



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Anno 2026

RSA San Germano



REGIONE
LAZIO



CENTRO REGIONALE
RISCHIO CLINICO



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. Modalità di diffusione del documento	
8. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi	
9. Allegato A: Piano di azione locale per l'igiene delle mani	
Allegato B: Programma di controllo della legionellosi	

Il presente documento è stato elaborato dal Risk Manager della Azienda, dott. Francesco Sarullo (francescosarullo@libero.it), in collaborazione con il CCICA, successivamente verificato ed approvato dalla Direzione Sanitaria.

E' stato quindi inviato al cloud del Centro Regionale del Rischio Clinico (CRRC) della Regione Lazio (piattaforma ALFRESCO) e pubblicato sul sito internet della Azienda (www.rsasangermano.com).

Per comunicazioni da parte del CRRC si prega di contattare il Risk Manager all'indirizzo di posta elettronica: rsasangermano@libero.it

Piedimonte San Germano, 28/02/2026.

Il Risk Manager

Dr. Sarullo Francesco

Il Responsabile Sanitario

Dr.ssa Vigliotta Maria Teresa

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

1.1 Introduzione

La Residenza Sanitaria Assistenziale "San Germano" è una struttura autorizzata all'apertura in data 15 ottobre 1997 e nasce dalla trasformazione di una Lungodegenza aperta nel 1980.

La struttura è stata accreditata con DCA N. U00117 del 09/04/2013 per 110 p.r. Mantenimento Basso e autorizzata con DCA NU00063 del 23/02/2017 per 10 posti di Livello Assistenziale Estensivo per D.C.C.G.

A seguito dell'istanza di rimodulazione con Deliberazione della Giunta Regionale n. 273 del 08/06/2023 la Regione Lazio ha autorizzato e accreditato 105 posti residenza così articolati: n. 70 p.r. – Livello Ass. Mantenimento B; n. 20 p.r. – Livello Ass. Mantenimento A; n. 15 p.r. – Livello Ass. Estensivo per D.C.C.G. per gg 60

La Rsa San Germano ha una superficie totale di 4264.17 mq ed è articolata in 4 nuclei di Mantenimento B, 1 nucleo di Mantenimento A e 1 nucleo di Mantenimento Estensivo D.C.C.G.

Nella Tabella 1 è riportato un data set essenziale che descrive i principali dati di produzione annuale.

Tabella 1 – Presentazione dei dati di attività

RSA SAN GERMANO			
superficie totale 4264.17 mq			
ASL territorialmente competente		Frosinone – distretto D	
Posti letto	105	RSA	
		Nuclei di Mantenimento B	70
		Nucleo di Mantenimento A	20
		Nucleo di Mantenimento Estensivo D.C.C.G.	15

1.2 Gestione del rischio infettivo

La RSA San Germano, nell'ambito della Gestione del Rischio Clinico, ha dedicato una attenzione sempre maggiore alle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e alla loro gestione, in considerazione dell'impatto che esse hanno sull'assistenza stessa e sulla base di quanto richiesto dalle Istituzioni nazionali e regionali.

Nel 2022 è stato aggiornato il Piano di Antimicrobial Stewardship, (consultabile nella documentazione di Rischio Clinico) tenendo conto delle più recenti evidenze scientifiche nazionali ed internazionali in materia.

Nel 2023 sono state realizzate le attività di implementazione in programma e, contestualmente, sono state portate avanti tutte le raccomandazioni e le disposizioni in tema di gestione e controllo della emergenza epidemica del SARS-COV2, in accordo e sotto la costante supervisione dell'ASL di competenza.

Nel 2024 sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati nel PARS precedente in merito al rischio infettivo.

Nel 2025 sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati nel PARS precedente in merito al rischio infettivo.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 24/2017, tutte le Strutture sanitarie e Sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria". La tabella 2 descrive sinteticamente l'oggetto di tale relazione :

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2024 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N.	Principali fattori causali/contribuenti ^(B)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss ^(A)	43	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (20%) Procedure/Comunicazione (80%)	Strutturali (0%) Tecnologiche (0%) Organizzative (10%) Procedure/Comunicazione (90%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi ^(A)	31			Sinistri (0%)
Eventi Sentinella ^(A)	0			Emovigilanza (0%) Farmacovig. (0%) Dispositivovig. (0%) ICA (0%)

(A): sono di seguito riportate le definizioni secondo il glossario del Ministero della Salute:

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

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

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

(B): I fattori causali/contribuenti fanno ovviamente riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi. Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi si rimanda al documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" adottato con Determinazione n. G12355 del 25 ottobre 2016 e disponibile sul *cloud* regionale.

