

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

| | NOME E FUNZIONE | FIRMA |
|-----------------------------------|---|---|
| REDAZIONE | <i>Dott.ssa Vittoria Rendo</i> Risk Manager <i>Vittoria Rendo</i> | |
| APPROVAZIONE E VALIDAZIONE | <i>Dott. ssa Patrizia Chierchini</i> Direttore Sanitario |  |

| REV. | CODIFICA | STATO | DATA |
|------------|-----------|------------------|------------|
| 0.1 | PARS-2026 | Approvato | 28/02/2026 |

| ALLEGATI |
|---|
| Allegato 1 Piano di azione locale Igiene mani 2026 |
| Allegato 2 Piano di controllo della Legionellosi 2026 |

INDICE DEGLI ARGOMENTI

| | |
|---|----|
| 1. PREMESSA | 3 |
| 2. CONTESTO ORGANIZZATIVO | 4 |
| 3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI | 5 |
| 3.1. RICHIESTE DI RISARCIMENTO E SINISTROSITA' | 7 |
| 3.2. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA | 7 |
| 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE | 8 |
| 4.1 GESTIONE RISCHIO CLINICO 2025..... | 8 |
| 4.2 RESOCONTO GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2025 | 10 |
| 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | 12 |
| 6. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2026 | 13 |
| 7. OBIETTIVI E ATTIVITA' ER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2026..... | 16 |
| 8. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS | 21 |
| 9. RIFERIMENTI NORMATIVI..... | 21 |
| 10. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA | 23 |

1. PREMESSA

Il PARS 2026 dell'Ospedale Israelitico definisce ruoli, responsabilità, e attività da mettere in campo per il raggiungimento degli obiettivi indicati nelle Linee di indirizzo regionali:

- 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.

Il Piano Aziendale rappresenta quindi lo strumento per programmare, promuovere e realizzare le politiche Aziendali e gli interventi coordinati, volti a prevenire i rischi che possono interessare il paziente durante il percorso di cura, rendendo partecipe tutta l'organizzazione, in primis operatori sanitari e pazienti.

Ciò può essere efficacemente realizzato integrando tutte le componenti operanti nella nostra organizzazione e il Risk Management, al fine di porre al centro della programmazione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, svolge un ruolo centrale valorizzando il ruolo e la responsabilità di tutti i professionisti sanitari.

A partire dal 2025 l'Ospedale Israelitico ha rafforzato in modo significativo la propria governance del rischio infettivo attraverso:

- la **riorganizzazione del Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA)**, formalizzata con deliberazione del 27/02/2025 che aggiorna la composizione e ribadisce le funzioni strategiche del Comitato;
- l'**istituzione del Gruppo Operativo ICA (G.O. ICA)**, organismo tecnico-operativo incaricato di attuare le attività di prevenzione e sorveglianza delle ICA;
- l'**istituzione del Gruppo Antimicrobial Stewardship (AST)**, deliberata il 19/06/2025, con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici e contrastare l'antibiotico-resistenza.

Questi tre organismi costituiscono un sistema integrato di governo clinico per la prevenzione delle ICA e la gestione dell'uso degli antimicrobici.

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Ospedale Israelitico svolge la propria attività in più sedi dislocate nel territorio del XI Municipio della ASL RM 3:

- **La struttura ospedaliera accreditata** con il SSN sita in Via Fulda n.14;
- **il Poliambulatorio accreditato** con il SSN sito in via Veronese n.59;
- **il Poliambulatorio autorizzato** sito in Via Veronese n.53;

e nel territorio del I Municipio dell'ASL RM 1:

- **il Poliambulatorio autorizzato** sito in Piazza San Bartolomeo all'isola n.21, dove risiede la sede

legale dell'Ospedale Israelitico.

L'Ospedale Israelitico è privo di Pronto Soccorso, UTIC, Terapia Intensiva e Servizio Trasfusionale, riceve su accordo regionale pazienti provenienti dai PS di altre strutture pubbliche.

Nella tabella seguente vengono riportati i dati strutturali e di attività delle sedi accreditate (l'Ospedale sito in Via Fulda,14 e il Poliambulatorio sito in Via Veronese, 59) con il SSN relativi all'anno 2025.

Tabella 1 Dati strutturali e di attività aggregati - anno 2025

| DATI STRUTTURALI OSPEDALE ISRAELITICO | | | |
|---|-------------|---|---|
| Posti letto ordinari (Accreditati) | 97 | Geriatria | 24 |
| | | Broncopneumologia | 10 |
| | | Oncologia | 2 |
| | | Medicina Generale | 39 |
| | | Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva | 3 |
| | | Ortopedia e traumatologia | 19 |
| Posti letto diurni (Accreditati) | 17 | Day Surgery multidisciplinare | 12 |
| | | Day Hospital Oncologia | 5 |
| | | <i>Chirurgia generale</i> | 1 |
| Posti letto ordinari /DS (Autorizzati) | 12 | Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva | 3 |
| | | Ortopedia | 1 |
| | | Day Surgery multidisciplinare | 7 |
| Blocco Operatorio (sito al 1° piano) | 1 | sale operatorie | 4 |
| Day Surgery (sito al 2° piano) | 1 | Salette chirurgiche | 3 |
| DATI DI ATTIVITA' OSPEDALE ISRAELITICO (Anno 2025) * | | | |
| Numero ricoveri ordinari | 3891 | Numero ricoveri diurni | 2626 |
| APA | | 8.100 | |
| Branche specialistiche (Accreditate con SSN) | 19 | Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici | 122.056 (escluse le analisi di laboratorio) |
| DATI DI ATTIVITA' POLIAMBULATORIO Via Veronese 59 (Anno 2025) * | | | |
| Branche specialistiche (Accreditate con SSN) | 8 | Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici | 43.173 (escluse le analisi di laboratorio) |

*Dati relativi al 2025 forniti per i ricoveri dall'Ufficio degenze e per le prestazioni ambulatoriali dall'Accettazione Amministrativa, aggiornati al 31/12/2025

3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Il verificarsi di un evento dannoso a un paziente è un momento molto critico per l'organizzazione; va gestito con la collaborazione di tutti cercando di comprendere i meccanismi che hanno reso possibile il suo verificarsi e mettere in atto azioni correttive affinché non accada di nuovo. Secondo la definizione del Ministero della Salute, gli accadimenti negativi che possono interessare il paziente durante il percorso di cure, possono essere così classificati:

Evento Avverso (EA): evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è un evento avverso prevenibile.

Evento evitato (Near Miss - NM o Close Call - CC): errore che ha la potenzialità di causare un EA che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

Evento Sentinella (ES): evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna: a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

Nelle tabelle che seguono è riportato il totale degli eventi che si sono verificati nel 2025 e le richieste di risarcimento dell'Ospedale dal 2019 al 2025.

Tabella 2 Eventi segnalati nel 2025 - Ospedale Israelitico

| Tipo di evento | N. (e % sul totale degli eventi) | Principali fattori contribuenti | Azioni di miglioramento | Fonte del dato |
|-------------------|----------------------------------|--|--|---------------------|
| Near Miss | 2 | Organizzativi | Procedure | Cartella clinica |
| Eventi Avversi | 51 (di cui n. 50 cadute) | Organizzativi/Procedure (80%) + Comunicazione (20%) | Organizzativo/strutturale (40%) Comunicazione (60%) | Incidenti reporting |
| Eventi Sentinella | 0 | - | - | - |

Le segnalazioni di eventi e near miss nel 2025 sono ancora poche a causa della scarsa diffusione della cultura della sicurezza tra gli operatori e, può sembrare paradossale ma è ritenuta virtuosa una organizzazione che ha molte segnalazioni di errori. Questo viene valutato come un indicatore di maturità del sistema che intende così migliorare le proprie criticità individuando azioni di miglioramento per eliminare, contenere o ridurre gli errori.

3.1. RICHIESTE DI RISARCIMENTO E SINISTROSITA'

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 nel sito internet aziendale.

Tabella 3 Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio

| Anno | N. Sinistri Aperti | N. Sinistri Liquidati | Risarcimenti Erogati |
|------------|--------------------|-----------------------|----------------------|
| 2021 | 11 | 9 | 465.015,73 |
| 2022 | 8 | 5 | 112.783,13 |
| 2023 | 17 | 3 | 61.269,77 |
| 2024 | 14 | 2 | 772.300,00 |
| 2025 | 5 | 0 | 0 |
| Tot | 55 | 19 | 1.411.368,63 |

Leggenda:

- Sono riportate le richieste di risarcimento relative al rischio clinico, escludendo gli eventi non connotabili come sinistri (ad esempio smarrimento effetti personali, richieste di rimborso, ecc.), posti a carico della compagnia di assicurazione e non.
- La colonna "Sinistri aperti" si riferisce al numero di sinistri aperti nell'anno di riferimento.
- La colonna "Sinistri liquidati" si riferisce al numero di sinistri liquidati nell'anno di riferimento, a prescindere dall'anno di apertura.
- La colonna "Risarcimenti erogati" si riferisce al valore dei risarcimenti erogati in riferimento ai sinistri indicati nella precedente colonna.

3.2. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Nella tabella seguente si riporta la descrizione della posizione assicurativa dell'Ospedale Israelitico.

