



PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO  
ORDINE OSPEDALIERO DI SAN GIOVANNI DI DIO  
**FATEBENEFRAELLI**

Centro Direzionale: 00189 ROMA – Via Cassia, 600 Tel. 06 3355906 – PEC: provincia\_romana\_fbf@legalmail.it – Iscritto al R.P.G. n. 666/87 C.F. 00443370580 – P.IVA 00894591007

Roma 27 febbraio 2026

Al Direttore Sanitario  
Ospedale San Pietro  
Roma

e.p.c. Al Direttore Sanitario Centrale  
Sede

Prot.: 0663/2026/003C

**Oggetto: Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario (PARS 2026)**

Con la presente si approva il Documento di codesta Direzione relativo all'adozione del PARS 2026 così come ricevuto con nota del 27.02 u.s.

Per quanto sopra si invita a voler proceder alla trasmissione del Documento de quo agli Organi Regionali, dandone tempestiva comunicazione a questa Direzione.

Cordiali saluti.

Il Direttore Generale  
(Fra Pietro dr. Cicinelli oh)

OSPEDALE  
"SAN PIETRO"

Via Cassia, 600  
00189 ROMA  
Tel. 06 33581  
Fax 06 33251424

ISTITUTO  
"SAN GIOVANNI DI DIO"

Via Fatebenefratelli, 3  
00045 GENZANO DI ROMA  
Tel. 06.937381  
Fax 06.9390052

OSPEDALE  
"SACRO CUORE DI GESÙ"  
FATEBENEFRAELLI

Viale Principe di Napoli, 14/A  
82100 BENEVENTO  
Tel. 0824.771111  
Fax 0824.47935

OSPEDALE  
"BUON CONSIGLIO"

Via Manzoni, 220  
80123 NAPOLI  
Tel. 081.5981111  
Fax 081.5757643

OSPEDALE  
"BUCCHERI LA FERLA"

Via Messina Marine, 197  
90123 PALERMO  
Tel. 091.479111  
Fax 091.477625

|                                                                                   |                                                                                                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA         |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br/>         (PARS) – 2026</b><br><i>Pag. 1 di 30</i> |                                                                                     |

---

# PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

## PARS – 2026

---

### OSPEDALE SAN PIETRO - FBF

**RISK MANAGER** Dott. Eugenio Cunego

Dott.ssa Angela Primavera / Direzione Sanitaria

Dott.ssa Patrizia Piscioneri / Direzione Sanitaria Centrale

Dott.ssa Anna Rita Pazzaglini / Dirigente Area Infermieristica

27 febbraio 2026

|                                                                                   |                                                                                                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA         |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br/>         (PARS) – 2026</b><br><i>Pag. 2 di 30</i> |                                                                                     |

## **Indice**

|                                                                         |         |
|-------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1. Contesto organizzativo                                               | pag. 3  |
| 2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati | pag. 11 |
| 3. Descrizione della posizione assicurativa                             | pag. 12 |
| 4. Resoconto delle attività del Piano precedente                        | pag. 13 |
| 5. Matrice delle Responsabilità                                         | pag. 17 |
| 6. Obiettivi e attività                                                 | pag. 18 |
| 6.1 Obiettivi                                                           |         |
| 6.2 Attività                                                            |         |
| 7. Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo           | pag. 24 |
| 7.1 Obiettivi                                                           |         |
| 7.2 Attività                                                            |         |
| 8. Modalità di diffusione del documento                                 | pag. 28 |
| 9. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi.                    | pag. 28 |

ALLEGATO 1: PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2026

ALLEGATO 2: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLA 2026

|                                                                                   |                                                                                                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA         |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br/>         (PARS) – 2026</b><br><i>Pag. 3 di 30</i> |                                                                                     |

## **1. CONTESTO ORGANIZZATIVO**

### **PREMESSA**

La gestione del rischio rientra tra gli obiettivi prioritari dell'Ospedale San Pietro, atteso che una delle maggiori responsabilità è quella di fornire cure di qualità e che uno dei principali elementi della qualità delle cure, oltre alla efficacia ed efficienza delle prestazioni, è la sicurezza del servizio offerto.