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre che "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio". Al fine di ottemperare a tale obbligo è stata pertanto elaborata la seguente tabella:

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

Anno	N. Sinistri aperti	N. Sinistri liquidati	Risarcimenti erogati
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0
2024	0	0	0

2025	0	0	0
Totale	0	0	0

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Nella tabella 4 è riportata una presentazione sintetica dei dati della posizione assicurativa aziendale, riferibili all'ultimo triennio.

Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2023	65/148264821 (19/09/2023)	UnipolSal	3.475.01	500	
2024	65/148264821 (19/09/2024)	UnipolSal	3.475.01	500	
2025	65/148264821 (19/09/2025)	UnipolSal	3.475.01	500	

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

In questa sezione viene illustrata una relazione sintetica sulle attività previste nel PARS del 2025, sulla loro realizzazione o sulle criticità che non hanno consentito il raggiungimento di tutti gli obiettivi previsti, secondo la tabella allegata (Tabella 5).

Tabella 5 –Resoconto delle attività del Piano precedente (PARS 2025)

PARS25 - OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 – Organizzazione di attività di informazione /formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA	SI	Esecuzione di un Corso di aggiornamento formativo avente come titolo "Strategie di contrasto alla antimicrobico resistenza (AMR) in RSA" in data 14/10/2025
ATTIVITÀ 2 – Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori avente come oggetto la sicurezza delle cure	SI	Esecuzione di un Corso di aggiornamento formativo avente come titolo "La contenzione in RSA : aspetti etici, legali, sanitari" in data 05/11/2025

PARS25 - OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 3 – Aggiornamento annuale del sistema di mappatura del rischio	SI	Relazione di fine anno (Dicembre 2025)
ATTIVITÀ 4 4a -Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili 4b - Implementazione dei documenti regionali applicabili 4c - Revisione periodica triennale delle procedure e dei protocolli aziendali	SI	Evidenza nel Sistema Qualità (Dicembre 2025)

PARS25 - OBIETTIVO C) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 5 – Mantenimento entro il 31/12/2025 degli obiettivi definiti nel Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani	SI	Relazione di fine anno (Dicembre 2025)

PARS25 - OBIETTIVO C) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 6 – Definizione delle misure necessarie per il raggiungimento dello standard minimo definito dall'OMS del consumo di soluzione idroalcolica e per il monitoraggio dello stesso	SI	Relazione di fine anno (Dicembre 2025)

PARS25 - OBIETTIVO D) PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA, INCLUSE QUELLE DA CRE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 7 – Elaborazione di report su: 7a) diffusione all'interno della Struttura delle colonizzazioni/infezioni da CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento 7b) patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi e dei relativi costi sostenuti	SI	Report entro il 31/12/2025

ATTIVITÀ 8 – Applicazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento a: 8a) Monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica; 8b) Gestione della sepsi; 8c) prevenzione e controllo delle infezioni da catetere venoso centrale (CVC).	SI	Evidenza nel Sistema Qualità (Dicembre 2025)
ATTIVITÀ 9 – Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA	SI	Relazione di fine anno (Dicembre 2025)
ATTIVITÀ 10 – Implementazione del programma di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial Stewardship)	SI	Relazione di fine anno (Dicembre 2025)

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Tabella 6 – Matrice delle responsabilità

Azione	Risk Manager	Responsabile Sanitario	Dirigente infermieristico
Redazione PARS	R	C	I
Adozione PARS	C	R	I
Monitoraggio PARS	I	C	R

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

6.1 Obiettivi

Il PARS 2026 intende proseguire e consolidare le azioni intraprese nell'anno precedente in ambito di prevenzione dei rischi. Riguardo alla gestione del rischio infettivo l'obiettivo specifico è di implementare quanto richiesto dal Documento di Indirizzo sulle buone pratiche per allineando le attività previste con quanto richiesto dal Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e dal Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antibiotico Resistenza - PARCA.

I quattro obiettivi strategici confermati a livello regionale sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure, anche in relazione al rischio infettivo.
- B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C) Definire le azioni necessarie per il mantenimento del livello intermedio di sicurezza nell'ambito dell'igiene delle mani.
- D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

Al PARS vengono allegati, come da raccomandazione del CRRC, il Piano di azione locale sull'igiene delle mani (Allegato A) e il Programma di controllo della Legionellosi (Allegato B).