Tabella 4 – posizione assicurativa nell'ultimo quinquennio

| Anno | Polizza (scadenza) | Compagnia Assicuratrice | Premio | Franchigia | Brokeraggio |
|------|-----------------------|----------------------------|------------|------------|-------------|
| 2021 | 31/12/2021 | Generali Italia | 422.978,00 | 50.000 | SI |
| 2022 | 31/12/2022 | Generali Italia | 568.000,00 | 50.000 | SI |
| 2023 | 31/12/2023 | Generali Italia | 568.000,00 | 50.000 | SI |
| 2024 | 31/12/2024 | Generali Italia | 568.000,00 | 50.000 | SI |
| 2025 | 31/12/2025 | Generali Italia | 696.824,00 | 50.000 | SI |

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE

4.1 GESTIONE RISCHIO CLINICO 2025

Nella tabella seguente si dettaglia per ciascun indicatore proposto per la gestione del rischio clinico il livello di raggiungimento alla data del 31/12/2025.

| OBBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE | | |
|--|------------|----------------------------------|
| Attività | Realizzata | Stato di attuazione |
| ATTIVITA' 1 – ORGANIZZAZIONE DI ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE/FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SULLA “GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI ALMENO UN’EDIZIONE DEL CORSO ENTRO IL 31/12/2025 | SI | N.58 operatori sanitari formati |
| ATTIVITA' 2 – ORGANIZZAZIONE DI ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE/FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SULLA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI: PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI ALMENO UN’EDIZIONE DEL CORSO ENTRO IL 31/12/2025 | SI | N. 24 Operatori sanitari formati |
| ATTIVITA' 3 – PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI UN CORSO “LA FASE PRE-ANALITICA: IL CAMPIONE E LA SUA IDENTIFICAZIONE E | si | n.13 operatori sanitari formati |

| | | |
|--|----|------------------------------------|
| VERIFICA DI CONFORMITÀ: progettazione ed esecuzione di almeno un'edizione del corso entro il 31/12/2025 | | |
| ATTIVITA' 4 PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI UN CORSO "LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE (ldp)": progettazione ed esecuzione di almeno un'edizione del corso entro il 31/12/2025 | no | E' stata riprogrammata per il 2026 |
| ATTIVITA' 5 PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI UN "CORSO BLS D E GESTIONE DEL CARELLO DELLE EMERGENZE: PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI ALMENO UN'EDIZIONE DEL CORSO ENTRO IL 31/12/2025 DA RIVOLGERE AL PERSONALE INFERMIERISTICO NON ANCORA FORMATO | si | N.39 operatori sanitari formati |
| ATTIVITA' 6 PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DEL CORSO "D.LGS. 31 LUGLIO 2020, N. 101-SICUREZZA: RADIAZIONI IONIZZANTI": PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI ALMENO UN'EDIZIONE DEL CORSO ENTRO IL 31/12/2025 | si | N.71 operatori sanitari formati |

| OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA | | |
|---|-------------------|---|
| Attività | Realizzata | Stato di attuazione |
| ATTIVITA' 1 - MONITORAGGIO SULL'APPLICAZIONE DELLE PROCEDURE AZIENDALI DI RISCHIO CLINICO (IDENTIFICAZIONE PAZIENTE, LESIONI DA PRESSIONE, CONSENSI INFORMATI, SEGNALAZIONI DI INCIDENT REPORTING ED EVENTI SENTINELLA): EFFETTUAZIONE DI ALMENO UN MONITORAGGIO PER CIASCUNA PROCEDURA DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CLINICO | SI | Sono state eseguite verifiche a campione sulle cartelle cliniche e sulla modulistica prevista |
| ATTIVITA' 2 - AUDIT SULLE PROCEDURE AZIENDALI DI RISCHIO CLINICO (IDENTIFICAZIONE PAZIENTE, LESIONI | SI | E' stato eseguito un audit su un evento avverso con |

| | | |
|---|--|--|
| DA PRESSIONE, CONSENSI INFORMATI, SEGNALAZIONI DI incident reporting ed eventi sentinella): effettuazione di almeno un audit su registrazione di eventuali non conformità rispetto alla procedura vigente | | l'implementazione delle azioni correttive e di miglioramento |
|---|--|--|

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 |
|---|------------|--|
| ATTIVITA' 1 – MONITORAGGIO SULLA GESTIONE DEL FARMACO E GLI ERRORI DI TERAPIA: IL PROCESSO DI GESTIONE DEI FARMACI DALL'APPROVVIGIONAMENTO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEVE ESSERE CONFORME ALLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI | SI | Sono state effettuate verifiche nei reparti per la verifica e revisione della procedura sulla gestione della terapia |
| ATTIVITA' 2 - MONITORAGGIO SULLA COMPLETEZZA E CONFORMITÀ DEI CONSENSI IN CARTELLA CLINICA: VERIFICA A CAMPIONE DEI CONSENSI INFORMATI IN CARTELLA CLINICA | SI | Sono stati verificati la completezza dei consensi in cartella ed è stata revisionata la procedura sui consensi |

4.2 RESOCONTO GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2025

Nella tabella seguente si dettaglia per ciascun indicatore proposto per la gestione del rischio infettivo il livello di raggiungimento alla data del 31/12/2025.

Tabella 6

| OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO | | |
|---|------------|--|
| Attività | Realizzata | Stato di attuazione |
| ATTIVITA' 1 – ORGANIZZAZIONE DI ATTIVITÀ DI FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI SU "IGIENE | SI | Sono stati formati 135 operatori su 228, pari a circa il 70% del totale. |

| | | |
|---|----|---------------------------------|
| DELLE MANI": FORMARE ENTRO IL 31/12/2025 L'85% DEL PERSONALE SANITARIO | | |
| ATTIVITA' 2 – MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA E DELLE PROTESI. SORVEGLIANZA DA CRE E GESTIONE DELLE SEPSI ": PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI ALMENO UN'EDIZIONE DEL CORSO ENTRO IL 31/12/2025 | SI | n.96 operatori sanitari formati |
| ATTIVITA' 3 – PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DEL CORSO "IMPIANTO ECOGUIDATO E GESTIONE DI ACCESSI VENOSI CENTRALI AD INSERZIONE PERIFERICA: PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI ALMENO UN'EDIZIONE DEL CORSO ENTRO IL 31/12/2025 | NO | Da riprogrammare per il 2026 |

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2024 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI;

| Attività | Realizzata | Stato di attuazione |
|--|------------|--|
| ATTIVITA' 1 – MONITORAGGIO DEL PIANO DI AZIONE LOCALE IGIENE MANI: MANTENERE IL LIVELLO INTERMEDIO PER TUTTE LE SEZIONI DEL PIANO ENTRO IL 31/12/2025 | SI | Eseguito monitoraggio del livello intermedio del piano di azioni locale dell'igiene delle mani con l'implementazione di gabbiette per il gel idroalcolico distribuite in tutti i punti di assistenza |
| ATTIVITA' 2 – MONITORAGGIO CONSUMO SOLUZIONE IDROALCOLICA: PRODURRE REPORTISTICA SEMESTRALE SUL CONSUMO DI SOLUZIONE IDROALCOLICA NELLE UNITÀ OPERATIVE | SI | Implementato il flusso di dati sul consumo di gel sia alimentando il flusso ministeriale sia fornendo i dati puntuali alle unità operative durante la formazione |

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

| DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA CPE. | | |
|--|----|--|
| ATTIVITA' 1 – MONITORAGGIO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E CONTENIMENTO DELL'ANTIBIOTICO-RESISTENZA: ELABORAZIONE DI LINEE DI INDIRIZZO DA PARTE DEL GRUPPO DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE PER LA POLITICA DEGLI ANTIBIOTICI DENOMINATO "ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP TEAM" | SI | Il GdL sull'antimicrobial stewardship ha analizzato i consumi antibiotici, l'appropriatezza delle prescrizioni e predisposto le linee di indirizzo aziendali per la corretta gestione degli antibiotici. |

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

La realizzazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

- Direzione Strategica/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; 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;
- Direttore Sanitario/Presidente del CCICA: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo;
- Risk Manager: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
- Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;

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

Tabella 7 – Matrice delle responsabilità

| Azione | Direttore Generale/Proprietà | Direttore Sanitario/Presidente CCICA | Direttore Amministrativo | Risk Manager | Responsabile Affari legali/Generali | Strutture Amministrative e Tecniche di supporto |
|-----------|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------|-------------------------------------|---|
| | C | C | C | R** | C | - |
| Redazione | I | C | C | C | R*** | - |

| | | | | | | |
|---------------------|---|----|---|-----|---|---|
| | I | R* | I | C | I | - |
| Adozione | R | I | C | I | I | - |
| Monitoraggio | I | C | C | R** | C | C |
| | I | R* | I | C | I | C |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

* per la parte relativa agli obiettivi e alle attività per la gestione del rischio infettivo

** eccetto le parti relative al rischio infettivo e alla relazione consuntiva sui risarcimenti erogati e descrizione della posizione assicurativa

*** per la parte specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa

6. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2026

Le attività di gestione del rischio clinico già pianificate e intraprese nel corso degli anni precedenti rappresentano la struttura portante del sistema di governo del rischio clinico dell'Ospedale e delle sedi ambulatoriali distaccate. Il programma deve necessariamente prevedere l'ampliamento di alcune attività ritenute importanti per il raggiungimento degli obiettivi strategici stabiliti a livello regionale, così come di seguito riportati:

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

Di seguito si riportano le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti.

