

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

1. Premessa.....	3
2. Contesto Organizzativo	4
2.1 Contesto Organizzativo sull'attività di prevenzione e controllo infezioni.....	4
3. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati.....	5
4. Descrizione della posizione assicurativa	6
5. Resoconto delle attività del piano precedente (2025).....	7
6. Matrice delle responsabilità	11
7. Obiettivi ed Attività (anno 2026) per il miglioramento della sicurezza delle cure e della persona assistita	11
7.1. Le Attività per il 2026.....	11
8. Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo	13
In questa sezione sono definiti le attività relative alla gestione del rischio infettivo.	13
7.1. Le attività rischio infettivo 2026	14
9. Modalità di condivisione /diffusione	16
10. Riferimenti Normativi	16
10. Bibliografia e Sitografia	17

Rev.	Data di approvazione	Causale modifica
01	6 ottobre 2025	Manuale Per La Classificazione degli eventi e l'alimentazione del flusso sires-eventi Versione 1.0 del 6 ottobre 2025
02	25/02/2026	Aggiornamento annuale

		Elaborazione	Approvazione
		Staff di Rischio Clinico	Risk Manager
		G. De Francesco	S. Mosillo

Stefano Mosillo

1. Premessa

Il Clinical Risk Management (*Gestione del rischio clinico*) rappresenta l'insieme di varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore.

"L'errore è una componente inevitabile della realtà umana, in ogni sistema possono determinarsi circostanze che ne favoriscono il verificarsi; è quindi fondamentale creare condizioni che riducano la possibilità di sbagliare e le conseguenze di un errore quando questo si sia verificato" (James Reason, 2000).

Il rischio clinico è stato definito dallo statunitense *Institute of Medicine* (IOM) come "la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, e che sia causa di un prolungamento di tale periodo, di un peggioramento delle condizioni di salute o della morte" (Kohn, IOM 2000).

Al fine di governare e mitigare i rischi per il cittadino/paziente che si rivolge alle strutture sanitarie regionali e semplificare i piani aziendali di controllo già esistenti (PARM e PAICA tra tutti), il Centro Regionale per il Rischio Clinico della Regione Lazio, con determina del 22 gennaio 2022 ha preteso dalle aziende del servizio sanitario regionale l'edizione di un unico piano annuale di rischio sanitario (PARS), con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- 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;

2. Contesto Organizzativo

La Casa di Cura Sant'Anna è autorizzata ed accreditata con il servizio sanitario regionale del Lazio per erogare prestazioni di ricovero mono specialistico di chirurgia generale, prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica per immagini, di laboratorio analisi oltre ad avere al suo interno un centro di cure palliative (hospice).

Dal 2022 è inoltre autorizzata ed accreditata ad erogare prestazioni di assistenza domiciliare integrata.

Per i dati strutturali dettagliati, si rimanda ai Decreti del Commissario ad Acta (DCA) della Regione Lazio, nello specifico, DCA U00280 del 06_07_2017, DCA U00219 del 12_06_2019 e DCA n. U00367 del 6/9/2019.

Tabella 1 – Dati strutturali e di attività della Casa di Cura Sant'Anna al 31 dicembre 2025

CASA DI CURA SANT'ANNA		
DATI STRUTTURALI		
PL ordinari	Autorizzati	33
	Accreditati	28
PL diurni	Autorizzati	4
	Accreditati	4
PL hospice	Residenziali	9
	Domiciliari	36
Sale Operatorie		2
Sale di Chirurgia Ambulatoriale		1
Sale di Endoscopia digestiva		1
Personale in servizio	Dipendente	105
	Libero professionista	43
DATI DI ATTIVITA'		
Ricoveri ordinari		874
Ricoveri diurni		453
Ricoveri in Hospice residenziale		194
Ricoveri in Hospice domiciliare		214

2.1 Contesto Organizzativo sull'attività di prevenzione e controllo infezioni

La Casa di Cura da circa 10 anni ha ottenuto la Certificazione del sistema qualità unitamente alla certificazione per l'ambiente ed alla sicurezza sul lavoro, tale riconoscimento ha portato ad una organizzazione dei processi secondo degli schemi predefiniti per singole fasi, dalla fase di pianificazione fino alla verifica dei risultati. In tale ottica sono state definite una serie di procedure e protocolli relativi alle varie attività che possono avere impatti diretti ed indiretti sulle prestazioni.

Per quanto attiene alle attività poste in essere al fine di prevenire le infezioni sono state definiti una serie di protocolli relativi ai percorsi sporco pulito, al corretto lavaggio delle mani, sanificazione del blocco, corretta gestione del percorso di sterilizzazione, disinfezione chirurgica del paziente, regole di vestizione del personale del blocco.

La corretta applicazione delle procedure viene monitorata mediante audit periodici (cadenza mensile) specifici dalla Coord. Infermieristica ed al Responsabile del Comparto, gli esiti degli audit vengono raccolti ed analizzati su

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO -PARS-	PARS Rev. 01 del 13/02/26
--	--	--

apposito format, altro monitoraggio accurato viene effettuato mediante una raccolta dati di tutte le fasi con analisi periodica degli stessi ed elaborazione dei relativi indicatori.

In data 3.4.2025 è stato costituito il Comitato per le infezioni ospedaliere (CIO) . Il CIO è un organo propositivo e consultivo della Direzione Sanitaria per la valutazione di aspetti relativi alla vigilanza igienico-sanitaria.

Al CIO è affidato l'approntamento di sorveglianza contro la diffusione delle infezioni correlate all'assistenza - Health care Associated Infections (HAI) - con riguardo specifico ai pazienti, al personale sanitario ed ai visitatori, nonché l'attuazione di specifici interventi di prevenzione.

1. Le aree di competenza del CIO concernono i seguenti aspetti:

- modalità di sorveglianza delle HAI,
- interventi di prevenzione delle HAI,
- diagnosi e trattamento corretto delle HAI,
- procedure per il corretto impiego della terapia antibiotica e la prevenzione dell'antibiotico-resistenza,
- procedure di disinfezione e sterilizzazione degli ambienti,
- medicina preventiva del personale sanitario,
- disciplina per la corretta esecuzione di procedure invasive di diagnosi e cura,
- pianificazione di corsi di aggiornamento inerenti alle HAI destinati al personale sanitario,

Il CIO è presieduto dal Direttore Sanitario ed è costituito da componenti nominati dal Direttore Sanitario

Sono componenti oltre al Direttore Sanitario, il Risk Manager, il Responsabile della Patologia Clinica, il Responsabile della Chirurgia e la Caposala del Comparto operatorio, il Responsabile Hospice, il Responsabile del Comparto operatorio e la Caposala del Comparto operatorio della Chirurgia,

Il Presidente del CIO. può avvalersi di membri esterni durante le relative sedute per la pianificazione e l'attuazione di interventi organizzativi e/o preventivi specifici, uno o più esponenti di aree non comprese nella rappresentanza dei componenti.