6.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 1 – Organizzazione di attività di informazione /formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA

INDICATORE

Esecuzione di almeno un Corso di aggiornamento formativo avente come oggetto le strategie di sorveglianza intra-aziendale dei microrganismi alert in RSA entro il 31/12/2026

STANDARD

90%

FONTE

Risk Manager – Ente di formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	Ente Formazione
Progettazione	R	C
Accreditamento	C	R
Esecuzione	I	R

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 2 – Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori su tematiche di sicurezza delle cure

INDICATORE Esecuzione di almeno un Corso di aggiornamento formativo avente come oggetto la prevenzione e la cura delle lesioni da pressione entro il 31/12/2026		
STANDARD 90%		
FONTE Risk Manager – Ente di formazione		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Ente Formazione
Progettazione	R	C
Accreditamento	C	R
Esecuzione	I	R

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA		
ATTIVITÀ 3 – Aggiornamento annuale del sistema di mappatura del rischio		
INDICATORE Relazione entro il 31/12/2026		
STANDARD SI		
FONTE Risk Manager – Direzione Sanitaria		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria
Progettazione	R	C
Esecuzione	R	C
Controllo	I	R

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA		
ATTIVITÀ 4 4a- Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili 4b- Implementazione dei documenti regionali applicabili 4c- Revisione periodica triennale delle procedure e dei protocolli aziendali		
INDICATORE Inserimento nel sistema Qualità entro il 31/12/2026		
STANDARD SI		
FONTE Risk Manager – Direzione Sanitaria		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria
Progettazione	R	C
Esecuzione	R	C
Controllo	I	R

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

OBIETTIVO C) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI		
ATTIVITÀ 5 – Mantenimento entro il 31/12/2026 degli obiettivi definiti nel Piano di azione locale sull' Igiene delle mani (PALIM)		
INDICATORE Relazione entro il 31/12/2026		
STANDARD SI		
FONTE Risk Manager – Direzione Sanitaria		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria
Progettazione	R	C
Esecuzione	R	C
Controllo	I	R

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

OBIETTIVO C) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI		
ATTIVITÀ 6 – Definizione delle misure necessarie per il monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica (SIA)		
INDICATORE Relazione entro il 31/12/2026		
STANDARD SI		
FONTE Risk Manager – Direzione Sanitaria		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria
Progettazione	R	C
Esecuzione	R	C
Controllo	I	R

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

OBIETTIVO D) PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA, INCLUSE QUELLE DA CRE
ATTIVITÀ 7 – Elaborazione di report su: 7a) diffusione all'interno della Struttura delle colonizzazioni/infezioni da CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento 7b) patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi e dei relativi costi sostenuti
INDICATORE

Report entro il 31/12/2026		
STANDARD SI		
FONTE Risk Manager – CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	CCICA
Progettazione	R	C
Esecuzione	C	R
Controllo	I	R

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

OBIETTIVO D) PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA, INCLUSE QUELLE DA CRE		
ATTIVITÀ 8 – Adozione di un Piano aziendale di contrasto all'antibiotico-resistenza, sulla base delle raccomandazioni del PARCA 2026-2028		
INDICATORE Inserimento nel sistema Qualità entro il 31/12/2026		
STANDARD SI		
FONTE Risk Manager – CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	CCICA
Progettazione	R	C
Esecuzione	C	R
Controllo	I	R

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

OBIETTIVO D) PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA, INCLUSE QUELLE DA CRE		
ATTIVITÀ 9 – Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA		
INDICATORE Relazione entro il 31/12/2026		
STANDARD SI		
FONTE Risk Manager – CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	CCICA
Progettazione	R	C
Esecuzione	C	R
Controllo	I	R

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

OBIETTIVO D) PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA, INCLUSE QUELLE DA CRE		
ATTIVITÀ 10 – Applicazione del programma di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial Stewardship)		
INDICATORE Relazione entro il 31/12/2026		
STANDARD SI		
FONTE Risk Manager – CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	CCICA
Progettazione	R	C
Esecuzione	C	R
Controllo	I	R

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

7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la diffusione della conoscenza del documento sarà cura della Direzione Sanitaria e sarà realizzata attraverso la pubblicazione del PARS sul sito internet aziendale e mediante seminari aziendali di formazione e aggiornamento del personale aventi ad oggetto struttura e contenuti del PARS.