La Provincia Religiosa di S. Pietro dell'Ordine Ospedaliero di S. Giovanni di Dio FBF, alla quale appartiene l'Ospedale S. Pietro, ribadisce, nell'ordine di servizio n. 28 del 13.04.2015 intitolato Risk Management, che:

“La Provincia Religiosa è da tempo impegnata in una attività di riduzione dei rischi a tutela dei pazienti e degli operatori creando un sistema di “gestione dell'errore” che consente di individuare meglio eventuali responsabilità riconducibili a fattore umano, qualità tecnica della prestazione, organizzazione dei sistemi aziendali, percorsi di diagnosi, cura ed assistenza.

Da qui la necessità di ridurre il rischio sanitario attraverso la individuazione e la valutazione dello stesso per mezzo di una specifica struttura aziendale dedicata al Risk Management con il compito di:

- individuare strategie, a livello locale e centrale, di gestione e di diminuzione dei rischi eventuali;
- attuare il coordinamento delle stesse;
- istituire sistemi di identificazione, valutazione e gestione degli eventi;
- programmare modalità operative e azioni di monitoraggio per ridurre gli eventi avversi ed ottenere il miglioramento della qualità delle cure offerte ai pazienti;
- valutare, trattare e risolvere i casi di RCT e giudiziari, pretesi dai pazienti interessati e/o dagli aventi diritto.

Tutti questi aspetti devono essere affrontati nell'ambito di una organizzazione e di programmi aziendali di Risk Management, coinvolgendo tutti gli operatori interessati, pur nel rispetto delle specifiche competenze, affinché l'eventuale errore commesso e la sua soluzione possa essere anche strumento di miglioramento comportamentale e procedurale ai fini del contenimento e della eliminazione di tali errori.”

|                                                                                   |                                                                                                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA         |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br/>         (PARS) – 2026</b><br><i>Pag. 4 di 30</i> |                                                                                     |

## POSIZIONE ISTITUZIONALE

- Appartenente alla Provincia Religiosa di San Pietro dell’Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio – Fatebenefratelli
- Equiparato a tutti gli effetti (ai sensi dell’art. 41 L. 833/78, art. 4 Dlgs 502/92 art. 1 – p. 18 Dlgs 229/99; L. 133/08), alla spedalità di diritto pubblico, erogante assistenza sanitaria pubblica per fini istituzionali e senza finalità di lucro.
- Titolare del regolamento organico riconosciuto dal M.S. con atto DD del 01.01.04, di approvazione della deliberazione n. 9/02/003C del 17.12.02.
- Titolare di Atto Aziendale per Delibera C.d.A. del 14.06.2007 n° 165/1.
- Modello organizzativo Dipartimentale per Delibera Presidenziale del 17/12/2003 – n° 5/03/003C aggiornamento con Delibera Presidenziale del 26/06/2009 n° 177/2/B recepita con Delibera Presidenziale n° 61 del 07/07/2009
- Titolare di Autorizzazione all’Esercizio e Accreditemento Istituzionale definitivo per n. 401 p.l. confermati con DCA U00224 del 16.06.2017, comprendente anche l’Autorizzazione all’esercizio dell’ambulatorio Odontoiatrico, riconfermato con nota Regione Lazio U0910324 del 12.11.2019. Attualmente come da DGR 869/2023 i p.l. accreditati sono 328.
- DEA I° livello
- Assistenza Perinatale di II° livello riconosciuto per DCA U00368/2014 e U00412/2014

## TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE

L’Ospedale San Pietro eroga:

- Prestazioni di Pronto Soccorso
- Prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuzie.
- Prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale

|                                                                                   |                                                                                                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA         |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br/>         (PARS) – 2026</b><br><i>Pag. 5 di 30</i> |                                                                                     |

## AREA DI DEGENZA

- **Ricovero urgente**
- **Ricovero programmato**

È preceduto dall'inserimento del paziente in lista di attesa.

Le liste di attesa sono gestite dalle singole discipline ospedaliere che predispongono l'inserimento dei pazienti in esse.

- **Ricovero a ciclo diurno (Day Hospital / Day Surgery)**

È attivo il day surgery per le seguenti discipline chirurgiche: Chirurgia Generale, Otorinolaringoiatria, Ortopedia, Ginecologia, Urologia.