Tutti i documenti conclusivi dei gruppi di lavoro verranno approvati dal CIO e conservati in Direzione Sanitaria.

3. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

La Casa di Cura Sant'Anna persegue finalità di tutela e promozione della persona umana nell'ambito dell'assistenza sanitaria. In accordo con la *mission* della struttura, la Direzione Sanitaria, negli anni, in accordo con il *Quality Manager* e *Risk Manager*, ha avviato diverse attività di sensibilizzazione e formazione sul tema della sicurezza delle cure oltre a redigere procedure e protocolli interni in accordo con le raccomandazioni del Ministero della Salute. in merito ai quali si riporta di seguito l'elenco .

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO -PARS-	PARS Rev. 01 del 13/02/26
--	---	---------------------------------

Nel 2025 non sono pervenute segnalazioni, tale dato è in linea con gli anni precedenti, la mancanza di segnalazioni ha comportato la pianificazione per l'anno 2026 di corsi di formazione specifici al fine di accrescere la conoscenza degli operatori in merito alle tematiche relative alle segnalazioni anche solo dei near miss al fine di gestire in modo sempre più appropriato gli eventi.

Tabella 2 – Eventi segnalati nell'anno 2025 (art.2, comma 5 della Legge n.24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	6/6	6	Stato clinico debilitato	Maggiore sorveglianza insieme ai familiari	Sistema di reporting Hospice
Eventi Avversi					
Eventi Sentinella					

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

Anno	N. sinistri aperti	N. sinistri liquidati	Risarcimenti erogati
2020	3	0	0
2021	1	1	30.000
2022	1	0	0
2023	3	3	322.000
2024	4	2	900.000
2025	5	0	0
Totale	17	6	1.252.000

4. Descrizione della posizione assicurativa

Tabella 4 – Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2020	AUTOASSICURAZIONE				
2021	AUTOASSICURAZIONE				
2022	AUTOASSICURAZIONE				
2023	AUTOASSICURAZIONE				
2024	n. RCH00020000219	AM-TRUST ASS SPA	185000/ANNO	SIR ASSISTITA 150.000	RISK CONSULTING BROKER
2025	n. RCH00020000219	AM-TRUST ASS SPA	185000/ANNO	SIR ASSISTITA 150.000	RISK CONSULTING BROKER

5. Resoconto delle attività del piano precedente (2025)

Nella tabella che segue sono riportate le attività del PARS svolte nel 2025, con i relativi indicatori e risultati raggiunti

Tabella 5 – Resoconto delle attività del PARS 2025

PARS 2025

Attività per il miglioramento della sicurezza delle cure e della persona assistita

OBIETTIVO A) DIFFUSIONE DELLA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di incontri formativi per tutti i neoassunti aventi ad oggetto la gestione del rischio clinico ed il sistema di segnalazione della Casa di Cura Sant'Anna	SI	E' STATO REALIZZATO PER TUTTI I DIPENDENTI UN CORSO SUL RISCHIO CLINICO

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Revisione procedure della CdC S. Anna con riferimento alle raccomandazioni ministeriali ed ai documenti di indirizzo della Regione Lazio	PARZIALMENTE : SONO STATE REVISIONATE 3 PROCEDURE RELATIVE A RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI : PS 04 Prevenzione delle cadute; PS 06 Corretta gestione del KCL; IO CO 01 Gestione del paziente in Sala operatoria IO CO 09 Gestione del percorso peri-operatorio; IO CO 03 Disinfezione Chirurgica del paziente PS 07 Gestione farmaci e presidi	IN CORSO REVISIONI DI ALTRE 4 PROCEDURE: nello specifico : Terapia antibiotica empirica; Gestione della sepsi; Misure di contrasto alla resistenza degli antibiotici (AMR, Antimicrobial Resistance) Corretta gestione della ferita chirurgica

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di almeno un incontro avente ad oggetto la responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie	NO	Corso rinviato per l'anno 2026
<i>Facility Tour</i> per la verifica della sicurezza delle infrastrutture e dei percorsi	SI	E' stato realizzato per tutto il personale un corso sulla sicurezza delle infrastrutture

PARS 2025
Attività per la gestione del rischio infettivo

OBIETTIVO 1		
PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
CORRETTA PREPARAZIONE E DISINFEZIONE DEL SITO CHIRURGICO	SI	IN CORSO MONITORAGGIO SUGLI ESITI DEGLI INTERVENTI ESEGUITI
DISINFEZIONE DEGLI AMBIENTI DEL COMPARTO	SI	IN CORSO ULTERIORI MIGLIORAMENTI SULLE EVIDENZE DELLE AREE TRATTATE E PRODOTTI UTILIZZATI AL FINE DI GARANTIRE LA COMPLETA TRACCIABILITA' DEL PROCESSO
PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CON RISPETTO DEGLI INTERVENTI PULITI E A SEGUIRE SPORCHI	SI	IN CORSO ULTERIORI MIGLIORAMENTI MEDIANTE REVISIONE E CONDIVISIONE DELLA PROCEDURA DI PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' DEL COMPARTO
PULIZIA DEL SITO CHIRURGICO CENTRIFUGA PARTENDO DAL SITO DELL'INCISIONE VEROS LA PERIFERIA	SI	IN CORSO MONITORAGGIO SUGLI ESITI DEGLI INTERVENTI ESEGUITI

OBIETTIVO 2		
REALIZZAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
DEFINIZIONE PROTOCOLLO LAVAGGIO MANI	SI	IN CORSO MONITORAGGIO SULLA CORRETTA ATTUAZIONE DEL PROTOCOLLO DEFINITO E CONDIVISO
AFFISSIONE PROTOCOLLO SUI PUNTI DI LAVAGGIO	SI	IN CORSO MONITORAGGIO SULLA CORRETTA ATTUAZIONE DEL PROTOCOLLO DEFINITO E CONDIVISO

OBIETTIVO 3		
PREVENZIONE DELLA TRASMISSIONE CROCIATA DELLE INFEZIONI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
DEFINIZIONE PROTOCOLLO PER LA	SI	IN CORSO MONITORAGGIO SULLA

PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CROCIATE		CORRETTA ATTUAZIONE DEL PROTOCOLLO DEFINITO E CONDIVISO
AUDIT CORRETTA APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO	SI	ANALISI DEI DATI RACCOLTI MEDIANTE AUDIT E PAINIFICAZIONE DI UN'INDAGINE DI PREVALENZA PER L'ANNO 2026

OBIETTIVO 4 PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEVICE CORRELATE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
DEFINIZIONE PROTOCOLLO DI GESTIONE DELLE INFEZIONI URINARIE DA CATETERE VESCICALE	SI	IN CORSO MONITORAGGIO SULLA CORRETTA ATTUAZIONE DEL PROTOCOLLO DEFINITO E CONDIVISO

