

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

**Fondazione Sanità e Ricerca**

## Sommario

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO .....	3
1.1 - Introduzione al Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) 2026.....	4
2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	6
3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	10
4. IGIENE DELLE MANI .....	10
5. CONSUMI IGIENIZZANTI MANI - SAPONE E GEL.....	11
6. PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI - PARS 2026.....	12
7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ .....	13
8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ .....	13
8.1 Obiettivi .....	13
8.2 Attività.....	14
9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS .....	16
10. ALTRA BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	16

## 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Fondazione Sanità e Ricerca è costituita dai seguenti servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari all'interno del Centro di Cure Palliative e del Centro di Cure per la Non Autosufficienza:

- nel Centro di Cure Palliative è attivo il servizio di Hospice, costituito da 30 posti letto, dislocati su tre piani, dedicati a malati inguaribili affetti da patologie oncologiche, da insufficienze d'organo o da pluripatologie per le quali è indicato un approccio palliativo, non essendoci più possibilità di guarigione. Il servizio è accreditato con il S.S.R.
- il servizio di assistenza domiciliare del Centro di Cure Palliative si occupa di dare assistenza a 120 malati, con le stesse caratteristiche cliniche di coloro che sono assistiti in hospice. Il servizio è accreditato con il S.S.R.
- il servizio di ambulatorio per le cure palliative e la terapia del dolore, a disposizione per tutti i cittadini che ne necessitano è autorizzato dalla Regione Lazio ed è offerto in maniera totalmente gratuita con i costi a totale carico della Fondazione.
- Nel Centro di Cura per le Non Autosufficienze è presente un Centro Diurno per malati affetti da demenze, semiresidenziale, dislocato al quarto piano della struttura che può ospitare 10 persone al giorno. Il servizio è accreditato con il comune di Roma, ma i costi sono tutti a carico della Fondazione essendo erogato in maniera completamente gratuita.
- Il servizio per malati di SLA costituito da due posti letto residenziali per il sollievo, autorizzati dalla regione Lazio, offerti in maniera gratuita dalla Fondazione.
- Il Centro di Cura per le Non autosufficienze eroga un servizio di assistenza domiciliare che assiste circa 60 malati al giorno, anch'esso gratuito, autorizzato dalla regione Lazio.
- Infine il servizio di ADI, assistenza domiciliare integrata, accreditato con il S.S.R.

**Tabella 1 - Dati strutturali e attività assistenziale nel 2025**

Fondazione Sanità e Ricerca			
DATI STRUTTURALI			
ASL territorialmente competente	Asl Roma 3		
Posti letto Hospice	30		
Posti domiciliari cure palliative	120		
Posti letto di respiro per pazienti affetti da SLA	2		
Posti Assistenza domiciliare persone affette da Demenza	60		
ADI	Numero assistiti variabile in base alla complessità degli assistiti, non determinato.		
Posti semiresidenziali Centro Diurno Alzheimer	20		
DATI DI ATTIVITÀ 2025			
	Numero	Prestazioni ambulatoriali cure palliative e terapia del dolore	Numero
Giornate di degenza hospice	10910		791
Giornate degenza letti di respiro	0		
Giornate presa in carico cure palliative domiciliari	43245		
Giornate presa in carico assistenza domiciliare per demenze	18513		
Giornate presa in carico + prestazioni ADI	29577		

### *1.1 - Introduzione al Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) 2026*

Il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2026 è il documento con cui Fondazione Sanità e Ricerca pianifica e coordina le azioni volte a prevenire e controllare i rischi legati all'assistenza sanitaria, con particolare attenzione al rischio clinico e alle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

La redazione del presente Piano recepisce le indicazioni della Determinazione della Regione Lazio n. G16501 del 28 novembre 2022, che approva il "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)" e richiede a tutte le strutture sanitarie di adottare procedure e buone pratiche finalizzate a ridurre il rischio di infezioni associate alle cure.

Per infezioni correlate all'assistenza si intendono le infezioni che insorgono durante la degenza o la permanenza in una struttura sanitaria e che non erano presenti, né in fase di incubazione, al momento dell'ingresso; rientrano in questa definizione anche le infezioni che compaiono dopo la dimissione, se correlate alle cure ricevute, nonché quelle che colpiscono gli operatori sanitari nello svolgimento della loro attività professionale. Tali infezioni rappresentano un problema rilevante perché sono frequenti, possono prolungare la degenza, aumentare il rischio di complicanze e mortalità, favorire l'insorgenza di resistenze antibiotiche e determinare un importante impatto economico e medico-legale sui servizi sanitari.

