

n

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE
DEL RISCHIO SANITARIO
(PARS)
2026
*CLINICA SILIGATO
VIA BUONARROTI 54
CIVITAVECCHIA (ROMA)***

INDICE

1. Contesto organizzativo	.....
2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	.....
3. Descrizione della posizione assicurativa	.....
4. Resoconto delle attività del Piano precedente	.....
5. Matrice delle responsabilità	.....
6. Obiettivi e attività	.....
6.1 Obiettivi	.....
6.2 Attività	.....
7. Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo	.....
7.1 Obiettivi	.....
7.2 Attività	.....

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

CLINICA SILIGATO			
ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE	ASL ROMA 4		
Posti letto autorizzati	25	Chirurgia	25
Posti letto diurni	5	Chirurgia	5
Blocchi Operatori	1	Sale Operatorie	2
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE			
Ricoveri ordinari	61	Ricoveri diurni	64
		APA	2112
Branche specialistiche	21	Prestazioni ambulatoriali erogate	25330

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI

Tipo di evento		
Near Miss	n.p.	
Eventi Avversi	n.p.	
Eventi Sentinella	n.p.	

Tabella 6 –Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art.4,c.3 della L.24/2017)

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2021	18	6	10.000,00
2022	8	0	52.204,12
2023	8	0	18.000,00
2024	5	2	31.215,53
2025	5	2	5.984,05
Totale	44	10	117.403,7

(A): vanno 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.)

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

LA CASA DI CURA E' IN AUTOGESTIONE ASSICURATIVA SECONDO QUANTO STABILITO DALLA DIREZIONE GENERALE NELLA DELIBERA DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DELLA SOCIETA'

"CLINICA SILIGATO srl " del 19/12/2017

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE PARS 2025

Obiettivo A Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività -A1	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione Di almeno una edizione di un corso sulla manipolazione e gestione dei disinfettanti e detergenti nella struttura	Riprogrammata e completata nel Pars 2026 Attività formativa mantiene inalterati contenuti obiettivi e destinatari prevenzione rischio chimico e miglioramento sicurezza operatori sanitari	Solo progettazione nel 2025 Perché l'attività prevista nel Pars 2025 e programmata in dicembre 2025 e' stata rinviata, per sopravvenute esigenze organizzative :in particolare l'avvio di procedure di nuova assunzione di personale infermieristico, ha comportato una riorganizzazione dei turni assistenziali. Al fine di garantire una adeguata partecipazione del personale, inclusi i neoassunti, l'attività e' stata riprogrammata nei primi 3 mesi del 2026 ,mantenendo invariati obiettivi e contenuti
Attività -A 2: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione del corso sulla prevenzione primaria delle infezioni correlate all'assistenza	Espletato Il 19 luglio 2025	Depositato presso U.O Risk Manager slides corso e verbale: 1-attestante le presenze dei discenti 2-redatto da Risk Manager 3- firmato dai partecipanti
Attività -B1	Realizzata	Stato di attuazione

Adozione di procedure interventistiche mirate alla gestione della qualità delle prestazioni erogate in regime assistenziale per la prevenzione di infezioni correlate all'assistenza, con casi clinici simulati	Realizzato il documento procedure interventistiche per la gestione della qualità delle prestazioni Coerente con l'accreditamento istituzionale Clinica Siligato	Realizzato: vedi evidenze declamate in documento di sintesi e depositate in Direzione Sanitaria,quantunque contenenti : obiettivi, procedure mirate (igiene mani, gestione dispositivi invasivi, sanificazione ambientale , gestione detergenti e disinfettanti, sorveglianza ICA) Casi clinici simulati: Catetere venoso periferico, infezione sito chirurgico, igiene delle mani Documento procedurale: Revisione- Annuale									
Obiettivo B -Migliorare appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso promozione interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/O contenimento degli eventi avversi											
ATTIVITA' B3	Realizzata	Stato di attuazione									
RIVISITAZIONE DETERMINAZIONE REGIONALE PIANO IGIENE MANI CON ULTERIORE CORSO ESPLICATIVO SU PROCEDURALIZZAZIONE DI DETERMINA REGIONALE	Riprogrammata e completata nel Pars 2026 Attività formativa mantiene inalterati contenuti obiettivi e destinatari prevenzione ICA per sicurezza sanitaria dei pazienti i	Solo progettazione elementi procedurali. Tutto ciò perché l'attività prevista nel Pars 2025 e programmata per dicembre 2025 e' stata rinviata , a causa dello avvio di procedure di nuova assunzione datate Dicembre 2025 :in particolare siffatto avvio neo assunzioni di personale infermieristico, ha comportato una riorganizzazione dei turni assistenziali. Pertanto, al fine di garantire una adeguata partecipazione del personale, inclusi i neoassunti, l'attività e' stata riprogrammata nei primi 3 mesi del 2026, mantenendo invariati obiettivi e contenuti									
<table border="1"> <tr> <th colspan="3" data-bbox="86 1574 647 1888"> Obiettivo B -Migliorare appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso promozione interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi </th></tr> <tr> <th data-bbox="86 1888 269 2022">ATTIVITA' B2</th><th data-bbox="269 1888 432 2022">Realizzata</th><th data-bbox="432 1888 647 2022">Stato di attuazione</th></tr> <tr> <td colspan="3" data-bbox="86 2022 269 2154"> Adozione di elementi procedurali per prevenzione incompatibilità trasfusionale A-B-0 per contenimento </td></tr> </table>			Obiettivo B -Migliorare appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso promozione interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi			ATTIVITA' B2	Realizzata	Stato di attuazione	Adozione di elementi procedurali per prevenzione incompatibilità trasfusionale A-B-0 per contenimento		
Obiettivo B -Migliorare appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso promozione interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi											
ATTIVITA' B2	Realizzata	Stato di attuazione									
Adozione di elementi procedurali per prevenzione incompatibilità trasfusionale A-B-0 per contenimento											

obiettivo eventi avversi :espletamento corso illustrativo al personale infermieristico su procedure adottate ,in seguito stipula convenzione ASL ROMA 1 SIMT per approvvigionamento sangue