OBIETTIVO 5 AUMENTARE LA CULTURA DELL'APPROPRIATEZZA NELL'USO DEGLI ANTIBIOTICI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
DEFINIZIONE PROTOCOLLO CORRETTO UTILIZZO DEGLI ANTIBIOTICI	IN CORSO DI REALIZZAZIONE	IN CORSO DI REALIZZAZIONE LA REVISIONE IN OTTEMPERANZA AL DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLE BUONE PRATICHE PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E DEL PIANO ATTUATIVO REGIONALE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIBIOTICO RESISTENZA (PARCA)

OBIETTIVO 6 APPLICAZIONE DEGLI STANDARD DI IGIENE AMBIENTALE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
DEFINIZIONE PROTOCOLLO CORRETTA PULIZIA E SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI CONDIVISA CON LA DITTA AFFIDATARIA DEL SERVIZIO	REALIZZATO	IN CORSO IL MONITORAGGIO DELL'EFFICACIA MEDIANTE AUDIT

6. Matrice delle responsabilità

Tabella 6 – Matrice delle Responsabilità

Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabili Medici e CC.II.	Amministratore Unico
Redazione PARS	R	C	C	I
Approvazione PARS	I	I	I	R
Monitoraggio PARS	R	R	I	I

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

7. Obiettivi ed Attività (anno 2026) per il miglioramento della sicurezza delle cure e della persona assistita

Il piano annuale del rischio sanitario (PARS) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e gestione dei rischi.

Operando secondo le linee guida regionali per la stesura del PARS sono stati portati gli obiettivi strategici da declinare in linee di attività da implementare nel corso dell'anno 2026.

Gli obiettivi strategici definiti a livello regionale sono i seguenti:

1. Diffondere la "Cultura della sicurezza delle cure";
2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio, prevenzione e controllo degli eventi avversi
3. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura.

7.1. Le Attività per il 2026

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
ATTIVITÀ (1) - Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico
Indicatore: Partecipazione di almeno l'80% del personale sanitario al corso Gestione "Rischio clinico e

Qualità"			
Formula: (N° personale sanitario formato/TOT. Personale Sanitario) x 100			
Standard: 80% di personale sanitario da formare/TOT. Personale Sanitario			
Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management, Qualità		Scadenza: 31/12/2026	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
AZIONE	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	FIGURE DI SUPPORTO
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	C	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	C	R	I
ATTIVITÀ (2) - Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico			
Indicatore: Partecipazione di almeno l'80% del personale sanitario al corso "Qualità e corretto utilizzo e compilazione delle check-list"			
Formula: (N° personale sanitario formato/TOT. Personale Sanitario) x 100			
Standard: 60% di personale sanitario da formare/TOT. Personale Sanitario			
Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management, Qualità		Scadenza: 31/12/2026	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	FIGURE DI SUPPORTO
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	C	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	C	R	I

<u>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 SEPCIFICITA' LOCALI. INDIVIDUI LE ATTIVITA' PER RAGGIUNGERE GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI.</u>			
ATTIVITÀ (2) – Elaborazione del Palim			
Indicatore: Controlli con esito positivo /n. totale controlli effettuati sull'igiene delle mani			
Standard: 100% della compliance dell'igiene delle mani			
Fonte: DSAN/Ufficio Acquisiti			Scadenza: 31/12/2026
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	FIGURE DI SUPPORTO	RESP. MEDICO UO
Disponibilità degli erogatori	R	I	C
Erogatori funzionanti	C	I	R
Disponibilità gel all'interno degli erogatori	I	I	R
Corretto utilizzo del gel	R	I	I

ATTIVITÀ (3) – Monitoraggio dell'igiene delle mani	
Indicatore: corretta applicazione delle procedure di igiene delle mani	
Standard: 100% dei controlli con esito positivo	
Fonte: DSAN	Scadenza: 31/12/2026

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RGQ	RM/DSAN	PERSONALE SANITARIO
Monitoraggio del consumo di soluzione idro alcolica	C	R	C
Azioni di miglioramento	R	C	C

OBIETTIVO C: 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 MESSO NELL'ANNO PRECEDENTE

ATTIVITÀ (3) - Monitoraggio dell'utilizzo della check-list di sicurezza

Indicatore: verifica dell'utilizzo della check-list di chiusura cartella

Standard: 100% conformi/campione di 40 Cartelle

Fonte: DSAN

Scadenza: 31/12/2026

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	FIGURE DI SUPPORTO	RESP. MEDICO CHIRURGIA
Utilizzo scheda come da procedura	R	I	C
Selezione e Raccolta delle cartelle	C	I	R
Monitoraggio dei dati	I	I	R
Redazione report finale	R	I	I

ATTIVITÀ (4) - Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinico e/o organizzativo nelle strutture

Indicatore: Mantenimento della certificazione della qualità secondo gli standard ISO 9001:2015 e ISO 45001:2015

Standard: Mantenere almeno 4 azioni di audit organizzativi e almeno 1 audit clinico nell'anno

Fonte: DSAN

Scadenza: 31/12/2026

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RGQ	RM/DSAN	PERSONALE SANITARIO
Progettazione/esecuzione	C	R	I
Progettazione e aggiornamento della documentazione sistema	C	R	C
Monitoraggio/report finale	R	C	C

8. Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo

In questa sezione sono definiti le attività relative alla gestione del rischio infettivo.

Gli obiettivi strategici sono stati definiti seguendo le linee guida regionali, in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dai Piani Attuativo Regionale e Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PARCA e PNCAR) e sono i seguenti:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;

- 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 monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni delle ferite chirurgiche e della sepsi;
- D. Implementare le attività previste dal PARCA secondo i criteri, obiettivi, azioni in esso previsti con particolare riguardo alle attività di sorveglianza AMR/ICA, di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza nonché al corretto e appropriato uso degli antibiotici.

7.1. Le attività rischio infettivo 2026

OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo			
ATTIVITÀ (1) - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle infezioni della ferita chirurgica			
Indicatore: un corso di formazione per la prevenzione e il monitoraggio delle infezioni delle ferite chirurgiche			
Standard: 80% del personale formato/tot. Personale sanitario			
Fonte: DSAN			Scadenza: 31/12/2026
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	C
Organizzazione ed accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	I	I	R
ATTIVITÀ (2) - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sulle misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (AMR, Antimicrobial Resistance)			
Indicatore: un corso di formazione sulle misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (AMR, Antimicrobial Resistance)			
Standard: 80% del personale formato/tot. Personale sanitario			
Fonte: DSAN			Scadenza: 31/12/2026
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	C
Organizzazione ed accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	I	I	R

OBIETTIVO B: Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2026			
ATTIVITÀ (3) – Monitoraggio del consumo della soluzione idro-alcolica (SIA)			
Indicatore: Raggiungimento dello standard minimo definito dall'OMS			
Standard: 20 L di SIA per 1000 giornate di degenza			
Fonte: DSAN			Scadenza: 31/12/2026
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA

Implementazione piano	R	I	C
Monitoraggio degli obiettivi	C	I	R
Redazione report finale	R	I	C
ATTIVITÀ (4) – Piano di azione delle attività per le igiene delle mani di CdC			
Indicatore: Raggiungimento del livello avanzato nelle sezioni C - D - E			
Standard: Raggiungimento livello avanzato al 31/12/26			
Fonte: DSAN			Scadenza: 31/12/2026
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Implementazione piano	R	I	C
Monitoraggio degli obiettivi	C	I	R
Redazione report finale	R	I	C

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 sulla gestione della sepsi			
ATTIVITÀ (5) - Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di gestione della sepsi			
Indicatore: Un corso sulla gestione della sepsi			
Standard: 80% del personale formato/tot. Personale sanitario			
Fonte: DSAN			Scadenza: 31/12/2026
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	C
Organizzazione ed accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	I	I	R
ATTIVITÀ (6) - Prevenzione delle legionella nelle strutture sanitarie			
Indicatore: Un corso sulla prevenzione della Legionella			
Standard: 80% del personale formato/tot. Personale sanitario			
Fonte: DSAN			Scadenza: 31/12/2026
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	C
Organizzazione ed accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	I	I	R
ATTIVITÀ (7) – Uso appropriato degli antibiotici			
Indicatore: Un corso sull'uso appropriato degli antibiotici/terapia antibiotica empirica			
Standard: 80% del personale formato/tot. Personale sanitario			
Fonte: DSAN			Scadenza: 31/12/2026
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	C
Organizzazione ed accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	I	I	R

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO -PARS-	PARS Rev. 01 del 13/02/26
--	--	--

9. Modalità di condivisione /diffusione

Il presente documento verrà diffuso agli operatori nel corso di un incontro pianificato per la 2 settimana di Marzo.

10. Riferimenti Normativi

In questa sezione sono elencati alcuni riferimenti alla normativa regionale e nazionale inerenti la gestione del rischio clinico:

1. Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)
2. Determinazione 23 dicembre 2025, n.G17673 Regione Lazio "Approvazione del Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PARCA 2026-2028)
3. Piano di intervento sull'igiene delle mani
4. Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio del 11 Gennaio del 2019 n. G00164 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"
5. Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio do Gennaio 2019 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"
6. Determinazione della Regione Lazio n° G04112 del 1/04/ 2014 – Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di Risk management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)"
7. D. Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
8. D.P.R. 14/01/97 "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. D. Lgs. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
10. D. Lgs. 254/00 "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari"
11. D. Lgs. 81/08 "Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro."
12. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità"
13. Circolare Ministeriale n.52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
14. Circolare Ministeriale n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
15. DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995
16. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento

17. PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena
18. PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria
19. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008
20. 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
21. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"
22. DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
23. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017"

10. Bibliografia e Sitografia

- Circolare Ministeriale n.52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"
- D.P.R. 14/01/97 "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"
- 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"
- D. Lgs. 81/08 "Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro."
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità"
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Infection Prevention and Control Assessment Tool for Acute Care Hospitals, 2016
- Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella"
- Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti".
- Determinazione Regionale n. G16829 del 06 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017"
- Determinazione Regionale n.226 del 09 gennaio 2019 recante "Approvazione ed adozione del documento recante le LG per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)".
- Determinazione Regionale n. G09850 del 20 luglio 2021 recante "Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella".
- Determinazione Regionale n. G00643 del 25 gennaio 2022 recante "Adozione del Documento di Indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".
- Legge 08 marzo 2017 n.24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO -PARS-	PARS Rev. 01 del 13/02/26
--	---	---------------------------------

assistita nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”.

- Legge 22 dicembre 2017 n.219 recante “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”.
 - Ministero della Salute. Risk Management in Sanità, il problema degli errori. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_583_allegato.pdf
 - Ministero della Salute. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf
 - World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
-

PIANO LOCALE LEGIONELLOSI 2026

Documento allegato al PARS 2026

Rev.	Data di approvazione	Causale modifica	
01	18/02/2026	Aggiornamento Linee guida della Regione Lazio	
Redazione		Verifica	Approvazione
D.SAN/RM		DSAN/AD	RM/AD

Obblighi discendenti dal Piano per il Controllo della Legionellosi:

- Istituzione TEAM LEGIONELLOSI, all'interno del CCICA, con il compito di definire con cadenza annuale il Programma di controllo della legionellosi:

Rappresentante della Direzione Sanitaria

Presidente del CCICA

Risk Manager

Responsabile del SPP

Ufficio Tecnico

Alessandro Julliano

Stefano Morillo

Giuseppe Gualdi

PIANO CONTROLLO LEGIONELLOSI 2026

Il "Piano interno di Prevenzione, Sorveglianza e Controllo del Rischio Legionellosi" è il documento di riferimento interno alla Casa di Cura Sant'Anna per quanto riguarda l'obbligo (D.lgs. 102/2025) di controlli, monitoraggi e gestione del rischio Legionella previsti dalle "Linee Guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi" del 7 Maggio 2015 e dalle Linee di indirizzo regionali del 2023.

Di seguito viene riportato lo schema sintetico del "Programma di controllo della Legionellosi" da allegare al "Piano annuale di Gestione del Rischio Sanitario" (PARS) come da indicazioni contenute nella nota regionale del 15/01/2026:

SINTESI PROGRAMMA CONTROLLO	
TEAM MULTIDISCIPLINARE (Ricostituito 11/02/2026)	• Direttore sanitario – Presidente del CC_ICA • RSPP • Risk Manager • Responsabile Ufficio Acquisti (Farmaci) • Responsabile Ufficio Tecnico • Referente Medico Reparto Chirurgia • Referente Medico Reparto Hospice • Responsabile del Laboratorio Analisi • Referente dei Coordinatori infermieristici
Realizzazione piattaforma documentale	Sì, come registro di attività di valutazione e controllo del rischio
Modalità operativa valutazione rischio	Nella Casa di Cura Privata S. Anna il "Piano di Prevenzione, Sorveglianza e Controllo del Rischio Legionellosi, viene revisionato regolarmente con una periodicità annuale, secondo quanto previsto dall'allegato 12 della Linea guida del 7 maggio 2015 ed in base alle criticità eventualmente evidenziate nella struttura.
Misure di controllo previste	A. MISURE DI PREVENZIONE MESSE IN ATTO DAL PERSONALE SANITARIO • utilizzo acqua sterile per riempire gli umidificatori nel caso in cui non siano disponibili i contenitori pre-riempiti (<i>Acquapack</i>); • pulizia, decontaminazione e sterilizzazione a freddo di tutte le apparecchiature pluriuso semi-critiche dopo ogni utilizzo (lame del laringoscopio); • nel caso di umidificatori pluriuso è necessario che dopo l'utilizzo vengano sempre svuotati, detersi e sanificati e sterilizzati a 121° per 20 minuti con la sterilizzatrice a vapore disponibile nel blocco operatorio. La sterilità ha una scadenza di un mese dalla data riportata sulla etichetta. Nel caso di utilizzo prolungato su uno stesso paziente la durata massima di utilizzo dello stesso umidificatore è di una settimana. Nel caso in cui l'acqua sterile al suo interno si esaurisca prima dei 7 giorni l'umidificatore non va mai rabboccato ma sostituito con uno sterilizzato anche in caso di prosecuzione della ossigeno-terapia sullo stesso paziente. • Per quanto riguarda i dispositivi monouso (maschere facciali, occhialini, etc...), sono sostituiti sempre quando sono evidenti residui di materiale biologico (escreato bronchiale, sangue etc..) ed in ogni caso almeno ogni 48 ore nel caso in cui venga prescritta una ossigeno- terapia per un periodo prolungato.