8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

8.1 Riferimenti normativi

- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante “Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131”;
- Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del documento recante ‘Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”;
- Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”;
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”;
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
- Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”;

- Decreto del Commissario ad Acta 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)";
- Nota Regione Lazio con oggetto "Comunicazioni relative all'elaborazione del PARM 2020" prot n. 63179 del 23/01/2020;
- Determinazione Regionale n. G02044 del 26/02/2021 recante "Adozione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani";
- Determinazione Regionale n. G09850 del 20/07/2021 recante "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella";
- Determinazione Regionale n. G00643 del 25/01/2022 recante "Adozione del Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)";
- Determinazione Regionale n. G15198 del 06/11/2022 recante "Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016";
- Determinazione Regionale n. G16501 del 28/11/2022 recante "Approvazione del Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)";
- Dlgs 18/2023 recante "Piano di sicurezza dell'acqua";
- Determinazione Regionale n. 460 del 28/06/2024 recante "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi";
- Determinazione Regionale n. G17673 del 23/12/2025 recante "Piano attuativo regionale per il Contrasto dell'Antibiotico Resistenza – PARCA".

8.2 Bibliografia e sitografia

- Ministero della Salute: *Risk Management in Sanità il problema degli errori* Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003
- Ministero della Salute, *Approvazione dei modelli di schede di segnalazioni di incidenti o mancati incidenti, che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro*, «Gazzetta ufficiale», 24 nov. 2005, n. 274.
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 *Save Surgery Save Live*
- Reason J, *Managing the risks of organizational accidents*, 1997
- Reason J, *Human error: models and management*, BMJ 2000; 320; 768-770
- *Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori* reperibili sul sito del Ministero della Salute.
- Vincent C, *La Sicurezza del Paziente* Springer-Verlag Italia 2011 2 Edizione
- *Apprendere dagli Errori* Il Pensiero Scientifico Editore.
- B. Andersen, T. Fagerhaug, *Root cause analysis. Simplified tools and techniques*, Milwaukee (Wis.) 2000, 20062.
- IOM (Institute Of Medicine of the National academies), *To err is human. Building a safer health system*, ed. L.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson, Washington D.C. 2000.
- J. Reason, *Human error. Models and management*, «BMJ. British medical journal», 2000, 320, 7237, pp. 768-70.
- C. Vincent *Clinical risk management. Enhancing patient safety*, ed., London 2012.
- S.A. Nashef, *What is a near miss?*, «The lancet», 2003, 361, 9352, pp. 180-81.
- G.R. Baker, *Harvard medical practice study*, «Quality and safety in health care», 2004, 13, 2, pp. 151-52.
- M. Geddes Da Filicaia, *Guida all'audit clinico. Pianificazione, preparazione e conduzione*, Roma 2008.

9. ALLEGATO A

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

PA 2

Rev. 2 del 22/12/2025

Questionario di autovalutazione

Il piano di intervento è suddiviso in cinque sezioni, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani.

La pratica della igiene delle mani è descritta nello specifico protocollo aziendale (PT 22: IGIENE DELLE MANI) a cui si rimanda.

Sono stati utilizzati specifici questionari di autovalutazione al fine di consentire alla Struttura di determinare il proprio livello di implementazione delle misure necessarie.

Si è scelto di assegnare un punteggio a ogni sezione, in modo da evidenziare meglio le eventuali criticità riscontrate per ogni ambito.

Il punteggio, in analogia al documento OMS, individua quattro livelli: inadeguato; base; intermedio; avanzato.

Il punteggio INTERMEDIO rappresenta il livello minimo da mantenere entro fine anno, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura.

Di seguito i risultati delle cinque sezioni del questionario.

SEZIONE A	REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	75	INTERMEDIO
SEZIONE B	FORMAZIONE DEL PERSONALE	80	AVANZATO
SEZIONE C	MONITORAGGIO E FEEDBACK	77,5	AVANZATO
SEZIONE D	COMUNICAZIONE PERMANENTE	57,5	INTERMEDIO
SEZIONE E	CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	60	INTERMEDIO

Analizzando l'andamento e confrontandolo con l'anno precedente, abbiamo riscontrato il mantenimento dei requisiti minimi richiesti (livello INTERMEDIO in tutte le sezioni) e la promozione a livello AVANZATO nella sezione C.