Obiettivo C -Migliorare appropriatezza assistenziale ed organizzativa in materia di rischio infettivo , promozione di interventi mirati al miglioramento della qualita' delle prestazioni erogate :specifica infezione della ferita chirurgica prevenzione e monitoraggio

Attività -C1		Realizzata	Stato di attuazione
Adozione di procedure interventistiche mirate alla gestione della qualita' delle prestazioni erogate in regime assistenziale: infezione ferita chirurgica prevenzione e monitoraggio		Realizzato	Valutato indicatore: numero infezioni ferite chirurgiche diagnosticate nel corso 2025 in rapporto a numero interventi chirurgici erogati dalla struttura sanitaria Clinica Siligato Progettazione procedure Controlli UU.OO Raccolta dati Evidenze depositate in Direzione Sanitaria

Obiettivo C quadro C2 -Migliorare appropriatezza assistenziale ed organizzativa in materia di rischio infettivo , promozione di interventi mirati al miglioramento della qualita' delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi :gestione delle sepsi anche con casi clinici simulati

Attività -C2		Realizzata	Stato di attuazione
--------------	--	------------	---------------------

GESTIONE DELLE SEPSI ANCHE CON CASI CLINICI SIMULATI	Realizzato	Realizzato: vedi evidenze raccolte in documento di sintesi e depositate in Direzione Sanitaria contenenti : A-Procedure gestione sepsi B-Casi clinici simulati di sepsi emergenti C-Check list sepsi chirurgica
--	------------	--

Obiettivo C -Migliorare appropriatezza assistenziale ed organizzativa in materia di rischio infettivo , promozione di interventi mirati al miglioramento della qualita' delle prestazioni erogate e/o contenimento degli eventi avversi :misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici

Attività -C3	Realizzata	Stato di attuazione
Adozione di procedure interventistiche mirate alla gestione della qualita' delle prestazioni erogate in regime assistenziale: misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (AMR)	Realizzato	Elaborata procedura di contrasto A-piano AMR per Sale operatorie B-Indicatori C-Check list Il tutto per performance anti resistenza antimicrobici finalizzato alla promozione della sicurezza sanitaria dei pazienti e alla prevenzione delle infezioni, delle sepsi, e in generale degli eventi avversi correlati ad A.M.R. Elaborata relazione ricognitiva a cura della Direzione Sanitaria

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ CUMULATIVE

–Matrice delle responsabilità

Azione	Direttore Sanitario	Risk Manager		Proprietà	Direttore Sanitario (1)	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS 2025/26	C	R		I	C	C	C
						-	-
Adozione PARS 2025/26	R	C		I	R	-	I
Monitoraggio PARS 2025/26	C	R				I	I

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

PROGETTUALITA' PARS 2026 DECLINAZIONE OBIETTIVI ED ATTIVITÀ CORRELATE :

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso di IGIENE DELLA SALA OPERATORIA ”

INDICATORE Progettazione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2026 :argomentazioni prioritarie escusse: ventilazione, parametri microclimatici, carica microbica ambientale, lavaggio chirurgico mani, Check list sicurezza(safe surgery saves lives)sanificazione ambientale e straordinaria, indicatori qualità principi chiave,ruolo coordinatore infermieristico. Esecuzione entro 31 dicembre 2026

STANDARD SI

FONTE UO Risk Management U.O. DIREZIONE SANITARIA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	U.O. Direzione Sanitaria
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	N.A.	N.A.
Esecuzione del corso	I	C

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 2 - Progettazione del Corso”PREVENZIONE INFEZIONI AERO TRASMESSE U.O.AMMINISTRAZIONE “AREA RECEPTION” U.O. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI “AREA RADIOLOGIA CONVENZIONALE” “AREA TAC” “AREA RMN”.ARGOMENTAZIONI TAG : Epidemiologia e trasmissione, Principali patogeni, gerarchia dei controlli per area reception, triage respiratorio, ventilazione area, DPI Personale front office, Comunicazioni al paziente, indicatori Audit, Area U.O. diagnostica immagini :gestione flussi pazienti, ventilazione locale DPI TSRM e infermieri Sanificazione apparecchiature,

Area ad alto turn over concetti, Programmazione esami Indicatori TAC RMN E RX CONV fermo macchina post paziente infettivo o giudicato tale ;esecuzione Corso entro 31 Dicembre 2026

INDICATORE Fase 1 Progettazione, preparazione Slides, fase 2 Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31 dicembre 2026

STANDARD SI

FONTE UO DIREZIONE SANITARIA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	I	C
Accreditamento del corso	N.A.	N.A.
Esecuzione del corso	I	C

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

ATTIVITÀ 1 – APPLICAZIONE PALIM ALLEGATO PARS 2026 :PEREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ASSISTENZA FORMAZIONE DEL PERSONALE SU PALIM ADOTTATO DALLA DIREZIONE SANITARIA,GESTIONE PROCEDURALE DEI 5 MOMENTI OMS IGIENE MANI IN CONSAPEVOLEZZA ASSISTENZIALE,CREARE SCHEDE DI REPORTING AD UTILIZZO DI OPERATORI SANITARI NEI LORO PERCORSI ASSISTENZIALI,QUALE DIARIO GIORNALIERO IGIENE MANI, E PROMUOVERE RIUNIONI INTERDISCIPLINARI FINALIZZATE ALLA DISCUSSIONE DI CASI CLINICI IN CUI IGIENE MANI E’ AZIONE “PREVENTIVA- COMPORTAMENTALE- UNIVOCA” DEL PERSONALE SANITARIO DELLA CLINICA