Fondazione Sanità e Ricerca assiste prevalentemente persone affette da patologie inguaribili, oncologiche o cronico-progressive in fase avanzata, spesso prossime al fine vita. Questi pazienti presentano una maggiore fragilità e una più elevata esposizione al rischio infettivo, in relazione a ridotta mobilità, malnutrizione, compromissione immunitaria e frequente utilizzo di dispositivi medici (cateteri, accessi venosi, drenaggi).

Nelle fasi avanzate di malattia la prescrizione di antibiotici ha come obiettivo principale il controllo dei sintomi (tosse, febbre, secrezioni respiratorie, dolore, disuria) e, di conseguenza, il miglioramento della qualità di vita. Le evidenze disponibili sono tuttavia eterogenee e non sempre robuste, per la limitata numerosità dei campioni, l'incertezza diagnostica e la variabilità degli strumenti utilizzati per valutare il controllo sintomatologico. Nei pazienti in fase avanzata è spesso difficile identificare con chiarezza uno stato infettivo: segni classici come febbre, leucocitosi o aumento degli indici di flogosi possono mancare o essere attribuibili alla patologia di base e il frequente deterioramento dello stato di coscienza ostacola la raccolta di sintomi affidabili, rendendo complessa la valutazione dell'appropriatezza di un'eventuale antibioticoterapia empirica.

L'impiego di antibiotici nei pazienti in fase terminale comporta inoltre numerosi potenziali svantaggi: aumenta il rischio di reazioni avverse e interazioni farmacologiche in contesti di polifarmacoterapia, può favorire l'insorgenza di infezioni da *Clostridium difficile* e, se somministrato per via endovenosa, espone a complicanze locali (flebiti, infezioni dei tessuti molli, batteriemie). L'uso esteso di antibiotici in fase avanzata e terminale contribuisce, infine, allo sviluppo e alla diffusione di microrganismi multi-drug resistant (MDR), rendendo necessario che le strutture sociosanitarie dispongano di protocolli aggiornati, attuino programmi formativi per il personale e coinvolgano attivamente anche i familiari nella gestione del rischio infettivo.

Nel contesto italiano si registra un importante incremento delle infezioni da Enterobacteriaceae carbapenem-resistenti (CRE), per cui l'impiego dei carbapenemi dovrebbe essere il più possibile limitato. Questi patogeni richiedono terapie specifiche, costose e spesso gravate da effetti indesiderati significativi, prolungano i tempi di degenza e peggiorano la prognosi in ragione dell'elevata morbosità e mortalità. Nei pazienti con malattia ormai in stadio avanzato, nei quali il beneficio clinico atteso da un'ulteriore antibioticoterapia è scarsamente definito, può risultare appropriato evitare l'avvio di trattamenti fondati su molecole ad alto impatto in termini di antibiotico-resistenza, per non aggravare un problema di sanità pubblica già critico.

In questo quadro, l'uso degli antibiotici assume quindi un rilievo particolarmente delicato: una quota significativa di pazienti in fase avanzata o terminale riceve trattamenti antibiotici negli ultimi giorni di vita, mentre la letteratura evidenzia come, in molti casi, il beneficio clinico sia limitato e non sempre proporzionato agli obiettivi di cura. In hospice e negli altri setting di cure palliative gli antibiotici sono impiegati in una percentuale rilevante di pazienti, con una marcata variabilità che riflette anche l'assenza di criteri pienamente univoci e condivisi.

Il PARS 2026 si propone pertanto di:

- accrescere la consapevolezza sui rischi infettivi tra tutti gli operatori, sanitari e non sanitari;
- promuovere comportamenti assistenziali sicuri (ad esempio igiene delle mani, corretta gestione dei dispositivi, rispetto delle precauzioni standard);
- sostenere un uso appropriato, prudente e condiviso degli antibiotici nei pazienti in fase avanzata di malattia, in coerenza con i principi della sicurezza delle cure, della proporzionalità terapeutica e del rispetto della dignità della persona assistita.

In questo modo il Piano intende configurarsi non solo come strumento tecnico, ma anche come riferimento operativo per l'intero personale della Fondazione, coinvolgendo medici, infermieri, operatori sociosanitari, altre figure sanitarie e personale di supporto nelle azioni quotidiane di prevenzione e gestione del rischio.