È attivo il day hospital per le seguenti discipline mediche: Oncologia / Medicina, Anestesiologia - Terapia del Dolore

- **Preospedalizzazione**
- **Dimissione protetta**

## ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE

- **Accorpamenti di prestazioni ambulatoriali (APA/PAC)**
- **Specialistica ambulatoriale:**

**AFO medica** (Medicina, Oncologia, Geriatria, Cardiologia, Neurologia)

**AFO chirurgica** (Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Urologia, ORL, Oculistica, Ortopedia, Odontoiatria)

**AFO Servizi** (Fisiochinesiterapia, Endoscopia Digestiva, Patologia Clinica, Radiologia, Radioterapia, Genetica Medica)

**AFO Materno-Infantile** (Ostetricia, Ginecologia, Pediatria, Neonatologia)

## DATI STRUTTURALI

L'Ospedale S. Pietro è sede di DEA di I livello; sono integrati nel DEA:

- Pronto Soccorso Generale con 6 pl OBI (con area dedicata alla accettazione ostetrico-ginecologica)
- Medicina d' Urgenza (12 pl)
- Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) (8 pl)
- Servizio di Emodinamica;
- Rianimazione e Terapia Intensiva (8 pl)
- Unità di Terapia Intensiva Neonatale / Patologia Neonatale (UTIN) (20 pl)
- Centro Trattamento Neurovascolare (TNV) / PS per trattamento Ictus

|                                                                                   |                                                                                                             |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>OSPEDALE SAN PIETRO</b><br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2026</b><br>Pag. 6 di 30                    |                                                                                     |

| DOTAZIONE POSTI-LETTO (DRG 869 del 07/12/2023)                   |     |                                    |    |
|------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------|----|
| Posti letti ordinari<br>(Accreditati)                            | 304 | Chirurgia Generale/Urgenza         | 31 |
|                                                                  |     | Chirurgia Vascolare                | 5  |
|                                                                  |     | Urologia                           | 7  |
|                                                                  |     | Ortopedia / Traumatologia          | 30 |
|                                                                  |     | Ostetricia/Ginecologia             | 78 |
|                                                                  |     | Cardiologia                        | 20 |
|                                                                  |     | Oculistica                         | 1  |
|                                                                  |     | ORL                                | 2  |
|                                                                  |     | Medicina Generale                  | 36 |
|                                                                  |     | Neurologia                         | 8  |
|                                                                  |     | Geriatria                          | 12 |
|                                                                  |     | Oncologia                          | 16 |
|                                                                  |     | Pediatria                          | 10 |
|                                                                  |     | Patol. Neonatale + sub UTIN + UTIN | 20 |
|                                                                  |     | UTIC                               | 8  |
|                                                                  |     | Medicina d'Urgenza                 | 12 |
|                                                                  |     | UTIR                               | 8  |
| Posti letti diurni<br>(DH/DS polispecialistico)<br>(Accreditati) | 24  | Area medicina/oncologia            | 12 |
|                                                                  |     | Area chirurgia                     | 12 |
| Posti letto solvenza (autorizzati)                               | 69  | Multidisciplinare                  | 69 |

|                                                    |   |  |
|----------------------------------------------------|---|--|
| Blocchi Operatori Chirurgia Multispecialistica     | 2 |  |
| Sale Operatorie Chirurgia Multispecialistica       | 7 |  |
| Sala Operatoria Chirurgia Ambulatoriale            | 1 |  |
| Sala Operatoria Emodinamica                        | 2 |  |
| Blocchi travaglio - parto                          | 3 |  |
| Sale travaglio parto                               | 8 |  |
| Sale operatorie TC                                 | 2 |  |
| Terapia Intensiva e Rianimazione                   | 1 |  |
| Terapia Intensiva Neonatale                        | 1 |  |
| Terapia Intensiva Coronarica                       | 1 |  |
| Servizio Trasfusionale                             | 1 |  |
| Servizio di Radioterapia Oncologica (Acceleratori) | 3 |  |
| Laboratorio Analisi                                | 1 |  |
| Laboratorio di Genetica                            | 1 |  |
| Laboratorio di Istopatologia                       | 1 |  |
| Servizio di RX per immagini                        | 1 |  |

|                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br/>(PARS) – 2026</b><br><i>Pag. 7 di 30</i>  |                                                                                     |