	B. PIANO DI CONTROLLO E MANUTENZIONE DEGLI IMPIANTI IDRICI (vedi Tabella 1) C. PIANO DI CONTROLLO E MANUTENZIONE DEGLI IMPIANTI DI CLIMATIZZAZIONE (vedi tabella 2)	
Risultati sintetici dei controlli annuali	CONTROLLO DEL 6-7/08/2025: ESITO NEGATIVO (Legionella non rilevata)	
Monitoraggio annuale: parametri	- Legionella spp - Legionella pneumophila	<i>Metodo di prova:</i> ISO 11731:2017 Matrix A, procedura 8,9, e 10 Terreno A (BCYE) e C (GVPC)
Azioni di supporto previste	Nel corso del 2026 sono state programmate 2 edizioni del corso "Prevenzione delle legionella nelle strutture sanitarie" per la formazione del personale.	

TABELLA 1 - INTERVENTI DI MANUTENZIONE ORDINARIA/STRAORDINARIA IMPIANTO IDRICO

ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ	PERIODICITÀ				
		Mensile	Trimestrale	Semestrale	Annuale	Al bisogno
Misurazione della temperatura acqua calda e fredda (nei punti distali ACS Individuati sui grafici)	Servizio manutenzione		X			
Misurazione della temperatura acqua calda e fredda nella centrale termica	Servizio manutenzione	X				
Controllo visivo e eventuale sostituzione dei filtri incrostatati di rubinetti e soffioni docce	Servizio manutenzione e/o personale Sanitario reparto					X
Verifica ispettiva e pulizia serbatoi acqua fredda	Servizio manutenzione				X	
Campionamento dell'acqua fredda e calda nei punti indicati nella valutazione del rischio	Servizio manutenzione + Laboratorio esterno accreditato				X	

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO -PARS-	PARS Rev. 01 del 13/02/26
---	---

TABELLA 2 - INTERVENTI DI MANUTENZIONE ORDINARIA E STRAORDINARIA IMPIANTI DI VENTILAZIONE

ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ	PERIODICITÀ				
		Mensile	Trimestrale	Semestrale	Annuale	Al bisogno
Sostituzione filtri a tasche UTA	Servizio manutenzione			X		
Sostituzione filtri assoluti (sale operatorie)	Servizio manutenzione + Terzo Responsabile				X	
Controllo, pulizia e sanificazione dei fancoil	Servizio manutenzione		X			
Bonifica UTA + controllo batterie	Servizio manutenzione + Terzo Responsabile				X	
Pulizia e sanificazione griglie di diffusione e aspirazione dell'aria.	Servizio manutenzione			X		

TABELLA 3 - MISURE PREVENTIVE OBBLIGATORIE

ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	PUNTO	REGISTRAZIONE	VALORE TARGET	PERIODICITA'				
					Settimanale	Mensile	Trimestrale	Semestrale	Annuale
Controllo Temperatura	Servizio Manutenzione	Centrale Termica	Controllo Temperatura	10°C		X			
Controllo Temperatura	Servizio Manutenzione	Punti Distali ACS acqua calda	Controllo Temperatura	10°C			X		
Controllo Temperatura	Servizio Manutenzione	Acqua Fredda	Controllo Temperatura	10°C			X		
Test saggi programmati	Servizio Manutenzione	Integrità in struttura	Test Flussaggi		X				
Manutenzione preventiva	Servizio Manutenzione	Pulizia serbatoi	Test Manutenzioni						X

TABELLA 4 - Piano di monitoraggio microbiologico

PUNTO	RESPONSABILITA'	REGISTRAZIONE	PERIODICITA'				
			Settimanale	Mensile	Trimestrale	Semestrale	Annuale

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO -PARS-	PARS Rev. 01 del 13/02/26
---	------------------------------------

abo cucina piano terra.	O.S.I. SRL	Rapporti di laboratorio					X
---	----------------------------	---	--	--	--	--	-------------------

1. Descrizione impianto idrico

L'impianto idrico della struttura Casa di Cura Privata S. Anna ha un solo punto di arrivo dalla conduttura comunale. Da questo punto all'interno di un vano tecnico posto al piano terra, con porta di accesso esterna alla struttura accostato al reparto con TAC, è stato posizionato il contatore per la lettura dei consumi. Dopo il contatore ha inizio la conduttura non più pubblica ma privata che, interrata raggiunge un secondo vano tecnico posto sul muro di cinta nei pressi del cancello di accesso sempre al reparto TAC, che ha nel suo interno 3 serbatoi in materiale plastico ognuno di circa 2000 litri. Questi serbatoi hanno pompa di rilancio autoclave e distribuzione a colonna di tutto l'impianto.

2. Valutazione del rischio

La valutazione del rischio viene effettuata:

- Annualmente
- In caso di modifiche impiantistiche
- In caso di positività microbiologica
- In caso di segnalazione clinica sospetta

Fattori di rischio specifici per clinica privata:

- Presenza di pazienti post-chirurgici
- Pazienti in fase terminale (Hospice)
- Presenza di pazienti anziani
- Possibili periodi di ridotto utilizzo (es. chiusure estive)

Classificazione rischio:

In linea generale, analogamente criteri di valutazione adottati per tutti i rischi di origine biologica, la valutazione del rischio da Legionella prevede due diverse strategie di quantificazione stabilite sulla base della tipologia di esposizione che può essere:

☐ Attività che prevedono "l'uso deliberato" di Legionella.

Si tratta dei laboratori clinici, veterinari e diagnostici, dei laboratori dei centri di ricerca e dell'università e dei laboratori dell'industria per la produzione di farmaci e/o vaccini i quali possono prevedere l'isolamento, la coltura e il trattamento della legionella;

☐ Attività che non prevedono "l'uso deliberato" di Legionella.

Si tratta di tutte le attività lavorative che prevedono la presenza di impianti tecnologici che fanno uso di acqua. Nelle strutture sanitarie la valutazione dei rischi da esposizione a Legionella si limita alla seconda tipologia (attività che non prevedono l'uso "deliberato" di Legionella) e pertanto la valutazione è riferita alla presenza nei luoghi di lavoro di situazioni potenzialmente critiche quali ad esempio: ☐ rami morti negli impianti di distribuzione acqua calda;

☐ presenza di boiler per produzione e accumulo di acqua calda;

☐ presenza filtri e di soffioni di rubinetti e docce;

☐ presenza di UTA;

☐ presenza di impianti di condizionamento e riscaldamento con condutture di riciclo.