**Tabella 2 – Utilizzo antibiotici**

Utilizzo di antibiotici nell'ultima settimana di vita																
Attività di tipo Residenziale in Cure Palliative	Pazienti in carico			Numero pazienti assistiti in terapia con antibiotici			% pazienti assistiti in terapia con antibiotici sul totale Pz assistiti			N. totale pazienti assistiti con antibiotico terapia nell'ultima settimana di vita			% totale pazienti assistiti con antibiotico terapia nell'ultima settimana di vita sul totale Pz con antibiotico terapia			
	ANNI	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025
<b>ricoveri</b>	361	383	307													
<i>oncologici</i>	237	250	202													
<i>non oncologici</i>	124	133	105													
<b>dimissioni</b>	359	382	307													
<i>di cui dimissioni per decesso</i>	337	361	296													
<i>oncologici</i>	220	235	200													
<i>non oncologici</i>	117	126	96													
<b>pazienti deceduti con assistenza x&lt;_ 7gg</b>	138	165	118													
<b>pazienti assistiti</b>	384	408	336	117	101	118	30%	25%	35%	73	20	67	62%	20%	57%	
<b>Attività di tipo Domiciliare in Cure Palliative</b>																
	pazienti in carico			Numero pazienti assistiti in terapia con antibiotici			% pazienti assistiti in terapia con antibiotici sul totale Pz assistiti			N. totale pazienti assistiti con antibiotico terapia nell'ultima settimana di vita			% totale pazienti assistiti con antibiotico terapia nell'ultima settimana di vita sul totale Pz con antibiotico terapia			
ANNI	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2025
<b>accoglienza da parte del servizio domiciliare</b>	523	534	513													
<i>oncologici</i>	413	416	412													
<i>non oncologici</i>	110	118	101													
<b>dimissioni</b>	530	527	515													
<i>di cui dimissioni per decesso</i>	386	365	363													
<i>oncologici</i>	308	280	278													
<i>non oncologici</i>	78	85	85													
<b>pazienti deceduti con assistenza x&lt;_ 7gg</b>	69	81	70													
<b>pazienti assistiti</b>	606	610	593	220	70	58	36%	11,5%	10%	95	47	16	50%	39%	28%	
<b>assistiti domicilio + hospice</b>	1014	1018	929	337	171	176	33%	17%	19%	168	67	83	50%	39%	47%	

Rispetto ai dati di letteratura, all'interno dei servizi di cure palliative della Fondazione l'utilizzo degli antibiotici si conferma nel complesso inferiore alle percentuali riportate (40–55%), pur con alcune differenze tra anni e setting assistenziali.

Come evidenziato nella *Tabella 2*, nel 2023 i pazienti trattati con antibiotici rappresentavano il 33% del totale assistito, e il 50% di questi aveva ricevuto almeno un ciclo di terapia nell'ultima settimana di vita. Nel 2024, a fronte di un numero di pazienti presi in carico sovrapponibile (1014 pazienti nel 2023 e 1018 nel 2024), la percentuale di soggetti con prescrizione di antibioticoterapia si è ridotta al 17%, mentre la quota di pazienti che ha ricevuto antibiotici nell'ultima settimana di vita, sul totale di coloro che hanno effettuato una terapia

antibiotica nel corso dell'assistenza, è scesa dal 50% al 39% (da 168 pazienti nel 2023 a 67 nel 2024). Nel 2025, i dati riportati in *Tabella 2* documentano il mantenimento di un utilizzo di antibiotici contenuto e complessivamente in linea con l'orientamento già osservato nel 2024, pur con alcune variazioni tra domicilio e Hospice che richiedono un monitoraggio continuo.

Nel 2023, analizzando i dati per setting assistenziale, risultava che a domicilio era stato trattato con antibiotici il 36% dei pazienti, di cui il 43% nell'ultima settimana di vita, mentre in Hospice il 30% dei pazienti aveva ricevuto antibiotici e, tra questi, il 62% nell'ultima settimana di vita. La progressiva riduzione delle prescrizioni complessive e della quota di trattamenti concentrati negli ultimi giorni di vita osservata nel 2024 e confermata nel 2025 suggerisce un uso più selettivo e mirato della terapia antibiotica, coerente con gli obiettivi di appropriatezza e di centralità della qualità di vita propri delle cure palliative.

Nel complesso, all'interno della Fondazione nel triennio 2023–2025 l'uso degli antibiotici si è mantenuto al di sotto del range del 40–55% descritto in letteratura, mostrando nel 2024 una riduzione netta e nel 2025 una conferma di questo trend verso una prescrizione più oculata, che andrà ulteriormente monitorata negli anni successivi.

## 2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

La Fondazione dispone di una procedura strutturata di gestione del rischio clinico che prevede la segnalazione di eventi avversi, near miss ed eventi sentinella, in attuazione dell'art. 2, c. 5, della L. 24/2017. Nel 2024 le segnalazioni pervenute in Direzione Sanitaria tramite apposita modulistica rappresentavano circa il 50% degli eventi effettivamente rilevabili in cartella clinica, evidenziando una sotto-segnalazione rispetto a quanto previsto dalla procedura, pur in presenza di una buona tracciabilità clinica degli accadimenti.