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 31/12/2026.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITA' 1 – FORMAZIONE SULLA SICUREZZA DEL PAZIENTE. RISK MANAGEMENT E RESPONSABILITA' PROFESSIONALE

INDICATORE: Percentuale di operatori che hanno completato la formazione obbligatoria annuale sulla sicurezza del paziente.

STANDARD: ≥ 90% del personale entro l'anno formativo.

FONTE: Responsabile Formazione

| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|------------------------|
| Azione | Responsabile Formazione | Unità operative |
| Progettazione del corso | R | I |
| Accreditamento del corso | R | I |
| Esecuzione del corso | R | C |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

ATTIVITA' 2 – FORMAZIONE SULLA PREVENZIONE DELLA VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI SANITARI

INDICATORE: Percentuale di operatori formati annualmente sulla prevenzione della violenza.

STANDARD: ≥ 90% del personale esposto al rischio

FONTE: Ufficio Formazione

| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|------------------------|
| Azione | Responsabile Formazione | Unità Operative |
| Progettazione del corso | R | I |
| Accreditamento del corso | R | I |
| Esecuzione del corso | R | C |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

ATTIVITA' 3 – FORMAZIONE SULLE MEDICAZIONI AVANZATE NEL TRATTAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE

INDICATORE: Percentuale di operatori formati annualmente sulle medicazioni avanzate

STANDARD: > 90% personale coinvolto

FONTE: Ufficio Formazione

| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Azione | GDL Medico Geriatria | Responsabile Formazione |
| Progettazione del corso | R | C |
| Accreditamento del corso | I | R |
| Esecuzione del corso | R | I |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

ATTIVITA' 4 – FORMAZIONE SU D.LGS. 31 LUGLIO 2020, N. 101-SICUREZZA: RADIAZIONI IONIZZANTI

INDICATORE: Aggiornamento dei contenuti formativi secondo normativa vigente e indicazioni dell'Esperto di Radioprotezione.

| STANDARD: 100% aggiornati | | |
|-------------------------------|------|-------------------------|
| FONTE: Ufficio Formazione | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | |
| Azione | TSRM | Responsabile Formazione |
| Progettazione del corso | R | C |
| Accreditamento del corso | I | R |
| Esecuzione del corso | R | I |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

| ATTIVITA' 5 – FORMAZIONE BLS D + GESTIONE DEL CARELLO DELLE EMERGENZE | | |
|---|---------------------------|-------------------------|
| INDICATORE: Percentuale di operatori che completano la formazione BLS D | | |
| STANDARD: ≥ 90%. | | |
| FONTE: Ufficio Formazione | | |
| Ufficio Formazione | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | |
| Azione | Medico referente BLS D | Responsabile Formazione |
| Progettazione del corso | R | C |
| Accreditamento del corso | I | R |
| Esecuzione del corso | R | I |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

OBBIETTIVO B MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA

| ATTIVITA' 1 – AUMENTO DELLE SEGNALAZIONI DI NEAR MISS | | |
|---|--------------|--|
| INDICATORE: n.1 near miss/mese | | |
| STANDARD: 50% | | |
| FONTE: Risk Manager | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | |
| Azione | Risk Manager | Direttori e Coordinatori di Unità operativa |
| Analisi dei reclami, cartella clinica, checklist di sicurezza, lesioni da decubito, | R | C |
| Presentazione dei dati | R | C |
| Convocazione di audit | R | C |

| ATTIVITA'2: MONITORAGGIO APPLICAZIONE PROCEDURE PER LA PREVEZIONE DEL RISCHIO CLINICO | |
|---|--|
| INDICATORE: completezza compilazione modulistica | |
| STANDARD: ≥ 90% della modulistica | |

| FONTE: Direzione Sanitaria | | |
|--|--------------|---------------------|
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | |
| Azione | Risk Manager | Direzione sanitaria |
| Verifica documentazione sanitaria | C | R |
| Incontri con i responsabili unità operative su non conformità registrate | R | C |

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

| ATTIVITA' 1: IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA INFORMATICO PER LE SEGNALAZIONI DI INCIDENT REPORTING | | |
|--|--------------|---------------------|
| INDICATORE: adozione di un nuovo sistema informatico per le segnalazioni anonime | | |
| STANDARD: SI | | |
| FONTE: risk Manager | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | |
| Azione | Risk Manager | Sistemi Informativi |
| Creazione applicativo informatico per le segnalazioni | C | R |
| Incontri di presentazione dell'applicativo informatico alle unità operative | R | C |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

7. OBIETTIVI E ATTIVITA' ER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2026

In questo paragrafo sono declinati gli obiettivi e le relative attività specifici sulla gestione del rischio infettivo in armonia con quelli previsti dal "Piano annuale di rischio sanitario 2026" del 15-01-2026 prot. N. U.0037825:

- monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica compresa la profilassi antibiotica perioperatoria
- gestione della terapia antibiotica empirica
- gestione della sepsi
- misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici
- monitoraggio del consumo di antibiotici secondo la classificazione AWARE

Oltre alle azioni di implementazione già avviate nel 2025, a partire dal 2026, l'Ospedale implementerà un sistema avanzato di sorveglianza dei microrganismi alert attraverso i nuovi applicativi del laboratorio di microbiologia. Il sistema consentirà la generazione automatizzata di report aggiornati sugli isolamenti di germi alert, favorendo l'individuazione precoce di aggregazioni anomale (cluster). Tale

sorveglianza permetterà l'attivazione immediata delle procedure di notifica, analisi e gestione dei cluster, in collaborazione con le Unità Operative coinvolte e con il Gruppo operativo ICA.

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 31/12/2026.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

| ATTIVITA' 1 – FORMAZIONE SU PROTOCOLLI DI SICUREZZA PER LA GESTIONE DELLE ICA E DELL'AMR | | |
|---|-------------------------|-------------------------|
| INDICATORE: Percentuale di operatori sanitari che hanno completato la formazione obbligatoria su ICA/AMR. | | |
| STANDARD: ≥ 90% entro l'anno | | |
| FONTE: CCICA | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | |
| Azione | Medico Infettivologo | Responsabile Formazione |
| Progettazione | R | C |
| Accreditamento | C | R |
| Esecuzione | R | I |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

| ATTIVITA' 2 – FORMAZIONE SU IMPIANTO ECOGUIDATO E GESTIONE DI ACCESSI VENOSI CENTRALI AD INSERZIONE PERIFERICA (PICC-TEAM) | | |
|---|-------------------------|---------------|
| INDICATORE: Percentuale di operatori sanitari (medici, infermieri del PICC-team, infermieri di reparto) che hanno completato la formazione obbligatoria su impianto ecoguidato e gestione dei PICC. | | |
| STANDARD: ≥ 90% entro l'anno. | | |
| FONTE: Responsabile formazione CCICA | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | |
| Azione | Responsabile Formazione | Infettivologo |
| Progettazione | C | C |
| Accreditamento | R | C |
| Esecuzione | I | R |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

| ATTIVITA' 3 – FORMAZIONE PER AUMENTARE L'ADESIONE ALL' IGIENE DELLE MANI |
|---|
| INDICATORE: Percentuale di operatori sanitari che hanno completato la formazione obbligatoria sull'igiene delle mani entro l'anno |
| STANDARD: ≥ 90% entro l'anno. |

| FONTE: CCICA | | |
|-------------------------------|-------|-------------------------|
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | |
| Azione | CCICA | Responsabile Formazione |
| Progettazione | R | C |
| Accreditamento | C | R |
| Esecuzione | R | I |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

OBIETTIVO B IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

| ATTIVITA' 1 – MONITORAGGIO DEL PIANO DI AZIONE LOCALE IGIENE MANI | | |
|--|-------|---------------------|
| INDICATORE: mantenere il livello intermedio per tutte le sezioni del piano entro il 31/12/2026 | | |
| STANDARD: SI | | |
| FONTE CCICA | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | |
| Azione | CCICA | Direzione Sanitaria |
| Progettazione | R | C |
| Verifica | C | R |
| Adozione | C | R |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

| ATTIVITA' 2 – MONITORAGGIO CONSUMO SOLUZIONE IDROALCOLICA | | |
|--|-------|----------|
| INDICATORE: produrre reportistica semestrale sul consumo di soluzione idroalcolica nelle unità operative | | |
| STANDARD: SI | | |
| FONTE CCICA | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | |
| Azione | CCICA | Farmacia |
| Elaborazione report | R | R |
| Verifica | R | C |
| Adozione | R | C |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

| ATTIVITA' 3 – MONITORAGGIO COMPLIANCE ALL'IGIENE DELLE MANI | | |
|--|-------|---------------------------------|
| INDICATORE: percentuale di opportunità in cui l'operatore esegue correttamente l'igiene delle mani | | |
| STANDARD: ≥ 70–80% | | |
| FONTE: CCICA | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | |
| Azione | CCICA | Rete di osservatori igiene mani |
| Registrazioni osservazioni | C | R |
| Analisi delle osservazioni | R | C |

| | | |
|--|---|---|
| Audit su compliance all'igiene delle mani <60% | R | C |
|--|---|---|

**OBIETTIVO C MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN
TEMA DI RISCHIO INFETTIVO**

ATTIVITA' 1 – Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e contenimento dell'antibiotico-resistenza

INDICATORE: Percentuale di prescrizioni antibiotiche appropriate

STANDARD: $\geq 80\%$

FONTE: Comitato ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

| Azione | CCICA | Medico Infettivologo |
|---|-------|----------------------|
| Redazione progetto di verifica dell'appropriatezza prescrittiva | C | R |
| Adozione progetto | C | R |
| Presentazione risultati verifica | C | R |

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

ATTIVITA' 2 – Sorveglianza profilassi antibiotica perioperatoria

INDICATORE: Percentuale di interventi chirurgici in cui la profilassi è appropriata per indicazione, molecola e dose.