Sulla base del punteggio ottenuto in ogni singola sezione, la Struttura ha elaborato il seguente piano di azione di cui dovrà dare opportuna evidenza nel Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) trasmesso annualmente al CRRC, avente come obiettivo il mantenimento o il miglioramento dei risultati ottenuti.

SEZIONE A) REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	R	T	M
ATTIVITÀ 1 – Esaminare le informazioni disponibili sulla compliance all'igiene delle mani e/o sulle ICA per definire il programma di miglioramento.	RS	SI	12 mesi
ATTIVITÀ 2 – Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: • Indagine sui singoli Nuclei/Servizi; • Indagine sul consumo di soluzione alcolica.	RS	Entro fine anno	12 mesi
ATTIVITÀ 3 – Definire con la Direzione Strategica gli eventuali adeguamenti strutturali e tecnologici, con l'obiettivo di dotare ogni stanza di un lavandino e ogni punto di assistenza di un dispenser di soluzione alcolica.	RS	Entro fine anno	12 mesi
ATTIVITÀ 4 – Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura.	RS	Entro fine anno	12 mesi
ATTIVITÀ 5 – Assicurarsi il sostegno, anche finanziario, da parte della Direzione, a breve e lungo termine, per un continuo approvvigionamento dei prodotti.	RS	Entro fine anno	12 mesi

SEZIONE B) FORMAZIONE DEL PERSONALE	R	T	M
ATTIVITÀ 1 – Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base delle specificità e dei bisogni locali.	RF	SI	12 mesi
ATTIVITÀ 2 – Rivedere/progettare un programma di formazione sulla base del Piano di Intervento Regionale.	RF	SI	12 mesi
ATTIVITÀ 3 – Identificare i formatori (almeno uno per struttura).	RF	SI	3 mesi
ATTIVITÀ 4 – Identificare gli osservatori (almeno uno ogni 200 posti letto).	RF	SI	12 mesi
ATTIVITÀ 5 - Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati.	RF	SI	12 mesi
ATTIVITÀ 6 - Effettuare la formazione dei formatori e degli osservatori: formatori e osservatori possono ricevere la stessa formazione di base, ma gli osservatori ricevano una formazione specifica aggiuntiva che preveda un addestramento sul campo sotto la supervisione di un tutor esperto.	RF	SI	12 mesi
ATTIVITÀ 7 - Definire il piano formativo, compreso il calendario, per avviare, condurre e valutare la formazione obbligatoria di tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai nuovi assunti.	RF	SI	12 mesi
ATTIVITÀ 8 - Definire un piano d'azione per affrontare la scarsa o mancata partecipazione alla formazione da parte degli operatori.	RF	SI	12 mesi
ATTIVITÀ 9 - Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare le competenze dei formatori e degli osservatori.	RF	SI	12 mesi
ATTIVITÀ 10 - Definire un sistema per aggiornare la formazione e i verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari.	RF	SI	12 mesi
ATTIVITÀ 11 - Assicurarsi il supporto da parte del personale apicale.	RS	SI	12 mesi

SEZIONE C) VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK	R	T	M
ATTIVITÀ 1 – Progettare o rivedere le attività di valutazione e feedback tra cui: osservazione della compliance sull'igiene delle mani; indagini sulle infrastrutture di reparto; indagini sul consumo di soluzione alcolica/sapone/asciugamani; indagini di percezione per gli operatori sanitari; indagini di percezione per dirigenti apicali; Indagini sulla conoscenza degli operatori sanitari.	CCICA	Entro fine anno	12 mesi
ATTIVITA' 2 – Stabilire il piano/calendario, per l'avvio delle attività di valutazione e feedback e diffonderlo a tutta la Struttura	CCICA	Entro fine anno	12 mesi
ATTIVITA' 3 – Definire un sistema generale per restituire i risultati della valutazione ai dirigenti apicali, compreso un piano d'azione per affrontare la scarsa conformità, le conoscenze e le infrastrutture.	CCICA	Entro fine anno	3 mesi
ATTIVITA' 4 – Identificare i candidati per essere osservatori	CCICA	SI	12 mesi
ATTIVITA' 5 - Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori	RF	SI	12 mesi
ATTIVITA' 6 - Diffondere a tutta la struttura il piano per le osservazioni in corso secondo un programma concordato	RS	Entro fine anno	12 mesi
ATTIVITA' 7 - Presentare i risultati delle osservazioni secondo un programma concordato	CCICA	Entro fine anno	3 mesi
ATTIVITA' 8 - Stabilire obiettivi annuali per il miglioramento della conformità all'igiene delle mani tenendo conto dei dati di partenza.	RS	SI	12 mesi
ATTIVITA' 9 - Valutare le informazioni sui tassi di ICA nella Struttura.	CCICA	Entro fine anno	12 mesi
ATTIVITA' 10 - Definire un sistema per monitorare i tassi di ICA su base continuativa insieme al livello di compliance dell'igiene delle mani.	CCICA	Entro fine anno	12 mesi

