le ICA e l'antimicrobicoresistenza può indirizzare meglio gli ulteriori interventi di prevenzione, monitorare i progressi mediante l'utilizzo di indicatori specifici e individuare

tempestivamente eventi sentinella ed epidemie.

Nella Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.r.l. viene effettuata anche una analisi proattiva dei rischi aziendali attraverso l'applicazione della metodologia FMEA.

La conoscenza del proprio contesto organizzativo è fondamentale ai fini della predisposizione delle politiche di Governo Clinico.

1.1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.r.l. è situata in Roma nel territorio del 2° Municipio dell'ASL Roma 1, quartiere Parioli, in Via Giuseppe de Notaris n. 2/b.

La Struttura è stata edificata nel 1956 e si estende per 2.583 mq.

La Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.r.l. è autorizzata con Determinazione della Regione Lazio n° G17269 del 07 Dicembre 2022 per le seguenti attività sanitarie:

Attività ricovero in acuzie (Raggruppamento Chirurgico):

- Unità funzionale di degenza Chirurgia Generale di 10 posti letto
- Unità funzionale di degenza Ginecologia di 10 posti letto (senza attività di ostetricia)
- Unità funzionale di degenza Ortopedia di 10 posti letto.

Attività ambulatoriale:

- Laboratorio analisi
- Anestesia
- Cardiologia
- Oculistica
- Ortopedia
- Diagnostica per immagini – Radiologia diagnostica
- Chirurgia Plastica e Ricostruttiva
- Neurologia
- Otorinolaringoiatria
- Urologia
- Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva
- Oncologia

Presidio Chirurgico PC2 e Diagnostica Endoscopica

Centro di Procreazione Medicalmente assistita di III Livello

Reparto Operatorio (n. 2 sale operatorie + n. 1 ambulatorio chirurgico + n.1 sala chirurgica PMA III Livello)

Servizio di Sterilizzazione (in service ed interna)

Frigoemoteca (convenzione con la ASL Roma 1-U.O.C. SIMT presso il P.O: San Filippo Neri).

Il nostro obiettivo è da sempre quello di offrire un'assistenza sanitaria di alto livello unita ad un particolare riguardo nei confronti del paziente, che viene accolto in un ambiente confortevole e trattato con la massima cortesia e disponibilità. La qualità delle prestazioni sanitarie è garantita dalla provata professionalità dell'equipe medica e del personale infermieristico, oltre che dall'impiego delle più moderne tecnologie.

I reparti di degenza sono dotati di camere da uno o all'occorrenza due letti fornite di tutti i servizi. Per fornire un comfort sempre maggiore e soddisfare tutte le esigenze del paziente; la clinica Valle Giulia è dotata anche di **suite** con balcone e salottino privato e di camere **superior** finemente arredate per garantire una qualità di altissimo livello; tutte con TV LCD, tecnologia Wi-fi per la navigazione internet, telefono, poltrona o divano letto per l'ospite, aria condizionata e bagno in camera.

Nella tabella seguente vengono riportati i dati strutturali della struttura relativi all'anno 4

Tabella 1 – Dati strutturali e dati di attività aggregati per singolo Presidio - anno 2025

Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.r.l.			
DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	30	Chirurgia generale	10
		Ortopedia	10
		Ginecologia	10
Posti letto diurni	n.a.	Servizi Trasfusionali Hub	1 U.O.C. SIMT presso il P.O. San Filippo Neri)
Blocco Operatorio	1 (piano -1)	Sale operatorie	2
		Ambulatorio Chirurgico	1
Centro di PMA (Procreazione Medicalmente Assistita) di III Livello	1		
Presidio Chirurgico PC2 e Diagnostica Endoscopica	1		
Blocco Operatorio PMA	1 (piano -2)	Sala chirurgica PMA III livello	1
Servizi ambulatoriali (aperti a pazienti esterni)		Laboratorio analisi Diagnostica per immagini- Radiologia diagnostica	

DATI STRUTTURALI

Poliambulatorio		Anestesia Cardiologia Oculistica Ortopedia Chirurgia plastica e ricostruttiva Neurologia Otorinolaringoiatria Urologia Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva Oncologia	
------------------------	--	--	--

DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI PER SINGOLO PRESIDIO (Anno 2025)*

Numero ricoveri ordinari	0	Numero ricoveri diurni	n.a.
Prestazioni ambulatoriali PMA (sala – 2)	OPU: 1653 ET: 1613 FNA/TESE: 23	Totale: 3.289	
Prestazioni ambulatoriali (sala – 1)	IST. OP. 70 IST. DIAG: 428 CHIR. GEN. 137 TOT. 635	Analisi cliniche	400
Servizio trasfusionale (n° trasfusioni effettuate)	Nessuna trasfusione nel 2025		
Branche specialistiche	12	Prestazioni ambulatoriali erogate	Visite ambulatoriali 1269

* Dati relativi al 31.12.2025 forniti dal Clinical Manager e ricavati dal Programma gestionale Equipe e Sivilis versione 1.54.0 e aggiornati al 31.12.2025

Di seguito vengono riportate le specificità organizzative della Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.r.l. in relazione al rischio infettivo:

- Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) della Clinica Valle Giulia, presieduto dal Direttore Sanitario, è stato aggiornato in data 17.02.2026 ed è costituito dai seguenti componenti:
 - Direttore Sanitario (Presidente)
 - Responsabile Laboratorio PMA
 - Responsabile Rischio Clinico
 - Clinic Manager
 - Medico Anestesista

- Medico Ginecologo
- Direttore Tecnico di laboratorio
- Infermiere addette al controllo delle infezioni ospedaliere (infermiera strumentista del blocco operatorio – 1 - coordinatrice infermieristica Area degenza e referente infermieristica del blocco operatorio – 2)
- Referente sanitario per la prevenzione e il controllo delle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza) e di COVID-19.
- Referente per la sorveglianza delle CRE all'interno del CC-ICA responsabile dell'implementazione e del mantenimento del sistema interno di sorveglianza (coordinatrice infermieristica Area degenza).

Il Comitato si riunisce periodicamente, o su convocazione del presidente o segnalazione del RGQ, per analizzare le evidenze prodotte dal sistema di supervisione e controllo e dai diversi report di sorveglianza delle ICA.

Il CCIA ha il compito di vigilare e presidiare tutti gli aspetti relativi alla sorveglianza e al controllo delle infezioni trasmissibili in ambito assistenziale, stimolare l'utilizzo delle "best practice" finalizzate alla riduzione del rischio infettivo, sostenere il miglioramento continuo attraverso l'applicazione delle metodologie di analisi ai processi clinici.

Il Comitato vaglia e propone azioni di miglioramento, ivi comprese la attività formative che si rendano necessarie per controllare e ridurre la trasmissione dei microrganismi durante l'attività sanitaria valutando anche i dispositivi, le attrezzature e i prodotti utilizzati.

Il Comitato ICA svolge anche una specifica attività di contrasto al fenomeno dell'antibiotico resistenza allo scopo di promuovere un corretto uso degli antibiotici nei diversi contesti assistenziali. Sono ben note le difficoltà relative alla capacità sempre più diffusa dei microrganismi di resistere agli antibiotici, vanificandone l'efficacia.

- Attualmente gli indicatori utilizzati per la diagnostica e il controllo delle ICA sono costituiti dal numero di isolamenti di microorganismi sentinella effettuati dal Laboratorio analisi interno e/o dal service e dal numero di diagnosi effettuate dalle eventuali consulenze infettivologiche richieste.
- I pazienti che necessitano di isolamento vengono isolati nel reparto in stanza singola appositamente identificata per questi casi e osservando la procedura relativa all'isolamento.
- Sono stati distribuiti dispenser di gel idroalcolico e prodotti specifici per la sanificazione in tutti i piani di degenza e sono a disposizione di tutti, soprattutto, per tutti gli operatori addetti all'assistenza diretta.
- Sono stati distribuiti DPI idonei allo svolgimento delle mansioni.

- Rimangono definiti gli accessi del personale, degli utenti/pazienti nella struttura e le conseguenti uscite al fine di limitare il più possibile l'eventualità di introdurre, anche se involontariamente, germi, patogeni e virus (con particolare riferimento al SARS-CoV-2).
- Nella nostra struttura non sono presenti reparti di Malattie infettive.

Il referente per la sorveglianza delle CRE – CPE all'interno Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) è responsabile dell'implementazione e mantenimento del sistema di sorveglianza.

I dati del 2025 (confrontati con il 2024) sul consumo dei prodotti idroalcolici, prodotti sanificanti e DPI sono sintetizzati nella seguente tabella:

Presidio	Tipologia	Quantità 2025	Quantità 2024
Prodotti idroalcolici	Gel idroalcolico mani	36 litri 60 litri acquistati	35 litri
DPI	Mascherine	15.300	30.000
	Guanti varie misure	46.100	88.000
Disinfettanti	Disinfettante sanificazione ambienti e arredi	320 litri	292 litri

Nel corso dell'anno 2025 è stato effettuato il monitoraggio della legionella attraverso il piano dei controlli che prevedeva 2 controlli l'anno attraverso il prelievo di 6 campioni.

Dall'analisi dei risultati delle ultime prove effettuate sui campioni prelevati il 26.09.2025 risulta:

DATA PRE-LIEVO	CAMPIONE	PROVA	RISULTATI
26.09.2025	Rapporto di prova n° 25EU0041086 del 06.10.2025 Acqua destinata al consumo umano prelevata da Lavabo bagno disabili 4° piano	Conta di Legionella spp Conta di Legionella pneumophila	<100 UFC/l <100 UFC/l
26.09.2025	Rapporto di prova n° 25EU0041087 del 06.10.2025 Acqua destinata al consumo umano prelevata da Lavabo bagno medicheria 3° piano	Conta di Legionella spp Conta di Legionella pneumophila	<100 UFC/l <100 UFC/l
26.09.2025	Rapporto di prova n° 25EU0041088 del 06.10.2025 Acqua destinata al consumo umano prelevata da Lavabo bagno medicheria 2° piano	Conta di Legionella spp Conta di Legionella pneumophila	<100 UFC/l <100 UFC/l
26.09.2025	Rapporto di prova n° 25EU0041089 del 06.10.2025	Conta di Legionella spp	<100 UFC/l

	Acqua destinata al consumo umano prelevata da Lavabo stanza 608 1° piano bagno	Conta di Legionella pneumophila	<100 UFC/l
26.09.2025	Rapporto di prova n° 25EU0041090 del 06.10.2025 Acqua destinata al consumo umano prelevata da bagno sosta medici sala operatoria piano -1	Conta di Legionella spp Conta di Legionella pneumophila	<100 UFC/l <100 UFC/l
26.09.2025	Rapporto di prova n° 25EU0041091 del 06.10.2025 Acqua destinata al consumo umano prelevata da lavabo bancone laboratorio piano -2	Conta di Legionella spp Conta di Legionella pneumophila	<100 UFC/l <100 UFC/l

Per la Valutazione del Rischio Legionella sono stati anche riconfermati i seguenti documenti:

- la Relazione Tecnica di Valutazione del rischio legionella Rev. 0 del 21.02.25
- Programma di controllo della legionellosi del 26.02.2026 Rev. 0 (che alleghiamo al PARS 2026),
- la P-ICA Procedura gestione infezioni correlate all'assistenza in cui è stato inserito il paragrafo relativo alla legionella e le modalità di prevenzione della stessa (Ed. 2 rev. 0 del 15.07.24),
- il Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle ICA (Rev. 0 del 05.11.23) in conformità alla Determinazione Regione Lazio n.G16501 del 28.11.2022 Approvazione del "*Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)*".

La prevenzione delle infezioni rappresenta una priorità nella gestione delle prestazioni erogate dalla Clinica, sia in relazione alle infezioni da Covid-19, sia a quelle tipicamente riscontrabili nella struttura sanitaria, considerabili a moderato rischio infettivo in considerazione della durata normalmente breve dei ricoveri.

Tutto il personale sanitario è informato e formato in relazione alle modalità di prevenzione e gestione dei rischi per la Salute e la Sicurezza, inclusi quelli costituiti da infezioni correlate all'Assistenza Sanitaria.

Particolare cura viene dedicata alle attività di sanificazione degli ambienti e di disinfezione e sterilizzazione degli strumenti (di norma monouso) e delle apparecchiature (inclusi i relativi accessori) impiegate.

In fase di ricovero il Paziente e i propri congiunti vengono informati dal personale medico e

infermieristico rispetto alle esigenze di una condotta improntata alla prevenzione delle infezioni, richiedendo in particolare frequenti lavaggi delle mani impiegando i saponi e gel idroalcolici disponibili in Clinica.

Ulteriori informazioni sono rilasciate dal personale riguardo l’infezione Covid-19 in relazione alle disposizioni vigenti delle Autorità di riferimento e alle procedure interne predisposte in relazione a tali disposizioni.