STANDARD: $\geq 80\%$

FONTE: Comitato ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

| Azione | CCICA | Medico Infettivologo |
|--|-------|----------------------|
| Verifica a campione su interventi chirurgici | R | C |
| Analisi dei dati | C | R |
| Presentazione risultati | C | R |

ATTIVITA' 3 – Sorveglianza infezioni del sito chirurgico e dell'appropriatezza antibiotica

INDICATORE: interventi monitorati per un periodo di 3 mesi all'anno

STANDARD: $\geq 80\%$

FONTE: Comitato ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

| Azione | CCICA | Unità operative |
|--------|-------|-----------------|
|--------|-------|-----------------|

| | | |
|--|---|---|
| Compilazione schede di sorveglianza | R | C |
| Verifica Esito ferita follow up | C | R |
| Analisi e presentazione dei dati di sorveglianza | R | C |

| | | |
|---|-----------------|--------------|
| ATTIVITA' 4 – Monitoraggio consumo antibiotici classificazione AWARE | | |
| INDICATORE: produrre reportistica semestrale sul consumo di antibiotici | | |
| STANDARD: ≥ 60% del consumo totale deve essere costituito da antibiotici Access | | |
| FONTE: Farmacia | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | |
| Azione | Farmacia | CCICA |
| Redazione report semestrale | R | C |
| Presentazione report alle Unità operative | R | C |
| Audit sulle criticità segnalate | R | R |

8. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
2. 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";
3. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
4. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
5. 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";
6. 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";
7. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";

8. Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante: “Recepimento dell’Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014. Preliminare individuazione dei Programmi regionali e approvazione del “Quadro di contesto” del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018”;
9. Decreto del Commissario ad Acta 6 luglio 2015, n. U00309 recante: “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell’Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep. Atti 156/CSR)”;
10. Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;
11. DCA n. U00469 del 07 novembre 2017 recante “Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012;
12. 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”.
13. Documento di indirizzo per la prevenzione e la gestione delle lesioni da Pressione (ldp) CRRC del 20/04/2018
14. Determinazione n. G00163 del 11/01/2019 ‘Approvazione ed adozione del documento recante le “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza (PAICA);
15. Determinazione n. G00164 del 11/01/2019 ‘Approvazione ed adozione del documento recante le “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM);
16. 2019 - Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) prot. N. 0001479-17/01/2020
17. Glossario degli acronimi e delle abbreviazioni in uso nella Regione Lazio CRRC del 15/06/2020
18. Documento di indirizzo sulla sicurezza della Terapia farmacologica. CRRC del 15/06/2020
19. Piano di intervento regionale sull’igiene delle mani – CRRC del 19/2/2021;
20. Adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella” prot. N. G09850 del 20/07/2021
21. Determinazione, n. G00643 del 25/01/2022 “Adozione del documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)”.

22. Determinazione n. 16501 del 28/11/2022 "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza (ICA)
23. Determinazione n. G15194 del 06/11/2022. Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016
24. DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE(LdP)Revisione del: 1 luglio2024
25. Piano annuale di gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARS) – Prot. N. U0091714 del 22/01/2024
26. Piano annuale di gestione del Rischio Sanitario 2025 (PARS) – Prot. N. 0079798 del 22/01/2025

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. WHO: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy (2009);
4. WHO: Global guidelines for the prevention of surgical site infection (2016).

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2026

| NOME E FUNZIONE | | FIRMA |
|---------------------------------------|--|--|
| REDAZIONE | <p><i>Dott.ssa Vittoria Rendo</i> Risk Manager</p> <p><i>Vittoria Rendo</i></p> | |
| APPROVAZIONE E VALIDAZIONE | <p><i>Dott.ssa Patrizia Chierichini</i> Direttore Sanitario Presidente CCICA</p> |  |

| REV. | CODIFICA | STATO | DATA |
|------|----------------------|-----------|------------|
| 0.1 | Allegato 1 PARS 2026 | Approvato | 28/02/2026 |

INDICE DEGLI ARGOMENTI

| | |
|---|----------|
| 1. PREMESSA | 3 |
| 2. RISULTATI QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO | 3 |
| SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI | 4 |
| SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT..... | 5 |
| 2.4 AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2026 | 5 |
| CONTROLLO PERIODICO DEI PUNTI DI IGIENE DELLE MANI VOLTO A VERIFICARE : | 5 |
| PROGRAMMAZIONE REGOLARE DELLE OSSERVAZIONI E FEEDBACK IMMEDIATO | 6 |
| CAMPAGNA AZIENDALE ANNUALE DI SENSIBILIZZAZIONE | 6 |
| 3. RISULTATI MONITORAGGIO CONSUMO DI GEL IDROALCOLICO | 6 |
| 4. RISULTATI MONITORAGGIO OSSERVAZIONE COMPLIANCE IGIENE MANI | 9 |

1. PREMESSA

Il Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Lazio (CRRC) il 15/01/2026, prot. N. 0037825 ha ribadito l'obbligatorietà di:

revisare il Piano di azione locale sull'igiene delle mani (PALIM) riportante la seguente struttura:

- risultati delle 5 sezioni del questionario di autovalutazione ed elenco delle azioni previste per il mantenimento o per il miglioramento di risultati ottenuti;
- risultati del monitoraggio del consumo di gel idrolacologico e analisi dell'andamento rispetto all'anno precedente;
- risultati del monitoraggio dell'osservazione della compliance dell'igiene delle mani e andamento rispetto all'anno precedente.

Il 2025 rappresenta un anno di consolidamento: sono state poste le basi strutturali, formative e organizzative per un sistema di igiene delle mani più maturo e capace di generare miglioramenti misurabili.

Le azioni previste per il 2026 – potenziamento della formazione sul campo, osservazioni trimestrali, feedback immediati, campagne di sensibilizzazione e controllo periodico dei dispenser – costituiscono un passo essenziale per:

- rafforzare i livelli avanzati già raggiunti,
- migliorare le aree ancora intermedie,
- avvicinarsi progressivamente agli standard OMS,
- promuovere una cultura aziendale orientata alla sicurezza e alla prevenzione delle ICA.

2. RISULTATI QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Il piano di intervento Regionale è stato costruito partendo dalle indicazioni contenute nel documento Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user instructions dell'OMS, ed è suddiviso in cinque sezioni, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani. Le indicazioni contenute nel documento non si applicano alle procedure che richiedono il lavaggio chirurgico delle mani.

Le cinque sezioni previste sono:

- 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, in analogia al documento OMS, 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.
3. **INTERMEDIO:** Rappresenta il livello minimo da garantire, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura.
4. **AVANZATO:** la promozione e l'adesione all'igiene delle mani sono ottimali.

SEZIONE A – Requisiti strutturali e tecnologici

Nel 2025 è stato potenziato il sistema di disponibilità dei dispenser di soluzione idroalcolica attraverso:

- Aumento delle gabbiette porta-gel in tutte le Unità Operative, garantendo una maggiore capillarità dei punti di igiene delle mani.
- Miglioramento dell'accessibilità ai dispenser nei punti di assistenza, con conseguente facilitazione dell'adesione da parte degli operatori.

Questo intervento ha contribuito al raggiungimento del livello avanzato (95/100).

SEZIONE B – Formazione del personale

Nel corso del 2025 la formazione è stata resa più efficace grazie a:

- Introduzione della formazione sul campo, che ha permesso agli operatori di apprendere direttamente nelle situazioni reali di assistenza.
- Maggiore coinvolgimento dei coordinatori nella pianificazione e nel supporto ai momenti formativi.

Queste azioni hanno determinato un miglioramento significativo, portando la sezione al livello avanzato (90/100).

SEZIONE C – Monitoraggio e feedback

Nel 2025 sono stati compiuti passi avanti rilevanti nel sistema di monitoraggio:

- Formazione di 3 osservatori dell'igiene delle mani, aumentando la capacità interna di osservazione diretta.
- Avvio sistematico delle osservazioni sul campo, che ha consentito di:
 - rilevare la compliance all'igiene delle mani nelle diverse Unità Operative;

- identificare criticità ricorrenti e comportamenti non conformi;
- fornire feedback più mirati e tempestivi agli operatori.

Grazie a queste attività, la Struttura ha consolidato il livello intermedio (75/100).