## DATI ATTIVITA' 2025

|                                                                                      |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Ricoveri ordinari                                                                    | 15.594  |
| Ricoveri diurni ( DS)                                                                | 826     |
| Accessi diurni (DH)                                                                  | 4.356   |
| Accessi PS                                                                           | 42.399  |
| Parti                                                                                | 3.347   |
| Interventi Chirurgici Ord e DS                                                       | 10.688  |
| Prestazioni APA /PAC                                                                 | 3.732   |
| Branche specialistiche amb.                                                          | 23      |
| Prestazioni ambulatoriali erogate (SSN + Divisionale)<br>escluso Laboratorio Analisi | 154.037 |

## RETI ASSISTENZIALI REGIONE LAZIO

(Decreti di riferimento: DCA 73/2010 – DCA 56/2010 – DCA 74/2010 – DCA 77/2010 – DCA 75/2010 – DCA 76/2010 - DCA 74/2010 - DCA 368/214 - DCA 412/2014)

- **D.E.A. I Livello**
- **Assistenza Perinatale:** Attuale riconoscimento per il DCA U00368/2014 e U00412/2014 al II Livello della Rete Perinatale (già classificato “III classe di assistenza perinatale” D.C.A. U00056/2010 / Regione Lazio)
- **Rete Cardiologica:** Cardiologia / UTIC / Servizio di Emodinamica attivo h24 per angioplastica primaria. Riconoscimento Fascia “E” (Performance >300 IMA e 400 Angioplastiche/anno)
- **Rete Ictus:** U.O.C. di Neurologia con riconoscimento di Centro TNV/PS formato per effettuazione di trombolisi.
- **Rete Trauma:** riconoscimento PST (requisiti per Centro CTZ, con P.S. e U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia attiva h24)
- **Rete Radioterapia:** Centro di Radioterapia Stereotassica di IV Livello
- **Rete dei Laboratori di Genetica Medica:**(DCA n. U00549 del 18.11.2015): riconoscimento quale Laboratorio di I° livello
- **Rete Tumore del Colon Retto:** riconoscimento come Centro di Endoscopia e Centro di trattamento per i Tumori del Colon e del Retto (DCA U00030 del 20.01.2017).
- **Rete Senologica:** attivata convenzione con ASL RM1
- **Rete Tumore del Polmone:** inserimento nel Piano Operativo Rete Assistenziale Tumore del Polmone ASL RM1 – settembre 2018
- **Rete Tumore della Prostata:** riconoscimento quale Centro di Diagnosi (DCA U00358 del 28.08.2017). Valutato da Ente certificatore e giudicato conforme ai requisiti della norma ISO 9001:2015. (11/10/2020 Certificazione PdTA prostata (rinnovata 10/2024).

|                                                                                   |                                                                                                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA         |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br/>         (PARS) – 2026</b><br><i>Pag. 8 di 30</i> |                                                                                     |

## RISK MANAGEMENT / CONTESTO ORGANIZZATIVO

La articolazione funzionale aziendale prevede che le attività di Risk Management vengano espletate da

- **Risk Manager**, che svolge funzioni di coordinamento delle attività inerenti la gestione del Rischio Clinico, riunisce il Comitato di Risk Management, redige il PARM annuale;
- **Comitato di Risk Management**, composto da: Risk Manager, Dirigente Assistenza Infermieristica, Responsabili Dipartimenti, Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione, Responsabili Sistemi Qualità (aziendale e ospedaliero), Referenti Medici rappresentativi delle varie aree funzionali, Direttore Amministrativo;
- **Comitato Controllo Infezioni Ospedaliere** composto da: Direttore Sanitario, Referenti sistema Qualità aziendale e ospedaliero, Dirigente Infermieristico, RR.SS.CC./Referenti Medici rappresentativi delle varie aree funzionali, Direttori di Dipartimento, Resp. Servizio Farmaceutico, Resp. Patologia Clinica, Consulenti esterni e Coordinatori infermieristici discipline interessate se convocate (Delibera Presidenziale n. 98/B del 21/09/2015).
- **Commissione Locale Valutazione Sinistri** composta da: Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Responsabile Ufficio Personale, Dirigente Medico Direzione Sanitaria, Dirigenti Medici direttamente interessati, Responsabile UOC interessata, Consulenti Medico-Legali; competenze riportate nell'Ordine di Servizio n. 28 del 13.04.2015 e successive integrazioni
- **Commissione Centrale Valutazione Sinistri** composta da: Direttore Affari Generali, Direttore Sanitario Centrale, Direttore Centrale del Personale, Consulente Medico-Legale Centrale, Consulente Medico per specifica disciplina (eventuale), Fiduciario civile e penale della Amministrazione; competenze riportate nell'Ordine di Servizio n. 28 del 13.04.2015 e successive integrazioni
- **Comitato Buon Uso del Sangue**
- **Comitato Antimicrobial stewardship** composto da Infettivologo, Farmacista, Microbiologi, Epidemiologo.