Il personale medico dei reparti, nel rispetto e nei limiti dei protocolli terapeutici riconosciuti applicati in Clinica, ha intrapreso un percorso che si basa su metodologie di "anti-microbial stewardship" volte a ottimizzare le terapie antibiotiche al fine di minimizzare i rischi associati agli effetti collaterali, alle resistenze batteriche e alle interazioni indesiderate con le terapie somministrate al paziente. Gli anestesisti su proposta del DS hanno adottato, per la profilassi antibiotica preoperatoria, la tipologia di antibiotico ed il relativo timing secondo le indicazioni del Manuale AWARe Antibiotic Book, scritto e pubblicato dall’OMS.

Attualmente non è formalizzato un programma di *antimicrobial stewardship* per l’uso appropriato degli antimicrobici, tuttavia, gli antibiotici sotto monitoraggio sono dispensati, dietro prescrizione del Medico di reparto ai pazienti. Gli antibiotici vengono somministrati solo in fase perioperatoria seguendo le Linee Guida Regionali per la profilassi antibiotica in chirurgia.

Gli antibiotici sotto monitoraggio sono dispensati dal Responsabile del deposito farmaceutico ai reparti degenza e al blocco operatorio, dietro prescrizione del Medico. È proseguita anche nel 2025 una reportistica periodica sul consumo degli antibiotici nella struttura da parte della Coordinatrice infermieristica della degenza mediante apposita modulistica M-ICA-2 Monitoraggio consumo antibiotici.

Il consumo di antibiotici nell’anno 2024 è stato di 2.296,6 gr. mentre nell’anno 2025 è stato di 3.271,8 gr.

In conclusione, si evidenzia l'assenza, nel corso del 2025, di casi di infezioni potenzialmente correlate all’Assistenza sanitaria prestata in regime di ricovero presso la Clinica.

Lo studio delle infezioni del 2025 è stato condotto attraverso l’analisi della documentazione clinica di tutti i degenti presso la Clinica e le Check list controllo ICA (M-ICA-3). I dati raccolti sono riassunti nella tabella seguente:

Sede dell’Infezione	N° Casi	Note	Consumo antibiotici totali 2024 (*)	Consumo antibiotici totali 2025 (*)
Infezioni da COVID -19	/	Nessuna infezione rilevata nel 2025	Totale annuale consumo antibiotici anno 2024: 2.296,6 gr	Totale annuale consumo antibiotici anno 2025: 3.271,8 gr
Infezioni del Basso Tratto Respiratorio, esclusa polmonite	/			
Infezioni del Tratto Urinario	/			

Sede dell'Infezione	N° Casi	Note	Consumo antibiotici totali 2024 (*)	Consumo antibiotici totali 2025 (*)
Infezioni di Occhio, Orecchio, Naso, Cavità Orale	/			
Infezioni di Cute e Tessuti Molli	/			
Infezioni da legionella	/			
Altro	/			

(*) Il quantitativo degli antibiotici totali si riferisce alla profilassi perioperatoria effettuata compresa la PMA.

AZIONI CONTENIMENTO INFEZIONE DA SARS-CoV-2 – DENGUE - TBC

La Casa di Cura Clinica Valle Giulia S.r.l. da marzo 2020, emana ed aggiorna periodicamente, sulla base dell'evoluzione delle normative regionali e nazionali, il Protocollo di regolamentazione per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro per la gestione del COVID-19, l'ultimo documento è stato aggiornato in Rev. 14 del 21.09.2023. La struttura, per quanto possibile, adotta tutte le misure atte a disciplinare le modalità di accesso e a ridurre al minimo la presenza di persone all'interno dei propri locali al fine del contenimento del contagio da COVID-19.

Sono stati distribuiti DPI idonei allo svolgimento delle mansioni e adeguati al contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2.

Inoltre, in riferimento all'aumento globale di casi di virus DENGUE e alle conseguenti Circolari Ministeriali/Regione Lazio/ASLRoma1, sono state predisposte dalla struttura idonee misure di prevenzione e controllo per prevenire la diffusione di malattie a trasmissione vettoriale.

In particolare è stata rivista la Scheda di valutazione accesso paziente/accompagnatore di questa struttura, (Allegato 2 alla Valutazione del Rischio biologico), inserendo oltre i sintomi per la prevenzione della diffusione del Covid-19, l'infezione da Tbc anche i sintomi per la prevenzione della diffusione del Virus Dengue.

AZIONI CONTENIMENTO DA LEGIONELLOSI

La struttura, per quanto possibile adotta tutte le misure atte a ridurre la contaminazione ambientale di Legionella spp su matrice acqua (ACS e AFS) e aria mettendo in atto opportune attività di gestione e manutenzione degli impianti idrici e aeraulici. Non si sono riscontrati casi positivi nella struttura per cui non sono state necessarie azioni correttive.

1.2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai fini della identificazione delle misure di prevenzione da attuare in ambito organizzativo una fondamentale importanza riveste l'analisi degli eventi sentinella, degli eventi avversi e dei "near misses".

Solo attraverso un puntuale monitoraggio di questi eventi seguito da un'attenta analisi delle cause e dal conseguente avvio delle necessarie azioni correttive potranno migliorare i processi e ridurre la probabilità che gli stessi eventi si ripetano.

È fondamentale, in questo senso, partire dal principio di considerare l'errore come "difetto del sistema" e non dell'equipe o del singolo professionista e poi pianificare ed avviare piani di riduzione del rischio clinico.

Favorire l'insorgere nell'organizzazione della "no blame culture" (cultura non colpevolizzante) è di fondamentale importanza per garantire la segnalazione, da parte degli operatori, degli eventi indesiderati e conseguentemente avviare i piani di miglioramento ad essi correlati.

La prevenzione e la mitigazione-gestione degli eventi avversi è oggetto di una specifica procedura gestionale interna (P-RISK) redatta con riferimento alla normativa e alle applicabili raccomandazioni pubblicate dal Ministero della Salute.

Uno degli obiettivi prioritari di questo Piano è quello di avviare un percorso formativo che trasferisca agli operatori l'importanza di una corretta gestione delle attività di gestione del rischio clinico allo scopo di favorire le conoscenze e fornire indicazioni per promuovere e attuare l'audit come metodo per la gestione del rischio clinico.

Questo, come pure altri elementi, devono essere orientati verso un approccio sistemico alla gestione del rischio clinico poiché nelle organizzazioni sanitarie l'insorgere di un evento indesiderato è causato dall'interazione tra diverse componenti di un sistema: fattori organizzativi, fattori tecnologici, fattori strutturali, fattori umani, tipologia di utenza.

Di seguito viene riportata una relazione consuntiva sugli eventi avversi e sentinella verificatesi nell'anno 2025 all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. I dati sono stati ottenuti dalle segnalazioni pervenute nel corso del 2025, attraverso i sistemi interni di comunicazione.

Detta relazione consuntiva, ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017 (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), è pubblicata sul sito internet aziendale.

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2025

CLINICA VALLE GIULIA CASA DI CURA S.r.l.					
Tipo di evento	N. (% sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ¹	Azioni di Miglioramento	Fonte del dato
Near miss	0 (0 %)	0 (0 %)	In Clinica non sono avvenuti, eventi avversi, "near miss" o eventi sentinella nel corso del 2025. Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/comunicazione (0%)	Le attività di miglioramento standard sono costituite da formazione del personale e dal costante miglioramento delle procedure interne e del parco tecnologico	Registro eventi sentinella Cartelle Cliniche e Ambulatoriali Sinistri Sistemi di reporting Emovigilanza Farmacovig. ICA
Eventi avversi	0 (0 %)	1 (0 %)			
Eventi Sentinella	0 (0 %)	0 (0 %)			

Da quanto si evince dalla tabella riepilogativa degli eventi avversi/eventi sentinella/near miss, nel corso del 2025 non si sono verificati eventi.

Si evidenzia che, seppur in assenza di episodi di eventi avversi, eventi sentinella o "near miss", la Clinica ha comunque predisposto, in accordo a specifiche procedure gestionali, un piano di miglioramento che comporta iniziative di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo e/o relative alle procedure/istruzioni interne e alla comunicazione che si attivano nel caso in cui dovessero insorgere eventi. L'attuazione di tali iniziative è monitorata per mezzo di specifici indicatori di processo e audit interni.

Definizione Eventi²:

- **Eventi Avversi (EA):** Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Sono tutti casi in cui il paziente è stato realmente danneggiato, quindi non solo gli eventi avversi correlati all'utilizzo dei farmaci, ma tutte le tipologie di eventi possibili che causino un danno al paziente imputabili alle cure degli operatori. Può essere previsto o non prevedibile.
- **Near-Misses o "Quasi Eventi" (NM):** Circostanza potenzialmente in grado di determinare un evento che tuttavia non raggiunge il paziente o l'operatore sanitario perché intercettato o per caso fortuito. Si tratta di situazioni in cui un incidente stava per generare danni al paziente, ma per motivi fortuiti o per l'intervento di meccanismi di barriera non si è verificato. Ad esempio: un farmaco era riposto nel luogo sbagliato o era scaduto ed è stato erroneamente

¹ * fattori causali/contribuenti fanno ovviamente riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi. Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi si rimanda al documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" adottato con Determinazione n. G109850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul cloud regionale.

² * Determinazione 16 ottobre 2025, n. G13405 Adozione del "Manuale per la classificazione degli eventi e l'alimentazione del flusso SIRES-eventi" in sostituzione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella" di cui alla Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021.

prelevato e preparato per la somministrazione al paziente, ma ci si è accorti dell'errore prima della somministrazione.

- **Evento Sentinella (ES):** Evento avverso di particolare gravità, che comporta morte o grave danno alla persona e/o perdita di fiducia nei cittadini nei confronti del SSR e dei professionisti. A seguito del suo verificarsi è necessaria un'indagine immediata per accertare possibili fattori eliminabili o riducibili che lo abbiano causato o vi abbiano contribuito con la successiva implementazione di adeguate misure correttive e il loro monitoraggio.
- **Evento avverso senza danno (EASD):** Accadimento che si verifica durante il processo assistenziale che non comporta danno alla persona, pur avendone la potenzialità - NB: L'esecuzione di un esame strumentale o di laboratorio (ad esclusione della semplice visita medica) a seguito di un evento, rappresenta di per sé un danno, anche in presenza di nessun esito. Pertanto, un EASD a seguito del quale si esegue un esame strumentale o di laboratorio deve essere classificato come EA.

L'elenco degli eventi sentinella applicabili nell'ambito della struttura contenuti nel Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella pubblicato dal Ministero della Salute nel Luglio 2024 sono i seguenti:

1. Procedura chirurgica o interventistica eseguita in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica o interventistica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura diagnostico-terapeutica su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Errore trasfusionale correlato ad incompatibilità AB0, Rh, Duffy, Kell, Lewis
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza
8. Morte o grave danno in neonato sano a termine (≥ 37 settimane) non correlata a malattie congenite
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Morte o grave danno causato da violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Morte causata o concausata da infezione correlata alle pratiche assistenziali ospedaliere

17. Morte o grave danno conseguente ad errato utilizzo o utilizzo anomalo dei dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali
18. Perdita/smarrimento di campioni anatomici/istologici/biologici o deterioramento che ne causa l'impossibilità di processazione
19. Morte o grave danno causato da esposizioni accidentali o indebite a radiazioni ionizzanti
20. Morte o grave danno correlati a pratiche anestesilogiche
21. Morte o grave danno correlato ad errore e/o ritardo di diagnosi medica
22. Errore in chemioterapia
23. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

Nella tabella seguente si riportano il numero di sinistri e i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio relativi al rischio clinico.

I dati riportati nella tabella 3 sono pubblicati ai sensi dell'art. 4 c. 3 della L. 24/2017 (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) nel sito internet aziendale sulla home page della struttura.

Tabella 3 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio

Anno	N. Sinistri ³	N. Sinistri liquidati ³	Risarcimenti erogati ³
2021	2	1 del 2016	11.126,67 €
2022	1	0	0
2023	1	0	0
2024	2	1 del 2020	50.000,00
2025	1	1 del 2018	21.095,27
Totale	7	3	82.221,94€

Al 2025 i sinistri attivi complessivi della Clinica Valle Giulia sono 17, di cui:

- 9 in fase giudiziale
- 8 in fase stragiudiziale

Con particolare riferimento al 2025, per CVG vi è un solo nuovo sinistro per il quale è arrivata richiesta di risarcimento o domanda giudiziale nel 2025 (anche se si riferiscono a ricoveri antecedenti al 2025).

I sinistri ante 2021 non considerati in tabella sono in totale 10.

³ In Tabella 3 vanno riportati solo i sinistri ed i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (es. smarrimento di effetti personali, danni a cose, ecc.).

a. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Nella tabella seguente si riporta la descrizione della posizione assicurativa della struttura.