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

I promemoria sul posto di lavoro sono strumenti importanti per ricordare agli operatori sanitari l'importanza dell'igiene delle mani e le indicazioni e le procedure appropriate per la sua esecuzione. Sono anche mezzi per informare i pazienti e i visitatori dello standard di assistenza che dovrebbero aspettarsi.

La comunicazione può utilizzare diversi strumenti (ad es.: poster, brochure, adesivi affissi al punto di assistenza, spille, screensaver, ecc.) e può utilizzare materiale istituzionale nazionale o internazionale oppure sviluppato localmente.

I poster sulla corretta tecnica di frizione con soluzione alcolica o di lavaggio delle mani, dovrebbero essere affissi in prossimità di ogni lavandino e di ogni dispenser fisso di soluzione alcolica.

Dai risultati del questionario in questa sessione si è raggiunto un LIVELLO INTERMEDIO con un punteggio di 60/100, quindi in linea con l'obiettivo regionale.

SEZIONE E – Clima organizzativo e commitment

Nel 2025 sono stati compiuti passi avanti significativi nel rafforzamento del commitment organizzativo:

- Costituzione di un team dedicato all'interno del Gruppo Operativo ICA, con il compito di promuovere attivamente l'igiene delle mani.
- Il team ha svolto momenti di sensibilizzazione direttamente sul campo, in concomitanza con le osservazioni, favorendo:
 - il coinvolgimento degli operatori;
 - la diffusione di buone pratiche;
 - la consapevolezza del ruolo di ciascuno nella prevenzione delle ICA.

Grazie a queste azioni, il punteggio è migliorato da 40 a 51/100, consentendo il raggiungimento del livello intermedio, come richiesto dalle indicazioni regionali.

| Questionario di autovalutazione aziendale igiene mani | 2023 | 2024 | 2025 | Livello 2025 |
|---|------|------|------|--------------|
| A. Requisiti strutturali e tecnologici | 85 | 85 | 95 | AVANZATO |
| B. Formazione personale | 80 | 80 | 90 | AVANZATO |
| C. Valutazione, monitoraggio e feedback | 75 | 75 | 75 | INTERMEDIO |

| | | | | |
|-------------------------------------|----|----|----|-------------------|
| D. Comunicazione permanente | 60 | 60 | 60 | INTERMEDIO |
| E. Clima organizzativo e commitment | 40 | 40 | 51 | INTERMEDIO |

2.4 Azioni di Miglioramento 2026

Controllo periodico dei punti di igiene delle mani volto a verificare:

- la presenza e il corretto funzionamento dei dispenser di soluzione alcolica
- il rifornimento dei prodotti
- la corretta esposizione dei poster informativi

La formazione sul campo diventa parte integrante del piano formativo aziendale.

Sono previste:

- brevi sessioni pratiche durante briefing o riunioni di reparto
- il coinvolgimento dei coordinatori come facilitatori

Programmazione regolare delle osservazioni e feedback immediato

Gli osservatori formati effettueranno **osservazioni trimestrali** in tutte le Unità Operative. Per ogni sessione sono previsti:

- feedback immediati agli operatori
- rilevazione della compliance
- segnalazione delle criticità ricorrenti

I dati raccolti saranno integrati nel monitoraggio aziendale e condivisi con i coordinatori.

Campagna aziendale annuale di sensibilizzazione

Nel 2026 sarà realizzata una campagna unica e coordinata dedicata all'igiene delle mani, comprendente:

- aggiornamento e diffusione dei poster in tutti gli ambienti ospedalieri
- iniziative di sensibilizzazione in occasione del **5 maggio**
- riconoscimento delle Unità Operative che raggiungono gli standard di consumo del gel idroalcolico e di compliance

La campagna mira a rafforzare la comunicazione interna e il commitment organizzativo.

L'attuazione delle azioni sopra indicate consentirà di:

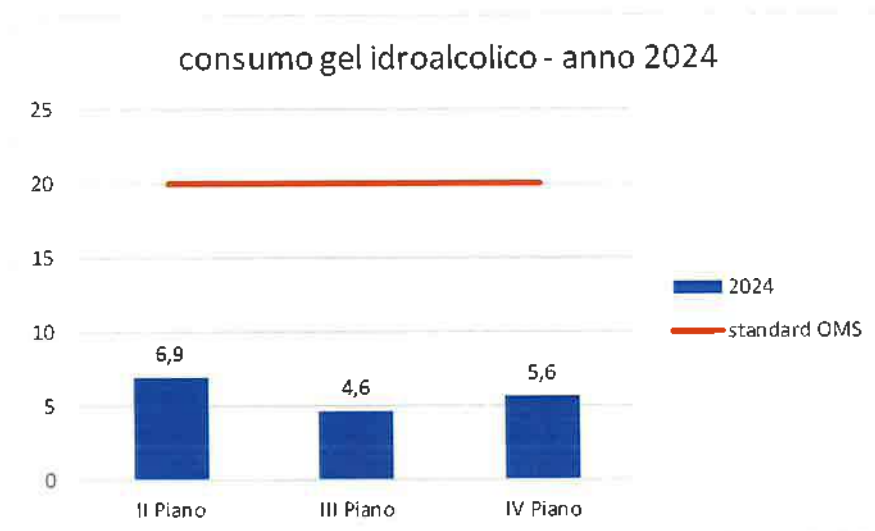
- consolidare i livelli avanzati già raggiunti

- migliorare le aree attualmente in livello intermedio
- promuovere una cultura aziendale orientata alla sicurezza e alla prevenzione delle ICA

3. RISULTATI MONITORAGGIO CONSUMO DI GEL IDROALCOLICO

L'analisi dei consumi di gel idroalcolico nelle Unità Operative del II, III e IV piano evidenzia un trend complessivamente positivo tra il 2024 e il 2025, pur rimanendo al di sotto dello standard OMS di 20 L/1000 GDO.

Nel 2024 i consumi risultavano significativamente inferiori allo standard, con valori compresi tra 4,6 e 6,9 L/1000 GDO.



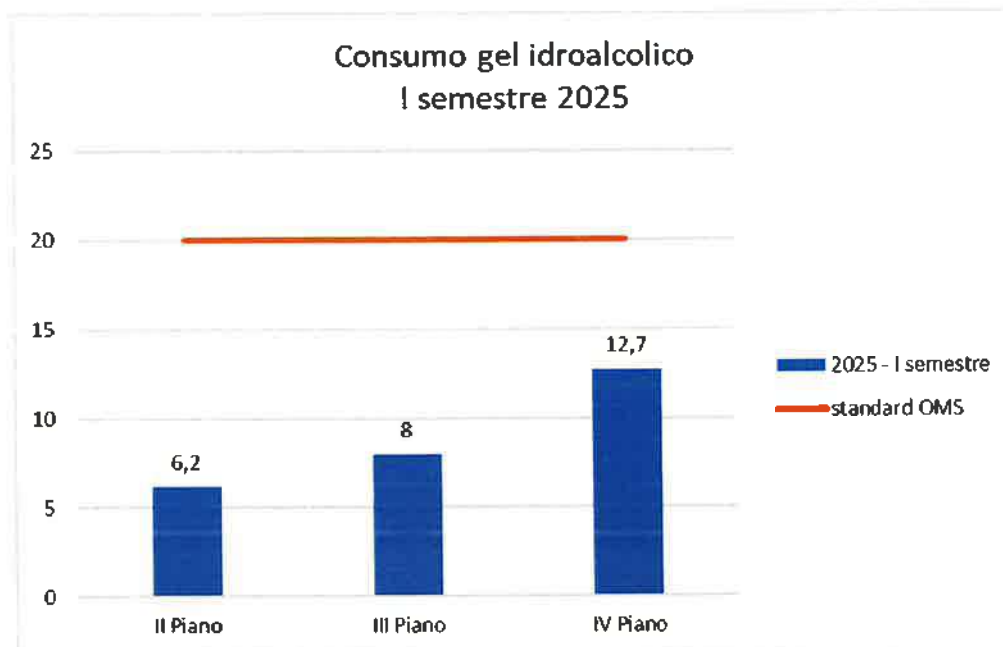
II piano= GASTROENTEROLOGIA ENDOSCOPIA, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

III piano=MEDICINA

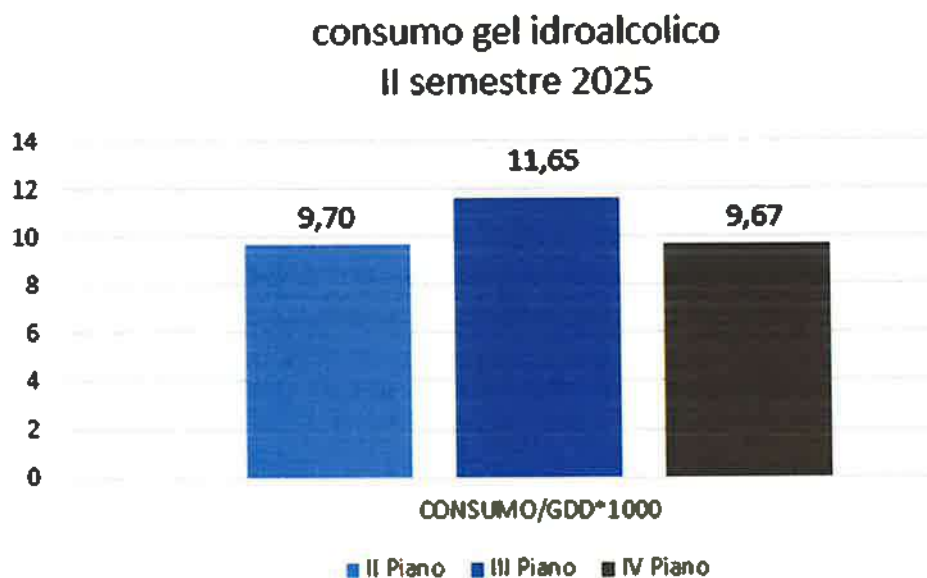
IV piano=BRONCOPNEUMOLOGIA, GERIATRIA, ONCOLOGIA

Nel primo semestre 2025 si osserva un incremento moderato, attribuibile principalmente:

- all'aumento dei dispenser installati,
- al miglioramento dell'accessibilità ai punti di igiene delle mani.