L'analisi dei dati riportati nelle *Tabelle 3, 4 e 5* mostra, per il triennio 2023–2025, un quadro degli eventi avversi concentrato quasi esclusivamente sulle cadute accidentali in hospice, riconducibili prevalentemente a fattori organizzativi e procedurali, senza esiti clinici gravi e non considerati evitabili nel contesto assistenziale specifico. Il confronto fra i tre anni evidenzia come la frequenza delle cadute risenta sia delle caratteristiche cliniche dei pazienti accolti sia del livello di aderenza alle misure di prevenzione e segnalazione previste dalle procedure interne; le variazioni osservate tra un anno e l'altro vanno pertanto lette alla luce di entrambi questi fattori.

Nel 2025, alla luce dei dati riportati in *Tabella 5*, si rileva un'evoluzione del sistema di incident reporting che non riguarda solo il numero degli eventi ma anche la loro qualità di segnalazione: oltre agli eventi avversi sono stati infatti registrati anche near miss, tra cui una richiesta di emotrasfusione non appropriata per errata lettura degli esami di laboratorio, intercettata prima della somministrazione, e un errore di dosaggio di farmaco che non ha determinato danno al paziente. Questo passaggio da una segnalazione centrata prevalentemente sugli eventi con esito a un monitoraggio che include sistematicamente anche gli eventi evitati indica una progressiva maturazione del sistema, coerente con le buone pratiche di risk management che considerano i near miss indicatori precoci di criticità di processo.

Per quanto riguarda la sinistrosità, la *Tabella 6* documenta che, nel quinquennio 2021–2025, è stato aperto un solo sinistro nel 2022, senza alcun risarcimento erogato; negli anni 2023, 2024 e 2025 non risultano sinistri aperti né liquidati, con risarcimenti pari a zero. Tale dato, ai sensi dell'art. 4, c. 3, della L. 24/2017, conferma l'assenza di eventi con esito grave tale da determinare richieste risarcitorie correlate al rischio sanitario nel periodo considerato e, nel contempo, rafforza l'importanza di mantenere elevato il livello di attenzione sui processi di segnalazione e analisi degli eventi, anche in presenza di una bassa sinistrosità.

Nel 2025 sono state inoltre diffuse al personale le raccomandazioni ministeriali sul corretto utilizzo delle prescrizioni farmacologiche e degli acronimi, con l'obiettivo di ridurre il rischio di errore terapeutico, in coerenza con l'evidenza che individua la chiarezza prescrittiva e comunicativa come leva fondamentale per la sicurezza delle cure.

Per l'**assistenza domiciliare** i dati sulle cadute vanno interpretati con particolare cautela, poiché nella maggior parte dei casi l'evento non avviene in presenza dell'operatore, ma viene riferito successivamente

dai familiari. Questo comporta un probabile fenomeno di sotto-segnalazione e una possibile imprecisione nella descrizione dinamica dell'evento (ora, circostanze, fattori ambientali), con un impatto sulla capacità di analizzare le cause profonde e di programmare interventi preventivi mirati.

Nonostante tali limiti, le cadute rilevate a domicilio rappresentano comunque un indicatore importante di fragilità e di rischio assistenziale, utile per modulare i PAI, rafforzare l'educazione dei caregiver su sicurezza ambientale e mobilitazione del paziente e migliorare le modalità di raccolta strutturata delle informazioni (schede standardizzate, domande guida in visita, eventuale follow-up telefonico dopo la caduta).

**Tabella 3 - Eventi segnalati nel 2023 (art. 2, c. 5 della L.24/2017)**

ANNO 2023 - EVENTI AVVERSI					
Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti <sup>(A)</sup>	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Eventi Avversi in Hospice e Centro diurno	43	100%	Organizzativi (50%) Procedure/Comunicazione (50%)	Procedure/Comunicazione (100%)	Sistemi di reporting (99%) Sinistri (0%) Emovigilanza (0%) Farmacovig. (0%) Dispositivovig. (0%) ICA (0%) ecc.
Eventi Avversi in assistenza domiciliare	72	98%	Organizzativi 50% Comunicazione 50%	Valutazione degli ambienti alla presa in carico -	Analisi delle cartelle cliniche
Near Miss	0	0	-	-	
Eventi Sentinella	-	-			

**Tabella 4 - Eventi segnalati nel 2024 (art. 2, c. 5 della L.4/2017)**

ANNO 2024 - EVENTI AVVERSI					
Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti <sup>(A)</sup>	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
<b>Eventi Avversi in Hospice e Centro diurno</b>	10	100%	Organizzativi (50%) Procedure/Comunicazione (50%)	Procedure/Comunicazione/ riproporre raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del pz nelle strutture sanitarie (Min. Sal.)	analisi cartella clinica (40%) Sistemi di reporting (60%) Sinistri (0%) Emovigilanza (0%) Farmacovig. (0%) Dispositivovig. (0%) ICA (0%)
<b>Eventi Avversi in assistenza domiciliare</b>	72	100%	Organizzativi 50% Comunicazione 50%	Valutazione degli ambienti alla presa in carico a domicilio	Analisi delle cartelle cliniche 91% - Incident reporting 9%
<b>Near Miss</b>	4	50%	distrazione dell'operatore/problemi legati all'utilizzo di acronimi	uso non standardizzato di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, può indurre in errore e causare danni ai pz	analisi cartella clinica 50%; sistemi di reporting 50%
<b>Eventi Sentinella</b>	-	-			