Tabella 4 – Posizione assicurativa nell'ultimo quinquennio

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicuratrice	Premio	Massimali	Franchigia	Brokeraggio
2020	31.12.	AM Trust	€ 189.487	€ 5.000.000,00	€ 50.000,00	Geas Industria
2021	31.12.	AM Trust	€ 189.487	€ 5.000.000,00	€ 50.000,00	Geas Industria
2022	31.12.	AM Trust	€ 206.602	€ 5.000.000,00	€ 50.000,00	Geas Industria
2023	31.03.2024	REVO Insurance	€ 134.855	€5.000.000,00	50.000,00€	AON Spa
2024	N° 2008706 31.03.25	REVO Insurance S.p.A.	€ 104.795,64	€5.000.000,00	50.000,00€	AON Spa
2025	N° OX00045714	REVO Insurance S.p.A.	€ 107.905,00	€5.000.000,00	€ 50.000,00	/

b. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE

Nel PARS 2025 si erano individuate alcune attività ritenute propedeutiche ad una idonea gestione del rischio come la mappatura dei processi a maggior rischio e la comunicazione/segnalazione degli eventi da parte di tutto il personale sanitario e altre azioni specifiche da implementare contestualmente.

Nelle seguenti tabelle (5a e 5b) si dettaglia per ciascun indicatore proposto il livello di raggiungimento alla data del 31.12.2025.

Le attività predisposte dalla Clinica in relazione a ognuno degli obiettivi strategici regionali, rispettando il vincolo delle cinque attività per gli obiettivi strategici regionali;

Le informazioni sul grado di conseguimento delle attività svolte negli anni precedenti in relazione alle attività e ai relativi obiettivi pianificati nella precedente edizione del PARS ("relazione consuntiva").

Tabella 5 a – Resoconto delle attività del PARS precedente (Rischio clinico)

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.25
OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
Obiettivo A - ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di un Corso sulla gestione del rischio clinico e la gestione degli eventi sentinella /eventi avversi/near miss con cenni sulla gestione della ferita chirurgica e gestione della sepsi.	SI	Esecuzione del corso a tutto il personale e ai nuovi assunti entro il 31/12/2025	In data 31.07.2025 è stato effettuato corso di formazione al personale neoassunto sulla Gestione del rischio clinico e la gestione degli eventi sentinella /eventi avversi/near miss secondo la Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850. In data 11.11.2025 è stato effettuato corso di formazione ad una parte personale sanitario (infermiere reparto degenza e clinic manager) sul Rischio clinico e gestione degli eventi, gestione della sepsi e

Attività	Realiz- zata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.25
			della ferita chirurgica secondo la Determinazione 16 ottobre 2025, n. G13405: Adozione del "Manuale per la classificazione degli eventi e l'alimentazione del flusso SIREs-eventi" in sostituzione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella" di cui alla Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021
Obiettivo A - ATTIVITÀ 2 – Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili alla struttura e sull’aggiornamento/revisione delle Procedure aziendali” (argomenti del corso: formazione su check list ministeriale nelle sale operatorie –schede diversificate di dimissione PMA di dimissione – Modalità di supervisione e controllo delle pulizie interne ed esterne).”	SI	Esecuzione del corso a tutto il personale entro il 31/12/2025	Dal 24 al 29.03.2025 è stato effettuato corso di formazione dal personale interno della clinica al personale della Ditta di pulizia al fine di migliorare le modalità di esecuzione delle pulizie stesse In data 4 e 5 febbraio 2025 è stato erogato un corso di formazione/informazione sui Documenti dimissioni PMA e la P-CC Gestione della cartella clinica ed. 3 del 05.05.25 In data 13.03.25 e 27.03.25 è stato erogato un corso di formazione/informazione su Monitoraggio Pulizia e sanificazione e sull’aggiornamento della I-PUL Pulizia e sanificazione.
OBIETTIVO B) MIGLIORARE L’APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI			
Obiettivo B – ATTIVITÀ 3 – “Monitoraggio continuo degli eventi avversi, eventi sentinella e dei “near miss” secondo la P-RISK e relativa modulistica e la Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”	SI	N° eventi avversi / eventi sentinella /near miss in un anno	Nell’anno 2025 non si sono verificati eventi avversi/eventi sentinella/ near miss
Obiettivo B – ATTIVITÀ 4 – “Continuo Aggiornamento delle Raccomandazioni Ministeriali e delle Procedure ed Istruzioni di lavoro riguardanti l’area sanitaria” al fine di ridurre e contenere gli eventi avversi.	PAR- ZIAL	Aggiornamento procedure aziendali riguardanti l’area sanitaria e l’applicazione delle restanti Raccomandazioni Ministeriali entro il 31/12/2025	Nel 2025 sono stati aggiornati i seguenti documenti: P-PISC Procedura per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico nei blocchi operatori Ed. 2 rev. 0 del 01.10.25 I-STERIL Processi di sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili Ed. 2 rev. 2 del 01.10.25 I-LM Lavaggio mani Ed. 4 rev. 0 del 01.10.25 I-PUL Pulizia e sanificazione Ed. 2 rev. 2 del 27.03.25

Attività	Realiz- zata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.25
Obiettivo B – ATTIVITÀ 5 – Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinici/or- ganizzativi nelle aree azien- dali” al fine di verificare l’im- plementazione delle Proce- dure/Istruzioni (P-CC - P- AMR -P-ICA, I-CRE, P-AP ecc.)	SI	Redazione procedura relativa agli audit cli- nici e modulistica de- dicata. Realizzazione di au- dit proattivi e reattivi in collaborazione con i responsabili di fun- zione aziendali entro il 31/12/2025	Effettuato audit interno da consulente esterno il 05.11.25 su tutti i processi azien- dali e su un campione di pazienti. È stata verificata l’applicazione delle procedure ed istruzioni di nuova introduzione. E’ stata emessa la P-AC Audit Clinici in Ed. 2 Rev. 0 del 11.11.25 e modulistica dedi- cata (M-AC-1 Piano di Audit Clinico M- AC-2 Resoconto di Audit Clinico (Alert Report) E’ stato effettuato Audit di ricertifica- zione norma UNI EN ISO 9001:15 da parte dell’Ente di certificazione il 20.11.2025 su tutti i processi aziendali ed ha avuto esito positivo.
Obiettivo B – ATTIVITÀ 6 – Migliorare l’appropriatezza della qualità del dato clinico, assistenziale ed organizzativo introducendo uno studio mirato per la valu- tazione della percentuale di pazienti con dolore superiore allo standard definito dalla procedura di riferimento e re- lativo trattamento la cartella clinica elettronica interfacciata con la degenza, la sala operatoria e gli altri ser- vizi diagnostici. Effettuazione di controlli pun- tuali ed accurati da parte del Direttore Sanitario sulle Car- telle Cliniche.	PAR- ZIALE	Introduzione di mo- dulistica dedicata per il monitoraggio del dolore e degli antido- lorifici somministrati entro dicembre 2025 Introduzione cartella clinica elettronica en- tro dicembre 2025 N° NC rilevate su cartelle cliniche / to- tale ricoveri-presta- zioni ambulatoriali annuali	In data 14.02.2025 è stato introdotto il modulo M-CC-7 Registro somministra- zione antidolorifici. Al reparto di de- genza la caposala tiene così nota della somministrazione degli antidolorifici in- dicando la data, il valore della VAS ini- ziale e alla dimissione La Caposala ha predisposto un riepilogo mensile della tipologia di antidolorifico somministrato ed il numero di pazienti che lo hanno assunto. In tutti i pazienti trattati si è riscontrato un valore della sog- lia del dolore inferiore a quello regi- strato prima della somministrazione e cioè inferiore al valore della soglia mi- nima che rappresenta la presenza di do- lore > 5 La cartella clinica elettronica è stata im- plementata sul sistema gestionale ma non essendo stata ancora completata siamo in una fase di redazione in doppio (cartaceo ed elettronico). In data 05.11.25 è stata aperta 1 NC dal DS in seguito ad una verifica di com- pletezza del DS su alcune cartelle cli- niche di PMA. A seguito di detta NC è stata effettuata sensibilizzazione verbale e scritta al personale preposto.

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.25
OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE			
Obiettivo C - ATTIVITÀ 7 – “Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla prevenzione di atti di violenza agli operatori sanitari e non sanitari” in base alla Determinazione 16 settembre 2021, n. G10851 "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”	SI	Formazione degli operatori entro il 31/12/2025	Attività formativa dal titolo “La prevenzione e gestione degli atti di violenza presso le strutture sanitarie” effettuata in data 29.05.25 al personale della durata di 2 ore.

Tabella 5 b – Resoconto delle attività del PARS precedente (Gestione del Rischio Infettivo)

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.2025
OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO			
ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di almeno un corso sul monitoraggio e prevenzione delle ICA ICA e sul controllo della diffusione delle enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi	NO	Esecuzione di almeno un corso agli operatori su monitoraggio e prevenzione delle ICA e sul controllo della diffusione delle enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi entro il 31/12/2025	Non sono stati effettuati nuovi corsi sulle ICA
ATTIVITÀ 2 – Progettazione ed esecuzione di almeno un corso di informazione/formazione sul corretto uso degli antibiotici e corretta implementazione della modulistica	NO	Esecuzione del corso sul corretto uso degli antibiotici a tutto il personale entro il 31/12/2024	La modulistica M-ICA-2 Monitoraggio consumo antibiotici viene regolarmente compilata dalla Caposala della degenza. Il corso sugli antibiotici non è stato effettuato.
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 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI.			
ATTIVITÀ 3 – Progettazione ed esecuzione di almeno un corso di informazione/formazione l'anno sul lavaggio delle mani al personale sanitario e ai nuovi assunti e tirocinanti	NO	N° corsi formazione/informazioni lavaggio mani ≥ 1	Nell'anno 2025 non sono stati svolti nuovi corsi sul lavaggio delle mani
ATTIVITÀ 4 – Promuovere iniziative di informazione (ad es. in occasione della “Giornata mondiale dell'igiene delle mani” del	SI	N° di iniziative intraprese in un anno su lavaggio mani ≥ 1 entro il 05.05.2025	In occasione del 05.05.2025 si è svolta l'iniziativa di proiettare sui monitor presenti in sala di attesa un video informativo sul corretto lavaggio delle

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.2025
5 Maggio) per divulgare l'importanza dell'igiene delle mani anche tra pazienti e familiari mediante affissione, di locandine/poster, distribuzione di opuscoli, video/immagini caricate sui monitor in sala di attesa, ecc			mani per utenti e personale della clinica. Tale video è stato proiettato ogni due ore nella sala di attesa e anche nei giorni seguenti al 5.05.25. Inoltre sono stati affissi nelle zone di lavoro cartelli plastificati con i poster indicanti la corretta esecuzione del lavaggio delle mani sia con sapone che soluzione idroalcolica.
ATTIVITÀ 6 – Revisione/Aggiornamento annuale del Piano di azione locale sulla base delle risultanze della compilazione dei questionari di autovalutazione. N° azioni intraprese per il mantenimento del livello intermedio e/o avanzato entro dicembre 2025 e del mantenimento e miglioramento continuo per gli anni successivi.	SI	N° di revisioni/aggiornamenti del piano di azione locale e N° azioni intraprese per il raggiungimento del livello intermedio e/o avanzato entro dicembre 2025 e del mantenimento e miglioramento continuo per gli anni successivi	Piano di azione locale relativo all'anno 2025 redatto in data 18.02.2025. Livello avanzato nella Sezione A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI (PT.100) Livello intermedio nella Sezione B – FORMAZIONE DEL PERSONALE (PT. 80) Livello avanzato nella Sezione C - MONITORAGGIO E FEEDBACK: (PT. 95) Livello intermedio nella Sezione D - COMUNICAZIONE PERMANENTE: (PT. 70) Livello avanzato nella Sezione E CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT: (PT. 85) Il monitoraggio dei risultati raggiunti nel 2025 è presente nel PALIM del 2026 che alleghiamo
ATTIVITÀ 7 – Verifica mantenimento delle competenze degli operatori sanitari e degli osservatori attraverso valutazioni annuali	SI	N° di questionari con esito negativo / tot questionari ≤ 3%	Effettuata verifica mantenimento competenze degli operatori e degli osservatori il 10.11.2025. Nessun esito negativo. 0/14=0
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 7 – “Esecuzione di almeno una indagine di prevalenza sulle principali ICA (infezioni del sito chirurgico, infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridium difficile, infezioni legate alla gestione del catetere venoso, infezioni polmonari) incluse le CRE	SI	Numero infezioni del sito chirurgico in un anno / numero ICA totali in un anno	Report del DS del 30.12.2025 0/0 Nessuna infezione del sito chirurgico rilevata nel 2025
		Numero infezioni del tratto urinario in un anno / numero ICA totali in un anno	0/0 Nessuna infezione del tratto urinario rilevata nel 2025
		Numero infezioni da Clostridium difficile in un anno / numero ICA totali in un anno	0/0 Nessuna infezione da Clostridium difficile rilevata nel 2025
		Numero di infezioni legate alla gestione dei cateteri venosi/ numero ICA totali in un anno	0/0 Nessuna infezione legata alla gestione dei