Nel **secondo semestre 2025** l'incremento diventa più evidente in tutti i piani.



Sebbene ancora lontani dallo standard OMS, questi valori indicano un progressivo miglioramento dell'adesione all'igiene delle mani.

Dall'analisi emerge che il miglioramento dei consumi è correlato a tre elementi chiave:

- Aumento dei dispenser e delle gabbiette porta-gel, che ha migliorato l'accessibilità.
- Formazione del personale, in particolare quella sul campo, che ha rafforzato la consapevolezza operativa.

- Introduzione dell'osservazione diretta, che ha aumentato l'attenzione degli operatori e ha permesso di identificare criticità e comportamenti non conformi.

La combinazione di questi interventi ha favorito un cambiamento culturale progressivo, seppur non ancora sufficiente a raggiungere lo standard OMS.

Il trend osservato nel biennio 2024–2025 è positivo e incoraggiante. Tuttavia, il consumo di gel idroalcolico rimane inferiore allo standard OMS, indicando che l'adesione all'igiene delle mani può essere ulteriormente migliorata.

| Piano / Reparto | 2024 (L) | I semestre 2025 (L/1000 GDO) | II semestre 2025 (L) |
|---|----------|------------------------------|----------------------|
| II Piano – Gastroenterologia / Ortopedia | 6,9 | 6,2 | 9,7 |
| III Piano – Medicina 1 (2024–2025) + Medicina 2 (solo II sem. 2025) | 4,6 | 8 | 11,65 |
| IV Piano – Broncopneumologia / Geriatria / Oncologia | 5,6 | 12,7 | 9,67 |

- Incremento costante del consumo di gel idroalcolico, correlato all'aumento dei dispenser e alle attività formative.
- Valori ancora inferiori allo standard OMS, ma con trend positivo.
- Maggiore attenzione alla sorveglianza, grazie all'introduzione dell'osservazione diretta e alla pianificazione di report periodici.

Le misure adottate nel 2024–2025 hanno portato a un incremento progressivo dei consumi, ma lo standard OMS non è ancora raggiunto.

4. RISULTATI MONITORAGGIO OSSERVAZIONE COMPLIANCE IGIENE MANI

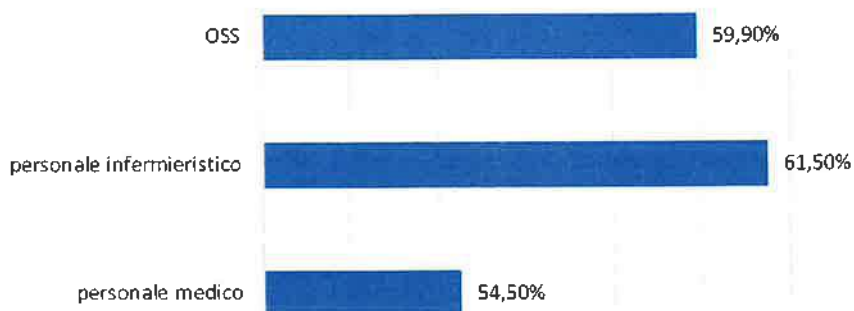
Nel 2025 sono state effettuate 85 osservazioni sull'igiene delle mani.

Questo rappresenta il primo anno di piena attivazione del sistema di osservazione diretta, grazie alla formazione degli osservatori e all'introduzione di procedure standardizzate.

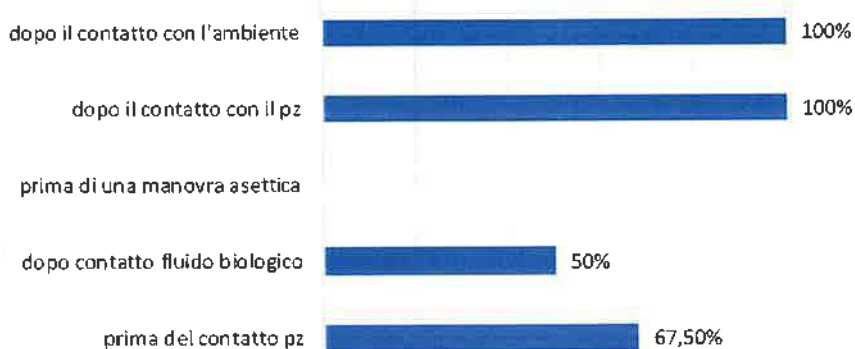
Le osservazioni hanno permesso di rilevare una percentuale di adesione pari al 58,8%, valore che, pur non raggiungendo lo standard atteso, ha fornito un quadro iniziale utile per identificare criticità e orientare gli interventi formativi.

Lo standard OMS prevede un livello di adesione $\geq 75\%$, pertanto il dato rilevato evidenzia un significativo margine di miglioramento.

Compliance igiene mani categorie professionali 2025



compliance igiene delle mani nei 5 momenti 2025



I due grafici raccontano una storia coerente:

Le categorie professionali con minore adesione (medici e OSS) sono anche quelle che più frequentemente mancano i momenti “prima”.

La compliance è alta quando l'operatore percepisce un rischio personale (momenti “dopo”), ma cala quando il rischio riguarda il paziente.

Le azioni previste per il 2026 — osservazioni trimestrali, feedback immediati, formazione sul campo e campagne di sensibilizzazione — saranno determinanti per incrementare l'adesione, ridurre le non conformità e avvicinare progressivamente l'Ospedale agli standard internazionali.

PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

| EDIZIONE: prima | REVISIONI | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Data | 27.02.2025 | 27/02/2026 | | | | |
| Emessa da | Risk Manager | Risk Manager Vittoria Rendo <i>Vittoria Rendo</i> | | | | |
| Verificata da | RSPP | Direzione Sanitaria Angela Maria Santoro <i>Angela Maria Santoro</i> | | | | |
| | Responsabile Ufficio Tecnico | Direttore Tecnico Matteo Marchione RSPP Stefano Cergola <i>Stefano Cergola</i> Laboratorio Margherita Guarino | | | | |
| Approvata da | Direttore Sanitario | Direttore Sanitario Patrizia Chierchini <i>Patrizia Chierchini</i> | | | | |
| Motivazione | Revisione del Piano di controllo della Legionellosi per il 2026 secondo la nota regionale PARS 2026 | | | | | |

Sommario

| | |
|---|----------|
| 1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE..... | 2 |
| 2. RESPONSABILITÀ..... | 2 |
| 3. DEFINIZIONI..... | 3 |
| 4. COSTITUZIONE DEL TEAM LEGIONELLA..... | 3 |
| 5. PIATTAFORMA DOCUMENTALE..... | 4 |
| 6. MODALITÀ DI ESECUZIONE E TEMPI DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO..... | 4 |
| 7. MISURE DI CONTROLLO E PREVENZIONE..... | 5 |
| 8. RISULTATO SINTETICO DEL MONITORAGGIO OPERATIVO..... | 7 |
| 9. AZIONI DI SUPPORTO E MANTENIMENTO..... | 8 |
| 10. BIBLIOGRAFIA..... | 9 |

| | | |
|---|---|---|
|  <p>Ospedale Israelitico <small>PHARMACIA E S.C. S.p.A. S.p.A.</small> <small>Network Ospedale israelitico</small></p> | <p>Allegato 2 PARS 2026</p> <p>PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI</p> | <p>I-DS CC-ICA PIANO LEGIONELLA ED. 2 del 27/02/26 Rev. 1 del 27/02/26 Pagina 2 di 10</p> |
|---|---|---|

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Programma di Controllo della Legionellosi **ha** lo scopo di:

- garantire la prevenzione, sorveglianza e controllo del rischio di proliferazione e diffusione di *Legionella spp.* all'interno dell'Ospedale Israelitico – Via Fulda;
- assicurare la tutela della salute dei pazienti, degli operatori e dei visitatori, in particolare delle categorie vulnerabili;
- definire in modo strutturato le misure di gestione del rischio, le responsabilità, le attività di monitoraggio e le azioni correttive;
- integrare i risultati del monitoraggio analitico 2025 per orientare il piano di miglioramento 2026.

Il Programma si applica a tutti i sistemi idrici e alle attrezzature dell'Ospedale Israelitico che possono costituire fonte di esposizione a *Legionella spp.*.