SEZIONE D) COMUNICAZIONE PERMANENTE	R	T	M
ATTIVITÀ 1 – Definire un piano di aggiornamento regolare dei materiali e della loro sostituzione se obsoleti o danneggiati;	RS	Entro fine anno	12 mesi
ATTIVITA' 2 – Fornire e/o esporre il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici.	RS	Entro fine anno	12 mesi
ATTIVITA' 3 – Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporli in tutti gli ambienti clinici.	RF	Entro fine anno	12 mesi
ATTIVITA' 4 – Pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli.	RS	Entro fine anno	12 mesi

SEZIONE E) CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	R	T	M
ATTIVITÀ 1 – proseguire con l'autovalutazione periodica (almeno annualmente) e descrivere i cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti.	RS	SI	12 mesi
ATTIVITA' 2 – Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture.	RS	SI	12 mesi

ATTIVITA' 3 – Stabilire riunioni regolari per avere un feedback e rivedere il piano d'azione di conseguenza.	CCICA	SI	3 mesi
ATTIVITA' 4 – Avviare attività di sostegno per i pazienti (ad esempio, fornire opuscoli informativi sull'igiene delle mani ai pazienti e pianificare sessioni educative).	RF	Entro fine anno	12 mesi
ATTIVITA' 5 - Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali dei dirigenti apicali.	RS	SI	12 mesi
ATTIVITA' 6 - Riconoscere il ruolo dei professionisti incaricati delle attività di igiene delle mani e stimolare il personale a diventare un modello di comportamento.	RF	SI	12 mesi

Legenda: R=Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio; RS= Responsabile Sanitario; CCICA= Comitato ; RF=Responsabile Formazione.

Monitoraggio del consumo di SIA

Il monitoraggio del consumo di SIA in una struttura sanitaria è un metodo di osservazione indiretta per valutare il grado di adesione all'igiene delle mani.

Esso prevede la misurazione del quantitativo dei prodotti utilizzati per l'igienizzazione delle mani, da parte del personale sanitario, attraverso i flussi di consumo.

L'unità di grandezza proposta dall'OMS, con cui esprimere i risultati ottenuti per il consumo di soluzione idroalcolica, è "Litri di soluzione idroalcolica consumati per 1000 giornate di degenza ordinaria (CSIA/1000 GDO)".

La stessa OMS indica come standard di riferimento un consumo medio di 20 litri di CSIA/1.000 GDO ed almeno una percentuale di adesione all'igiene delle mani $\geq 75\%$.

Il consumo di SIA nell'anno 2025 è stato pari a 584 litri, che espresso mediante l'unità di grandezza sopraindicata equivale a :

16 litri /1000 GDO

Pertanto risulta lievemente inferiore agli standard proposti dall'OMS. Non è stato possibile effettuare un confronto con gli anni precedenti in quanto le rilevazioni di consumo precedenti sono risultate imprecise e frammentarie.

Monitoraggio della compliance dell'igiene mani

Sulla base delle indicazioni fornite dall'OMS, la principale attività di monitoraggio è costituita dall'osservazione diretta mediante compilazione di apposita scheda.

Essa si prefigge lo scopo di valutare il grado di il rispetto dell'igiene delle mani tra gli operatori sanitari, di stimarne l'adesione, identificare le eventuali criticità e attuare le azioni di miglioramento.

L'osservazione è stata effettuata in aree di assistenza sanitaria diretta al paziente, sia in contesti di attività ambulatoriale che nei reparti di degenza.



È bene sottolineare che, essendo stata condotta sporadicamente, non è possibile escludere che questa influenzi solo temporaneamente il comportamento degli operatori sanitari, consapevoli di essere osservati.