**Tabella 5 - Eventi segnalati nel 2025 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

ANNO 2025 - EVENTI AVVERSI					
Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti <sup>(A)</sup>	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Eventi Avversi in Hospice e Centro diurno	18	100%	Organizzativi (50%) Procedure/Comunicazione (50%)	Procedure/ Comunicazione (100%)	analisi cartella clinica (83%) Sistemi di reporting (17%) Sinistri (0%) Emovigilanza (0%) Farmacovig. (0%) Dispositivovig. (0%) ICA (0%)
Eventi Avversi in assistenza domiciliare	64	98%	Organizzativi 50% Comunicazione 50%	Valutazione degli ambienti alla presa in carico - Garantire un passaggio di informazioni efficace tra gli operatori	Analisi delle cartelle cliniche - Incident reporting
Near Miss	1	0	-	-	incident reporting
Eventi Sentinella	-	-			

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

Anno	N. Sinistri aperti <sup>(A)</sup>	N. Sinistri liquidati <sup>(A)</sup>	Risarcimenti erogati <sup>(A)</sup>
2025	0	0	0
2024	0	0	0
2023	0	0	0
2022	1	0	0
2021	0	0	0

(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 posizione assicurativa è descritta nella *Tabella 7* sottostante.

**Tabella 7 - Descrizione della posizione assicurativa**

	<b>Polizza (scadenza)</b>	<b>Compagnia Ass.</b>	<b>Premio</b>	<b>Franchigia</b>	<b>Brokeraggio</b>
<b>2025</b>	162558617	UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SPA	28.800,00	500,00	ASSIFIDI SPA
<b>2024</b>	162558617	UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SPA	28.800,00	500,00	ASSIFIDI SPA
<b>2023</b>	162558617	UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SPA	28.800,00	500,00	ASSIFIDI SPA
<b>2022</b>	162558617	UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SPA	28.800,00	500,00	ASSIFIDI SPA
<b>2021</b>	162558617	UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SPA	28.800,00	500,00	ASSIFIDI SPA

### 4. IGIENE DELLE MANI

Dal controllo osservazionale sulla corretta igiene delle mani emerge un livello di aderenza complessivamente buono, con il 79% delle pratiche eseguite correttamente (cura di mani e unghie, lavaggio sociale e utilizzo della frizione alcolica) e il 21% non conformi. Questo dato indica che la maggior parte degli operatori applica in modo adeguato le procedure, ma rimane ancora un margine significativo di miglioramento, soprattutto in un ambito cruciale per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Le pratiche non corrette, seppur minoritarie, suggeriscono la necessità di rafforzare le azioni di formazione mirata e di feedback agli operatori, con particolare attenzione alla standardizzazione dei comportamenti e alla riduzione delle variabilità individuali. In quest'ottica, il mantenimento di programmi di audit osservazionale periodico e la condivisione dei risultati nei team diventano strumenti fondamentali per consolidare le buone pratiche e ridurre progressivamente la quota di non conformità.

**Tabella 8 - Igiene delle mani**

<b>UNGHIE E MANI</b>					
	<b>campione</b>	<b>corretto</b>	<b>%</b>	<b>non corretto</b>	<b>%</b>
Unghie corte e pulite	20	19	95%	1	5%
Unghie con smalto	20	15	75,00%	5	25,00%
anelli - bracciali	20	15	75,00%	5	25,00%
<b>LAVAGGIO SOCIALE</b>					
	<b>campione</b>	<b>corretto</b>	<b>%</b>	<b>non corretto</b>	<b>%</b>
Inizio Servizio	20	19	95%	1	5%
Fine Servizio	20	15	75%	5	25%
Prima di somministrare pasti (Pasti) inf - oss	13	8	62%	5	38%
Dopo utilizzo ser. Igienici	20	20	100%	0	0%
Prima della somministrazione terapia(inf)	8	7	88%	1	12%
<b>FRIZIONE SOL. ALCOLICA</b>					
	<b>campione</b>	<b>corretto</b>	<b>%</b>	<b>non corretto</b>	<b>%</b>
Prima di contatto con il paziente	17	15	88%	2	12%
Dopo contatto con il paziente	17	17	100%	0	0%
Prima di utilizzare i presidi	15	10	67%	5	33%
Dopo manovre con presidi	15	10	67%	5	33%
Dopo contatto con liquido corporeo (svuotare sacca urine)	18	18	100%	0	0%
diverse attività stesso paziente	15	13	87%	2	13%
Prima del contatto con superficie arredi	18	1	6%	17	94%
Dopo contatto superficie arredi	18	11	61%	7	39%
Dopo rimozione guanti	20	20	100%	0	0%
<b>totali</b>	<b>294</b>	<b>233</b>	<b>79%</b>	<b>61</b>	<b>21%</b>