Il Programma si applica a:

- personale tecnico e manutentivo
- personale sanitario e sociosanitario
- Direzione Sanitaria
- Risk Manager
- RSPP
- Team Legionella
- Laboratorio accreditato
- eventuali ditte esterne incaricate

2. RESPONSABILITÀ

L'attuazione del Piano di Controllo della Legionellosi richiede il coinvolgimento coordinato di più figure aziendali, ciascuna con competenze specifiche e responsabilità definite. La presente sezione identifica formalmente i soggetti incaricati dell'applicazione della procedura, stabilendo per ciascuno il livello di responsabilità, collaborazione e supervisione richiesto per garantire un controllo efficace del rischio Legionella all'interno dell'Ospedale.

Le figure coinvolte nel Piano sono:

- Direzione Sanitaria, responsabile dell'approvazione del Piano e della supervisione generale delle attività.
- Risk Manager, responsabile della gestione del rischio e del coordinamento del Team Legionella.
- RSPP, responsabile della sicurezza dei lavoratori e del supporto tecnico nella valutazione del rischio biologico.
- Ufficio Tecnico, responsabile della gestione degli impianti idrici, delle bonifiche e della supervisione delle attività manutentive.
- Multiservizi Impianti, incaricata delle attività operative di controllo, ispezione e manutenzione ordinaria dei sistemi idrici.
- Responsabile Infermieristica e Coordinatori Infermieristici, responsabili dell'organizzazione e dell'esecuzione dei flussaggi nelle aree presidiate da personale sanitario.
- Laboratorio accreditato, responsabile delle analisi microbiologiche e della trasmissione dei risultati.

- Ditte esterne specializzate, incaricate delle bonifiche straordinarie e delle iperclorazioni programmate.

Matrice delle Responsabilità

| Attività | Direzione Sanitaria | Risk Manager | Responsabile Infermieristica | Coordinatori Infermieristici | Multiservizi Impianti | Ufficio Tecnico | Ditta Esterna |
|--|---------------------|--------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------|---------------|
| Approvazione del Piano Legionella | R | C | I | I | I | C | - |
| Aggiornamento valutazione del rischio | I | R | I | I | C | C | - |
| Flussaggio terminali | I | I | C | R | R | I | - |
| Controllo temperature ACS/AFS | I | I | I | I | R | C | - |
| Ispezione serbatoi AFS e ACS | I | I | - | - | R | C | - |
| Bonifica annuale vasconi e ACS | I | C | I | I | C | R | - |
| Campionamenti Legionella | I | C | I | I | C | R | - |
| Gestione non conformità | C | R | C | C | R | R | - |
| Formazione del personale | C | R | R | C | I | I | - |
| Supervisione attività Multiservizi Impianti | I | C | I | I | - | R | - |
| Registrazione attività nella piattaforma documentale | I | R | I | I | C | R | - |

Legenda

- R = Responsabile
- C = Collabora
- I = Informato

3. DEFINIZIONI

| TITOLO | DESCRIZIONE |
|------------------------------|---|
| Acqua Calda Sanitaria (ACS) | Acqua destinata al consumo umano distribuita a temperatura superiore a 25°C e utilizzata per igiene personale, pulizia e attività sanitarie. |
| Acqua Fredda Sanitaria (AFS) | Acqua destinata al consumo umano distribuita a temperatura inferiore a 20°C. |
| Aerosol | Miscela di particelle liquide sospese nell'aria, potenzialmente veicolo di <i>Legionella spp</i> |
| Bonifica | Intervento straordinario sull'impianto idrico finalizzato alla riduzione/eliminazione della contaminazione microbiologica (es. iperclorazione, shock termico, shock chimico). |

4. COSTITUZIONE DEL TEAM LEGIONELLA

La struttura ha costituito un Team multidisciplinare per la gestione del rischio Legionellosi, composto da:

| | | |
|--|---|---|
|  <p>Ospedale Israelitico <small>INFORMAZIONE E CURA</small> <small>Network Ospedale Israelitico</small></p> | <p>Allegato 2 PARS 2026</p> <p>PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI</p> | <p>I-DS CC-ICA PIANO LEGIONELLA ED. 2 del 27/02/26 Rev. 1 del 27/02/26 Pagina 4 di 10</p> |
|--|---|---|

- Direzione Sanitaria
- Responsabile Ufficio Tecnico
- RSPP
- Risk Manager
- Laboratorio

Il Team si riunisce almeno due volte l'anno e ogni volta che emergono non conformità significative.

5. PIATTAFORMA DOCUMENTALE

La struttura ha predisposto una piattaforma documentale centralizzata, contenente:

- Documento di Valutazione del Rischio Legionellosi (DVR-L)
- Planimetrie impianti idrici
- Registro manutenzioni e trattamenti
- Registro temperature ACS/AFS
- Registro flussaggi
- Rapporti di prova analitici 2025
- Attestati di bonifica (iperclorazione e sanificazione vasconi)
- Piano di campionamento 2026
- Report annuale di sintesi

Tutta la documentazione è archiviata in formato digitale e aggiornata.

6. MODALITÀ DI ESECUZIONE E TEMPI DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Sulla base dei documenti, abbiamo identificato tre sorgenti principali:

- Accumuli Idrici: 1 2 vasconi AFS (Acqua Fredda Sanitaria). Sono punti critici per la potenziale proliferazione batterica in caso di stagnazione.
- Rete di Distribuzione ACS: Il circuito dell'Acqua Calda Sanitaria, specialmente nei terminali poco utilizzati.
- Apparecchiature Specialistiche: I riuniti odontoiatrici, che producono aerosol a distanza ravvicinata dal paziente.

2. Analisi dell'Esposizione (Gravità)

L'ospedale è classificato come ALTO (Livello 3) perché la popolazione esposta include soggetti fragili:

- Pazienti in degenza (Piani 1-5).
- Pazienti sottoposti a diagnostica (Risonanza Magnetica).
- Pazienti odontoiatrici.

3. Stima della Probabilità (Frequenza)

| | | |
|---|---|---|
|  <p>Ospedale Israelitico PISCICCIOLI DI SERRAVALLE Nella cura Ospedale israelitico</p> | <p>Allegato 2 PARS 2026 PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI</p> | <p>I-DS CC-ICA PIANO LEGIONELLA ED. 2 del 27/02/26 Rev. 1 del 27/02/26 Pagina 5 di 10</p> |
|---|---|---|

In base allo storico 2023-2025, la probabilità è BASSA (Livello 1).

- Le iperclorazioni annuali (50 ppm) e le bonifiche dei vasconi hanno mantenuto la carica batterica quasi sempre sotto la soglia di rilevabilità o comunque molto al di sotto dei 100 UFC/L.

Matrice di Sintesi del Rischio

Il calcolo del Rischio (R) si ottiene moltiplicando la Probabilità (P) per la Gravità (G).

| Elemento Valutato | Probabilità (P) | Gravità (G) | Indice R (PxG) | Livello di Rischio |
|-----------------------|-----------------|-------------|----------------|--------------------|
| Intera Struttura | 1 | 3 | 3 | RISCHIO BASSO |
| Riuniti Odontoiatrici | 1 | 3 | 3 | RISCHIO BASSO |
| Terminali rari | 2 | 3 | 6 | RISCHIO MEDIO |

Legenda R:

- 1-3: Rischio Accettabile (Mantenimento)
- 4-6: Rischio Medio (Azioni correttive e monitoraggio stretto)
- 7-9: Rischio Alto (Intervento immediato)

7. MISURE DI CONTROLLO E PREVENZIONE

Il monitoraggio della *Legionella spp.* è eseguito con frequenza semestrale al fine di verificare l'efficacia delle misure preventive e dei trattamenti di disinfezione. Il piano di campionamento è strutturato per coprire capillarmente i tre presidi principali, con particolare attenzione ai reparti sensibili e ai terminali critici.

I campionamenti vengono effettuati su punti rappresentativi della rete idrica sanitaria (Acqua Calda Sanitaria e, ove previsto, Acqua Fredda), come dettagliato nella seguente tabella operativa:

| Presidio | Ubicazione e Punto di Prelievo Specifico |
|----------------------------------|---|
| OSPEDALE (Sede Via Fulda) | • Lavabo Room 5 - Piano 5° (Parte Nuova) |
| | • Lavabo Ufficio Solventi - 5° Piano (Ex 516) |
| | • Lavabo Stanza 4.05 - 4° Piano |
| | • Lavabo Stanza 3.05 - 3° Piano |

| Presidio | Ubicazione e Punto di Prelievo Specifico |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Lavabo Stanza 2.06 - 2° Piano</u> • <u>Lavabo Stanza 2.14 - 2° Piano</u> • <u>Lavabo TAC - 1° Piano</u> • <u>Lavabo WC Utenti - 1° Piano (vicino Lab. Analisi)</u> • <u>Lavabo Ambulatorio 12 - Piano Terra</u> • <u>Lavabo Ambulatorio 17 - Piano Terra</u> |
| <u>PRESIDIO VIA VERONESE</u> | <ul style="list-style-type: none"> • <u>P.T. Ambulatorio n. 3 - Lavabo</u> • <u>P.T. Bagno Pubblico - Lavabo</u> • <u>P.-1 Bagno Pubblico</u> |
| <u>PRESIDIO P.ZZA SAN BARTOLOMEO</u> | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Bagno Disabili P. 1 - Lavabo</u> • <u>Stanza n. 3 Ambulatorio Oculista - P. 1 Lavabo</u> • <u>Bagno Misto P. 1 - Lavabo Antibagno</u> |

| | | |
|---|---|---|
|  <p>Ospedale Israelitico Nessuno Ospedale come tutti</p> | <p>Allegato 2 PARS 2026 PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI</p> | <p>I-DS CC-ICA PIANO LEGIONELLA ED. 2 del 27/02/26 Rev. 1 del 27/02/26 Pagina 7 di 10</p> |
|---|---|---|

2. Metodologia di Campionamento e Analisi

I campionamenti sono effettuati generalmente "dopo scorrimento" (almeno 1 minuto) per valutare la qualità dell'acqua fornita dall'impianto, o "istantanei" per valutare lo stato di igiene del singolo terminale (rubinetto/rompigetto).

Per ogni punto viene misurata e registrata la temperatura dell'acqua e la concentrazione di cloro residuo.

I campioni vengono trasportati in regime di temperatura controllata e analizzati entro 24-48 ore.

L'integrazione di questi punti specifici (specialmente i presidi esterni di Via Veronese e Isola Tiberina/Piazza San Bartolomeo) permette di:

1. **Validare il rischio:** Assicurarsi che la Probabilità (P) resti "Bassa" (Livello 1) in tutta l'organizzazione.
2. **Individuare Stagnazioni:** Monitorare punti come il "5° Piano Ex 516" o i bagni pubblici, soggetti a utilizzo intermittente.

3. Misure correttive e di mantenimento

Per mantenere il rischio al livello "Basso", la valutazione del rischio suggerisce le seguenti misure basate sull'esperienza degli ultimi 3 anni:

1. **Tattamento Shock Pre-Estivo:** Confermare l'iperclorazione della rete e la bonifica dei vasconi per anticipare l'aumento delle temperature stagionali.
2. **Protocollo Terminali Poco Usati:** Nelle stanze o ambulatori con basso utilizzo, implementare un flussaggio settimanale dell'acqua calda per almeno 3 minuti.
3. **Monitoraggio Post-Intervento:** Continuare con i prelievi "post-intervento" per validare l'efficacia della sanificazione.
4. **Aggiornamento Documentale:** Integrare i risultati dei riuniti odontoiatrici nel Registro dei Controlli

8. RISULTATO SINTETICO DEL MONITORAGGIO OPERATIVO

Sulla base dei dati storici del triennio 2023-2025 la struttura si colloca attualmente in una zona di **Rischio Controllato**, grazie all'efficacia delle iperclorazioni annuali.

Questa matrice incrocia la **Probabilità** (frequenza di rilevazione del batterio e stato degli impianti) con la **Gravità/Impatto** (tipologia di pazienti esposti nella struttura sanitaria).

| Livello | Probabilità (Frequenza/Stato) | Gravità (Impatto sulla Salute) |
|-----------|--|--|
| 1 - Basso | Batterio assente o < 100 UFC/L; manutenzione regolare. | Esposizione di personale sano o visitatori. |
| 2 - Medio | Rilevazioni sporadiche tra 100 e 1000 UFC/L. | Pazienti in reparti a basso rischio. |
| 3 - Alto | Presenza costante > 1000 UFC/L o impianti obsoleti. | Pazienti immunodepressi o fragili (es. chirurgia, lungodegenza). |

| | | |
|---|---|--|
|  | Allegato 2 PARS 2026 PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI | I-DS CC-ICA PIANO LEGIONELLA ED. 2 del 27/02/26 Rev. 1 del 27/02/26 Pagina 8 di 10 |
|---|---|--|

Grazie ai risultati costantemente conformi (<100 UFC/L o non rilevabili) e alla manutenzione documentata, la **Probabilità è 1 (Bassa)**. Tuttavia, essendo una struttura sanitaria con reparti sensibili, la **Gravità è 3 (Alta)**.

Analisi dei Fattori di Rischio Specifici

Sulla base dei documenti, ecco i fattori che influenzano la matrice:

- **Punti Critici:** Gli ambulatori e i riuniti odontoiatrici analizzati nel 2025 rappresentano i punti dove il rischio di aerosol è maggiore.
- **Fattore Impiantistico:** La presenza di **vasconi di accumulo** è l'elemento di vulnerabilità principale che viene mitigato con lo shock chimico.
- **Efficacia Trattamenti:** L'iperclorazione a **50 ppm** si è dimostrata il metodo più efficace per resettare la carica batterica all'inizio della stagione calda.

9. AZIONI DI SUPPORTO E MANTENIMENTO

L'efficacia degli interventi di sanificazione eseguiti nel triennio 2023-2025 è strettamente legata all'implementazione di una serie di azioni di supporto continuative, mirate a prevenire la formazione del biofilm e il ristagno idrico.

Gestione dei Punti Critici e Terminali Poco Utilizzati

Dall'analisi storica, i punti situati ai piani elevati o in stanze a bassa rotazione possono presentare criticità.

I terminali (rubinetti e docce) non utilizzati regolarmente devono essere flussati due volte a settimana, preferibilmente lunedì mattina (dopo il weekend) e giovedì.

Il personale sanitario esegue i flussaggi nelle aree presidiate; la Multiservizi Impianti li esegue nelle aree prive di personale sanitario.

Il flussaggio deve durare 2–3 minuti.

Tutte le attività devono essere registrate sulla Scheda di Flussaggio.

Evitare la stagnazione che favorisce la crescita batterica.

Manutenzione Ordinaria degli Accessori

L'accumulo di calcare e sedimenti nei diffusori è un terreno fertile per la Legionella.

- Programmare la **decalcificazione e disinfezione trimestrale** di rompigitto, soffioni delle docce e filtri. In caso di usura elevata, è prevista la sostituzione immediata del componente.
- Registrazione degli interventi su apposito registro di manutenzione.

Protocollo Specifico per i Riuniti Odontoiatrici

- Al termine di ogni sessione clinica e all'inizio della giornata, procedere al flussaggio dei condotti dei riuniti con soluzioni disinfettanti certificate.
- Sostituzione periodica dei filtri acqua interni alle poltrone odontoiatriche.

| | | |
|--|---|---|
|  <p>Ospedale Israelitico <small>PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLA</small> <small>Network Ospedale israelitico</small></p> | <p>Allegato 2 PARS 2026 PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI</p> | <p>I-DS CC-ICA PIANO LEGIONELLA ED. 2 del 27/02/26 Rev. 1 del 27/02/26 Pagina 9 di 10</p> |
|--|---|---|

Controllo delle Temperature

Il controllo termico è la prima barriera naturale contro il batterio.

- Monitoraggio mensile della temperatura di mandata e di ritorno dell'Acqua Calda Sanitaria (ACS). La temperatura di ritorno al bollitore non deve mai scendere sotto i 50°C.
- Verifica del corretto isolamento termico delle tubazioni per evitare il riscaldamento dell'acqua fredda (che deve restare <20°C).

Informazione del Personale

Il personale addetto alle pulizie e alla manutenzione gioca un ruolo chiave.

Organizzare sessioni informative annuali sulle procedure di prevenzione (es. importanza del flussaggio dopo lunghi periodi di inattività dei reparti).

distribuire istruzioni operative chiare sulla segnalazione di anomalie (es. acqua torbida o temperature insufficienti).

| Attività | Frequenza | Responsabile | Registro |
|---------------------------------------|-------------|----------------------|-----------------------|
| Flussaggio terminali inutilizzati | Settimanale | Manutenzione/Pulizie | Scheda di flussaggio |
| Decalcificazione diffusori/docce | Trimestrale | Personale Ausiliario | Registro manutenzione |
| Verifica temperature (Mandata/Ritomo) | Mensile | Tecnico Impiantista | Log temperature |
| Bonifica Vasconi e Iperclorazione | Annuale | Ditta Esterna | Attestato intervento |

10. BIBLIOGRAFIA

| Titolo del Documento / Norma | Ente Editore | Data di Pubblicazione |
|--|--|-----------------------|
| Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi. | ISS | 2015 |
| D.Lgs. 23 febbraio 2023, n. 18 | Parlamento Italiano / Gazzetta Ufficiale | 06/03/2023 |

| Titolo del Documento / Norma | Ente Pubblicatore | Data di Pubblicazione |
|--|--|---|
| <i>Attuazione della direttiva (UE) 2020/2184 concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano.</i> | | |
| Approvazione del documento "Linee guida regionali per la prevenzione e il controllo della legionellosi alla luce del D.Lgs. 18/2023". | REGIONE LAZIO | Deliberazione della Giunta Regionale n. 46028 giugno 2024 |
| Linee Guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi <i>Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 79/CSR).</i> | Conferenza Stato-Regioni | 07/05/2015 |
| D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 <i>Testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (Titolo X - Esposizione ad agenti biologici).</i> | Parlamento Italiano / Gazzetta Ufficiale | 30/04/2008 |
| Linee Guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati | Ministero della Salute | 2001 |