Il Datore di Lavoro è tenuto a provvedere alle seguenti misure di riduzione del rischio:

1. sugli impianti di trattamento aria:

a) eseguire regolarmente la pulizia di trattamento aria (UTA), provvedere alla sostituzione dei filtri e effettuare la regolazione dell'umidificazione secondo le indicazioni fornite dal costruttore e le linee guida;

b) eseguire la pulizia di tutte le condutture orizzontali e verticali a partire dalle UTA fino alle bocchette di immissione/estrazione presenti nei locali;

c) se nelle precedenti analisi era stata riscontrata la presenza del batterio è necessario procedere con una nuova video ispezione e campionatura con nuova analisi finalizzata a verificare l'efficacia dell'intervento di pulizia effettuata dopo la prima ispezione;

d) ripetere le operazioni dei punti b) e c) con cadenza biennale.

2. sugli impianti e reti di distribuzione acqua calda:

a) a mantenere la temperatura dell'acqua accumulata nei boiler a una temperatura superiore a 60 °C;

b) ad eseguire uno scarico e la pulizia annuale dei boiler di accumulo;

c) sostituire periodicamente i filtri dei rubinetti e dei soffioni delle docce, evitando di utilizzare filtri con maglie metalliche e troppo fitte;

d) eseguire annualmente campionature e analisi batteriologiche per un costante monitoraggio;

e) organizzare e informare il personale sulla necessità di garantire un intervento di pulizia temporaneo delle tubazioni tramite flussaggio, della durata di almeno 5 minuti a settimana.

La valutazione del rischio è un processo a fasi successive che, partendo da un'analisi iniziale, porta alla definizione di un rischio residuo definito "accettabile" dal datore di lavoro e di un protocollo di gestione del rischio impostato su misure di prevenzione, di controllo e di intervento, integrate nelle procedure di formazione e informazione dei lavoratori. La presenza di legionella in ambienti acquatici non è sufficiente per decretare un rischio per i lavoratori anche se comunque è auspicabile la sua eliminazione. Diventa un rischio nel momento in cui sussistono, nei processi di lavoro e/o negli ambienti di lavoro, operazioni, apparecchiature e/o condizioni che provocano la nebulizzazione dell'acqua contaminata in aerosol.

Il primo step del processo di analisi è costituito dalla 'valutazione rischi impianto ossia del rischio che i batteri del genere Legionella possano essere presenti all'interno dell'acqua presente negli impianti. Gli impianti presi in considerazione sono dunque tutti quelli in cui è prevista acqua sia come fluido di processo che come fluido di servizio, sia in movimento che allo stato di accumulo con particolare riguardo agli impianti in cui è probabile la formazione di un biofilm batterico che favorisce lo sviluppo della legionella. Per l'analisi del rischio è stata delineata la check list che consente, oltre alla quantificazione del rischio anche l'individuazione dei punti di criticità sui quali è utile intervenire e in subordine definire anche il protocollo di gestione.

Check list preliminare IMPIANTI

Codice	Impianto	Si	No	In funzione	Spento
A.C.	Impianto acqua calda centralizzato con boiler.	☒	☐	☒	☐
I.A.	Sono presenti UTA con bocchette di immissione nelle sale operatorie.	☒	☐	☒	☐

Tabella 1: Check list per analisi del rischio IMPIANTO ACQUA CALDA

Codice	Criticità	Si	No
--------	-----------	----	----

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO -PARS-	PARS Rev. 01 del 13/02/26
---	---

A.C. 01	Sono presenti rami morti negli impianti di distribuzione acqua calda?	☐	☒
A.C. 02	Sono presenti boiler per produzione e accumulo di acqua calda?	☒	☐
A.C. 03	Sono presenti serbatoi in plastica e lo svuotamento e la pulizia vengono effettuati almeno una volta all'anno?	☐	☒
A.C. 04	Sono presenti serbatoi in ferro lo svuotamento e la pulizia vengono effettuati almeno una volta all'anno?	☒	☐
A.C. 05	Vengono effettuati con una frequenza stabilita shock termici, alzando la temperatura al massimo e facendola scorrere per alcuni minuti nell'impianto?	☒	☐
A.C. 06	Presenza di filtri e di soffioni su rubinetti e docce?	☒	☐
A.C. 07	E' previsto un programma di flussaggio?	☒	☐

Tabella 2: Check list per analisi del rischio IMPIANTO ARIA – IMPIANTO CONDIZIONAMENTO / RISCALDAMENTO			
Codice	Criticità	Si	No
I.A. 01	Sono presenti Unità di Trattamento Aria?	☒	☐
I.A. 02	Sono presenti impianti di condizionamento e riscaldamento con condutture di riciclo?	☐	☒
I.A. 03	Rispondere solo se la risposta è affermativa al punto I.A.01 Le UTA presenti sono munite di sistema di umidificazione dell'aria con l'utilizzo dell'acqua allo stato liquido. E' presente un sistema di disinfezione o una procedura equivalente finalizzata al mantenimento di idonee condizioni igieniche dell'acqua utilizzata?	☒	☐
I.A. 04	Se sono presenti serbatoi in ferro lo svuotamento e la pulizia vengono effettuati almeno una volta all'anno? Nel caso in cui non venga effettuata è compensata con azioni di controllo alternative?	☒	☐
I.A. 05	E' stata eseguita una ispezione e pulizia di tutte le condutture orizzontali e verticali a partire dalle UTA fino alle bocchette di immissione/estrazione presenti nei locali?	☒	☐
Note: Unità di trattamento aria presente solo nei reparti operatori.			

Quantificazione del rischio

La metodologia adottata per l'analisi del rischio consente di definire per le due macroaree considerate un livello di rischio incrociando le risposte date nelle tabelle 1 e 2 con le tabelle 3 e 4 delineate di seguito. Per quanto riguarda la tabella n. 1 bisogna sommare le seguenti risposte:

IMPIANTO ACQUA CALDA							
Codice	A.C. 01	A.C. 02	A.C. 03	A.C. 04	A.C. 05	A.C. 06	A.C. 07
<i>Risposte da sommare</i>	no	si	no	si	si	si	si

Per quanto riguarda la tabella n. 2 bisogna sommare le seguenti risposte:

IMPIANTO ARIA – IMPIANTO CONDIZIONAMENTO/RISCALDAMENTO					
Codice	A.C. 01	A.C. 02	A.C. 03	A.C. 04	A.C. 05

Risposte da sommare	si	no	si	si	si
---------------------	----	----	----	----	----

Tabella 3 – QUANTIFICAZIONE DEL RISCHIO – IMPIANTO ACQUA CALDA		
Somma delle risposte	Rischio	Intervento
Numero compreso fra 6 e 7	ALTO	E' necessario incrementare immediatamente il controllo del livello di rischio intervenendo sui fattori di rischio individuati.
Numero compreso fra 3 e 5	MEDIO	E' necessario migliorare in tempi brevi il controllo del rischio e adottare ulteriori misure di bonifica dei rischio rispetto al protocollo già messo in atto.
Numero compreso fra 1 e 4	BASSO	Il controllo del rischio è complessivamente adeguato mantenendo i protocolli di gestione adottato. Prevedere un programma di monitoraggio.