|                                                                                   |                                                                                                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA         |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br/>         (PARS) – 2026</b><br><i>Pag. 9 di 30</i> |                                                                                     |

## **RISCHIO INFETTIVO:**

L'articolazione funzionale aziendale prevede che le attività di prevenzione e gestione del rischio infettivo vengano espletate dal Comitato Controllo Infezioni.

Il CC-ICA rappresenta l'organismo aziendale multidisciplinare con funzione di coordinamento delle attività finalizzate alla riduzione e/o abbattimento dei rischi di contrazione e trasmissione di malattie infettive tra pazienti, operatori, volontari, studenti e visitatori. Rappresenta una delle dimensioni del governo clinico e assicura la corretta gestione delle ICA in un'ottica di miglioramento della qualità e di sicurezza in ospedale. Si riunisce almeno due volte l'anno e di ogni riunione viene stilato apposito verbale.

Nell'Ospedale San Pietro FBF le attività di prevenzione e controllo delle ICA prevedono altresì:

- La presenza di un gruppo operativo aziendale per l'uso responsabile di antibiotici composto da medico referente, microbiologo, farmacista e infettivologo. Il piano di attività di Antimicrobial stewardship prevede l'adozione di regole e raccomandazioni sull'uso di antibiotici (es: compilazione scheda nominativa per antibiotici considerati ad alto rischio di prescrizione inappropriata e/o alto rischio di sviluppare resistenze: Daptomicina, Levofloxacin, Linezolid, Meropenem, Piperacillina/Tazobactam, Tigeciclina, Ceftazidima/Avibactam, Ceftarolina fosamil, Fidaxomicina, Xydalba, etc...), stesura di reportistica semestrale sul consumo di antibiotici, audit sull'uso di antibiotici.
- L'effettuazione annuale di almeno una indagine di prevalenza estesa a tutti i reparti dell'ospedale
- La stesura e/o revisione di procedure attinenti alla sorveglianza delle ICA. Le procedure vengono diffuse tramite pubblicazione sull'intranet aziendale
- La sorveglianza attiva delle ICA tramite notifica delle stesse alla D.S. con apposita scheda informatizzata.
- La sorveglianza delle ICA basata su eventi sentinella/epidemie
- La sorveglianza delle ICA per germi sentinella basata su dati di laboratorio.
- Il monitoraggio e la notifica delle batteriemie da CRE come previsto dalla circolare del Ministero della Salute del 2020 "Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)".

Sono presenti sull'intranet aziendale procedure e protocolli per le misure di isolamento per pazienti infetti, raccomandazioni specifiche sul controllo della diffusione dei germi sentinella, sull'igiene delle mani, sulla gestione di cateteri urinari, di accessi vascolari, ecc..

Sull'intranet aziendale sono state altresì pubblicate le linee guida regionali sulla profilassi antibiotica peri-operatoria.

Circa l'igiene delle mani in tutti i reparti sono affissi poster che contengono le raccomandazioni dell'OMS e sono presenti dispenser di soluzioni di ipoclorito di sodio e costantemente monitorato il consumo.

|                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br/>(PARS) – 2026</b><br>Pag. <b>10 di 30</b> |                                                                                     |

E' presente una procedura sulla sanificazione degli ambienti e sulla disinfezione/sterilizzazione di materiali e locali ed i coordinatori sono tenuti ad inviare mensilmente alla Direzione Professioni Sanitarie, tramite compilazione di apposita scheda, un resoconto sull'attività di sanificazione dei reparti.

In tutti i reparti vengono effettuati periodicamente audit relativi a procedure e protocolli per il controllo delle ICA e, inoltre, tutti i responsabili sono tenuti a segnalare in Direzione Sanitaria, tramite apposita scheda, ogni caso di ICA rilevato.

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

Nel 2024 sono stati individuati 91 eventi indesiderati: 77 N.M. e 15 E.A. (Fonte dati: Sistema di Reporting intra-ospedaliero, Sinistri)

**Near Miss** (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** (evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli EA possono essere prevenibili o non prevenibili. Un EA attribuibile ad errore è un EA prevenibile

**Evento Sentinella** (Evento Avverso, 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)

**Tabella Eventi segnalati nell'anno 2025 (art. 2 c.5 della L. 24/2017)**

| Tipo di evento    | n. (e % sul totale degli eventi) | % di cadute all'interno della categoria di evento | Principali fattori causali/contribuenti <sup>(A)</sup>                                          | Azioni di miglioramento                               | Fonte del dato                                       |
|-------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Near Miss         | 74 (87%)                         | 93%                                               | Strutturali (30%)<br>Tecnologici (20%)<br>Organizzativi (30%)<br>Procedure /Comunicazione (20%) | Strutturali (30%)                                     | Sistemi di reporting<br>Sinistri<br>Comitati interni |
| Eventi Avversi    | 10 (12%)                         | 50%                                               |                                                                                                 | Tecnologici (20%)                                     |                                                      |
| Eventi Sentinella | 1                                | 0                                                 |                                                                                                 | Organizzativi (30%)<br>Procedure /Comunicazione (20%) |                                                      |

(A): I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi. Si rimanda al documento "Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul cloud regionale

|                                                                                   |                                                                                                               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA          |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br/>         (PARS) – 2026</b><br><i>Pag. 11 di 30</i> |                                                                                     |

### **Evento: Caduta del paziente**

Dei 85 eventi totali segnalati, n.74 sono da riferire a caduta del paziente (69 near miss e 5 eventi avversi)

Le cadute hanno riguardato in gran parte l'area medica e si sono verificate in stanza di degenza e 25 in Pronto Soccorso.

### **RICHIESTE RISARCIMENTO ANNI 2021/2025 (Commissione Valutazione Sinistri)**

Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'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> |
|-------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>2025</b> | 18                                | 25                                   | 4.749.430                           |
| <b>2024</b> | 24                                | 27                                   | 4.618.873                           |
| <b>2023</b> | 19                                | 47                                   | 2.007.486                           |
| <b>2022</b> | 23                                | 25                                   | 2.248.597                           |
| <b>2021</b> | 28                                | 19                                   | 898.621                             |

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

### **3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA**

Per quanto concerne la posizione assicurativa dell'Ospedale, la Provincia ha provveduto ad introdurre la gestione diretta con Circolare Prot. 968/11/003DG del 01.07.2011, integrata da successivo ordine di servizio n. 28 del 13.04.2015.

|                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br>(PARS) – 2026<br>Pag. 12 di 30                |                                                                                     |

## 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

### 4.1 PARS 2025 – RISULTATI ATTIVITÀ

| Obiettivo A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure                                                                                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Attività PARS                                                                                                                                         | Realizzata | Stato di attuazione                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>1/2025</b><br><br>Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso di Gestione del Rischio Clinico e “Raccomandazioni Ministeriali” | SI         | Realizzati i seguenti corsi :<br><br>“Clinical Risk Management e Raccomandazioni Ministeriali”<br><br>Data: 19/12/2025      Partecipanti: n. 9<br><br>“Preparazione e somministrazione dei farmaci antitumorali”<br><br>Data: 04/03 - 03/06/2025      Partecipanti: n. 6 |

| Obiettivo B: Migliorare la 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 |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Attività PARS                                                                                                                                                                                                                         | Realizzata | Stato di attuazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>1/2024</b><br>Regolamento del Blocco Parto – Completamento Aggiornamento e percorso                                                                                                                                                | SI         | Nel 2025 è stato completato l’aggiornamento della procedura avviata nel 2024 con sviluppo di una condivisione multidisciplinare e interprofessionale per favorire nel contesto di una organizzazione dipartimentale un modello integrato dell’assistenza centrata sul paziente (mamma e bambino) e sull’insieme del suo percorso assistenziale piuttosto che sui singoli momenti che lo compongono.                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>1/2025</b><br>Monitoraggio ed analisi dei sinistri aziendali e delle segnalazioni degli utenti                                                                                                                                     | SI         | Nel 2025 sono stati effettuati n. 5 Audit per la presentazione dei sinistri e la discussione di eventuali sentenze per i sinistri che si sono conclusi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• DS – DSC – Consulenti Medico Legali</li> <li>• Dipartimento Materno Infantile (presentazione CTU)</li> <li>• UOC Ostetricia e Ginecologia: discussione 5 casi (complicanze e infezioni sito chirur.)</li> <li>• UOC Ortopedia : discussione 3 casi (postumi post intervento e infezioni)</li> <li>• UOC Neonatologia: discussione 2 casi</li> </ul> Evidenziate criticità e proposte azioni di miglioramento con note operative specifiche |
| <b>2/2025</b><br>Monitoraggio azioni di miglioramento correlate al P.Re.Val.E                                                                                                                                                         | SI         | Realizzati audit per l’analisi dei dati periodicamente distribuiti alle discipline interessate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>3/2025</b><br>Gestione integrata delle dimissioni difficili                                                                                                                                                                        | SI         | Il Gruppo di lavoro/miglioramento, analizzando il problema per la gestione dimissioni difficili, ha realizzato specifica procedura finalizzata alla identificazione precoce degli assistiti per i quali sia opportuno concordare con i servizi territoriali determinate procedure specifiche per una presa in carico integrata e che includa il necessario supporto ai pazienti e alle famiglie, con l’obiettivo di assicurare l’appropriatezza e la continuità dell’assistenza e cura.                                                                                                                                                     |

|                                                                                   |                                                                                                             |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>OSPEDALE SAN PIETRO</b><br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2026</b><br>Pag. <b>13 di 30</b>            |                                                                                     |

| Obiettivo C: Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture                                                                                                      |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Attività PARS                                                                                                                                                                                                                                      | Realizzata | Stato di attuazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>1/2025</b><br><b>Realizzazione corso di formazione:</b><br><b>La sicurezza dei lavoratori legge 81/08</b>                                                                                                                                       | SI         | Progettazione formazione generale per la sicurezza dei lavoratori sia per i nuovi assunti che, come aggiornamento, per il personale in servizio:<br>Edizione 1: Data 01-03/04/2025      Partecipanti: n. 20<br>Edizione 2: Data 08-10/04/2025      Partecipanti: n. 20<br>Edizione 3: Data 15-17/04/2025      Partecipanti: n. 17<br>Edizione 4: Data 22-24/04/2025      Partecipanti: n. 12<br>Edizione 6: Data 06-08/05/2025      Partecipanti: n. 29<br>Edizione 7: Data 13-15/05/2025      Partecipanti: n. 26<br>Edizione 8: Data 20-22/05/2025      Partecipanti: n. 17 |
| <b>2/2025</b><br><b>Organizzazione attività formativa sulle emergenze:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Piano emergenza interno Maxi Afflusso Feriti (PEIMAF)</li> <li>• Piano gestione sovraffollamento in Pronto Soccorso</li> </ul> | SI         | Realizzato corso su:<br>“Piani PEIMAF e PEVAC nelle maxi emergenze”<br>Edizione 1: Data 19/03/2025      Partecipanti: n. 10<br>Edizione 2: Data 09/04/2025      Partecipanti: n. 14<br>Edizione 3: Data 07/05/2025      Partecipanti: n. 7<br>Edizione 4: Data 01/10/2025      Partecipanti: n. 10<br>Edizione 5: Data 29/10/2025      Partecipanti: n. 9<br>Edizione 6: Data 12/11/2025      Partecipanti: n. 17                                                                                                                                                             |

|                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2026</b><br>Pag. 14 di 30            |                                                                                     |