## 5. CONSUMI IGIENIZZANTI MANI - SAPONE E GEL

L'analisi del consumo di soluzioni idroalcoliche rimane un'attività da monitorare anche per il 2026.

Dopo gli anni del covid, lo standard medio di consumo sarà valutato con la media degli anni 2023-2025. Negli ultimi 3 anni il consumo di soluzioni idroalcoliche è rimasto nella media.

**Tabella 9 - Consumo degli igienizzanti**

<b>CONSUMI IGIENIZZANTI MANI - SAPONE E GEL</b>							
	<b>I semestre 2023</b>	<b>II semestre 2023</b>	<b>I semestre 2024</b>	<b>II semestre 2024</b>	<b>I semestre 2025</b>	<b>II semestre 2025</b>	<b>media litri/semestre</b>
	litri	litri	litri	litri	litri	litri	litri
disinfezione e sapone mani	50	80	75	60	80	75	70
gel mani	80,5	41	42,5	48	54	44	52

## 6. PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI - PARS 2026

### Relazione Tecnica

#### 1. Costituzione del Team di Gestione

Per l'attuazione del Programma di controllo della legionellosi è stato costituito un **Team di Gestione** dedicato, in coerenza con il quadro normativo vigente (Linee guida nazionali legionellosi, D.Lgs 18/2023).

Il Team è composto da:

- Direttore Sanitario, con incarico anche di **Risk Manager**, con funzione di coordinamento clinico-organizzativo.
  - RSPP (Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione), con compiti di valutazione del rischio biologico e interfaccia con la sicurezza sul lavoro.
  - Delegato per la sicurezza ex art. 16 del d.lgs. 81/2008
  - Referente Tecnico/Manutentore, per la gestione e la manutenzione degli impianti idrici e termici.
- Il Team analizza i dati di monitoraggio, aggiorna la valutazione del rischio, definisce e verifica le misure di controllo e programma gli interventi di miglioramento.

#### 2. Valutazione del Rischio e Misure di Controllo

Ai sensi del D.Lgs 18/2023, la valutazione del rischio legionellosi è stata condotta considerando le caratteristiche dell'impianto idrico, la vetustà dei materiali, le modalità d'uso dei terminali e la vulnerabilità dell'utenza assistita.

Sono state individuate le principali criticità:

- Volumi di accumulo significativi (3 cisterne da 2.000 L) con potenziale ristagno e stratificazione termica.
- Punti a basso utilizzo (rami morti, irrigazione esterna, servizi igienici poco usati) con ristagno idrico.
- Terminali a maggior produzione di aerosol (soffioni doccia), con maggiore potenziale di esposizione per pazienti e operatori.

In relazione a tali criticità sono state adottate le seguenti **misure di controllo operative**:

- Controllo delle temperature nei serbatoi e sull'acqua calda sanitaria per evitare il range favorevole alla proliferazione di Legionella (25–45 °C).
- Programmazione di cicli di disinfezione termica e/o chimica sugli impianti di produzione ACS (shock termico/chimico).
- Flussaggio periodico dei soffioni doccia e dei punti a basso utilizzo, con protocolli di apertura programmata per garantire il ricambio dell'acqua nei rami terminali.
- Manutenzione programmata dei terminali (decalcificazione e sostituzione periodica di rompigetto e soffioni) per ridurre biofilm e depositi.

#### 3. Piattaforma Documentale

A supporto del programma esiste una **Piattaforma Documentale** (cartella di documenti condivisa in area comune dal team di gestione) dedicata al rischio Legionella, integrata nel sistema di gestione del rischio sanitario aziendale.

La piattaforma contiene:

- Files dei campionamenti microbiologici (date, punti di prelievo, risultati, eventuali non conformità e azioni correttive).
- Documentazione della valutazione del rischio (mappa impiantistica, identificazione dei punti critici, classificazione del rischio).
- Piano degli interventi di miglioramento, che prevede la progressiva sostituzione dei tratti in ferro zincato con materiali polimerici certificati per alte temperature.

#### 4. Monitoraggio, Verifica e Efficacia delle Misure

Il programma di controllo prevede un **monitoraggio periodico** sia operativo sia microbiologico per verificare l'efficacia delle misure messe in atto.