L'osservazione è stata strutturata in modo da essere rappresentativa delle attività della Struttura, in termini sia di setting assistenziale che di categorie professionali da monitorare.

Nello specifico sono state compilate 10 schede di osservazione da due osservatori precedentemente formati in 10 spazi temporali differenti, distribuiti nel periodo in esame (anno), sia durante il turno mattutino che durante il turno di lavoro pomeridiano. Nessuna sessione è stata effettuata durante i turni notturni.

Sono state osservate 4 categorie professionali: infermieri, OSS, medici, altro (amministrativi, fisioterapisti, terapisti occupazionali).

Sono state monitorate 320 opportunità e sono state individuate 230 azioni, con una percentuale di adesione del 71,88%, dunque in leggero aumento rispetto all'anno precedente.

9. ALLEGATO B

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

PA 3

Rev. 1 del 22/12/2025

E' stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare con il compito di definire con cadenza annuale il Programma di controllo della legionellosi.

Il gruppo di lavoro è costituito dai seguenti componenti :

1. Responsabile Sanitario (Dottoressa Vigliotta Maria Teresa);
2. Presidente del CCIA (Dott. Sarullo Francesco);
3. Risk Manager (Dott. Sarullo Francesco);
4. Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (Dott. Bove Aurelio);
5. Dirigente Infermieristico (Dottoressa Carnevale Antonella);
6. Responsabile del laboratorio di microbiologia di riferimento (Dott. Manica).

Il programma di controllo della legionellosi descrive le attività previste per la prevenzione e il controllo della legionellosi.

Esso è costituito dalle seguenti tre fasi sequenziali e correlate fra loro:

- 1) Valutazione del rischio.
- 2) Gestione del rischio.
- 3) Comunicazione del rischio.

Valutazione del rischio

La valutazione del rischio è l'indagine che individua le specificità della struttura e degli impianti in essa esercitati, per le quali si possono realizzare condizioni che collegano la presenza effettiva o potenziale di Legionella negli impianti alla possibilità di contrarre l'infezione.

L'Azienda ha nominato il dr SARULLO FRANCESCO quale responsabile incaricato della Valutazione di Rischio. Egli deve comunicare le informazioni relative alla Valutazione del rischio ed al relativo Piano di Controllo al Responsabile Sanitario della Struttura che, a sua volta, deve informare tutte le persone che sono coinvolte nel controllo e nella prevenzione della legionellosi nella struttura.

La valutazione del rischio nelle strutture sanitarie deve essere revisionata almeno con periodicità annuale e documentata formalmente. Inoltre deve essere ripetuta ogni volta che vi siano modifiche degli impianti, della

tipologia di pazienti assistiti o della situazione epidemiologica della struttura interessata o, infine, in caso di reiterata ed anomala presenza di Legionella negli impianti riscontrata a seguito dell'attività di monitoraggio.

Per quanto riguarda l'anno 2025 è stata effettuata la seguente stima del livello di controllo del rischio legionellosi per le seguenti tipologie di impianti: acqua fredda e calda sanitaria, a torre evaporativa o condensatore evaporativo ed aeraulici.

IMPIANTO ACQUA FREDDA SANITARIA		
Numero di domande di rischio (FR.AF) alle quali è stata fornita risposta negativa (No)	Stima dell'attuale livello di Controllo del Rischio Legionellosi	Livello di Rischio
Uguale o superiore a 5	Controllo del Rischio da incrementare immediatamente, intervenendo sui fattori di Rischio individuati (FR.AF).	3 su 3
Compreso tra 2 e 4	Controllo del Rischio da migliorare, attivando celermente azioni di controllo dei Fattori di Rischio individuati (FR.AF).	2 su 3
Inferiore o uguale a 1	Controllo del Rischio complessivamente adeguato. Prestare comunque attenzione al Fattore di Rischio (qualora) individuato (FR.AF) e ridurlo ove possibile	1 su 3

IMPIANTO ACQUA CALDA SANITARIA		
Numero di domande di rischio (FR.AC) alle quali è stata fornita risposta negativa (No)	Stima dell'attuale livello di Controllo del Rischio Legionellosi	Livello di Rischio
Uguale o superiore a 5	Controllo del Rischio da incrementare immediatamente, intervenendo sui fattori di Rischio individuati (FR.AC).	3 su 3
Compreso tra 2 e 4	Controllo del Rischio da	2 su 3

	migliorare, attivando celermente azioni di controllo dei Fattori di Rischio individuati (FR.AC).	
Inferiore o uguale a 1	Controllo del Rischio complessivamente adeguato. Prestare comunque attenzione al Fattore di Rischio (qualora) individuato (FR.AC) e ridurlo ove motivato opportuno.	1 su 3