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.2025
			cateteri venosi rilevata nel 2025
		Numero infezioni polmonari in un anno / numero ICA totali in un anno	0/0= 100% Nessuna infezione polmonare rilevata nel 2025
		N° infezioni da CRE/ numero ICA totali in un anno	0/0 Nessuna infezione da CRE rilevata nel 2025
ATTIVITÀ 8 – Implementazione/consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CPE – Eventuale aggiornamento della procedura e modulistica di registrazione e monitoraggio	SI	Numero infezioni da CPE comunicate / totale di degenti (in un anno) - Monitoraggio entro il 31/12/2025 da effettuare tramite checklist ICA e report del DS	Nel 2025 non si sono rilevate infezioni da CPE. Verbale del DS del 30.06.25 e del 30.12.2025.
ATTIVITÀ 9 – Aggiornare la procedura per l'antibiotico profilassi perioperatoria chirurgica secondo le indicazioni del manuale AWaRe antibiotic book per promuovere un uso consapevole degli antibiotici.	SI	- Aggiornamento procedurale	E' stata revisionata la P-PISC Procedura per La Prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico nei Blocchi Operatori Ed. 2 del 01.10.25 Rev. 0 del 01.10.25 in cui è presente un paragrafo sulla profilassi perioperatoria chirurgica secondo le indicazioni del manuale AWaRe antibiotic book
ATTIVITÀ 10 – Continuare il Monitoraggio uso antibiotici facendo un raffronto negli anni al fine di ridurre l'utilizzo degli stessi - Elaborazione di report su patogeni circolanti integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi.	SI	Dosi antibiotici somministrati totale degenti in un anno e confronto dei dati anno con precedente (2024-2025) - Redazione Report del DS entro il 31/12/2025 - Numero di pazienti resistenti agli antibiotici / totale degenti in un anno	Dose antibiotici somministrati nel 2024: 2.296,6 Dose antibiotici somministrati nel 2025: 3.271,8 Report del DS del 30.12.25 Nessun paziente resistente agli antibiotici
ATTIVITÀ 11 – Monitoraggio del rischio legionella al fine di prevenire eventuali infezioni all'utente e agli operatori mediante supervisione dello stato manutentivo periodico o straordinario della rete idrica di distribuzione. Prevedere modulistica dedicata - Formazione / informazione sul Rischio legionella.	Parziale Da riproporre per il 2026	- N° campioni positivi legionella / n° prelievi effettuati - Un report (contenente n. ICA, n. infezioni da CRE, e n° infezioni da legionella) entro il 31/12/2025 e modulistica dedicata per la registrazione delle attività manutentive - Almeno un corso di formazione /informazione al personale sul rischio legionella	Dai Rapporti di prova effettuati dal Fornitore Lifeanalytics del 07.04.25 e del 06.10.2025 si evince assenza di legionella per tutti i campioni prelevati. Vedi anche Relazione del DS del 30.12.2025. Non è stata predisposta modulistica dedicata per la registrazione delle attività manutentive e non è stato ancora effettuato corso di formazione.

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.2025
ATTIVITÀ 12 – “Continuare ad implementare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l’igiene delle mani, ove in uso (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria, stratificato ove praticabile per le diverse specialità/discipline) – Implementazione modulo di monitoraggio consumo di prodotti facendo raffronto annuale.	SI	N° litri prodotti idroalcolici per mani/1000 giornate di degenza ordinaria e confronto dei dati con l’anno precedente (2024-2025) Monitoraggio al 31/12/2025	I prodotti idroalcolici utilizzati nell’anno 2024 sono stati 35 litri mentre nel 2025 sono stati 36 litri
ATTIVITÀ 13– “Migliorare la gestione della raccolta differenziata dei rifiuti all’interno della clinica al fine di contenere i rischi infettivi collegati	SI	Aumento del N° contenitori per la raccolta differenziata.	Ai piani di degenza, al bar, nei laboratori, in accettazione e zone comuni sono stati messi bidoni per la raccolta differenziata dei rifiuti (carta, plastica, indifferenziato).
ATTIVITÀ 14 - Migliorare il monitoraggio del processo di sterilizzazione attraverso l’introduzione di test specifici per il funzionamento ottimale dell’autoclave e per la verifica dell’efficienza della sterilizzazione. Registrazione su modulistica dedicata	SI	Introduzione cicli test per il corretto funzionamento dell’autoclave e test chimico all’interno della busta autoclavabile.	E’ stata revisionata la I-STERIL Processi di sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili Ed. 2 del 02.12.24 Rev. 2 del 01.10. 25 in cui sono descritti tutti i test che vengono eseguiti sull’autoclave. Aggiornamento della scheda M-CS-2 Documentazione test autoclave a vapore rev. 3 del 24.06.25.

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

La realizzazione del PARS riconosce sempre almeno le seguenti specifiche responsabilità:

- Risk Manager: redige e monitora l’implementazione del PARS ad esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC (Centro Regionale del Rischio Clinico)
- Direttore Sanitario/Presidente del CCICA: redige e monitora l’implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo (paragrafo 4);
- Direzione Amministrativa: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (paragrafo 1.2-1.3);
- Presidente CDA/Proprietà della Struttura: si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l’invio del documento al CRRC

entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

Di seguito si riporta la matrice delle responsabilità suddivise per la redazione, l'adozione e il monitoraggio del presente documento.

Tabella 6 – Matrice delle responsabilità

AZIONE	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA	Risk Manager	Direttore Amministrativo	Presidente CDA/Proprietà	Strutture di supporto
Redazione PARS (eccetto i paragrafi: 1.2, 1.3 e 4)	C	R	C	C	-
Redazione paragrafi 1.2 e 1.3	C	C	R	I	-
Redazione paragrafo 4 obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo	R	C	I	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	-
Monitoraggio PARS (eccetto il paragrafo 4)	C	R	C	I	C
Monitoraggio PARS paragrafo 4 (obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo)	R	C	I	I	C

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

3. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

In questo paragrafo sono declinati gli obiettivi e le attività legate alla gestione del rischio clinico ad esclusione di quelli legati alla gestione del rischio infettivo.

Il PARS del 2026 si basa sul principio cardine di rafforzare le attività di gestione del rischio già pianificate e intraprese nel corso del 2025 che rappresentano la struttura portante del sistema di governo del rischio clinico della struttura, e, nel contempo, prevede l'ampliamento di alcune attività ritenute importanti per il raggiungimento degli **obiettivi strategici** stabiliti a livello regionale, così come di seguito riportati:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- 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.
- Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

Di seguito si riportano le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti. Fra attività ed obiettivi è indispensabile una assoluta coerenza.

Per ogni obiettivo strategico è riportata l'attività prevista con il relativo indicatore misurabile e lo standard che ci si prefigge di raggiungere entro il 2026.

Tabella 7 – Obiettivo A – Attività 1

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale, anche neoassunto, finalizzato alla formazione sulla gestione del rischio clinico e sulla “Determinazione 16 ottobre 2025, n. G13405 Adozione del "Manuale per la classificazione degli eventi e l'alimentazione del flusso SIREs-eventi" in sostituzione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella" di cui alla Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021.		
INDICATORE		
Esecuzione del corso a tutto il personale e ai nuovi assunti entro il 31/12/2026		
STANDARD		
1 corso di formazione all'anno		
FONTE		
Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Approvazione del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

R=Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

Tabella 8 – Obiettivo A – Attività 2

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 2 – Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili alla struttura e sull'aggiornamento/revisione delle Procedure aziendali”.		
INDICATORE		
Esecuzione del corso a tutto il personale entro il 31/12/2026		
STANDARD		
1 corso di formazione		
FONTE		
Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Approvazione del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

Tabella 9 – Obiettivo A – Attività 3

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 3 – Adesione alla Giornata mondiale sulla sicurezza delle cure del 17.09.2026 per garantire una cura corretta e tempestiva nell'ottica della sicurezza del paziente. Realizzare una brochure informativa sulla Giornata mondiale sulla sicurezza delle cure da affiggere in struttura e condividere con operatori, pazienti e familiari. Proiezione di un video in sala di attesa.		

INDICATORE Esecuzione di sessioni formative/informative nella Giornata mondiale sulla sicurezza delle cure del 17.09.2026 Realizzazione di brochure informativa e video in sala di attesa.		
STANDARD Almeno 1 evento l'anno		
FONTE Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso/evento	R	C
Approvazione del corso/evento	C	R
Esecuzione del corso/evento	R	I

Tabella 10 – Obiettivo B – Attività 4

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		
ATTIVITÀ 4 –Monitoraggio continuo degli eventi avversi, eventi sentinella e dei “near miss” secondo la la P-RISK Gestione del Rischio clinico e relativa modulistica secondo la nuova “Determinazione 16 ottobre 2025, n. G13405 Adozione del "Manuale per la classificazione degli eventi e l'alimentazione del flusso SIREs-eventi" in sostituzione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella" di cui alla Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021. Richiesta credenziali per i sistemi applicativi sanitari regionali.		
INDICATORE N° eventi avversi / eventi sentinella /near miss eventi senza danno in un anno N° eventi trasmessi al sistema SIREs		
STANDARD ≤ 1		
FONTE Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'		
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario
Raccolta dati	R	C
Analisi dati	C	R
Azioni	C	R

R=Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

Tabella 11 – Obiettivo B – Attività 5

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI			
ATTIVITÀ 5 – Continuo aggiornamento delle Raccomandazioni Ministeriali, delle Procedure ed Istruzioni di lavoro riguardanti l'area sanitaria al fine di ridurre e contenere gli eventi avversi (es. revisione / aggiornamento di protocolli/istruzioni preoperatori per Interventi di chirurgia ambulatoriale, protocollo I-EU Gestione delle emergenze, urgenze e continuità assistenziale aggiungendo i trasferimenti per accertamenti diagnostici, ecc.).			
INDICATORE Aggiornamento procedure/istruzioni aziendali riguardanti l'area sanitaria e l'applicazione delle restanti Raccomandazioni Ministeriali entro il 31/12/2026			
STANDARD Almeno 5 aggiornamenti entro il 31.12.2026			
FONTE Direttore Sanitario			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direttore Sanitario	Risk Manager	RFA
Redazione procedure	R	C	C
Verifica procedure	C	R	I
Adozione procedure	C	C	R

Tabella 12 – Obiettivo B – Attività 6

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI			
ATTIVITÀ 6 –Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinici/organizzativi nelle aree aziendali a seguito di eventi avversi/eventi sentinella.			
INDICATORE Realizzazione di attività di auditing clinici/organizzativi in collaborazione con i responsabili di settore entro il 31/12/2026			
STANDARD Esecuzione di almeno 1 audit sia a seguito di eventi sentinella ed eventi avversi sia a seguito di segnalazioni spontanee interne o esterne, sia per verificare l'applicazione delle procedure ed istruzioni in singole aree della Clinica			
FONTE Risk Manager/Direttore Sanitario			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'			
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabili di branca
Promozione e organizzazione del gruppo di auditing	R	C	I
Esecuzione di audit (in caso di Evento Sentinella, ecc.)	R	R	C

R=Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

Tabella 13 – Obiettivo B – Attività 7

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI			
ATTIVITÀ 7 – Migliorare la qualità e sicurezza delle prestazioni erogate e la riduzione degli errori promuovendo ad esempio la diffusione della prescrizione medica per l'effettuazione delle analisi di laboratorio. Monitoraggio e controllo da parte del DS e del DTLAB			
INDICATORE			
1. Comunicazione del DS ai Medici entro il 31.03.2026			
2. N° NC rilevate su assenza di prescrizione/ totale analisi cliniche			
STANDARD			
1. Comunicazione del DS			
2. ≤ 1 NC			
FONTE			
DS			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	DS	DTL	Responsabili di branca
Redazione comunicazione	R	R	C
Invio comunicazione	R	I	C

R=Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

Tabella 14 – Obiettivo C – Attività 8

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		
ATTIVITÀ 8– Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla prevenzione di atti di violenza agli operatori sanitari e non sanitari” in base alla Determinazione 16 settembre 2021, n. G10851 "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”		
INDICATORE		
Formazione degli operatori entro il 31/12/2026		
STANDARD		
1 corso di formazione		
FONTE		
Risk Management, Responsabile Formazione		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Approvazione del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

R=Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

4. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Gli obiettivi dell'organizzazione sono stati definiti sulla base dei seguenti tre obiettivi strategici regionali in modo da includere quelli del piano Regionale delle prevenzioni (PRP) e del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobicoresistenza (PNCAR):

- 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 31/12/2023 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).