Le principali attività di monitoraggio includono:

- Controllo periodico delle temperature ai punti critici (serbatoi, boiler, terminali).
- Campionamenti microbiologici per la ricerca di Legionella nei punti identificati come maggiormente a rischio, con frequenza definita in funzione della valutazione del rischio.
- Verifica della corretta esecuzione delle attività di flussaggio, disinfezione e manutenzione.

I risultati dei controlli vengono discussi dal Team di Gestione, che provvede ad aggiornare la valutazione del rischio, adeguare le frequenze di monitoraggio e, se necessario, intensificare le misure di controllo o programmare interventi strutturali. In questo modo il Programma di controllo della legionellosi viene mantenuto dinamico e migliorato nel tempo, in coerenza con le evoluzioni normative e con le caratteristiche specifiche della struttura.

**Tabella 10 - Piano dei controlli igienico sanitari nel 2025**

Attività	Responsabile attuazione	Periodicità	Data esecuzione	Controllo precedente
Verifica legionella	RSPP	Semestrale	17/01/2025 13/03/2025 24/07/2025	12/01/2024 09/07/2024
Potabilità acqua	RSPP	Semestrale	17/01/2025 24/07/2025	12/01/2024 09/07/2024
Tamponi biancheria - esterni (piastre di terreno di coltura)	Uff. Qualità	Annuale	26/11/2025	30/07/2024
Potabilità acqua - Piombo	Uff. Qualità	Annuale	06/02/2025	13/02/2024
Potabilità acqua - Escherichia Coli	Uff. Qualità	Annuale	06/02/2025	13/02/2024
Potabilità acqua - Enterococchi	Uff. Qualità	Annuale	06/02/2025	13/02/2024

## 7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

**Tabella 11 - Matrice delle responsabilità**

Azione	Direttore Sanitario/ Responsabili dei servizi	Responsabil e Affari Legali/Gener ali*	Datore di lavoro	Strutture di supporto (qualità e privacy, magazzini farmaceutic o...)
Redazione PARS	R	C	R	-
Adozione PARS	I	I	R	-
Monitoraggio PARS	R	C	I	C

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

\*Se presente

## 8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

### 8.1 Obiettivi

I quattro obiettivi strategici definiti 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) Secondo quanto previsto dal Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani nel 2023, mantenere il Piano di Azione e di monitoraggio locale per assicurare il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

## 8.2 Attività

In questa sezione sono elencate le attività che, sulla base della specifica valutazione del rischio sanitario, sono previste per il raggiungimento degli obiettivi definiti nel punto 5.1.

Per ogni attività è stato definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo *standard* che ci si prefigge di raggiungere. In alcuni casi l'indicatore non potrà che essere del tipo sì/no, mentre in altri è stato previsto un rapporto indicando una percentuale da raggiungere.

**Tabelle 12 - Declinazione delle attività previste per il 2026**

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>				
<b>ATTIVITÀ 1 – Analisi dei dati per la gestione del Rischio Clinico e presentazione agli operatori sanitari. Formazione su rischio clinico ai nuovi assunti e aggiornamento formativo al personale già in servizio.</b>				
<b>INDICATORE</b> Esecuzione degli incontri con il personale e due sedute annuali di formazione per equipe territoriali e residenziali, entro il 30/6/2026				
<b>STANDARD</b> 100%				
<b>FONTE</b> direttore sanitario				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
<b>Azione</b>	<b>Direttore sanitario</b>	<b>UO Formazione</b>	<b>Qualità e privacy</b>	<b>Responsabili dei servizi e case manager</b>
<b>Progettazione degli incontri</b>	R	C	I	C
<b>Organizzazione</b>	I	R	I	C
<b>Esecuzione del corso</b>	R	C	I	C
<b>ATTIVITÀ 2 – Tra gli eventi avversi le cadute rimangono l'evento più frequente sia in Hospice che a domicilio. Incontri sulla possibilità di migliorare la formazione dei familiari a domicilio.</b>				
<b>INDICATORE</b> – Dati su cadute dei pazienti in struttura e a domicilio a giugno 2026				
<b>STANDARD</b> no				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
<b>Azione</b>	<b>Direttore sanitario</b>	<b>UO Formazione</b>	<b>Qualità e privacy</b>	
<b>Elaborazione dati 2024</b>	R	C	I	
<b>Organizzazione incontri per presentazione dei dati e analisi del Miglioramento</b>	C	R	I	

<b>OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA</b>			
<b>ATTIVITÀ 3 – Audit sulla corretta procedura della gestione del consenso informato alle cure.</b>			
<b>INDICATORE – VERIFICA DELLA CORRETTA COMPILAZIONE DEL CONSENSO INFORMATO</b>			
<b>STANDARD 90% del campione</b>			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>Direttore sanitario</b>	<b>Responsabili dei servizi</b>	<b>Qualità e privacy</b>
Definizione del Campione	C	I	R
Elaborazione dati 2025	C	C	R
Organizzazione incontri per presentazione dei dati e analisi del miglioramento	R	C	C