INDICATORI: PRESENZA PIANO FORMALE, RIUNIONI INTERDISCIPLINARI,PRESENZA REFERENTE IGIENE MANI NOMINATO,NUMERO RIUNIONI SVOLTE / PROGRAMMATE, TASSO PARTECIPAZIONE PROFESSIONISTI, TIMING ADESIONE IGIENE MANI PRIMA / DOPO RIUNIONI,RIDUZIONE VARIABILITA’ TRA PROFESSIONISTI,RIDUZIONE NON CONFORMITA’ OSSERVAZIONALI:INDICATORE CUMULATIVO DI OUTPUT COERENTE CON MISURAZIONE CONSUMO DI SOLUZIONE IDROALCOOLICA

STANDARD SI

FONTE UO Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	UO DIREZIONE SANITARIA
Progettazione ATTIVITA’ B1	I	R
ASSENZA ACCREDITAMENTO	N.A.	N.A.
Applicazione PALIM e sviluppo indicatori attività	I	R

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

ATTIVITÀ 2 – Monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica(compresa la profilassi antibiotica peri operatoria)

Obiettivi ridurre incidenza SSI, standardizzazione profilassi perioperatoria, ridurre inapproprietezze prescrittive, migliorare tracciabilità dati: redazione scheda indicatori appresso trascritti da accludere a check list operatoria

INDICATORI: Tasso SSI globale, tasso SSI per classe intervento (APA RCHIR ERNIE , APACHIR.ORTOPEDICA, APA CHIR. OCULISTICA, CHIR.PLASTICA. TASSO RE-INTERVENTO, ANTIBIOTICO CORRETTO SECONDO L.G.-TIMING CORRETTO SOMMINISTRAZIONE, TEMPO MEDIO SEGNALAZIONE INFEZIONI, INDICATORI DI PROCESSO: CORRETTA ANTISEPSI CUTANEA, CORRETTA TRICOTOMIA, CONTROLLO GLICEMICO PERI-OPERATORIO .

STANDARD SI

FONTE UO Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	DIREZIONE SANITARIA
Progettazione scheda indicatori	R	C
Raccolta schede monitoraggio	I	C
AUDIT TRIMESTRALE SU SCHEDULAZIONE INDICATORI	I	C

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

ATTIVITÀ 3 – GESTIONE DELLA TERAPIA ANTIBIOTICA EMPIRICA INTEGRATA CON PROGRAMMA ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP(AMS)

INDICATORE redazione di procedura operativa standard e sua applicazione in caso di necessita'

STANDARD SI

FONTE UO Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	DIREZIONE SANITARIA
Redazione POS	I	R
RUOLO FARMACISTA	C	C
APPLICAZIONE POS sinottica	MEDICO/INFERMIERE R	C

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA ED ASSISTENZIALE ATTAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE : MISURE DI CONTRASTO ALLA RESISTENZA AGLI ANTIMICROBICI (AMR)

ATTIVITÀ 1 – Procedura operativa misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici
Implementazione con elaborazione schedare indicatori di processo, schedula sinottica utilizzabile in necessita' assistenziale

INDICATORE SCHEDA DI SORVEGLIANZA MICROBIOLOGICA, STEWARDSHIP ANTIBIOTICA, PREVENZIONE ICA: edizione di ulteriore corso di formazione al personale sanitario coinvolto entro il 31 dicembre 2026

STANDARD SI

FONTE UO Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	U.O. DIREZIONE SANITARIA
Progettazione e implementazione procedura	c	R
Redazione scheda rilievo procedurale	C	R
Applicazione schedula procedurale sinottica in necessita' assistenziale	Coinvolto personale medico/infermieristico	R

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA ED ASSISTENZIALE ATTAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE :MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI ANTIBIOTICI SECONDO CLASSIFICAZIONE AWARE- DISAGGREGATO ALMENO PER AREA ASSISTENZIALE:NELLA FATTISPECIE SOLO AREA CHIRURGICA IN VIRTU' tipologia ACCREDITAMENTO su Area Assistenziale Chirurgica della CLINICA SILIGATO

ATTIVITÀ 2 – MONITORAGGIO CONSUMO ANTIBIOTICI SECONDO CLASSIFICAZIONE AWARE PER AREA ASSISTENZIALE NELLA SPECIAZIONE: AREA CHIRURGICA

OBIETTIVO MONITORARE CONSUMO ANTIBIOTICO SEC CLASSIF.AWARE IN AREA CHIRURGICA

MISURARE APPROPRIATEZZA PROFILASSI CHIRURGICA, TIMING DELLA SOMMINISTRAZIONE, DURATA PRESCRITTA

INDICATORE CONSUMO GREZZO E NORMALIZZATO DDD / 100 BED-DAYS (area chirurgica) formula EXCEL CON PROTEZIONE ERRORE

Distribuzione AWARE APPLICAZIONE FORMULA, APPROPRIATEZZA PROFILASSI CHIRURGICA PERCENTUALE INTERVENTI CON AGENTE CONFORME SU INTERVENTI CHE RICHIEDONO PROFILASSI

STESURA REPORT OPERATIVI MENSILI PER DIREZIONE SANITARIA E FARMACIA

STANDARD SI

FONTE UO Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	DIREZIONE SANITARIA
TEAM AMS	I	C

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA ED ASSISTENZIALE ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI: CASI CLINICI SIMULATI INFEZIONI FERITA CHIRURGICA IN APA, IN CHIR. ERNIE, CHIR. OCULISTICA, CHIR. ORTOPEDICA CHIR. PLASTICA, CHIR. GENERALE IN RAPPORTO A AUTORIZZAZIONE P.L. CHIRURGICI

ATTIVITÀ 3 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico correlato a infezioni ferita chirurgica con casistica clinica simulata "

INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso di simulazione sopra indicato entro il 31 dicembre 2026

STANDARD SI

FONTE UO Risk Management, DIREZIONE SANITARIA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	N.A.	N.A.
Esecuzione del corso	I	C

PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Piano Locale Igiene delle Mani 2026 allegato al PARS 2026 ,quale parte integrante, adottato presso la **Clinica Siligato** in attuazione della nota Regione Lazio U0079798 del 22/01/2025 al capoverso che espressamente recita ed impone di “implementare quanto richiesto dal piano regionale di intervento regionale sull’igiene delle mani (adottato con determinazione n. G02044 del 26/02/2021 e dal documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all’assistenza (ICA) (adottato con determinazione n. G16501 del 28/11/2022).

In attuazione del piano di cui all’oggetto, entro il 31/12/2026 saranno effettuate le azioni di mantenimento dello stato di attuazione del presente PALIM 2026 : siffatte azioni saranno intraprese dal Direttore Sanitario , coadiuvato dal Responsabile RSGQ e dal Coord. Infermieristico.

La verifica annuale 204 è stata condotta utilizzando la presente Check list elaborata a partire dalle indicazioni contenute nel documento regionale Determinazione 26 febbraio 2021 n.G02044 Adozione piano intervento Regionale sull’Igiene delle mani .

La verifica dello stato di attuazione del Piano di intervento Regionale sull’igiene delle mani presso la Clinica ha costituito parte integrante del PARS 2024 e le evidenze prodotte hanno alimentato il PARS 2025.

Le evidenze prodotte nel corso del 2025 danno valori di performance del sistema aziendale PALIM conformi a quelle del 2024 e sono descritti di seguito nel quadro sinottico descrittivo delle sezioni A-B-C-D-E :

- Sez A: il punteggio ottenuto, pari a 85 nel 2025, mantenimento nel 2026 classifica la condizione dei requisiti “strutturali e tecnologici” al LIVELLO AVANZATO
- Sez B: il punteggio ottenuto, pari a 70 nel 2025 classifica la condizione del requisito “formazione del personale” con mantenimento nel 2026 al LIVELLO INTERMEDIO
- Sez C: il punteggio ottenuto, pari a 30 nel 2025 classifica la condizione del requisito “monitoraggio e feedback” al LIVELLO BASE con mantenimento nel PALIM 2026
- Sez D: il punteggio ottenuto, pari a 65 classifica la condizione del requisito “comunicazione permanente” nel 2025 e lo conferma al LIVELLO INTERMEDIO nel PALIM 2026
- Sez E: il punteggio ottenuto, pari a 55. classifica la condizione del requisito “clima organizzativo e commitment” a LIVELLO INTERMEDIO nel 2025 e lo conferma nel PALIM 2026.

Di seguito si enunciano ai sensi del Piano di intervento Regionale sull’igiene delle mani integrato con il documento sulla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza le seguenti sezioni:

SEZIONE A – AUTOVALUTAZIONE dei requisiti strutturali e tecnologici			
Domande	Risposte	Punti	APCM

A.1 – nella struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l’igiene delle mani?	SI Facilmente disponibile in ogni sezione della struttura.	50	Effettuati Audit trimestrali gestione:corretto posizionamento,integrita’ dispenser,corretto contenuto presenza etichettatura:monitoraggio continuo non solo formale vedi scheda audit allegata
A.2 – quale è il rapporto lavandini/letti?	1:3 area degenza , 1:1 stanze degenza privata	10	
A.3 – per ogni lavandino è disponibile il sapone?	SI	10	
A.4 – per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	NO	0	
A.5 – è previsto un budget dedicato per l’approvvigionamento costante dei prodotti per l’igiene delle mani?	SI <i>Note: non è previsto un budget ma non sono fissati limiti di spesa per l’approvvigionamento dei prodotti</i>	15	Stanziato Budget secondo necessità
Punteggio totale		85	

SEZIONE A – VERIFICA INDICATORI strutturali e tecnologici

Indicatore	Situazione rilevata	APCM
Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue: Definizione di un piano che preveda: 1. Modalità di approvvigionamento dei prodotti per l’igiene delle mani; 2. Modalità di immagazzinamento e di distribuzione dei prodotti per l’igiene delle mani; 3. Modalità di manutenzione dei lavandini e dei dispenser; 4. Modalità di segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture; 5. Distribuzione dei dispenser all’interno della Struttura; NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.	Le procedure e le istruzioni operative di cui ai punti 1,2,3,4,5 sono presenti in struttura. La figura responsabile è il Coordinatore Infermieristico	Evidenze : approvvigionamento fatture acquisto 2025 e integrazione con acquisti 2026 effettuata registrazione ricezione, stoccaggio, tracciabilità prodotti (ev documentali):locali puliti, asciutti ben aerati,lontani da fonti di calore e luce diretta, in contenitori sigillati(con etichetta, data scadenza, lotto, composizione, temp -cons. 15-25 gradi centigradi Coordinatore infermieristico: monitoraggio scorte e richieste reintegro

		Personale sanitario monitoraggio uso appropriato Distribuzione secondo piano periodico o su richiesta specifica, scheda consegna (quantità, tipologia, reparto firma ricevente) Dispense e flaconi ricaricabili riempiti solo con prodotti stesso lotto dispenser danneggiati sostituiti o segnalati Figure responsabili: coord. infermieristico ambulatori-sala operatoria Coord infermieristico dialisi ambulatoriale Procedure guasti: Responsabilità OSS Ufficio manutenzione presa in carico della segnalazione con intervento e ripristino del materiale o della fornitura Tipologia segnalazione Guasto o malfunzionamento dispenser Mancanza esaurimento prodotti in distribuzione Ritardi o errori nella fornitura del magazzino Presenza di prodotti scaduti o alterati(odore, colore consistenza) Mancata sostituzione pulizia contenitori Scheda segnalazione guasti :trasmissione in forma cartacea Registrazione presa in carico ufficio competente Ripristino guasto fornitura (max 48 ore o in urgenza se area critica distribuzione capillare funzionale e sicura Dispenser da banco o mobili per reception ambulatori Dispenser su colonnine autoportanti per aree comuni ed accessi principali All'interno ogni stanza degenza
--	--	--

		Nei locali per medicazioni, prelievi ,trattamenti Presso ascensori e corridoi passaggio Servizi igienici Un dispenser di sapone liquido e asciugamani monouso per ogni lavabo
--	--	---

SEZIONE A – PIANO DI AZIONE LOCALE per l'adeguamento dei requisiti strutturali e tecnologici

AZIONE	R	T	M
Adeguare il budget per gli acquisti dei prodotti per l'igiene delle mani a seconda delle necessita	Direttore Amministrativo	Budget adeguato	Evidenze ordini
Mantenere il monitoraggio sulla compliance sull'igiene delle mani e/o sulle ICA e definire eventuali APCM	Direttore Sanitario	Osservazione diretta effettuata da personale sanitario formato secondo metodologia OMS	Schede osservazione anonime raccolte Vedi report accluso Consumo mensile soluzione idroalcolica Osservazione sui 5 momenti per igiene mani OMS Frequenza trimestrale si allega scheda
Implementare l'attuazione della procedura operativa per la gestione dei dispenser	Referente della Qualità	Mappatura aree assistenziali	Identificazione punti strategici sec i 5 momenti OMS per igiene mani e valutazione idoneità dispenser Solo dispositivi conformi normativa CE-preferenza dispenser antigoccia, facili da pulire con

			sistema di ricarica sigillato Etichettatura chiara con nome prodotto, produttore e data scadenza
Implementare i controlli sulla disponibilità e sul ricondizionamento degli erogatori in uso	Direttore Sanitario	Erogatore Dispositivo destinato alla erogazione di soluzione alcolica o sapone liquido Ricondizionamento Insieme di operazioni di pulizia disinfezione e sostituzione delle parti usurate o contaminate del dispenser Disponibilità presenza effettiva e funzionale di un erogatore in ogni punto previsto dalla mappatura aziendale	Verificato per ogni punto di erogazione presenza del dispenser nel punto designato integrità del dispositivo presenza del prodotto all'interno (almeno ¼ del volume totale) etichettatura leggibile e corretta (nome prodotto lotto scadenza ricondizionamento controllo mensile svuotamento del serbatoio pulizia interna disinfezione interna ed esterna (ipoclorito o alcool al 70%) asciugatura completa e ricarica con prodotto nuovo dello stesso tipo

			aggiornamento registro manutenzione vedi scheda allegata in pars 2026
Mantenere il monitoraggio sulla tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso;	Direttore Sanitario	Garantire che i prodotti alcolici utilizzati per l'igiene delle mani siano ben tollerati dagli operatori, minimizzando irritazioni cutanee, reazioni avverse e conseguente disaffezione all'uso, al fine di preservare il programma di igiene delle mani	Percentuale di operatori che riportano buona tollerabilità del prodotto Frequenza di segnalazioni delle reazioni cutanee Qualità della pelle osservata e auto riferita (integrità sensazione di secchezza fissurazioni) Numero di richieste di cambio formulazione o sostituzione prodotto per motivi di tollerabilità Metodo di utilizzo volume erogato tempo di asciugatura Questionario semestrale x operatori ABHR basato su criteri tollerabilità ed accettabilità Monitoraggio attivo continuamente per segnalazioni operatori Predisposta scheda valutativa allegata Pars 2026

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

SEZIONE B - AUTOVALUTAZIONE dei requisiti della formazione del personale			
Domande	Risposte	Punti	APCM
B1 formazione degli operatori sanitari			
B.1.2 – esiste un sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	SI <i>Note: la formazione è monitorata dal Direttore sanitario</i>	20	Gli interventi formativi sono stati tutti svolti e verbalizzati dalla Direzione sanitaria vedi scheda verbale predisposta in 2026
B.2 – sono disponibili e facilmente accessibili risorse materiali?			
B.2.1 – piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	SI Presentati ai coordinatori e ai medici responsabili il piano regionale sull'igiene delle mani e i report dei monitoraggi in occasione della presentazione del verbale del riesame della direzione	5	Sono stati effettuati incontri trimestrali
B.2.2 – piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento Regionale	Si, trasmesso annualmente a partire dal Pars 2025	5	Sara' oggetto di revisione annuale
B.2.3 – Brochure sull'igiene delle mani: quando, come e perchè	SI Disponibile nei bagni e nei punti strategici. Fornita ai pazienti al ricovero insieme ad altro materiale informativo. Fornito materiale a tutti i pazienti e caregiver in occasione di ogni ricovero	5	Verificato che siano integre e pulite Collocate in punti visibili facilmente accessibili(ingressi,reperti,ambulatori,aree comuni Sostituite in caso di usura Vedi verbale direzione sanitaria in Pars 2026
B.2.4 – poster informativi	SI Disponibili nei punti strategici	5	Stesse APCM DI CUI SOPRA

B.3 – esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull’igiene delle mani?	SI <i>Note: il professionista si identifica nel Direttore Sanitario</i>	15	
B.4 – è presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori	NO	0	IL PIANO DI FORMAZIONE E VERIFICA OSSERVATORI SARA' ATTIVATO NEL 2026
B.5 – esiste un Budget dedicato per la formazione sull’igiene delle mani?	SI	10	
Punteggio totale		70	

SEZIONE B – VERIFICA INDICATORI

Indicatore	Situazione rilevata	APCM
Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue: Definizione di un piano formativo che preveda • Tempi e modalità di erogazione della formazione; • Individuazione del personale da formare (requisiti per l’arruolamento e profilo di competenze in uscita).	Le attività sono descritte nelle procedure di gestione del personale	ALLEGATA PROCEDURA OPERATIVA Vedi procedura dettagliata su format cartaceo per anno 2026 in addendum pars 2026

SEZIONE B – PIANO DI AZIONE LOCALE per l’adeguamento della formazione del personale

AZIONE	R	T	M
Organizzare incontri trimestrali per il ritorno dei dati agli interessati	Direttore Sanitario	Resoconto re-inviato 2026	idem
Sensibilizzare costantemente il personale sull’argomento, soprattutto in occasione delle verifiche e della condivisione dei risultati dei monitoraggi interni	Direttore Sanitario	EFFETTUATO 2025 e riconfermato nel 2026	idem
Curare l’aggiornamento e la manutenzione del materiale informativo per l’igiene delle mani e della cartellonistica	Direttore Sanitario e	ISPEZIONI VALUTAZIONE	idem

	Coordinatore infermieristico	Effettuate nel 2025 e pogrammate nel 2026	
--	------------------------------	--	--

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

SEZIONE C – AUTOVALUTAZIONE monitoraggio e feedback

Domande	Risposte	Punti	APCM
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, etc)?	SI	10	SARANNO CONDOTTI INIZIO 2026
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	SI	5	ATTIVATO PIANO ALLEGATO
C.2.2 – corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0	INDIVIDUATE FIGURE CON ATTO DIREZIONE SANITARIA

C.3 monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani			
C.3.1 – il consumo del prodotto su base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	SI	5	SCHEDE MONITORAGGIO ACQUISITE
C.3.2 – il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	SI	5	SCHEDE MONITORAGGIO ACQUISITE
C.3.3 – il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari ad almeno 20 litri per 1000 giorni-paziente?	SI , consumo annuo 2025 pari a litri.300 Il consumo non è quantificabile su 1000 giorni/paziente, in quanto la permanenza in clinica per pazienti degenti non e' stata mai raggiunta(Vedi PARS 2025.)	5	
C.4 monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani.			
NB rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale			
C.4.1 – quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la nuova scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale)		0	INDIVIDUATE FIGURE E PIANO FORMATIVO ATTO DIREZIONE SANITARIA
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?	NO	0	Nel corso del 2026 saranno effettuate rilevazioni che hanno mostrato i seguenti livelli medi di adesione alla buona pratica OMS: • Medici • Infermieri • OSS Media generale di adesione
C.5 feedback			
C.5.1 – <u>feedback immediato</u> : al termine di ogni sessione di osservazione è restituito agli operatori		0	Sara' predisposta scheda nel 2026
C.5.2 – <u>feedback sistematico</u> : viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di		0	Sara' predisposta scheda nel 2026

igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?			
C.5.3 – feedback sistematico: viene restituito con cadenza (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e sull'andamento nel tempo alla direzione della struttura?		0	Sara' predisposta scheda nel 2026
Punteggio totale		30	

SEZIONE C – VERIFICA INDICATORI

Indicatore	Situazione rilevata	APCM
INDICATORI DI STRUTTURA Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue: - Definizione delle attività di monitoraggio della compliance degli operatori sull'igiene delle mani: - Definizione e formazione di una rete di osservatori - Definizione della cadenza e delle modalità di esecuzione delle attività di osservazione - Definizione della cadenza e delle modalità di restituzione dei risultati dell'osservazione agli operatori e alla Direzione - Definizione delle attività di monitoraggio sullo stato dei dispenser e dei lavandini presenti nella struttura NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.		PREDISPOSTE PROCEDURE OPERATIVE A-B-C-D-E- ALLEGATA scheda SEZ C verifica indicatori
INDICATORI DI PROCESSO Nella Struttura devono essere disponibili documenti che specifichino almeno quanto segue: - Percentuale di azioni di igiene delle mani effettuate correttamente dagli operatori sul totale delle opportunità. - Quantità di detergente e di soluzione a base di alcol per l'igiene delle mani utilizzata per mille giornate di degenza.		DA PREDISPORRE PER IL 2026

SEZIONE C – PIANO DI AZIONE LOCALE per il monitoraggio e feedback

AZIONE	R	T	M
Attuare iniziative di sensibilizzazione del personale sull'uso del gel disinfettante e intensificare il monitoraggio	Direttore Sanitario	01/01/2025	31/12/2026
Attivare il FB immediato dei risultati della rilevazione del rispetto delle raccomandazioni OMS al termine di ogni sessione Mantenere attivo il monitoraggio continuo del consumo di soluzione alcolica.	Direttore Sanitario	01/01/2025	31/12/2026
Attuare ulteriori iniziative di sensibilizzazione del personale, in particolare medico, sul rispetto delle raccomandazioni OMS sull'igiene delle mani	Direttore Sanitario	01/01/2025	31/12/2026

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

SEZIONE D – AUTOVALUTAZIONE comunicazione permanente			
Domande	Risposte	Punti	APCM
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	SI	25	
D.1.2 – Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	SI	15	
D.1.3 – Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	SI	10	
D.2 – Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	SI TRIMESTRALE	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	
D.4 – Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	0	
D.5 – Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	NO	0	
Punteggio totale		65	

Indicatore	Situazione rilevata	APCM
Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue: • Modalità di comunicazione della struttura sull'igiene delle mani.	SI	

SEZIONE D – PIANO DI AZIONE LOCALE comunicazione permanente

AZIONE	R	T	M
Individuare e introdurre l'utilizzo di almeno uno degli strumenti suggeriti (es.: screensaver, spille, adesivi, ecc.)	Direttore Sanitario	01/01/205	31/12/2026
Coinvolgere il personale nell'ideazione e nell'elaborazione del materiale informativo innovativo;	Direttore Sanitario	01/01/2025	31/12/2026