Tabella 4 – QUANTIFICAZIONE DEL RISCHIO – IMPIANTO ARIA – IMPIANTO CONDIZIONAMENTO / RISCALDAMENTO		
Somma delle risposte	Rischio	Intervento
Numero compreso fra 4 e 5	ALTO	E' necessario incrementare immediatamente il controllo del livello di rischio intervenendo sui fattori di rischio individuati.
Numero compreso fra 2 e 3	MEDIO	E' necessario migliorare in tempi brevi il controllo del rischio e adottare ulteriori misure di bonifica dei rischio rispetto al protocollo già messo in atto.
Numero uguale a 1	BASSO	Il controllo del rischio è complessivamente adeguato mantenendo il protocollo di gestione adottato. Prevedere un programma di monitoraggio.

IL RISCHIO DELLA CASA DI CURA PRIVATA S. ANNA E'QUINDI **BASSO**

3. Azioni correttive in caso di positività

Carica Legionella	Azione
< 100 UFC/L	Monitoraggio
100–1000 UFC/L	Rivalutazione + nuovo campione
> 1000 UFC/L	Bonifica immediata

Interventi possibili:

- Shock termico
- Iperclorazione
- Biossido di cloro

- Sostituzione tratti terminali

Ripetizione campionamento entro 15 giorni.

4. Gestione caso clinico sospetto

In caso di paziente con sospetta legionellosi:

1. Comunicazione immediata al Direttore Sanitario.
2. Attivazione indagine epidemiologica interna.
3. Campionamento straordinario.
4. Eventuale sospensione uso punti critici.
5. Comunicazione ad ASL competente.

5. Formazione

Nel 2026 verranno effettuati:

- 1 corso annuale per manutentori
- 1 sessione informativa per coordinatori infermieristici
- Aggiornamento RSPP/Risk Manager

6. Sistema documentale

La clinica mantiene aggiornati:

- Documento valutazione rischio Legionella
- Registro temperature
- Registro flussaggi
- Registro manutenzioni
- Rapporti laboratorio
- Verbalì interventi correttivi

Conservazione minima: 5 anni.

7. Riesame annuale

Il programma viene riesaminato:

- Annualmente in occasione dell'aggiornamento PARS
- In caso di non conformità
- In caso di modifica impiantistica

Contatti:

1. Mail per comunicazioni da parte del
CRRC;
amministrazione@santannacassino.it;
2. Mail della Unità Operativa/Funzione di Risk Management;
riskmanagement@santannacassino.it
3. Nominativo e indirizzo mail del risk manager;
Stefano Mosillo - s.mosillo@santannacassino.it;
4. Nominativo e indirizzo mail del contributor cloud;
Vincenzo Strazzullo - v.strazzullo@santannacassino.com;
5. Nominativo e indirizzo mail del referente per l'alimentazione del
SIREs eventi;
Vincenzo Vittorelli - v.vittorelli@santannacassino.it;
6. Nominativo e indirizzo mail del referente per l'alimentazione del
SIREs sinistri;
Vincenzo Vittorelli - v.vittorelli@santannacassino.it;
7. Nominativo e indirizzo mail dell'utente compilatore per la
partecipazione al monitoraggio AGENAS sull'implementazione delle
raccomandazioni ministeriali.
Francesco Junior Formisano - f.formisano@santannacassino.it.



Sant'Anna
CASA DI CURA

PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI 2026

Documento allegato al PARS 2026

Redazione		Verifica	Approvazione
RM Dott. Stefano Mosillo		DSAN	RM/AD
Rev.	Data di approvazione	Causale modifica	
01	18/02/2026	Aggiornamento Linee guida della Regione Lazio	

Sommario

1. Premessa.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
2. SCOPO	4
3. RESOCONTO ATTIVITA' 2025.....	4
4. OBIETTIVI 2026	5
5. BIBLIOGRAFIA.....	5

1. Premessa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato una strategia multimodale la cui implementazione favorisce l'adesione a tale pratica attraverso azioni articolate sul piano strutturale/tecnologico, organizzativo e professionale, le quali, debbono essere adottate integralmente. La loro applicazione si estende a tutti i pazienti che ricevono cure, indipendentemente dalla loro diagnosi, dai fattori di rischio e dal presunto stato infettivo, riducendo il rischio per il paziente e per il personale di contrarre un'infezione.

La Regione Lazio con determinazione n° G02044 del 26 febbraio 2021 ha adottato il Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani. L'obiettivo del documento è quello di definire un bundle di requisiti strutturali/tecnologici, organizzativi e professionali che consenta alle organizzazioni sanitarie di elaborare un piano di azione locale per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell'igiene delle mani sulla base del documento OMS Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user instructions.

Il Piano è suddiviso in cinque sezioni, corrispondenti ai cinque elementi della strategia per il miglioramento dell'igiene delle mani per un efficace governo del rischio infettivo, come di seguito riportate:

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Ogni sezione è corredata da un questionario specifico di autovalutazione, al fine di consentire alle Strutture di determinare il proprio livello di implementazione delle misure necessarie.

Il punteggio individua quattro livelli:

1. INADEGUATO: la promozione e la pratica di igiene delle mani sono insufficienti. Sono necessari significativi miglioramenti.
2. BASE: sono in essere alcune misure ma è necessario un ulteriore miglioramento. Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2021, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura.
3. INTERMEDIO: è stata sviluppata una adeguata strategia di promozione e la pratica di igiene delle mani è migliorata. È necessario sviluppare programmi a lungo termine per garantire che il miglioramento sia sostenuto nel tempo e progressivo. Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2023, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura.
4. AVANZATO: la promozione e l'adesione all'igiene delle mani sono ottimali.

Sulla base del punteggio ottenuto in ogni singola sezione, le Strutture dovranno elaborare un piano di azione di cui dovranno dare opportuna evidenza nel Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) trasmesso annualmente al CRRC, sia nel paragrafo relativo al Resoconto delle attività, sia come attività da condurre nel corso dell'anno di vigenza del PAICA stesso. Nel caso in cui l'autovalutazione di una o più sezioni raggiunga il livello INADEGUATO, le Strutture dovranno elaborare un piano di azione straordinario con azioni da implementare entro un termine massimo di tre mesi per le sezioni che abbiano evidenziato tale criticità.

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, il questionario di autovalutazione è compilato con cadenza annuale.