Per ogni obiettivo strategico definito sono state riportate le attività previste con i relativi indicatori misurabili e lo standard che ci si prefigge di raggiungere entro il 2025.

Tabella 14 – Obiettivo A – Attività 1-2-

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
<u>ATTIVITÀ 1</u> – Progettazione ed esecuzione di corsi on the job effettuati da formatori esterni/interni sui seguenti argomenti: monitoraggio e prevenzione delle ICA, controllo della diffusione delle enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi, lavaggio mani, processo di sterilizzazione – gestione dei rifiuti – prevenzione legionella – gestione stupefacenti e relativo registro, corretto uso degli antibiotici, antibioticoresistenza.		
<u>ATTIVITÀ 2</u> – Sensibilizzare il personale sanitario a ricercare corsi di formazione ECM aventi ad oggetto le ICA, lavaggio mani, antibioticoresistenza mediante invio di comunicazione mail del DS alle persone preposte.		
INDICATORE: 50%		
1. Esecuzione di corsi on the job agli operatori sugli argomenti presenti nelle attività 1 e 2, entro il 31/12/2026		
2. Comunicazione del DS e successiva verifica ECM sugli argomenti inerenti ICA e lavaggio mani, ecc.		
STANDARD		
Almeno 1 evento formativo/ corso on the job sul totale dei corsi programmati in un anno		
Almeno 1 corso ECM sugli argomenti riguardanti la prevenzione del rischio infettivo		
FONTE		
DS		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	DS	Personale sanitario
Ricerca del corso	C	R

Approvazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	I	R

R=Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

Tabella 15 – Obiettivo B – Attività 3-4-5-6

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 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI.		
ATTIVITÀ 3 – Progettazione ed esecuzione di almeno un corso di informazione/formazione l'anno sul lavaggio delle mani al personale sanitario e ai nuovi assunti e tirocinanti		
ATTIVITÀ 4 – Promuovere iniziative di informazione (ad es. in occasione della “Giornata mondiale dell’igiene delle mani” del 5 Maggio) per divulgare l’importanza dell’igiene delle mani anche tra pazienti e familiari mediante affissione di opuscoli sul lavaggio mani nelle stanze/bagni di degenza, video/immagini caricati sui monitor in sala di attesa, ecc.		
ATTIVITÀ 5 – Revisione/Aggiornamento annuale del Piano di azione locale sulla base delle risultanze della compilazione dei questionari di autovalutazione. N° azioni intraprese per il mantenimento del livello intermedio e/o avanzato entro dicembre 2026 e del mantenimento e miglioramento continuo per gli anni successivi.		
ATTIVITÀ 6 – Verifica mantenimento delle competenze degli operatori sanitari e degli osservatori attraverso valutazioni annuali.		
INDICATORE:		
Attività 3: N° corsi formazione/informazioni lavaggio mani ≥ 1		
Attività 4: N° di iniziative intraprese in un anno su lavaggio mani ≥ 1 entro il 05.05.2026		
Attività 5: N° di revisioni/aggiornamenti del piano di azione locale e N° azioni intraprese per il mantenimento del livello intermedio e/o avanzato entro dicembre 2026 e del mantenimento e miglioramento continuo per gli anni successivi		
Attività 6: N° di questionari con esito negativo / tot questionari $\leq 3\%$		
STANDARD		
Attività 3: Partecipazione al percorso formativo in aula e sul campo del 100% delle figure individuate		
Attività 4: Almeno 1 iniziativa intrapresa entro il 05.05.2026		
Attività 5: almeno 1 revisione/aggiornamento e almeno 1 azione intrapresa per il mantenimento del livello intermedio e/o del livello avanzato e del miglioramento continuo		
Attività 6: Compilazione del questionario per il 100% delle figure individuate		
FONTE		
CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CCICA	Responsabili di Branchia
Programmazione attività/iniziativa/ formazione	R	C
Approvazione attività/iniziativa/formazione	C	R
Esecuzione attività/iniziativa/corsi	R	C

R=Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

Tabella 16– Obiettivo C – Attività 7

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 7 – “Esecuzione di almeno una indagine di prevalenza sulle principali ICA (infezioni del sito chirurgico, infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridium difficile, infezioni legate alla gestione del catetere venoso, infezioni polmonari) incluse le CRE		
INDICATORE		
Indagine sulle principali ICA con ausilio della check list di controllo delle ICA - sezione monitoraggio infezioni:		
• Numero infezioni del sito chirurgico in un anno / numero ICA totali in un anno • Numero infezioni del tratto urinario in un anno / numero ICA totali in un anno • Numero infezioni da Clostridium difficile in un anno / numero ICA totali in un anno • Numero di infezioni legate alla gestione dei cateteri venosi/ numero ICA totali in un anno • Numero infezioni polmonari in un anno / numero ICA totali in un anno • N° infezioni da CRE/ numero ICA totali in un anno		
Monitoraggio entro il 31/12/2026 da effettuare tramite checklist ICA e Report annuale del DS		
STANDARD		
< 3 %		
FONTE		
CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CCICA	Direzione Sanitaria
Raccolta dati	R	C
Verifica dati	C	R
Elaborazione report	C	R

R=Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

Tabella 17 – Obiettivo C – Attività 8-9

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 8 –Implementazione/consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CPE – Eventuale aggiornamento della I-CRE Istruzione per il controllo della diffusione delle enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi e modulistica di registrazione. Monitoraggio delle infezioni da CPE		

ATTIVITÀ 9 – Aggiornamento della procedura P-AMR Antibioticoresistenza e redazione di una Procedura specifica per l'antibiotico profilassi perioperatoria secondo le indicazioni del manuale AWaRe antibiotic book per promuovere un uso consapevole degli antibiotici.		
INDICATORE: Attività 8: Numero infezioni da CPE comunicate / totale di degenti (in un anno) - Monitoraggio entro il 31/12/2026 da effettuare tramite checklist ICA e report del DS. Aggiornamento procedurale Attività 9: Aggiornamenti procedurali		
STANDARD ≤ 1 % di infezioni colonizzazioni da CRE Almeno 2 aggiornamenti procedurali entro il 31.12.26		
FONTE: CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CCICA	Direzione Sanitaria
Raccolta dati/Rev. Proced.	R	C
Verifica dati/Proc	C	R
Elaborazione report	C	R

Tabella 18 – Obiettivo C – Attività 10

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 10 – Continuare il Monitoraggio uso antibiotici facendo un raffronto negli anni al fine di ridurre l'utilizzo degli stessi - Elaborazione di report su patogeni circolanti integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi.		
INDICATORE - Dosi antibiotici somministrati totale degenti in un anno e confronto dei dati anno con precedente (2025-2026) - Redazione Report del DS entro il 31/12/2026 - Numero di pazienti resistenti agli antibiotici / totale degenti in un anno		
STANDARD 1 report semestrale		
FONTE DS e CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CCICA	DS
Raccolta dati	R	C
Verifica	C	R
Report	C	R

R=Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

Tabella 19 – Obiettivo C – Attività 11

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 11 – Migliorare sempre di più l'attività di manutenzione degli impianti in tema di rischio infettivo legionellosi, attraverso la promozione di interventi mirati alla corretta pulizia e sanificazione degli stessi. Ricerca della presenza di legionella (PROGRAMMA DI CAMPIONAMENTO) al fine di verificare l'eventuale colonizzazione degli impianti quale fonte ambientale di propagazione per eventuali infezioni all'utente e agli operatori mediante supervisione dello stato manutentivo periodico o straordinario della rete idrica di distribuzione. Formazione / informazione sul Rischio legionella. Prevedere modulistica dedicata per i manutentori.		
INDICATORE		
- N° campioni positivi legionella / n° prelievi effettuati - Un report del DS (contenente n. ICA, n. infezioni da CRE, e n° infezioni da legionella) entro il 31/12/2026 e redazione modulistica dedicata per la registrazione delle attività manutentive - Almeno un corso di formazione /informazione al personale sul rischio legionella		
- STANDARD - 0 % - Almeno un report annuale del DS contenente n. ICA, n. infezioni da CRE, e n° infezioni da legionella - Almeno 1 corso di formazione/informazione al personale entro il 31/12/2025 - Redazione modulistica		
FONTE		
Direttore Sanitario – Risk manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria
Monitoraggio	C	R
Report	R	C

R=Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

Tabella 20 – Obiettivo C – Attività 12

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 12 – “Continuare ad implementare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani, ove in uso (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria, stratificato ove praticabile per le diverse specialità/discipline) – Implementazione modulo di monitoraggio consumo di prodotti facendo raffronto annuale.		

INDICATORE		
N° litri prodotti idroalcolici per mani/1000 giornate di degenza ordinaria e confronto dei dati con l'anno precedente (2025-2026)		
Monitoraggio al 31/12/2026		
STANDARD		
> 5 %		
FONTE		
CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CCICA	Direzione Sanitaria
Raccolta dati	R	C
Analisi dati	C	R
Elaborazione report	C	R

R=Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

Tabella 21 – Obiettivo C – Attività 13

OBBIETTIVO 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 13 – Migliorare la gestione della raccolta dei rifiuti e delle sostanze pericolose all'interno della clinica al fine di contenere i rischi infettivi collegati attraverso una ottimizzazione della zona esterna coperta in cui vengono conferite le varie tipologie di rifiuto. Inserimento di pedane metalliche e di separatori con identificazione, mediante cartellonistica, della zona rifiuti speciali, zona sporco e pulito. Posizionamento armadio chiuso per sostanze pericolose. Aggiornamento I-RS Istruzione su gestione dei rifiuti.		
INDICATORE		
Razionalizzazione della zona esterna dedicata alla raccolta dei rifiuti e stoccaggio di altro materiale. Aggiornamento I-RS		
STANDARD		
Almeno 1 miglioria entro il 31.12.2026		
FONTE		
DS		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	MAN	Direzione Sanitaria/ Clinical manager
Valutazione posizionamento contenitori	C	R
Approvvigionamento e posizionamento	R	C

R=Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

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 14 - Migliorare la prevenzione del rischio infettivo mediante un monitoraggio delle modalità di pulizia della nuova ditta esterna incaricata attraverso l'utilizzo di specifica modulistica di controllo da parte dei diversi reparti e relazione finale del DS.		
INDICATORE		
Compilazione settimanale - da Marzo 2026 - delle Schede controllo pulizie da parte del personale per ogni zona di competenza. Report finale del DS e analisi di eventuali Non conformità		
STANDARD		
NC ≤1		
FONTE		
DS		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Funzioni aziendali	Direzione Sanitaria
Raccolta dati	R	C
Analisi dati	C	R
Elaborazione report	I	R

R=Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Si riportano di seguito le modalità con cui il presente documento verrà diffuso a livello della struttura.

- Invio tramite mail alle Direzioni aziendali e alle diverse Funzioni aziendali
- Pubblicazione sul sito internet della struttura nella Home page (o presenza di un link che rimandi direttamente al documento)
- Entro il 28 febbraio 2026 il PARS in formato pdf nativo sarà inviato alla mail crcc@regione.lazio.it, per il caricamento sul cloud regionale.**

6. PIANO DI AZIONE LOCALE

Durante la riunione CCICA tenutasi in data 17.02.2026, le figure coinvolte hanno analizzato i questionari di autovalutazione delle 5 sezioni (A, B, C, D, E - previste dal "Piano d'Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" del 19.02.2021), corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale raccomandata dall'OMS, compilati in data 06.02.2026 da cui sono scaturiti i seguenti risultati:

- Livello avanzato nella Sezione A - **REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI (PT.100)**
- Livello intermedio nella Sezione B – **FORMAZIONE DEL PERSONALE (PT. 75)**
- Livello avanzato nella Sezione C - **MONITORAGGIO E FEEDBACK: (PT. 95)**
- Livello intermedio nella Sezione D - **COMUNICAZIONE PERMANENTE: (PT. 75)**
- Livello avanzato nella Sezione E - **CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT: (PT. 85)**

7. PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

Si allega al presente documento la Relazione Tecnica di Valutazione del Rischio Legionella del 21.02.2025.

8. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Determinazione G 00643 del 25/01/2022 avente ad oggetto l'Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".
2. Determinazione 16 ottobre 2025, n. G13405 Adozione del "Manuale per la classificazione degli eventi e l'alimentazione del flusso SIREs-eventi" in sostituzione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella" di cui alla Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021.
3. Determinazione 16 settembre 2021, n. G10851 - Adozione della revisione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari".
4. Determinazione 25 gennaio 2022, n. G00642 - Adozione del "Documento di indirizzo sul consenso informato".
5. Determinazione Regione Lazio del 6 Novembre 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 25.10.2016.
6. Determinazione Regione Lazio del 28 Novembre 2022, n G16501 - Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".
7. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".
8. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".
9. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".
10. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro".
11. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
12. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere".
13. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza".
14. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131".
15. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie".
16. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017".
17. Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico".
18. Determinazione n. 460 del 28 giugno 2024 Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi.

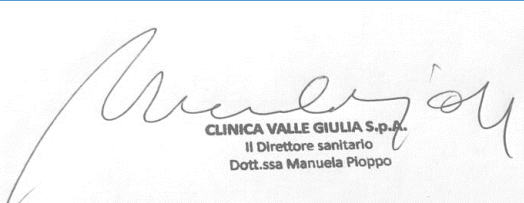
9. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: “Risk Management in Sanità- il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”.
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997.
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997.
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
6. 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=informazione;
7. 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.

PIANO DI AZIONE LOCALE

LAVAGGIO MANI

anno 2026

NOME E FUNZIONE		FIRMA
REDAZIONE		 CLINICA VALLE GIULIA S.p.A. Il Direttore sanitario Dott.ssa Manuela Pioppo
VERIFICA	<i>Dr. Manuela Pioppo</i>	
APPROVAZIONE E	Direttore Sanitario	
VALIDAZIONE		

REV.	DATA
0.0	20.02.2026

Il Piano di azione locale sull'igiene delle mani PALIM rispetta la seguente struttura minima suddivisa nei punti a, b e c:

a) Durante la riunione CCICA tenutasi in data 17.02.2026, le figure coinvolte hanno analizzato i questionari di autovalutazione delle 5 sezioni (A, B, C, D, E - previste dal "Piano d'Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" del 19.02.2021), corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale raccomandata dall'OMS, compilati in data 06.02.2026 da cui sono scaturiti i seguenti risultati:

- Livello avanzato nella Sezione A - **REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI (PT.100)**
- Livello intermedio nella Sezione B – **FORMAZIONE DEL PERSONALE (PT. 75)**
- Livello avanzato nella Sezione C - **MONITORAGGIO E FEEDBACK: (PT. 95)**
- Livello intermedio nella Sezione D - **COMUNICAZIONE PERMANENTE: (PT. 75)**
- Livello avanzato nella Sezione E - **CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT: (PT. 85)**

b) Risultati del monitoraggio del consumo di SIA e analisi dell'andamento rispetto all'anno precedente

Per quanto riguarda l'indagine sui consumi di soluzione idroalcolica nel 2025 sono stati utilizzati 36 lt di gel idroalcolico rispetto ai 35 lt del 2024

c) Risultati del monitoraggio dell'osservazione della compliance dell'igiene delle mani e andamento rispetto all'anno o alla rilevazione precedente:
Per quanto riguarda il monitoraggio dell'osservazione diretta per il corretto lavaggio delle mani, sono state effettuate 2 sessioni di osservazione diretta da parte dell'osservatore, in data 17.03.2025 sono stati osservati: ostetrica, medico, ausiliario, biologo e in data 20.03.2025 sono stati osservati: medico, infermiere, ausiliario e O.S.S. che rappresentano le categorie sanitarie più rappresentative per la struttura. Il rispetto dell'igiene delle mani (compliance) ha dato esito positivo, gli operatori osservati hanno effettuato correttamente l'igiene delle mani per ogni opportunità presentata.

La Clinica si impegna a mantenere attive per il 2026 tutte le azioni che hanno consentito di raggiungere gli attuali risultati in tutti gli ambiti dei questionari sopra citati.

In tal senso saranno messi in atto:

- Tutti gli obiettivi, anche specifici relativamente all'igiene delle mani, definiti nel PARS 2026;
- Il monitoraggio delle Soluzione idroalcolica (SIA)
- L'osservazione del lavaggio delle mani.

SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2025
Esaminare le informazioni disponibili sulla <i>compliance</i> all'igiene delle mani e/o sulle ICA per definire il programma di miglioramento.	DS	6 MESI	1 anno	Nella struttura tutti gli operatori sanitari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani e delle ICA. Per divulgare l'importanza dell'igiene delle mani sono state affisse locandine/poster, distribuiti opuscoli e brochure.
Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: - Indagine sui singoli Reparti/Servizi; - Indagine sul consumo di soluzione alcolica.	DS	6 MESI	1 anno	Il rapporto lavandini letti è di 1:10 nel 75% della struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento
Definire con la Direzione Strategica gli eventuali adeguamenti strutturali e tecnologici, con l'obiettivo di dotare ogni stanza di un lavandino e ogni punto di assistenza di un dispenser di soluzione alcolica.	DS	6 MESI	1 anno	Dispenser sono presenti all'ingresso, nei corridoi, nelle medicherie, ai piani di degenza, negli ambulatori, diagnostica, negli studi medici e sui carrelli della terapia.
Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura.	DS	6 mesi	1 anno	Come da checklist consumo prodotti idroalcolici anno 2025 e P- IMM Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle Mani Ed. 2 del 26.01.2023
Indagine sul consumo di soluzione alcolica	DS	6 mesi	1 anno	E' stata effettuata nel 2025 una indagine sul consumo complessivo di soluzione idroalcolica all'interno della struttura con un consumo di 36 litri
Monitoraggio e feedback condizioni igieniche dei lavandini nelle stanze di degenza, negli ambulatori, medicherie, diagnostica, studi medici e ambienti comuni da registrare	DS	6 mesi	1 anno	La pulizia dei bagni della struttura oltre alla pulizia degli altri ambienti viene effettuata sia dal personale infermieristico che dal DS. Si apre una NC a seguito di rilievo di problematiche.
Monitoraggio e feedback disponibilità di sapone, salviette monouso, gel idroalcolico nelle stanze della degenza e medicherie da registrare su apposita modulistica	DS	6 mesi	1 anno	Il Monitoraggio viene effettuato mensilmente dal personale infermieristico e registrato sul M-ICA-3 Check list controllo rischio ICA
Intervento di decalcificazione dei filtri dei rubinetti	DS	6 mesi	1 anno	Gli interventi di manutenzione sui filtri dei rubinetti viene effettuata dai

SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2025
dei lavandini delle stanze di degenza, negli ambulatori, medicherie, diagnostica, studi medici e ambienti comuni da registrare				manutentori ma senza effettuare registrazione.
Sviluppare specifiche istruzioni operative: • Approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani • Immagazzinamento e distribuzione dei prodotti per l'igiene delle mani • Modalità di manutenzione dei lavandini e dei dispenser • Modalità di segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture • Installazione/manutenzione dei dispenser.	DS	6 mesi	1 anno	Ad oggi la descrizione di tali istruzioni è presente nella P-IMM Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle Mani e nelle Procedure del SGQ

(R: Responsabile; T: tempo previsto per l'implementazione; M: Monitoraggio)

AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2026			
SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI			
AZIONI DI MIGLIORAMENTO	R	T	M
Indagine sul consumo di soluzione alcolica disaggregando, ove possibile, i dati per degenza e non degenza	DS	Semestrale	Monitoraggio semestrale
Monitoraggio e feedback tramite modulistica dedicata delle condizioni igieniche dei bagni della struttura, dei lavandini nelle stanze di degenza, negli ambulatori, medicherie, diagnostica, sale operatorie, ecc.	DS	Semestrale	Monitoraggio semestrale
Registrazione su modulistica dedicata degli Interventi di decalcificazione dei filtri dei rubinetti dei lavandini delle stanze di degenza, negli ambulatori, medicherie, diagnostica, studi	DS	Semestrale	Monitoraggio semestrale
Riorganizzazione della distribuzione del gel idroalcolico in tutti gli spazi clinici assistenziali e di	DS	Semestrale	Monitoraggio semestrale

accesso alla struttura.			
Incrementare la registrazione delle attività di osservazione dell' igienizzazione delle mani	DS	Semestrale	Monitoraggio semestrale
Condivisione feedback dei risultati del monitoraggio delle osservazioni per l'adesione all'igiene delle mani tramite realizzazione di report oppure mostrando i risultati durante le attività formative	DS	Semestrale	Monitoraggio semestrale

SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE

AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2025
Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base delle specificità e dei bisogni locali.	DS	3 MESI	1 ANNO	Osservatori e addetti alla formazione seguono sessioni di formazione pratica per apprendere dove e come effettuare l'igiene delle mani, in base ai principi delineati nei Cinque momenti per l'igiene delle mani. La formazione di base per osservatori e addetti alla formazione illustra l'importanza della prevenzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria, le modalità di trasmissione di queste ultime, le indicazioni sull'igiene delle mani e le tecniche in accordo con le Raccomandazioni OMS.
Rivedere/progettare un programma di formazione sulla base del Piano di Intervento Regionale.	DS	6 MESI	1 ANNO	Le attività formative sono declinate all'interno del piano formativo riprogettato sulla base del piano di intervento regionale anno 2025
Identificare i formatori (almeno uno per struttura).	DS	6 MESI	1 ANNO	Confermata nomina al Direttore Sanitario per l'anno 2025
Identificare gli osservatori (almeno uno ogni 200 posti letto).	DS	6 MESI	1 ANNO	Confermata nomina al Coordinatore infermieristico per l'anno 2025
Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati.	DS	6 MESI	1 ANNO	2 ore di formazione annuale per tutti gli operatori sanitari, e neoassunti Addestramento sul campo per osservatori
Effettuare la formazione dei formatori e degli osservatori: formatori e osservatori possono ricevere la stessa formazione di base, ma gli osservatori ricevano una formazione specifica aggiuntiva che preveda un addestramento sul campo sotto la supervisione di un tutor esperto.	DS	6 MESI	1 ANNO	Il percorso formativo degli osservatori è documentato, e la loro competenza viene rivalutata periodicamente (annualmente) attraverso il modulo mantenimento competenze. La validazione dei nuovi osservatori compete al Direttore Sanitario. Le attività di addestramento sono state effettuate nell'anno 2025 e risultate positive

SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE

AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2025
Definire il piano formativo, compreso il calendario, per avviare, condurre e valutare la formazione obbligatoria di tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai nuovi assunti.	DS	6 MESI	1 ANNO	Come da piano annuale di formazione anno 2025
Definire un piano d'azione per affrontare la scarsa o mancata partecipazione alla formazione da parte degli operatori.	DS	6 MESI	1 ANNO	In caso di mancata o scarsa partecipazione da parte degli operatori alla formazione, verrà aperta una non conformità. Non sono state riscontrate NC a riguardo nel 2025
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare le competenze dei formatori e degli osservatori (ad esempio annualmente).	DS	6 MESI	1 ANNO	Annualmente gli operatori sanitari partecipano a sessioni formative sull'igiene delle mani e sul controllo delle ICA. Il mantenimento delle competenze è stato monitorato attraverso il modulo mantenimento competenze M-PIIM.1 e M-PIIM.8 in data 10.11.2025
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari (ad esempio annualmente).	DS	6 MESI	1 ANNO	Come da modulo mantenimento competenze M-PIIM.1 e M-PIIM.8 in data 10.11.25 (in sede di riesame della direzione)
Organizzare attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	DS	6 MESI	1 ANNO	Distribuzione a tutti gli operatori di opuscoli sull'igiene delle mani durante le sessioni formative nella giornata mondiale del 5 maggio 2025. Nella giornata del 05.05.25 è stato inoltre proiettato sul monitor presente in sala d'attesa un video informativo. Tale video è stato proiettato ogni due ore nella sala di attesa e anche nei giorni seguenti
Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione e la sostituzione di quello obsoleto.	DS	6 MESI	1 ANNO	Il materiale per la formazione viene regolarmente aggiornato e revisionato con sostituzione di quello obsoleto.
Formazione obbligatoria sull'igiene mani per tutti gli operatori sanitari.	DS	6 MESI	1 ANNO	Nel 2025 gli operatori sanitari non hanno effettuato corsi sull'igiene delle mani, sono stati pianificati per il 2026
Corso igiene mani e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza ICA al personale sanitario in essere e agli eventuali nuovi assunti	DS	6 MESI	1 ANNO	Nel 2025 gli operatori sanitari non hanno effettuato corsi sull'igiene delle mani, sono stati pianificati per il 2026

SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE

AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2025
Continua formazione e verifica delle competenze del personale sanitario, osservatori e formatori attraverso l'utilizzo dei questionari predisposti	DS	6 MESI	1 ANNO	Come da piano annuale di formazione anno 2025 e come da modulo mantenimento competenze M-PIIM.8.1 e M-PIIM.8 in data 10.11.25 in sede di riesame della Direzione

(R: Responsabile; T: tempo previsto per l'implementazione; M: Monitoraggio)

AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2026
SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE

AZIONI DI MIGLIORAMENTO	R	T	M
Aggiornamento almeno annuale del materiale per la formazione	DS	6 MESI	Monitoraggio annuale
Corso igiene mani e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza ICA al personale sanitario in essere e agli eventuali nuovi assunti	DS	6 MESI	Monitoraggio annuale
Continua formazione e verifica delle competenze del personale sanitario, osservatori e formatori attraverso l'utilizzo dei questionari predisposti	DS	6 MESI	Monitoraggio annuale
Corso aggiornamento sulla Legionella a tutto il personale in essere e agli eventuali nuovi assunti	DS	6 MESI	Monitoraggio annuale

SEZIONE C - MONITORAGGIO E FEEDBACK

AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2025
Monitorare le attività di valutazione e feedback tra cui: (a) osservazione della <i>compliance</i> sull'igiene delle mani; indagini sulle infrastrutture di reparto; indagini sul consumo di soluzione alcolica/sapone/asciugamani; indagini di percezione per gli operatori sanitari; indagini di percezione per dirigenti apicali; indagini sulla conoscenza degli operatori sanitari.	DS	6 MESI	1 ANNO	È stata predisposta la checklist per l'osservazione diretta della compliance sull'igiene delle mani, sul consumo di soluzione alcolica e sapone, nonché la checklist sull'indagine di percezione per gli operatori sanitari e sulle conoscenze.
Stabilire il piano/calendario, per l'avvio delle attività di valutazione e feedback e diffonderlo a tutta la Struttura	DS	6 MESI	1 ANNO	Riunione verbale con operatori di tutta la struttura per comunicare l'avvio attività

SEZIONE C - MONITORAGGIO E FEEDBACK				
AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2025
				di valutazione e feedback
Identificare le competenze di supporto eventualmente necessarie (ad esempio, epidemiologo, statistico).	DS	6 MESI	1 ANNO	Identificate le competenze tra i Componenti del CCICA agg.to il 06.02.25
Definire un sistema generale per restituire i risultati della valutazione ai dirigenti apicali, compreso un piano d'azione per affrontare la scarsa conformità, le conoscenze e le infrastrutture.	DS	6 MESI	1 ANNO	Dopo la somministrazione del questionario, viene dato un feedback verbale immediato sul risultato. Eventuali difformità da quanto pianificato verrà prontamente gestito con l'apertura di una NC.
Identificare i candidati per essere osservatori (se non lo si è già fatto).	DS	6 MESI	1 ANNO	Confermata nomina del Coordinatore infermieristico
Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori (ad esempio, annualmente).	DS	6 MESI	1 ANNO	Come da piano annuale di formazione 2025 e modulo mantenimento competenze M-PIIM.1 e M-PIIM.8 in data 10.11.2025
Condurre valutazioni di base e dare un ritorno al personale sanitario.	DS	6 MESI	1 ANNO	Dopo la somministrazione del questionario, viene dato un feedback verbale immediato sul risultato, così come per l'osservazione diretta
Diffondere a tutta la struttura il piano per le osservazioni in corso secondo un programma concordato (ad esempio annualmente, ma idealmente ogni due mesi).	DS	6 MESI	1 ANNO	Piano annuale delle osservazioni 2025
Presentare i risultati delle osservazioni secondo un programma concordato con il team di implementazione dell'igiene delle mani e il CCICA.	DS	6 MESI	1 ANNO	Per ogni sessione di osservazione, vengono osservate due/quattro figure professionali. Annualmente vengono discussi i risultati con i membri del CCICA.
Stabilire obiettivi annuali per il miglioramento della conformità all'igiene delle mani tenendo conto dei dati di partenza.	DS	6 MESI	1 ANNO	Vedi PARS 2025

SEZIONE C - MONITORAGGIO E FEEDBACK				
AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2025
Valutare le informazioni sui tassi di ICA nella Struttura.	DS	6 MESI	1 ANNO	Vedi PARS 2025 e checklist ICA anno 2025
Definire un sistema per monitorare i tassi di ICA su base continuativa insieme al livello di compliance dell'igiene delle mani.	DS	6 MESI	1 ANNO	Checklist ICA anno 2025
Considerare la possibilità di pubblicare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e sui tassi di ICA presso la struttura in una rivista con revisione tra pari, in una rivista specializzata o in una newsletter interna	DS	6 MESI	1 ANNO	Pubblicazione del PARS 2025 sul sito web
Definizione del piano annuale delle osservazioni	DS	6 MESI	1 ANNO	Piano annuale delle osservazioni del 2025
Condurre osservazioni ai piani di degenza, sala operatoria, diagnostica e ambulatori e fornire un feedback immediato alla fine di ogni sezione di osservazione e se necessario riprogrammare sessioni di formazione/ informazioni specifica	DS	6 MESI	1 ANNO	Per ogni sessione di osservazione, vengono osservate due/quattro figure professionali. M-PIIM-7 Piano annuale delle osservazioni del 2025 M-PIIM-6 Schede di osservazione effettuate nell'anno 2025. Annualmente vengono discussi i risultati con i membri del CCICA.
Presentazione dei risultati delle osservazioni al CCICA e al personale coinvolto e redazione relativo verbale	DS	6 MESI	1 ANNO	Verbale del DS del 30.12.25

(R: Responsabile; T: tempo previsto per l'implementazione; M: Monitoraggio)

AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2025			
SEZIONE C - MONITORAGGIO E FEEDBACK			
AZIONI DI MIGLIORAMENTO	R	T	M
Definizione del piano annuale delle osservazioni	DS	annuale	Monitoraggio annuale
Presentazione dei risultati delle osservazioni al CCICA e al personale coinvolto e redazione relativo verbale	DS	semestrale	Monitoraggio annuale
Presentazione dei risultati delle osservazioni sul campo al personale coinvolto mediante redazione di relativo report e individuazione di azioni di miglioramento laddove necessario	DS	annuale	Monitoraggio annuale

Valutare le informazioni sui tassi di ICA nella Struttura insieme al livello di compliance dell'igiene delle mani e pubblicare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e sui tassi di ICA presso la struttura.	DS	semestrale	Monitoraggio annuale
--	----	------------	----------------------

SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE				
AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2025
Definire i requisiti per aggiornare o fornire nuovi materiali.	DS	6 MESI	1 ANNO	L'aggiornamento dei materiali informativi sull'igiene delle mani, viene fatto regolarmente, con sostituzione di quello obsoleto all'occorrenza.
Fornire e/o esporre il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici.	DS	6 MESI	1 ANNO	In tutti gli ambienti sono esposti poster sul corretto lavaggio delle mani con acqua e sapone e con frizione alcolica.
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti (ad esempio al punto di cura, sopra i lavabi).	DS	6 MESI	1 ANNO	Ogni giorno, il personale si assicura che i poster sul corretto lavaggio delle mani siano in buone condizioni. In caso di usura, verranno prontamente sostituiti
Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporli in tutti gli ambienti clinici.	DS	6 MESI	1 ANNO	Durante le sessioni formative sull'igiene delle mani, verranno distribuiti opuscoli a tutti gli operatori sanitari, e saranno esposti in tutti gli ambienti.
Pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli.	DS	6 MESI	1 ANNO	Continua revisione del materiale informativo. Nella giornata del 05.05.25 è stato proiettato sul monitor presente in sala d'attesa un video informativo sull'igiene delle mani. Tale video è stato proiettato a ripetizione nella sala di attesa e anche nei giorni seguenti.
Creare opuscoli e dépliant per visitatori e pazienti	DS	6 MESI	1 ANNO	Continua revisione del materiale informativo.

SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE				
AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2025
Pianificare ed organizzare un programma per la giornata internazionale sull'igiene delle mani. (5 maggio)	DS	6 MESI	1 ANNO	Verbale CCICA del 06.02.2025
In occasione della giornata dell'igiene delle mani (5 maggio), creare ed impostare su tutti i PC aziendali uno screensaver ad hoc per sensibilizzare sul tema dell'igiene mani, utilizzando eventualmente immagini fornite dall'OMS	DS	6 MESI	1 ANNO	/
In occasione della giornata dell'igiene delle mani (5 maggio), pubblicare banner sul sito aziendale utilizzando immagini fornite dal WHO	DS	6 MESI	1 ANNO	/
In occasione della giornata dell'igiene delle mani (5 maggio), proiezione video nella sala d'attesa per sensibilizzare sull'importanza dell'igiene delle mani				Nella giornata del 05.05.25 è stato proiettato sul monitor presente in sala d'attesa un video informativo sull'igiene delle mani. Tale video è stato proiettato a ripetizione nella sala di attesa e anche nei giorni seguenti.
Verifica del corretto posizionamento e stato di conservazione dei poster che riguardano l'igiene delle mani con l'ausilio della check ICA	DS	6 MESI	1 ANNO	Vedi check list ICA anno 2025

(R: Responsabile; T: tempo previsto per l'implementazione; M: Monitoraggio)

AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2026			
SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE			
AZIONI DI MIGLIORAMENTO	R	T	M
Pianificare ed organizzare un programma per la giornata internazionale sull'igiene delle mani. (5 maggio)	DS	semestrale	Monitoraggio annuale
In occasione della giornata dell'igiene delle mani (5 maggio), creare ed impostare su tutti i PC aziendali uno screensaver ad hoc per sensibilizzare sul tema dell'igiene mani, utilizzando eventualmente immagini fornite dall'OMS	DS	semestrale	Monitoraggio annuale
In occasione della giornata dell'igiene delle mani (5 maggio), pubblicare banner sul sito aziendale	DS	Semestrale	Monitoraggio annuale

AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2026			
SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE			
AZIONI DI MIGLIORAMENTO	R	T	M
utilizzando immagini fornite dal WHO			
In occasione della giornata dell'igiene delle mani (5 maggio), proiezione video nella sala d'attesa per sensibilizzare sull'importanza dell'igiene delle mani	DS	Semestrale	Monitoraggio annuale
In occasione della giornata dell'igiene delle mani (5 maggio), inviare tramite email o WhatsApp informazioni sull'importanza del corretto lavaggio delle mani ai pazienti	DS	Semestrale	Monitoraggio annuale
Verifica del corretto posizionamento e stato di conservazione dei poster che riguardano l'igiene delle mani con l'ausilio della check list ICA e relazionarlo nella Relazione CCICA del 05.05.26	DS	Semestrale	Monitoraggio semestrale

SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT				
AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2025
Chiarire che tutte le altre azioni per assicurare il cambiamento del sistema, la formazione/istruzione, la valutazione e il feedback e i promemoria sul posto di lavoro hanno luogo.	DS	6 MESI	1 ANNO	Continuo impegno da parte della direzione e di tutti gli operatori ad un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani al fine di ridurre le ICA
Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture.	DS	6 MESI	1 ANNO	Continuo impegno da parte della direzione e di tutti gli operatori ad un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani al fine di ridurre le ICA
Preparare e inviare una lettera per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull'igiene delle mani.	DS	6 MESI	1 ANNO	e-mail su iniziative igiene mani
Istituire un comitato per attuare il piano d'azione locale della Struttura.	DS	6 MESI	1 ANNO	Comitato CCICA Nomina aggiornata al 06.02.2025
Stabilire riunioni regolari per avere un feedback e rivedere il piano d'azione di conseguenza.	DS	6 MESI	1 ANNO	Riunione annuale del CCICA 2025
Elaborare un piano per pubblicizzare le attività di igiene delle mani in tutta la Struttura utilizzando, se disponibili le competenze interne di comunicazione.	DS	6 MESI	1 ANNO	Riunione annuale del CCICA del 06.02.2025 per pianificare e pubblicizzare le attività igiene mani nella Giornata del 5 maggio

SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT				
AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2025
Rivedere l'attuale coinvolgimento dei pazienti nelle attività di miglioramento dell'assistenza sanitaria e considerare i tempi per avviare discussioni/collaborazioni continue con le principali organizzazioni di pazienti.	DS	6 MESI	1 ANNO	Distribuzione di poster ed opuscoli sull'igiene delle mani ai pazienti e familiari
Avviare attività di sostegno per i pazienti (ad esempio, fornire opuscoli informativi sull'igiene delle mani ai pazienti e pianificare sessioni educative).	DS	6 MESI	1 ANNO	Distribuzione opuscoli, informative/Brochure
Pianificare la produzione di materiali di formazione supplementari o l'organizzazione di attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	DS	6 MESI	1 ANNO	Piano annuale di formazione anno 2025
Sensibilizzazione continuativa pazienti, parenti e visitatori sul tema igiene delle mani come prevenzione delle ICA fornendo opuscoli informativi e depliant sull'igiene delle mani	DS	6 MESI	1 ANNO	In occasione del 05.05.25 sensibilizzazione ai pazienti /parenti/tutori
Promuovere attività di sensibilizzazione per pazienti, accompagnatori, visitatori e personale sanitario sull'importanza dell'igiene delle mani (esempio invio mail, link informativi, video proiezioni)	DS	6 MESI	1 ANNO	In occasione del 05.05.25 proiezione video su monitor in sala d'attesa. Da riproporre per il 2026
Monitorare l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali	DS	6 MESI	1 ANNO	Obbiettivi PARS 2025 e indicatori 2025

(R: Responsabile; T: tempo previsto per l'implementazione; M: Monitoraggio)

AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2026			
SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT			
AZIONI DI MIGLIORAMENTO	R	T	M
Sensibilizzazione continuativa pazienti, parenti e visitatori sul tema igiene delle mani come prevenzione delle ICA fornendo opuscoli informativi e depliant sull'igiene delle mani sempre nuovi	DS	annuale	Monitoraggio annuale
Promuovere attività di sensibilizzazione per pazienti, accompagnatori, visitatori e personale sanitario sull'importanza dell'igiene delle mani (esempio invio mail, link informativi, video proiezioni)	DS	annuale	Monitoraggio annuale
Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e nel PARS	DS	annuale	Monitoraggio annuale
Sensibilizzazione degli operatori sanitari a trovare corsi di formazione ECM aventi ad oggetto: ICA, lavaggio	DS	annuale	Monitoraggio annuale

mani e antibiotico resistenza			
Progettazione di corso on the job effettuato da formatori interni e esterni su: sterilizzazione – rifiuti-legionella – stupefacenti modulistica e registro – lavaggio mani ed ICA	DS	annuale	Monitoraggio annuale



PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

anno 2026

Redazione del 26.02.2026 rev.0

Programma di controllo della legionellosi

Il documento è elaborato secondo quanto previsto dalle Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi (adottato con DGR n. 460 del 28 giugno 2024) e dal Piano di sicurezza dell'acqua (di cui al D.Lgs 18/2023 di recepimento della Direttiva UE 2020/2184)

Scopo della presente relazione è la definizione del sistema di prevenzione e controllo della presenza e della trasmissione della Legionellosi nella struttura Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.r.l. La struttura ha predisposto l'adozione di un sistema di valutazione e gestione del rischio legionellosi, come descritto nel Documento Relazione Tecnica di Valutazione del Rischio Legionella in revisione 0 del 21/02/2025, per tutelare la salute dei pazienti e dei dipendenti.

La relazione è redatta secondo la seguente struttura minima:

- a. Costituzione del team;
- b. Realizzazione della piattaforma documentale;
- c. Modalità di esecuzione e tempi della valutazione del rischio e indicazione sintetica delle misure di controllo previste;
- d. Risultato sintetico degli esiti del monitoraggio operativo di verifica sull'efficacia delle misure di controllo in atto;
- e. Sintesi del piano di miglioramento eventualmente previsto e indicazione sintetica delle azioni correttive;
- f. Pianificazione delle azioni di supporto previste (ad esempio sulla formazione degli operatori).

a. Costituzione del *team*

Il *team* di lavoro multidisciplinare Legionella è composto dal Direttore Sanitario dott.ssa Manuela Pioppo, dall'RSPP e dal consulente esterno per la legionella dott. Giancarlo Cantagallo, dai manutentori interni Marco Ceci e Francesco Martella.

b. Realizzazione della piattaforma documentale

Per la Valutazione del Rischio Legionella sono stati anche riconfermati i seguenti documenti:

- la Relazione Tecnica di Valutazione del rischio legionella Rev. 0 del 21.02.25;

- la P-ICA Procedura gestione infezioni correlate all'assistenza in cui è stato inserito il paragrafo relativo alla legionella e le modalità di prevenzione della stessa (Ed. 2 rev. 0 del 15.07.24).

Inoltre, i dati relativi alla legionellosi sono inseriti nel PARS pubblicato sul sito istituzionale della struttura.

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

Il programma di campionamento coinvolge tutte le attività di gestione degli impianti idraulici ed aeraulici.

La programmazione delle analisi è in conformità con le linee guide ed ufficializzate nella Relazione Tecnica di Valutazione del Rischio Legionella. Di seguito il programma annuale di campionamento che prevede due prelievi semestrali:

PUNTI DI PRELIEVO UTILI PER IL CONTROLLO DELLE UFC DI LEGIONELLA	FREQUENZA
Acqua calda da serbatoio 1 (Piano secondo interrato)	SEMESTRALE
Acqua calda lavandino bagno spogliatoio (Piano secondo interrato)	SEMESTRALE
Tampone incrostazioni da biofilm bocchetta di immissione sala crioconservazione (Piano secondo interrato)	SEMESTRALE
Acqua calda lavandino laboratorio analisi cliniche (Piano secondo interrato)	SEMESTRALE
Tampone incrostazioni da biofilm bocchetta di immissione laboratorio analisi cliniche (Piano secondo interrato)	SEMESTRALE
Tampone incrostazioni da biofilm bocchetta di emissione sala risveglio (Piano secondo interrato)	SEMESTRALE
Acqua calda lavandino bagno sala preparazione risveglio (Piano secondo interrato)	SEMESTRALE
Tampone incrostazioni da biofilm bocchetta di emissione laboratorio (Piano secondo interrato)	SEMESTRALE
Acqua calda lavandino bagno disabili sala radiologia (Piano primo interrato)	SEMESTRALE
Acqua calda lavandino sala operatorio angolo lavaggio medici (Piano primo interrato)	SEMESTRALE
Tampone incrostazioni da biofilm bocchetta di emissione sala sterilizzazione (Piano primo interrato)	SEMESTRALE
Acqua calda lavandino bagno spogliatoio adiacente sala sosta medica (Piano primo interrato)	SEMESTRALE
Tampone incrostazioni da biofilm climatizzatore studio medico (Piano terra)	SEMESTRALE
Acqua calda lavandino bagno visitatori (Piano terra)	SEMESTRALE
Tampone incrostazioni da biofilm climatizzatore stanza (Piano primo)	SEMESTRALE
Tampone incrostazioni da biofilm soffione doccia bagno stanza (Piano primo)	SEMESTRALE
Tampone incrostazioni da biofilm climatizzatore locale infermieri/ visita e medicazione (Piano secondo)	SEMESTRALE
Acqua calda lavandino bagno stanza (Piano secondo)	SEMESTRALE
Tampone incrostazioni da biofilm climatizzatore stanza (Piano terzo)	SEMESTRALE
Tampone incrostazioni da biofilm soffione doccia bagno stanza (Piano terzo)	SEMESTRALE
Tampone incrostazioni da biofilm climatizzatore sala attesa (Piano quarto)	SEMESTRALE
Acqua calda lavandino bagno disabili (Piano quarto)	SEMESTRALE
Acqua calda lavandino bagno sala riunioni e studio medico (Piano quinto)	SEMESTRALE
Tampone incrostazioni da biofilm climatizzatore sala attesa (Piano quinto)	SEMESTRALE

La valutazione per operatori sanitari e lavoratori della Struttura è effettuata ai sensi del D. Lgs. n. 81/2008 “Rischio legionellosi associato ad attività professionale (lavoratori ed equiparati)”.

La responsabilità di questa valutazione è attribuita al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP).

La valutazione viene eseguita periodicamente o ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità, ad esempio in caso di segnalazione di polmonite da legionellosi.

La struttura, Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.r.l. in ottemperanza alle Linee guida per la prevenzione e il controllo della Legionellosi del Ministero della Salute (2015) e al D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i., adotta e mantiene attivo un Piano di Autocontrollo per la gestione del rischio Legionella, finalizzato alla tutela della salute dei pazienti, del personale e degli utenti.

Il Piano si fonda su un sistema strutturato di misure preventive e correttive, articolate su interventi a breve e a medio termine, già implementate nel corso dell'anno 2025 e confermate per l'anno 2026, e comprende attività di gestione, manutenzione, trattamento degli impianti e sorveglianza microbiologica.

Le principali misure di controllo previste sugli impianti sono sinteticamente riportate di seguito:

IMPIANTO IDRICO-SANITARIO	
INTERVENTO	FREQUENZA
Controllo mantenimento range temperatura acqua sanitaria	MENSILE
Verifica di circolazione su tutta la rete idrica, ed in particolare nei tratti meno utilizzati, che ci sia passaggio di acqua, in modo da far reagire la disinfezione di continuo	MENSILE
Pulizia e sanificazione della serpentina della caldaia	SEMESTRALE
Pulizia e decontaminazione dei boiler di produzione dell'acqua calda sanitaria	SEMESTRALE
Pulizia e decontaminazione rompigetto	SEMESTRALE
Sostituzione rompigetto	ANNUALE

IMPIANTO DI RICAMBIO D'ARIA E CONDIZIONAMENTO	
INTERVENTO	FREQUENZA
Manutenzione unità esterne impianti di ventilazione forzata	SEMESTRALE
Manutenzione unità interne impianti di ventilazione forzata	SEMESTRALE
Ispezione, pulizia e manutenzione condotte ventilazione forzata	SEMESTRALE
Manutenzione unità esterne impianti di climatizzazione	SEMESTRALE
Manutenzione unità interne impianti di climatizzazione	SEMESTRALE
Ispezione, pulizia e sanificazione dei tubi di eliminazione dell'acqua di scarico	SEMESTRALE
Pulizia e sostituzione filtri impianti di ventilazione forzata	COME DA RELAZIONE SPECIFICA
Pulizia e sostituzione filtri impianti di climatizzazione	COME DA RELAZIONE SPECIFICA
Controllo e sanificazione dei componenti degli impianti, se necessario	SEMESTRALE
Monitoraggio microbiologico dell'impianto su matrice polvere	BIENNALE

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

La Struttura effettua il monitoraggio della Legionella e della qualità delle acque tramite analisi di laboratorio in autocontrollo, avvalendosi di un laboratorio esterno (Life Analytics) accreditato Accredia per la ricerca della Legionella (certificazione Accredia – ILAC MRA). Nello specifico, il laboratorio esegue campionamento, e analisi microbiologiche nel pieno rispetto delle norme di riferimento UNI EN ISO 11731:2017, garantendo accuratezza e conformità normativa. I risultati delle analisi effettuati in data 07.04.2025 e 06.10.2025 sono risultati conformi. Di seguito i risultati delle ultime analisi effettuate sui campioni prelevati il 26.09.2025:

DATA PRELIEVO	CAMPIONE	PROVA	RISULTATI
26.09.2025	Rapporto di prova n° 25EU0041086 del 06.10.2025 Acqua destinata al consumo umano prelevata da Lavabo bagno disabili 4° piano	Conta di Legionella spp Conta di Legionella pneumophila	<100 UFC/l <100 UFC/l

26.09.2025	Rapporto di prova n° 25EU0041087 del 06.10.2025 Acqua destinata al consumo umano prelevata da Lavabo bagno medicheria 3° piano	Conta di Legionella spp Conta di Legionella pneumophila	<100 UFC/l <100 UFC/l
26.09.2025	Rapporto di prova n° 25EU0041088 del 06.10.2025 Acqua destinata al consumo umano prelevata da Lavabo bagno medicheria 2° piano	Conta di Legionella spp Conta di Legionella pneumophila	<100 UFC/l <100 UFC/l
26.09.2025	Rapporto di prova n° 25EU0041089 del 06.10.2025 Acqua destinata al consumo umano prelevata da Lavabo stanza 608 1° piano bagno	Conta di Legionella spp Conta di Legionella pneumophila	<100 UFC/l <100 UFC/l
26.09.2025	Rapporto di prova n° 25EU0041090 del 06.10.2025 Acqua destinata al consumo umano prelevata da bagno sosta medici sala operatoria piano -1	Conta di Legionella spp Conta di Legionella pneumophila	<100 UFC/l <100 UFC/l
26.09.2025	Rapporto di prova n° 25EU0041091 del 06.10.2025 Acqua destinata al consumo umano prelevata da lavabo bancone laboratorio piano -2	Conta di Legionella spp Conta di Legionella pneumophila	<100 UFC/l <100 UFC/l

Nel 2025 non si sono riscontrati casi positivi nella struttura per cui non sono state necessarie azioni correttive.

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

La Struttura nell'ottica del miglioramento provvederà alle seguenti attività:

AZIONE CORRETTIVA	FREQUENZA	INDICATORI DI EFFICACIA
Potenziamento dei campionamenti microbiologici e monitoraggi straordinari	All'occorrenza su segnalazione a seguito di criticità	Nessun risultato analitico superiore al limite di riferimento
Formazione del personale tecnico/sanitario	Aggiornamenti periodici	Miglioramento della corretta gestione degli impianti/documentazione di registrazione
Riesame del Piano di autocontrollo	straordinario su segnalazione	Aggiornamento della documentazione in base alle nuove evidenze Miglioramento delle procedure operative

f. Pianificazione delle azioni di supporto previste

Nel 2025 è stato condiviso il documento "Relazione Tecnica di Valutazione del Rischio Legionella in revisione 0 del 21/02/2025" con il personale interessato.

Per il 2026 si prevede di effettuare corsi *on the job* o sessione formative per il tutto il personale della struttura. Tutte le attività formative e informative saranno documentate, tracciabili e conformi alle normative vigenti e al D. Lgs. n. 81/2008.

Tutte le attività sono pianificate in coerenza con le caratteristiche della struttura sanitaria, con l'obiettivo di assicurare una gestione del rischio Legionella efficace, documentata e costantemente aggiornata.