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

SEZIONE E – AUTOVALUTAZIONE clima organizzativo e commitment

Domande	Risposte	Punti	APCM
E.1 – Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani			
E.1.1 – esiste un Team definito?	SI	5	
E.1.2 – questo Team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0	Incontri da organizzare nel 2026
E.1.3 – questo Team ha tempo dedicato per condurre interventi di promozione dell'igiene delle mani?	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?	SI	10	
E.2.2 – Direzione sanitaria?	SI Svolgerà ruolo attivo	5	
E.2.3 – Direzione professioni sanitarie	SI Coinvolta la coordinatrice infermieristica	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?	Da adottare	0	Sara' definito nel 2026
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?	SI L'attività sarà affidata ai Referenti della Qualità i quali sono impegnati nei monitoraggi previsti dal PRM	5	
E.4.2 – Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	SI	5	
E.5 – per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/famigliari sull'igiene delle mani			
E.5.1 – i pazienti/famigliari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani?	L'informazione avviene al momento del ricovero mediante consegna di materiale informativo specifico e colloquio di educazione alla salute come previsto nella PG gestione pazienti e registrata su modulistica dedicata	5	
E.5.2 – è stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/famigliari?	NO	0	Sara' valutato nel 2026
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 Al momento non sono stati identificati strumenti adeguati	0	Individuare strumenti di e-learning per l'igiene delle mani
E.6.2 – Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani	NO	0	Sara valutato nel 2026
E.6.3 – È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni o affidabili e testate	NO	0	Sara 'valutato nel 2026
E.6.4 – Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. o newsletter, convegni clinici	NO	0	
E.6.5 – Sistemi di responsabilizzazione personale	SI -Monitoraggio delle modalità di lavoro e riunioni di condivisione dei risultati	5	
E.6.6 – Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	SI Attività prevista dalla procedura di gestione del personale	5	
Punteggio totale		55	

SEZIONE E – VERIFICA INDICATORI

Indicatore	Situazione rilevata	APCM
INDICATORI DI STRUTTURA - Istituzione di un CCICA e definizione del suo Gruppo Operativo Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue: - Regolamento del CCICA - Adozione del PAICA secondo le indicazioni regionali NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.	CCICA e il gruppo operativo ICA sono stati istituiti e sono attivi. Il PARS è aggiornato annualmente	
INDICATORI DI PROCESSO Monitoraggio delle azioni previste nel PARS	Monitoraggio regolare	

SEZIONE E – PIANO DI AZIONE LOCALE clima organizzativo e commitment

AZIONE	R	T	M
Pianificare le attività di lavoro del Team in coincidenza delle riunioni CCICA	Direttore Sanitario	01/12/2025	31/12/2026
Aderire alle iniziative della giornata mondiale dell'igiene delle mani	Direttore Sanitario	01/12/2025	31/12/2026
Individuare strumenti di e-learning per l'igiene delle mani	Direttore Sanitario	01/12/2025	31/12/2026

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

ALLEGATO MONITORAGGIO MANI SERESMI 2025 ESITO OSSERVAZIONI I° SEMESTRE 2025

CATEGORIA PROFESSIONALE	MONENTO OSSERVATO	OPPORTUNITA OSSERVATE (N.)	LAVAGGIO (N.)	SIA (N.)	NESSUNA(N.)	SE NESSUNA GUANTI (N.)	COMPLIANCE
MEDICO	prima del contatto col paziente	30	15	5	1	9	67
MEDICO	dopo il contatto col paziente	30	10	7	3	10	57
INFERMIERE	prima di una manovra asettica	18	3	5	8	2	44
INFERMIERE	prima del contatto col paziente	42	10	2	15	15	29
INFERMIERE	dopo il contatto col paziente	45	15	20	10	0	78
INFERMIERE	dopo il contatto con liquidi biologici	18	7	6	2	3	72
INFERMIERE	dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	10	3	1	5	1	40
OPERATORE SUPP.OSS	prima di una manovra asettica	9	1	3	2	3	44
OPERATORE SUPP.OSS	prima del contatto col paziente	13	0	4	4	5	31
OPERATORE SUPP.OSS	dopo il contatto col paziente	9	3	3	2	1	67
OPERATORE SUPP.OSS	dopo il contatto con liquidi biologici	17	5	4	3	5	53
OPERATORE SUPP.OSS	dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	32	10	4	10	8	44
	Totale osservazioni	273				Media compliance	52

ALLEGATO MONITORAGGIO MANI SERESMI 2025 ESITO OSSERVAZIONI 2° SEMESTRE 2025

CATEGORIA PROFESSIONALE	MONENTO OSSERVATO	OPPORTUNITA OSSERVATE (N.)	LAVAGGIO (N.)	SIA (N.)	NESSUNA(N.)	SE NESSUNA GUANTI (N.)	COMPLIANCE
MEDICO	prima del contatto col paziente	26	14	4	0	8	69
MEDICO	dopo il contatto col paziente	32	11	8	3	10	59
INFERMIERE	prima di una manovra asettica	20	2	6	7	5	40
INFERMIERE	prima del contatto col paziente	34	8	3	10	13	32
INFERMIERE	dopo il contatto col paziente	45	15	20	10	0	78
INFERMIERE	dopo il contatto con liquidi biologici	17	10	3	2	2	76
INFERMIERE	dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	11	6	0	4	1	55
OPERATORE SUPP.OSS	prima di una manovra asettica	12	2	4	5	1	50
OPERATORE SUPP.OSS	prima del contatto col paziente	15	0	5	7	3	33
OPERATORE SUPP.OSS	dopo il contatto col paziente	9	3	3	2	1	67
OPERATORE SUPP.OSS	dopo il contatto con liquidi biologici	16	2	4	5	5	38
OPERATORE SUPP.OSS	dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	38	12	6	10	10	47
Totale osservazioni	275				Media compliance	54	

PIANO LEGIONELLOSI RELAZIONE DI SINTESI

Redatta ai sensi della DGR Lazio n. 460 del 28/06/2020 e del D.Lgs. 18/2023

Data: 26/02/2026

1. COSTITUZIONE DEL TEAM MULTIDISCIPLINARE

In conformità alla DGR 460/2020 e al D.Lgs. 18/2023, Istituito il Team multidisciplinare LCT ovvero Legionella Control Team che è composto dalle seguenti figure professionali ,formalmente incaricate dalla Direzione Sanitaria:

- Direttore Sanitario –Responsabile legale e supervisore del coordinamento tra Area Tecnica e Area Medica.Garantisce l’allocazione delle risorse necessarie per gli interventi di bonifica
- Risk manager (Gestore del Rischio Clinico):integra la prevenzione della Legionellosin nel piano annual gestione rischio sanitario.Coordina la sorveglianza clinica,analizza i Near Miss(es Guasti ai sistemi di disinfezione) e garantisce la conformita’ ai requisiti di accreditamento e alla Legge 24/2017
- Responsabile del Servizio Prevenzione e protezione(RSPP) valuta I rischi per la salute dei lavoratori esposti durante le manutenzioni e definisce I Dispositivi di protezione individuale (DPI)
- Responsabile delle manutenzioni:gestore operative della rete idrica e aeraulica:monitora le temperature,I livelli di disinfettante e coordina gli interventi sugli Impianti
- Medico Igienista :responsabile della sorveglianza epidemiologica e della redazione del piano di campionamento microbiologico
- Coordinatore infermieristico:responsabile della attuazione pratica delle misure preventive nel reparto . chirurgico della Clinica Siligato (es flussaggi e decalcificazioni)

2. PIATTAFORMA DOCUMENTALE

- La documentazione comprende:
- Documento di Valutazione del Rischio Legionella: Rev del 27 febbraio 2026
- Registro autocontrollo :documento tecnico contenente planimetrie e storico manutenzioni
- Protocolli operativi :procedure scritte per il flussaggio ,la disinfezione e la gestione delle emergenze
- Archivio analitico:raccolta dei rapporti di prova dei campionamenti semestrali

3. VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La Valutazione del Rischio viene revisionata con cadenza annuale o in caso di variazioni impiantistiche/idriche significative.

Ultima revisione febbraio 2026

3.1 Analisi tecnica e impiantistica

- Mappatura dei punti di accumulo (bollitori,serbatoi) e verifica assenza di biofilm
- Identificazione e censimento dei rami morti o tratti a basso utilizzo
- Controllo delle Unità di trattamento Aria e delle vasche di condensa

MODALITA' DI ESECUZIONE E MISURE DI CONTROLLO

Manutenzione Degli Impianti Sanitari

Impianto Idrico Sanitario Di Acqua Calda Sanitaria: Gestito Con Modalita' Atte a garantire Il Funzionamento All'interno Dell'intervalllo Tra I 20 E I 50 Gradi Centigradi con Attivita' Di Controllo Operata Da Manutentore Incaricato.

Attivita' Di Flussaggio Mensile Per I Punti Di Erogazione Meno Utilizzati Consistenti In Scorrimento Idrico Per 5 Minuti Da Terminali Impianto Rubinetti E Docce.

Mantenimento Rubinetteria Frequenza Trimestrale: Docce, Rompigetto Rubinetti

Mantenimento Impianto Accumulo Acqua Calda Frequenza Semestrale: Svuotamento e Disifezione Bollitori , Serbatoi Accumulo e Acqua Sanitaria

Le predette attivita' sono registrate in registro manutenzione

ESITI DEI MONITORAGGIO E VERIFICA EFFICACIA:

Dall'analisi dei 30 campionamenti totali annuali , effettuati con cadenza semestrale su 8 punti di campionamento dislocati in modalita' statisticamente rappresentativa della rete idrica interna della Clinica, si è registrata una COMPLIANCE MICROBIOLOGICA:dell' 86% dei campioni con carica microbiologica minore /uguale 100 UFC /L

INTEGRAZIONE NEL PIANO DI SICUREZZA DELL'ACQUA (D.LGS. 18/2023)

Il Programma Legionella è integrato nel Piano di Sicurezza dell'Acqua aziendale, che prevede analisi dei pericoli, individuazione dei punti critici di controllo (CCP), definizione limiti critici, procedure di verifica e riesame periodico.

ELENCO RIFERIMENTI ISTITUZIONALI

Clinica Siligato – Casa di Cura

Data: 26/02/2026

1. Mail istituzionale per comunicazioni CRCC

amministrazione@clnicasiligato.it

Indirizzo da utilizzare per tutte le comunicazioni ufficiali da parte del CRCC.

2. U.O./Funzione Risk Management

La Clinica non dispone di una casella dedicata alla U.O. Risk Management. La funzione è esercitata direttamente dal Risk Manager tramite indirizzo istituzionale.

Risk Manager: Dr.ssa Rossella Amaturò

E-mail: r.amaturò@clnicasiligato.it. L'indirizzo sopra indicato è istituzionale, riferito alla funzione di Risk Manager, non costituisce indirizzo personale ed è formalmente riconosciuto quale recapito ufficiale della funzione. Qualora richiesto dal CRCC, potrà essere attivata ulteriore casella dedicata alla funzione.

3. Nominativo e indirizzo del Risk Manager

Dr.ssa Rossella Amaturò
c/o Clinica Siligato
Viale Buonarroti, 54
00053 Civitavecchia (RM)

4. Contributor Cloud

Modulistica unica, compilata dal Risk Manager, concernete richiesta delle credenziali ed inviato a parte alla casella di posta elettronica supporto.sires@regione.lazio.it

5. SIRES Eventi – Nominativo e Mail

Dr. Danilo De Santis
Direttore Sanitario
E-mail: danilodesantis@clnicasiligato.it

6. SIRES Sinistri

Il nominativo e l'indirizzo mail coincidono con quelli indicati per il SIRES Eventi:

Dr. Danilo De Santis
E-mail: danilodesantis@clnicasiligato.it

7. Compilatore Monitoraggio AGENAS

Implementazione Raccomandazioni Ministeriali

Dr. Danilo De Santis

Direttore Sanitario

E-mail: danilodesantis@clnicasiligato.it