2. Scopo

Pianificare, le attività di miglioramento necessarie per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell'igiene delle mani sulla base dei documenti OMS, delle indicazioni del documento "Piano di Intervento Regionale triennale sull'Igiene delle mani 2021-2023" ed in continuità con quanto fatto nel triennio precedente.

3. Resoconto attività svolte nell'anno 2025

Nel corso del 2025 sono stati effettuati corsi informativi a tutti gli operatori. In occasione dei sopralluoghi condotti nel 2025

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO -PARS-	PARS Rev. 01 del 13/02/26
---	---

sono stati verificati i requisiti di struttura e gli standard di consumo di gel idroalcolico nelle UU.OO. di ricovero della Casa di Cura Sant’Anna. I risultati sono di seguito descritti:

UU.OO	Disponibilità Gel	Rapporto Lavandini/Letto	Disponibilità sapone	Locandine OMS	
Chirurgia	Sì	1:3	Sì	Sì	
Hospice	Sì	1:1	Sì	Sì	

Disponibilità Gel e requisiti di struttura 2025

UU.OO	Sezione A	Sezione B	Sezione C	Sezione D	Sezione E
Chirurgia	Avanzato	Avanzato	Avanzato	Intermedio	Intermedio
Hospice	Avanzato	Avanzato	Avanzato	Intermedio	Intermedio

Livelli di raggiungimento del Piano di intervento sull’Igiene delle Mani 2025

DESCRIZIONE ATTIVITA' 2025		STATO	NOTE E RIFERIMENTI
1	ATTIVITA' 1: Rivalutazione Questionario struttura alla luce delle attività svolte. <i>Obiettivo 2025:</i> mantenimento livello intermedio per tutti gli <i>items</i> valutati e mantenimento livello alto in almeno il 50%.	OK	Effettuata rivalutazione del questionario a febbraio 2025 con mantenimento dell’obiettivo “livello intermedio” su tutti gli items del questionario e del livello “alto” in almeno il 50%. Valutazione questionario rev. 01 del 20/02/2025;
2	ATTIVITA' 2: Monitoraggio consumo gel idroalcolico annuale con stesura report condiviso e discusso con equipe delle UO e servizi. <i>Obiettivo 2025:</i> raggiungimento di un consumo >20 L per 1000 giornate di degenza in entrambe le UO e Servizi.	OK	È stato effettuato monitoraggio del consumo di prodotti alcolici per igiene delle mani con assegnazione alle singole Unità Operative e Servizi della Casa di Cura ed effettuato report annuale Elaborato Report anno 2025. Report verrà discusso in ambito di CC_ICA (30.03.2026) e condiviso con equipe delle UO e Servizi. <i>Obiettivo 2025: non raggiunto.</i> ✓ Il consumo complessivo della struttura è stato nel 2025 di 18,75 L/1000 gd

3	ATTIVITA' 3: Sessione di osservazione annuale con report condiviso e discusso con le UO e Servizi coinvolti. <i>Obiettivo 2025:</i> raggiungimento di una adesione >70% nel 90% delle UO e Servizi coinvolti nelle sedute di osservazione.	OK	Effettuata prima sessione di osservazione igiene mani con stesura di relativo report che verrà condiviso e discusso sia in ambito di CC-ICA che con le Unità Operative e servizi coinvolti e presentato nel corso della formazione su ICA ed igiene delle mani. Obiettivo 2025: raggiunto obiettivo come dato complessivo (97,75% nel II semestre e 97,2% nel I semestre). Una sintesi dei risultati delle sessioni di osservazione è riportata nella specifica tabella a seguire.
---	--	----	---

SINTESI CONSUMO SOLUZIONE ALCOLICA PER IGIENE MANI 2025

GEL ALCOLICO (L/1000 giornate degenza)	Anno 2025
TOTALE STRUTTURA	18,75
AREA CHIRURGICA	20,2
AREA HOSPICE	17.5

SINTESI SESSIONI OSSERVAZIONE IGIENE MANI CON % ADERENZA 2025

II SESSIONE 2025	
TOTALE OPPORTUNITA'	205
% ADERENZA	97,75%
UO HOSPICE	98,9%
UO CHIRURGICA	96,6%

4. Obiettivi per il 2026

- Evento formativo di retraining sul corretto utilizzo delle soluzioni di gel idroalcolico in relazione alle giornate di degenza in occasione del quale sono presentati i dati di consumo del 2025 e gli standard da raggiungere;
- Monitoraggio semestrale consumo Gel Idroalcolico secondo indicatore OMS;
- Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2026;
- Raggiungimento del livello avanzato in tutte le sezioni riportate nel Piano di Azione per l'igiene delle mani
- Report osservazioni igiene mani anno 2026 secondo il modello dei cinque momenti.

DESCRIZIONE ATTIVITA' 2026		REFERENTE/I	CRONORPOGRAMMA
1	ATTIVITA' 1: Rivalutazione Questionario struttura alla luce delle attività svolte nel 2021-2025. <i>Obiettivo 2026:</i> mantenimento livello intermedio per tutti gli <i>items</i> valutati e mantenimento livello alto in almeno il 50%.	CC_ICA Direzione Sanitaria	Entro 15/03/2026
2	ATTIVITA' 2: Monitoraggio consumo soluzione alcolica per igiene mani con stesura report semestrale condiviso e discusso con equipe delle UO e servizi. <i>Obiettivo 2026:</i> raggiungimento di un consumo >20 L per 1000 giornate di degenza in almeno l'60% delle singole UO e Servizi.	CC-ICA e Farmacia	Entro 31/07/2026 Entro 31/01/2027
3	ATTIVITA' 3: Sessione di osservazione semestrale con report condiviso e discusso con le UO e Servizi coinvolti. <i>Obiettivo 2026:</i> raggiungimento di una adesione >70% nel 90% delle UO e Servizi coinvolti nelle sedute di osservazione.	Osservatori CC-ICA	Entro 31/07/2026 Entro 31/01/2027
4	ATTIVITA' 4: Formazione ICA e igiene mani (<i>refresh</i> e completamento personale sanitario che non ha partecipato alla formazione effettuata nel biennio precedente + nuovo personale sanitario).	Area Formazione	Entro 31/12/2026
5	ATTIVITA' 5: Iniziative di comunicazione e sensibilizzazione per personale sanitario e pazienti/ <i>caregivers</i> in occasione della Giornata mondiale igiene delle mani 2026.	Direzione sanitaria e aziendale con supporto consulente comunicazione	Nel corso del 2026 ed in occasione della Giornata Mondiale Igiene delle mani del 5 maggio

5. Bibliografia

1. Determinazione Regione Lazio - Salute e integrazione sociosanitaria n. G16501 del 28/11/2022 "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)"
2. Determinazione Regione Lazio 26 febbraio 2021 n. G02044 Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani" - Piano triennale Regione Lazio per l'igiene delle mani 2021-2023
3. Hand Hygiene Technical Reference Manual. WHO, 2009.