IMPIANTO A TORRE EVAPORATIVA - CONDENSATORE EVAPORATIVO		
Numero di domande di rischio (FR.TC) alle quali è stata fornita risposta negativa (No)	Stima dell'attuale livello di Controllo del Rischio Legionellosi	Livello di Rischio
Uguale a 3	Controllo del Rischio da incrementare immediatamente, intervenendo sui fattori di Rischio individuati (FR.TC).	3 su 3
Uguale a 2	Controllo del Rischio da migliorare, attivando celermente azioni di controllo dei Fattori di Rischio individuati (FR.TC).	2 su 3
Uguale o inferiore a 1	Controllo del Rischio complessivamente adeguato. Prestare comunque attenzione al Fattore di Rischio (qualora) individuato (FR.TC) e ridurlo ove motivato opportuno.	1 su 3

IMPIANTO AEREAULICO		
Numero di domande di rischio (FR.IA) alle quali è stata fornita risposta negativa (No)	Stima dell'attuale livello di Controllo del Rischio Legionellosi	Livello di Rischio
Uguale a 2	Controllo del Rischio da incrementare immediatamente, intervenendo sui fattori di Rischio individuati (FR.IA).	3 su 3
Uguale a 1	Controllo del Rischio da migliorare, attivando celermente azioni di controllo del Fattore di Rischio individuato (FR.IA).	2 su 3

Gestione del rischio

La gestione del rischio consiste nell'insieme di interventi e procedure volte a rimuovere definitivamente o a contenere costantemente le criticità individuate nella fase precedente.

In base a quanto emerso si evidenziano livelli di rischio basso per gli impianti oggetto di valutazione. E' necessario comunque prestare attenzione ai fattori di rischio e qualora individuati tentare di ridurli con le opportune misure.

La manutenzione periodica e l'uso corretto di un sistema di raffreddamento evaporativo sono fattori indispensabili per garantirne la funzionalità, l'affidabilità, la sicurezza e la durata.

Gli interventi di manutenzione dovrebbero essere effettuati sulla base delle istruzioni del costruttore e nel rispetto delle indicazioni contenute nel presente documento.

Si allega registro misure di controllo, prevenzione, bonifica e manutenzione.

DOCUMENTI	IMPIANTO DI DISTRIBUZIONE DELL'ACQUA SANITARIA							
Valutazione del Rischio	Bollitori Centralizzati: Ispezione	Bollitori Centralizzati: Disinfezione	Bollitori Centralizzati: Disincrostazione	Spurghi UtENZE Non Utilizzate	Controllo rompigitto, diffusori, giunti e tubi flessibili	Controlli addolcitore e stazione dosaggio prodotti chimici (stato impianti e livelli)	Analisi Acqua per ricerca Legionella	Trattamento Termico di Bonifica
ANNUALE	Mensile	Semestrale	All'occorrenza	Mensile	Semestrale	Settimanale	ANNUALE	All'occorrenza (dopo analisi)

Comunicazione del rischio

La comunicazione del rischio consiste nell'insieme di azioni finalizzate a informare, formare, sensibilizzare i soggetti interessati dal rischio potenziale (gestori degli impianti, personale addetto al controllo, esposti, ecc.).

Data la peculiarità delle strutture sanitarie, gli interventi fortemente raccomandati sono:

- Formare i medici a mantenere elevato il sospetto per la polmonite da Legionella associata a pratiche assistenziali e ad usare appropriati test diagnostici.
- Mantenere elevato il sospetto di polmonite da Legionella nei pazienti trapiantati, con polmonite nosocomiale, anche quando gli accertamenti di sorveglianza ambientale non dimostrano presenza di Legionella.
- Formare il personale di assistenza, il personale addetto al controllo delle infezioni e quello addetto alla gestione e manutenzione degli impianti, sulle misure di controllo delle legionellosi associate alle pratiche assistenziali.
- Comunicare formalmente ai reparti gli esiti della valutazione del rischio.
- Garantire la tracciabilità delle attività svolte attraverso adeguate registrazioni.

Piedimonte San Germano 22/12/2025

Il Responsabile Sanitario

(in rappresentanza del gruppo multidisciplinare)