<b>ATTIVITÀ 4 - Monitoraggio sul corretto comportamento degli operatori nell'igiene delle mani</b>				
<b>INDICATORE</b> esito della valutazione degli osservatori sulla corretta procedura igiene delle mani				
<b>STANDARD 90% conformità alle procedure</b>				
<b>FONTE</b> direttore sanitario				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
<b>Azione</b>	<b>Direttore sanitario</b>	<b>Osservatori</b>	<b>Responsabili dei servizi</b>	<b>Responsabile qualità</b>
Pianificazione audit	C	R	I	C
Esecuzione Audit	C	C	I	R
Analisi esiti e azioni di miglioramento	R	C	C	I

<b>ATTIVITÀ 5 - Monitoraggio consumo di prodotti idroalcolici per igiene mani</b>			
<b>INDICATORE</b> report semestrale sul consumo			
<b>STANDARD</b> consumo MEDIO 2024 -2025 -2026			
<b>FONTE</b> direttore sanitario			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>Direttore sanitario</b>	<b>Direzione Servizi Generali</b>	<b>Magazzino farmaceutico</b>
Report consumo	C	R	C
Analisi del report	R	C	C
Analisi esiti e azioni di miglioramento	R	C	C

<b>ATTIVITÀ 6 - Monitoraggio consumo antimicrobici in Hospice e a Domicilio</b>			
<b>INDICATORI:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisi report numero pazienti con terapia antibiotica nell'ultima settimana di vita</li> <li>• Diffusione e discussione del report con equipe multidisciplinare e definizione piano di miglioramento entro il 31/07/2027</li> <li>• Monitoraggio semestrale (entro luglio 2026) e report annuale consumo antimicrobici (entro il 15/02/2027)</li> </ul>			
<b>STANDARD 1/1</b>			
<b>FONTE</b> direttore sanitario			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>Direttore sanitario</b>	<b>Responsabili servizi</b>	<b>Qualità e privacy</b>
Analisi report	R	C	I

<b>Condivisione esiti e azioni miglioramento</b>	C	R	I
<b>Verifica efficacia azioni condivise</b>	C	R	I

## 9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Al fine di raggiungere gli obiettivi enunciati nel PARS 2026 il direttore sanitario e i responsabili dei servizi, si impegnano ad assicurare:

- La presentazione del PARS alle equipe assistenziali;
- La distribuzione e diffusione del PARS tramite Circolare aziendale;
- La Disponibilità del PARS in formato PDF all'interno della rete aziendale;
- La pubblicazione del PARS sul sito internet della Fondazione Sanità e Ricerca.

## 10. ALTRA BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- WHO. Antimicrobial resistance.
- Documento di Indirizzo Per L'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario. REGIONE LAZIO-CRRC. Determinazione G00643 del 25/01/2022.
- Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella. Regione Lazio –CRRC. Determinazione G09850 del20/07/2021.
- Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani. CRRC 19 febbraio 2021;
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico Resistenza. PNCAR 2017-2021;
- "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" Revisione 2021. Centro Regionale Rischio Clinico.
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025;
- Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 e aggiornamenti;
- Circolare Ministero delle Salute del 6/12/2019 con aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e controllo delle infezioni da Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE).
- Ministero della Salute. Circolare 0035086-03/12/2019. Rapid Risk Assessment dell'ECDC: Enterobatteri Resistenti ai carbapenemi (CRE) - 26 settembre 2019.
- 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".
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".
- Deliberazione 2018 GR0357\_ Istituzione Osservatorio Sicurezza Operatori Regione Lazio.
- Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti".
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)"
- Determinazione n. G04112 del 01/04/2014 Approvazione del documento recante: Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";

- 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.B1";
- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- GLOSSARIO del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza);
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "SaveSurgery Save Live";
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
- Reason J. Human error. Cambridge: Cambridge University Press 1990.
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:  
[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QDQQUSO5JPMJ:www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp%3Fd%3D250%26area%3Dqualita%26menu%3Dsicurezza&cd=1&hl=it&ct=clnk&gl=it](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QDQQUSO5JPMJ:www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp%3Fd%3D250%26area%3Dqualita%26menu%3Dsicurezza&cd=1&hl=it&ct=clnk&gl=it)
- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza) o AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety indicators;
- <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx> o Vincent C, Amalberti R. Safer Healthcare, strategy for the real world. Springer Open (<https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-25559-0>).
- DGR n. 460 del 28/06/2024 - "Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi".
- Conferenza Stato-Regioni il 7 maggio 2015 - "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi"