

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

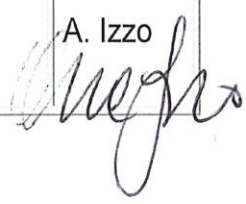
CENTRO SANTA MARIA DELLA PACE

REDAZIONE
Gennaio 2026
RM Angelos Psimenos



VERIFICA		
Data	Funzione	Visto
Gennaio 2026	Direzione Sanitaria	A. Fortini 

APPLICAZIONE	
Data	febbraio 2026

APPROVAZIONE		
Data	Funzione	Visto
febbraio 2026	Direzione Sanitaria	A. Fortini 
Febbraio 2026	Responsabile di Area	A. Izzo 

PARS Rev. 05 del 31/01/2026 Pag. 2 di 28	Rischio Clinico	Fondazione Don Carlo Gnocchi	
---	-----------------	-------------------------------------	---

INDICE

A.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
A2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	4
A3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	5
A4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE.....	6
A5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	7
A6 OBIETTIVI E ATTIVITÀ 2025 (ad esclusione degli obiettivi ed attività legati alla gestione del rischio infettivo)	8
A7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.....	11
A8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS	15
A9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	15
ALLEGATO 1 - PIANO DI AZIONE SULL'IGIENE DELLE MANI	18
ALLEGATO 2 - PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI.....	26
a. Costituzione del team:.....	26
b. Realizzazione della piattaforma documentale:.....	26
c. Modalità di esecuzione e tempi della valutazione del rischio e indicazione sintetica delle misure di controllo previste:	26
d. Risultato sintetico degli esiti del monitoraggio operativo di verifica sull'efficacia delle misure di controllo in atto:.....	27
e. Sintesi del piano di miglioramento eventualmente previsto e indicazione sintetica delle azioni correttive:	28
f. Pianificazione delle azioni di supporto previste (ad esempio sulla formazione degli Operatori):	28

PARS Rev. 05 del 31/01/2026 Pag. 3 di 28	Rischio Clinico	Fondazione Don Carlo Gnocchi	
---	-----------------	-------------------------------------	---

A.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Fondazione Don Carlo Gnocchi svolge oggi le proprie attività in regime di accreditamento con il **Servizio Sanitario Nazionale** (oltre a linee di **attività privata integrativa** e **privato sociale**) in **25 strutture** residenziali e **27 ambulatori**, organizzati in **Aree territoriali**, diffusi in **9 regioni** italiane. A Roma è presente con due Centri denominati “S. Maria della Pace” e “S. Maria della Provvidenza”.

Il Centro S.M. della Pace, sito in via Maresciallo Caviglia 30 a Roma, accoglie:

- un Reparto cod. 56 (30 p.l.), denominato “Casa di Cura Don Carlo Gnocchi” con annessa Diagnostica per immagini, aperta all'esterno;
- un Presidio di Riabilitazione funzionale denominato “Centro S. Maria della Pace”, articolato in tre livelli assistenziali: riabilitazione residenziale (65 pl), semiresidenziale (83 posti) e ambulatoriale (400 trattamenti);
- un presidio ambulatoriale di recupero e riabilitazione funzionale di II livello;
- un ambulatorio di assistenza specialistica di II livello con le seguenti branche: oculistica, otorinolaringoiatria, cardiologia, geriatria, pneumologia, ortopedia, neurologia e medicina dello sport.

Attualmente sono in carico, a vario titolo, n. **198 dipendenti**.

PARS Rev. 05 del 31/01/2026 Pag. 4 di 28	Rischio Clinico	Fondazione Don Carlo Gnocchi	
---	-----------------	-------------------------------------	---

Tabella Presentazione dei dati di attività RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

Dati forniti da Controllo di Gestione e aggiornati al 31/12/2025

CENTRO SANTA MARIA DELLA PACE			
DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	Numero	95	
DATI DI ATTIVITÀ (A)			
Ricoveri ordinari Cod.56	10.328 gg degenza	Ricoveri diurni	13.098 gg presenza
Branche specialistiche	9		
Diagnostica di Radiologia	1.304 n° prestazioni	Prestazioni ambulatoriali erogate	59.733 n. prestazioni
Poliambulatorio specialistico	12.284 n° prestazioni	Ricoveri ordinari Ex Art. 26	21.495 gg di degenza

A2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Tabella Eventi segnalati nel 2025 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	0	Strutturali (50%) Tecnologici (%) Organizzativi (50%) Procedure/ Comunicazione (%)	Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (50%) Procedure/ Comunicazione (50%)	Sistemi di reporting (100%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivo vig. (%) ICA (%) ecc.
Eventi Avversi	51	98%			
Eventi Sentinella	0	0			

**** fonte: banca dati Fondazione don Gnocchi**

Nello specifico si segnalano 50 episodi di cadute, 42 con esiti nulli/lievi e per 8 è stato necessario il trasporto in struttura nosocomiale. Un evento avverso si riferisce ad un atto di aggressione verbale verso un operatore sanitario, senza conseguenze.

PARS Rev. 05 del 31/01/2026 Pag. 5 di 28	Rischio Clinico	Fondazione Don Carlo Gnocchi	
---	-----------------	-------------------------------------	---

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

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2021	1	0	0
2022	2	0	0
2023	4	0	0
2024	0	0	0
2025	0	0	0
Totale	7	0	Euro 0

Sono riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

Fonte: Clinical Risk Manager/Ufficio Legale Fondazione don Gnocchi

A3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

N.B. La polizza assicurativa è a copertura del rischio per tutte le Strutture della Fondazione don Gnocchi sul territorio nazionale ed estero e non solo per le due Strutture romane. La polizza è soggetta a regolazione premio annuale.

Tabella Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2022	31 dicembre	UNIPOLSAI	€ 589.978,50	€ 100.000,00	ASSITECA SPA – Milano
2023	31 dicembre	UNIPOLSAI	€ 589.978,50	€ 100.000,00	ASSITECA SPA – Milano
2024	31 dicembre	UNIPOLSAI	€ 579.978,50	€ 90.000,00	ASSITECA SPA – Milano
2025	31 dicembre	UNIPOLSAI	€ 650.000,00	€ 90.000,00	ASSITECA SPA – Milano
2026	31 dicembre	UNIPOLSAI	€ 690.000,00	€ 100.000,00	ASSITECA SPA – Milano

Fonte: Clinical Risk Manager/Ufficio Legale Fondazione don Gnocchi

PARS Rev. 05 del 31/01/2026 Pag. 6 di 28	Rischio Clinico	Fondazione Don Carlo Gnocchi	
---	-----------------	-------------------------------------	---

A4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 FORMAZIONE DEL PERSONALE Prosecuzione dell'attività formativa attraverso un "Corso Base di Gestione del Rischio Clinico" a tutti i neo-assunti	Sì	Il 100% del personale neoassunto ha svolto il corso FAD; monitoraggio a cura del Servizio Formazione (standard: superiore al 90% dei neoassunti entro il primo anno)
ATTIVITÀ 2 – ORGANIZZAZIONE DI UN CORSO SULLE LDP PER IL PERSONALE OSS Organizzazione corso sulle LdP per il personale OSS	In corso	Effettuata informazione agli operatori. Proseguirà nel 2026 attività corsuale.
OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA CRE		
ATTIVITÀ	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 – CONSOLIDAMENTO DELLE MODALITÀ DI RACCOLTA DATI PER IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLE ICA E CONDIVISIONE DEI RISULTATI Incontri con il coinvolgimento di RM, DS, medici e coordinatori	Sì	Effettuati 3 incontri (standard: 2 incontri nell'anno)
ATTIVITÀ 2 – MONITORAGGIO DELL'ANDAMENTO DELLE LESIONI DA PRESSIONE Incontri con il coinvolgimento di RM, DS, medici e coordinatori	Sì	Effettuati 3 incontri (standard: 2 incontri per la diffusione dei risultati)
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
ATTIVITÀ 1 – PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI AGGRESSIVITÀ AI DANNI DEGLI OPERATORI Erogazione di formazione sull'aggressività e le tecniche di de-escalation	Sì	Erogate 2 edizioni del corso "Atti di aggressività e rischio burn out: tecniche di prevenzione" Evento ID: 532-463594

A5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Tabella Matrice delle responsabilità

AZIONE	Direttore Sanitario/ Presidente CICA	Risk manager	Responsabile UO/ Affari legali	Responsabile di Area	Direttore Amministrativo	Servizi di supporto
Redazione PARS (eccetto i punti: A2 e A7)	C	R	C	C	C	C
Redazione punti A2	C	C	R	I	C	C
Redazione punto A7	R	C	I	I	I	C
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	C
Monitoraggio PARS (eccetto il punto A7)	C	R	C	I	C	C
Monitoraggio punto A7	R	C	I	I	I	C

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

PARS Rev. 05 del 31/01/2026 Pag. 8 di 28	Rischio Clinico	Fondazione Don Carlo Gnocchi	
---	-----------------	-------------------------------------	---

A6 OBIETTIVI E ATTIVITÀ 2025 (ad esclusione degli obiettivi ed attività legati alla gestione del rischio infettivo)

Coerentemente con i tre obiettivi strategici definiti a livello regionale, gli obiettivi sono i seguenti:

A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.

- Formazione del personale neoassunto attraverso un “Corso Base di Gestione del Rischio Clinico” a tutti i neo-assunti.
- Organizzazione di pillole informative su tematiche specifiche di gestione del rischio clinico (lesioni da pressione, cadute, legionellosi, ecc.).

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.

- Revisione della gestione del cateterismo vescicale.
- Implementazione attività di prevenzione e gestione lesioni da pressione.

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

- Erogazione di formazione sull’aggressività e le tecniche di de-escalation per il personale neoassunto.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE				
ATTIVITÀ 1 – Formazione del personale neoassunto sul rischio clinico				
INDICATORE				
Prosecuzione dell’attività formativa attraverso un “Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico” a tutti i neo-assunti				
STANDARD				
Formazione superiore al 90% dei neoassunti entro il primo anno				
FONTE Risk Manager, Servizio Formazione di Area				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria	Coordinatore/ Responsabili	Servizio Formazione
Convocazione personale	C	I	C	R
Monitoraggio	C	I	C	R

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE				
ATTIVITÀ 2 – Organizzazione di pillole formative su tematiche specifiche di gestione del rischio clinico (lesioni da pressione, accessi venosi, cadute, legionella, ecc.)				
INDICATORE Organizzazione di pillole formative su tematiche emergenti				
STANDARD Realizzazione di almeno 3 pillole con coinvolgimento del personale di tutti i reparti				
FONTE Risk Manager, Servizio Formazione di Area				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria	Coordinatore/ Responsabili	Servizio Formazione
Progettazione corso	R	C	C	R
Erogazione	C	I	C	R
Monitoraggio	I	I	I	R

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA CRE			
ATTIVITÀ 1 – Revisione della gestione del cateterismo vescicale			
INDICATORE: Adeguamento alle linee guida con aggiornamento delle istruzioni operative e adozione di device di ultima generazione			
STANDARD Emissione istruzione operativa e introduzione nuovi dispositivi medici			
FONTE Direzione Sanitaria/Risk Manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria	Coordinatore/ Responsabili
Esecuzione	R	C	C
Condivisione risultati	R	C	C

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA CRE			
ATTIVITÀ 2 – Implementazione attività di prevenzione e gestione lesioni da pressione			
INDICATORE: Svolgimento di attività formativa e introduzione nuova modulistica			
STANDARD N. 2 incontri formativi e introduzione scheda di monitoraggio LdP			
FONTE Direzione Sanitaria/Risk Manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria	Coordinatore/Responsabili
Esecuzione analisi	R	C	C
Condivisione risultati	R	C	C

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

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE				
ATTIVITÀ 1 – Prevenzione e gestione degli atti di aggressività ai danni degli operatori				
INDICATORE: erogazione di formazione sull'aggressività e le tecniche di de-escalation al personale neoassunto				
STANDARD Una edizione nel corso dell'anno				
FONTE Direzione Sanitaria/Risk Manager/Servizio Formazione				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria	Coordinatore/Responsabili	Servizio formazione
Progettazione corso	C	C	C	R
Erogazione	C	I	C	R
Monitoraggio	I	I	I	R

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

PARS Rev. 05 del 31/01/2026 Pag. 11 di 28	Rischio Clinico	Fondazione Don Carlo Gnocchi	
--	-----------------	-------------------------------------	---

A7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Coerentemente con gli obiettivi strategici regionali specifici sul rischio infettivo sono individuate le seguenti attività:

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
 - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA (FR);
 - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici (FR).
- B. Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi:
 - Aggiornamento del Piano di Azione locale sull'igiene delle mani (M);
 - Promozione di azioni per la corretta igiene delle mani.
- C. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).
 - Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE (M);
 - Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship) (M).

PARS Rev. 05 del 31/01/2026 Pag. 12 di 28	Rischio Clinico	Fondazione Don Carlo Gnocchi	
--	-----------------	-------------------------------------	---

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 ICA				
INDICATORE Coinvolgimento del personale assistenziale				
STANDARD Sensibilizzazione di almeno il 90% del personale assistenziale attraverso materiale informativo				
FONTE Risk Manager, Servizio Formazione di Area				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria	Coordinatore/ Responsabili	Servizio Formazione
Progettazione corso	R	C	I	C
Erogazione	R	C	C	C
Monitoraggio	I	I	I	R

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO				
ATTIVITÀ 2 – Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici (FR).				
INDICATORE Coinvolgimento del personale medico				
STANDARD Coinvolgimento di almeno il 50% dei medici				
FONTE Risk Manager, Servizio Formazione				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria	Coordinatore/ Responsabili	Servizio Formazione
Progettazione corso	R	C	I	C
Erogazione	C	C	C	R
Monitoraggio	I	I	I	R

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

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE			
ATTIVITÀ 1 – Aggiornamento del Piano di Azione locale sull'igiene delle mani (M);			
INDICATORE Aggiornamento del piano di azione locale sull'igiene delle mani			
STANDARD Emissione del nuovo piano			
FONTE Risk Manager, Direzione sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria	Coordinatore/Responsabili
Revisione piano	R	C	I
Diffusione	I	I	C
Monitoraggio	I	I	I

Si allega il Piano di Azione locale relativo sull'igiene delle mani per l'anno 2026.

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE		
ATTIVITÀ 2 – Promozione di azioni per la corretta igiene delle mani		
INDICATORE: Organizzazione di attività educative per la corretta igiene delle mani		
STANDARD Realizzazione di 2 attività		
FONTE Direzione Sanitaria/Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria
Organizzazione	R	C
Monitoraggio	R	C

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

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA CRE				
ATTIVITÀ 1 – Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE (M);				
INDICATORE Implementazione modalità di raccolta dei dati				
STANDARD Coinvolgimento di tutti reparti di degenza				
FONTE Risk Manager				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria	Coordinatore/Responsabili	Servizio Formazione
Progettazione modalità	R	C	I	C
Condivisione	R	C	C	C
Monitoraggio	I	I	I	R

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

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA CRE			
ATTIVITÀ 2 – Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship) (M).			
INDICATORE Formazione sull'impiego corretto degli antibiotici			
STANDARD Una edizione di corso			
FONTE Risk Manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria/Presidente CCICA	Coordinatore/Responsabili UO
Progettazione modalità	R	R	C
Coinvolgimento	R	C	C
Monitoraggio	C	C	R

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

PARS Rev. 05 del 31/01/2026 Pag. 15 di 28	Rischio Clinico	Fondazione Don Carlo Gnocchi	
--	-----------------	-------------------------------------	---

A8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il PARS sarà diffuso come da normativa regionale vigente con le seguenti modalità:

1. Trasmissione entro il 28.02.2026 al Centro Regionale di Rischio Clinico “CRRC” all’indirizzo crcc@regione.lazio.it per il caricamento sul cloud regionale.
2. Pubblicazione sul sito web <https://www.dongnocchi.it/@strutture/centro-s-maria-della-pace>
3. Pubblicazione sulla Sharepoint aziendale <https://fdg1.sharepoint.com/sites/Quality> per la consultazione da parte di tutti gli operatori interni
4. Svolgimento di incontri con i responsabili dei vari setting

A9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Nota Regione Lazio n. U.0037825 DEL 15.01.2026
- Allegato C del DCA n. U0008 del 10 febbraio 2011 e ss.mm.ii. ai paragrafi “Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni” e “Direzione di Struttura”
- DCA n. U00469 del 7 novembre 2017
- Ministero della Sanità n. 52/1985
- Determinazione n. G04112 del 01/04/2014
- Determinazione 11 gennaio 2019, n. G00164 Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
- Ministero della Salute, Principi etici di sistema: Risk Management in Sanità: il problema degli errori. Marzo 2004
- Ministero della Salute – “Rapporto monitoraggio eventi sentinella” 2015
- Ministero della Salute “Raccomandazione n. 13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie” - Novembre 2011
- Piano regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti (Documento di indirizzo elaborato dal gruppo di lavoro istituito dalla Determina n. G14486 del 24/11/2015 – Regione Lazio)
- Regione Lazio 25 ottobre 2016 n. G12356 “Approvazione del piano regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”
- Ministero della Salute: Manuale per la formazione degli operatori sanitari
- Linee di indirizzo Regionali per la stesura di risk Management (PARM). Gestione del rischio Clinico e delle Infezioni correlate all’assistenza (ICA) Determinazione n G 04112 del 1/4/2014
- Ministero della salute: protocollo per il monitoraggio eventi sentinella: luglio 2009
- Determina regione Lazio n. G12355 del 25/10/2016 “Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”
- Risoluzione del Parlamento Europeo del 19 maggio 2015 su assistenza sanitaria più sicura in Europa: migliorare la sicurezza del paziente e combattere la resistenza antimicrobica 20142207 (INI)

PARS Rev. 05 del 31/01/2026 Pag. 16 di 28	Rischio Clinico	Fondazione Don Carlo Gnocchi	
--	-----------------	-------------------------------------	---

- Determinazione Regione Lazio n. G12356 del 25/10/2016 Legge: 8 marzo 2017, n. 24
- DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) - 25 gennaio 2022
- Guidelines for ATC classification and DDD assignment, 5th edition. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo, 2002.
- Caffari B, Di Giovanbattista G, Cattaruzzi C, Mazzolani M, Vaccheri A. La lista italiana delle DDD. Giornale Italiano di Farmacia Clinica 1995; 9: 83-155.
- WHO world alliance for patient safety – The second global patient safety challenge anno 2008 “Safety Surgery Save Live”
- Joint Commission International Accreditation Standard per ospedali 5° ed. Gennaio 2017
- Magrini N, Vaccheri A, Parma E, et al. Use of benzodiazepines in the Italian general population: prevalence, pattern of use and risk factors for use. Eur J Clin Pharmacol 1996; 50:19-25.
- Magrini N, Einarson T, Vaccheri A, McManus P, Montanaro N, Bergman U. Use of lipid-lowering drugs from 1990 to 1994: an International comparison among Australia, Finland, Italy (Emilia-Romagna Region), Norway and Sweden. Eur J Clin Pharmacol 1997;53: 185-9.
- Ferrarese A, Monesi G, De Rosa M, Busca P, Tognoni G. Farmacoepidemiologia clinica del diabete: lettura collaborativa dei dati di prescrizione. Giornale Italiano di Farmacia Clinica 1998;12: 138-45.
- Tognoni G. Pharmacoepidemiology of psychotropic drugs in patients with severe mental disorders in Italy. Italian Collaborative Study Group on the Outcome of Severe Mental Disorders. Eur J Clin Pharmacol 1999;55:685-90.
- Larsen J, Vaccheri A, Andersen M, Montanaro N, Bergman U. Lack of adherence to lipid-lowering drug treatment. A comparison of utilisation patterns in defined populations in Funen, Denmark and Bologna, Italy. Br J Clin Pharmacol 2000; 49:463-71.
- Bergman U, Andersen M, Vaccheri A, Bjerrum L, Wettermark B, Montanaro N. Deviation from evidence-based prescribing on non-steroidal anti-inflammatory drugs in three European regions. Eur J Clin Pharmacol 2000;56:269-72.
- Vaccheri A, Castelvetti C, Esaka E, Del Favero A, Montanaro N. Pattern of antibiotic use in primary health care in Italy. Eur J Clin Pharmacol 2000;56:417-25. - Bassetti M, Di Biagio A, Rebesco B, Cenderello G, Amalfitano ME, Bassetti D. Impact of an antimicrobial formulary and restriction policy in the largest hospital in Italy. Int J Antimicrob Agents 2000;16:295-9.
- Crucitti A, Cecchi E, Gensini GF, et al. Gruppo Italiano di Farmacoepidemiologia nell'Anziano. Use of antihypertensive drugs in the Italian hospitals. Pharmacol Res 2000;41:249-53.

PARS Rev. 05 del 31/01/2026 Pag. 17 di 28	Rischio Clinico	Fondazione Don Carlo Gnocchi	
--	-----------------	-------------------------------------	---

- Resi D, Poluzzi E, Vaccheri A, De Ponti F, Montanaro N. Utilizzo del database delle prescrizioni per l'analisi del trattamento dell'asma bronchiale: possibili fattori di confondimento. Giornale Italiano di Farmacia Clinica 2001;15:69-73.
- Cazzato T, Pandolfini C, Campi R, Bonati M. Drug prescribing in out-patient children in Southern Italy. Eur J Clin Pharmacol 2001;57:611-6.
- Poluzzi E, Resi D, Zuccheri P, et al. Use of antiasthmatic drugs in Italy: analysis of prescriptions in general practice in the light of guidelines for asthma treatment. Eur J Clin Pharm 2002;58:55-9.
- Vaccheri A, Bjerrum L, Resi D, Bergman U, Montanaro N. Antibiotic prescribing in general practice: striking differences between Italy (Ravenna) and Denmark (Funen). J Antimicrob Chemotherapy 2002;50:989-97.
- Campi R, Garattini L, Tediosi F, Bonati M. Pharmacoeconomic analysis of prescriptions in Italian pediatric general practice. Eur J Health Economics 2002;3:261-6.
- Nice Clinical Guidelines 161. Falls: assessment and prevention of falls in older people. June 2013
- Joint Commission Resources: Eventi Sentinella, quello che ogni organizzazione sanitaria dovrebbe sapere. Edizioni Medico Scientifiche, 2007;
- Ministero della Salute: Risk Management in Sanità- il problema degli errori, 2004 (https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=58);
- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella, 2009;
- World Health Organization: International Classification for Patient Safety, 2009;
- Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità: Glossario della sicurezza delle cure, 2018. In: ALLEGATI alla Relazione annuale dell'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità - Prima parte.
- www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente
- WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology
- <http://www.whocc.no/> - Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed)
- <http://www.ministerosalute.it/medicinali/osmed/osmed.jsp> - Centro Regionale di Valutazione e Informazione sui Farmaci (CReVIF).
- <http://biocfarm.unibo.it/crevif/index.html> - Drug Utilization Sub-Committee (Australia)
- <http://www.health.gov.au/haf/docs/asm.htm>

Alcuni rapporti sull'uso dei farmaci:

- <https://www.aifa.gov.it/-/l-uso-degli-antibiotici-in-italia-rapporto-nazionale-anno-2020>
- <https://www.aifa.gov.it/-/rapporto-sull-uso-dei-farmaci-antibiotici-analisi-del-consumo-territoriale-nelle-regioni-italiane-20-1>
- <https://www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2021>

PARS Rev. 05 del 31/01/2026 Pag. 18 di 28	Rischio Clinico	Fondazione Don Carlo Gnocchi	
--	-----------------	-------------------------------------	---

ALLEGATO 1 - PIANO DI AZIONE SULL'IGIENE DELLE MANI

Il presente Piano di azione locale sull'igiene delle mani (d'ora in poi "piano") è stato redatto in ossequio ai contenuti stabiliti dalla Determinazione della Regione Lazio del 26/02/2021, n. G02044, recante oggetto: Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani", pubblicata sul B.U.R.L. n. 22, supplemento 2, del 02/03/2021.

Tale piano è stato proposto ed approvato dal Comitato clinico di Controllo di Rischio Sanitario.

Sono state erogate a livello di Sede le seguenti istruzioni:

- IGF.19 Indicazioni per il corretto lavaggio delle mani e utilizzo dei guanti Revisione 3
- IGF.DMSA.08 Indicazioni per il DRESS CODE. Massima divulgazione e sensibilizzazione in tutti i setting assistenziali.

Premesso che gli ambiti del Piano, così come definiti dalla summenzionata Determinazione regionale sono i seguenti, di seguito sono elencati i risultati raggiunti nell'anno 2025:

- sezione A, requisiti strutturali e tecnologici – AVANZATO 100/100;
- sezione B, formazione del personale – INTERMEDIO 65/100;
- sezione C, monitoraggio e feedback – INTERMEDIO 52,5/100;
- sezione D, comunicazione permanente – INTERMEDIO 75/100;
- sezione E, clima organizzativo e commitment – INTERMEDIO 55/100.

AUTOVALUTAZIONI ANNO 2025

Il piano si applica in tutte le unità operative e in tutti i setting assistenziali.

Di seguito, all'interno della griglia di autovalutazione, si evidenziano i risultati raggiunti e le azioni messe in essere alla data del 31/12/2025.

SEZIONE A. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
A.1 - Nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani?	Non disponibile	0
	Disponibile solo in alcuni reparti o in modo discontinuo	5
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo	10
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza nella maggior parte dei reparti	30
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo in ogni punto di assistenza	50
A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?	Meno di 1:10	0
	Almeno 1:10 nella maggior parte dei reparti (almeno il 75% dei reparti)	5
	Almeno 1:10 nell'intera Struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento	10
A.3 – Per ogni lavandino è disponibile il sapone?	NO	0
	SÌ	10
A.4 – Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	NO	0
	SÌ	15
A.5 – È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	15

Il punteggio registrato è di 100/100 che colloca la Struttura nel livello avanzato.

L'obiettivo 2026 è quello di mantenere il risultato raggiunto

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

È istituito in collaborazione con la Formazione e RSPP/ASPP un “Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico”.

È altresì presente una brochure formativa FAD specifica sul tema dell’igiene delle mani. La formazione è costantemente monitorata.

Il piano di intervento regionale sull’igiene delle mani ed il piano di azione locale per l’implementazione dello stesso sono a disposizione del personale attraverso il portale intranet di Fondazione.

In tutta la struttura, in prossimità dei lavandini, sono affissi poster informativi recentemente rinnovati.

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
B.1 – Formazione operatori sanitari		
B.1.1 – Nella Struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull’igiene delle mani?	Mai	0
	Una tantum	5
	Formazione continua per il personale infermieristico e medico o per tutte le categorie professionali almeno una volta all’anno	10
	Formazione obbligatoria per tutte le categorie professionali di neoassunti e successivamente formazione continua periodica almeno una volta all’anno	30
B.1.2 – Esiste un sistema di monitoraggio dell’avvenuta formazione?	NO	0
	SI	20
B.2 – Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali		
B.2.1 Piano di intervento regionale sull’igiene delle mani?	NO	0
	SI	5
B.2.2 Piano di azione locale per l’implementazione del Piano di intervento	NO	0
	SI	5
B.2.3 Brochure sull’igiene delle mani: quando, come e perché	NO	0
	SI	5
B.2.4 Poster informativi	NO	0
	SI	5
B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull’igiene delle mani?	NO	0
	SI	15
B.4 – È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	NO	0
	SI	15
	NO	0

PARS Rev. 05 del 31/01/2026 Pag. 21 di 28	Rischio Clinico	Fondazione Don Carlo Gnocchi	
--	-----------------	-------------------------------------	---

B.5 – Esiste un budget dedicato per la formazione sull’igiene delle mani?	SI	10
--	----	----

Il punteggio registrato è di 65/100 che colloca la Struttura nel livello intermedio.

Punti di miglioramento:

B.4 – È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	NO	0
	SI	15

SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK

Viene effettuato una verifica annuale per garantire la disponibilità dei prodotti per l’igiene delle mani, in fase di riesame, a cura dell’Ufficio Acquisti. Viene effettuata, altresì, una verifica del corretto consumo e approvvigionamento dei prodotti monouso e sapone (aree comuni, palestre, stanze degenza, ambulatori).

Si prosegue conteggio e report sul consumo del prodotto a base idroalcolica. Sul consumo si fa presente che una quota è imputabile ai fruitori degli ambulatori.

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)	NO	0
	SI	10
C.2 – Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?		
C.2.1 Indicazioni per l’igiene delle mani	NO	0
	SI	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0
	SI	5
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani		
C.3.1 Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SI	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SI	5
C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0
	SI	5
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani		
C.4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai	0
	Irregolarmente	5
	Annualmente	10
	Ogni 3 mesi o meno	15
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≤ 30%	0
	31-40%	5
	41-50%	10
	51-60%	15
	61-70%	20

PARS Rev. 05 del 31/01/2026 Pag. 22 di 28	Rischio Clinico	Fondazione Don Carlo Gnocchi	
--	-----------------	-------------------------------------	---

	71-80%	25
	≥ 81%	30
C.5 Feedback		
C.5.1 Feedback immediato: al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	0
	SI	5
C.5.2 Feedback sistematico: viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	0
	SI	7,5
C.5.3 Feedback sistematico: viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	NO	0
	SI	7,5

- Il punteggio registrato è di 52,5/100 che colloca la Struttura nel livello intermedio.

Punti di miglioramento:

C.4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai	0
	Irregolarmente	5
	Annualmente	10
	Ogni 3 mesi o meno	15

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

Sono capillarmente diffusi, nei bagni e nelle vicinanze dei dispenser, strumenti informativi quali poster che spiegano le tappe da eseguire per la corretta igiene delle mani.

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
D.1 Sono esposti i seguenti poster (o materiali locali con contenuti simili)?		
D.1.1 - Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti (35%)	15
	Esposti in molti reparti (70%)	20
	Esposti in tutti i reparti (100%)	25
D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti (35%)	5
	Esposti in molti reparti (70%)	10
	Esposti in tutti i reparti (100%)	15
D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti (35%)	5
	Esposti in molti reparti (70%)	7,5
	Esposti in tutti i reparti (100%)	10
D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	Mai	0
	Almeno una volta all'anno	10
	Ogni 2-3 mesi	15
D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?	NO	0
	SI	10
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	0
	SI	10
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	NO	0
	SI	15

Il punteggio registrato è di 75 che colloca la Struttura nel livello intermedio.

Punti di miglioramento:

D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	Mai	0
	Almeno una volta all'anno	10
	Ogni 2-3 mesi	15

- Incremento delle verifiche per l'individuazione di poster mancanti o deteriorati

PARS Rev. 05 del 31/01/2026 Pag. 24 di 28	Rischio Clinico	Fondazione Don Carlo Gnocchi	
--	-----------------	-------------------------------------	---

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

È attualmente operante un team (affidente al CIO di Fondazione) che valuta, promuove azioni per l'implementazione ottimale ed il miglioramento della pratica dell'igiene delle mani.

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani		
E.1.1 – Esiste un team definito?	NO	0
	SI	5
E.1.2 – Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0
	SI	5
E.1.3 – Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	NO	0
	SI	5
E.2 – I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?		
E.2.1 – Direzione generale?	NO	0
	SI	10
E.2.2 – Direzione sanitaria?	NO	0
	SI	5
E. 2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	NO	0
	SI	5
E.3 - Esiste un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio?	NO	0
	SI	10
E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline?		
E.4.1 – Designazione dei "promotori" dell'igiene delle mani?	NO	0
	SI	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	NO	0
	SI	5
E.5 – Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:		
E.5.1 – I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0
	SI	5
E.5.2 – È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
	SI	5
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:		
E.6.1 – Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	NO	0
	SI	5
E.6.2 – Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani	NO	0
	SI	5
E.6.3 – È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0
	SI	5
E.6.4 – Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0
	SI	5
E.6.5 – Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0

PARS Rev. 05 del 31/01/2026 Pag. 25 di 28	Rischio Clinico	Fondazione Don Carlo Gnocchi	
--	-----------------	-------------------------------------	---

	SI	5
E.6.6 – Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	NO	0
	SI	5

Il punteggio registrato è di 55 che colloca la Struttura nel livello intermedio

Punti di miglioramento:

E.6.2 – Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani	NO	0
	SI	5

ALLEGATO 2 - PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

a. Costituzione del team:

- Direttore Sanitario, Responsabile Legionella e GIDI, Dr. Antonio Fortini
- RSPP, Dr Lorenzo Allegritti
- Referente Ufficio Tecnico, Ing. Marcello Dragone
- Dirigente delegato per la Sicurezza, Dr.ssa Anna Izzo

b. Realizzazione della piattaforma documentale:

È stata predisposta una piattaforma SharePoint [1.02.10 Valutazione Rischio Legionellosi](#) confluiscono tutti i documenti relativi alla gestione del processo. La stessa è fruibile da tutti i componenti del *team*, nonché dal Risk Manager. Di seguito elenchiamo a titolo esemplificativo alcuni documenti:

SIGLA	DESCRIZIONE	EDIZIONE
POSLEG001	Procedura sanificazione circuito di distribuzione ACS	1
PASLEG001	Passo passo sanificazione circuito di distribuzione ACS	1
REGLEG001	Registro sanificazione circuito di distribuzione ACS	1
POSLEG002	Sanificazione accumulo ACS	2
PASLEG002	Passo passo Sanificazione accumulo ACS	2
REGLEG002	Registro sanificazione accumulo	1
POSLEG004	Sanificazione Serbatoio acqua fredda	3
PASLEG004	Passo passo Serbatoio acqua fredda	2
REGLEG004	Registro sanificazione Serbatoio acqua fredda	1
POSLEG005	Procedura sanificazione erogatori	3
REGLEG005	Registro sanificazione erogatori	1
POSLEG007	Procedura flussaggio accumulo e linee di distribuzione	2
REGLEG007	Registro flussaggio accumulo e linee di distribuzione	1

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

La più recente valutazione del rischio è stata eseguita in data 27/03/2025 in accordo con le indicazioni della linea guida del 07/05/2015. Il controllo del rischio risulta complessivamente adeguato ed è, quindi, previsto il mantenimento delle pratiche in essere e il monitoraggio a cadenza annuale.

D.4 PERIODICITA' DELLE REVISIONI, MODALITA' DI COMUNICAZIONI DELLE NON CONFORMITA' E TIPOLOGIA DELLE AZIONI CORRETTIVE

VALUTAZIONE DEL RISCHIO			
Almeno Annuale			
REVISIONI DOCUMENTALI PROGRAMMA PREVENZIONE E CONTROLLO LEGIONELLOSI			
LEGIONELLA UFC/L	PERIODICITA' REVISIONE	MODALITA' DI COMUNICAZIONE	AZ. CORRETTIVE
<100	Annuale	Anticipo mail e spedizione cartacea documento di prevenzione e certificati analitici	Mantenere il livello di prevenzione in essere
>100 - <1000	Annuale	Anticipo mail e spedizione cartacea documento di prevenzione e certificati analitici	Revisione valutazione del rischio. Implementazione dei flussaggi boiler e linee di distribuzione e sanificazione degli erogatori secondo le procedure riportate nel documento
>1000 - <10000	Dopo esito analitico	Anticipo via PEC al responsabile del documento e spedizione cartacea documento di prevenzione e certificati analitici	Ricampionare i punti positivi (se <20%). Se riconfermati revisione VDR e implementazione azioni correttive come al punto precedente. Se i positivi sono > 20% revisione VDR e disinfezione dell' impianto secondo le procedure riportate nel documento
>10000	Dopo esito analitico	Anticipo via PEC al responsabile del documento e spedizione cartacea documento di prevenzione e certificati analitici	Revisione VDR, disinfezione impianto, sostituzione erogatori positivi. Prelievi post 48 h

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

L'origine dell'acqua è di acquedotto pubblico (gestore ACEA SPA)

L'acqua fredda prelevata in data 26/03/2025 nei punti pre e post addolcitore presentano parametri conformi alla normativa vigente.

I prelievi per la ricerca di Legionella effettuati in data 26/03/2025 hanno evidenziato contaminazioni nei punti:

- Sala conferenze area NPI 1 lavabo bagno utenti 007: 260 ufc/l
- Day hospital lavabo refettorio: 80 ufc/l
- Day hospital lavabo bagno assistito 047: 40 ufc/l
- Ex Algie – lavabo sp 021: 6000 ufc/l
- Ex Algie – lavabo sp personale 006: 6000 ufc/l

È seguita una disinfezione dell'area Ex Algie il giorno 08/04/2025 e i campionamenti eseguiti dopo 48 ore risultano essere negativi in tutti i punti.

F.3 AZIONI CORRETTIVE		
DATA	TIPO ATTIVITA'	DESCRIZIONE / RISULTATI
08/04/2025	POS001 e POS002: disinfezione accumulo ACS e linee	Campionamento dopo 48H dalla disinfezione: tutti i punti campionati risultano essere negativi

I prelievi di settembre 2025 hanno rilevato su tutti i campioni prelevati che il parametro legionella è conforme ai limiti della tabella 6 delle linee guida del 7 maggio 2015.

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

PREVENZIONE

Come descritto dalle Linee guida 07/05/2015 in ambito prevenzione sono applicate le seguenti procedure:

- Flussaggio delle linee di distribuzione dell'acqua calda sanitaria (POS007), soprattutto dei rami sottoutilizzati;
- Flussaggio dell'accumulo dell'acqua calda sanitaria (POS007);
- Sanificazione Serbatoio acqua fredda (POS004)
- Sanificazione degli erogatori (POS005) con prodotti dedicati BIOGLAYD e BIOCHLOR (Presidio Medico Chirurgico Reg. n. 19916)
- Sanificazione annuale degli accumuli (POS002);
- Monitoraggio periodico delle temperature.

AZIONI MIGLIORATIVE

Programmata l'installazione nella CT Ex - Alghe di un sistema di dosaggio in continuo sul circuito ACS.

f. Pianificazione delle azioni di supporto previste (ad esempio sulla formazione degli Operatori):

1. Monitoraggio del piano della legionellosi attraverso gli incontri trimestrali del comitato del CCICA del centro di riferimento;
2. Organizzazione di pillole formative su tematiche specifiche di gestione del rischio clinico (legionella) coinvolgimento del personale di tutti i reparti
3. I prossimi campionamenti generali sono programmati entro Settembre 2026.