## 4.2 PARS - Rischio Infettivo 2025 – RISULTATI ATTIVITÀ

| <b>Obiettivo A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo</b>                                                                     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PARS –Rischio Infettivo 2025</b>                                                                                                                                                                       | <b>Realizzata</b> | <b>Stato di attuazione</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Attività 1/2025</b><br>Corso di formazione: “Introduzione di pannelli di biologia molecolare per il controllo delle infezioni”                                                                         | NO                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Attività 2/2025</b><br>Corso di formazione: “Il contrasto all’antimicrobico resistenza in ambiente ospedaliero. Il ruolo dell’antimicrobial stewardship e gli strumenti per l’analisi degli andamenti” | SI                | Realizzato corso in FSC con 6 incontri dove sono stati affrontati i seguenti argomenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Classificazione AWARE</li> <li>• Impostazione Audit appropriatezza prescrittiva</li> <li>• Predisposizione report microrganismi antibiotici resistenti</li> </ul> Edizione 1: dal 16/04 - 12/11/2025      Partecipanti: n. 8 |

| <b>Obiettivo B: Implementazione del piano di intervento regionale sull’igiene delle mani attraverso uno specifico piano di azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31.12.2024 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.</b> |    |                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Attività 1</b><br>Formazione sull’igiene delle mani                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SI | Nel 2025 effettuato corso teorico pratico:<br>“Cure pulite sono cure più sicure”<br>n. 05 edizioni    n.64 partecipanti                                                 |
| <b>Attività 2</b><br>Formazione di un gruppo multidisciplinare di osservatori per valutare l’aderenza del personale alle corrette pratiche dell’igiene delle mani                                                                                                                                                                                                                                               | SI | Formazione effettuata in data 08/10/2025<br>n. 10 partecipanti                                                                                                          |
| <b>Attività 3</b><br>Osservazione nei reparti della pratica dell’igiene delle mani                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SI | Effettuate in data:<br>03,04,05,06,07,11,12,13,14,17,18,20,21,24,25,26 novembre 2025<br><br>in n. 16 Reparti<br>n. 475 osservazioni                                     |
| <b>Attività 4</b><br>Partecipazione alla “Giornata mondiale dell’igiene delle mani” in data 05.05.2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SI | Somministrato questionario sulla percezione dell’aderenza all’igiene delle mani a tutto il personale in servizio.<br>Sensibilizzazione dell’utenza con brochure e video |

|                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2026</b><br>Pag. 15 di 30            |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Obiettivo C: Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapanemi (CRE)</b> |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Attività 1/2025</b><br>Raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE                                                                                                                                                                                                                              | SI | Nel 2025 sono state inviate 9 notifiche di batteriemia da CRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Attività 2/2025</b><br>Sorveglianza attiva delle infezioni da Clostridium Difficile                                                                                                                                                                                                                                                              | SI | Nel 2025 sono state registrate >90 infezioni da CD di queste circa il 30% erano infezioni presenti al ricovero.<br>Le CDI hanno riguardato l’area medica per il 77%                                                                                                                                                                                          |
| <b>Attività 3/2025</b><br>Sorveglianza attiva ferita chirurgica                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SI | E’ stata effettuata la sorveglianza attiva secondo il protocollo SNICH2 presso i reparti di Ostetricia.                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Attività 4/2025</b><br>Gruppo di miglioramento (FSC)<br>Incontri del CC-ICA: Focus sulle infezioni correlate all’assistenza                                                                                                                                                                                                                      | SI | Nell’ambito degli incontri del Comitato sono stati realizzati specifici focus per approfondire i seguenti argomenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legionella</li> <li>• Mappatura microorganismi in ospedale</li> <li>• Segni clinici e diagnosi precoce della sepsi</li> <li>• Infezioni ferita chirurgica (analisi delle criticità)</li> </ul> |
| <b>Attività 5/2025</b><br>Procedura sulla gestione della sepsi nell’adulto                                                                                                                                                                                                                                                                          | SI | Realizzata la procedura sulle sepsi nell’adulto                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Attività 6/2025</b><br>Sorveglianza attiva delle infezioni/studio di prevalenza                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI | Continua nel 2024 la sorveglianza attiva delle ICA effettuata tramite segnalazione alla Direzione Sanitaria, utilizzando apposita scheda informatizzata.<br>I risultati presentati e discussi durante le riunioni dei CC-ICA.<br>Studio di prevalenza 21-31 ottobre 2025: Prevalenza ICA 8,3%                                                                |

|                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br/>(PARS) – 2026</b><br>Pag. 16 di 30        |                                                                                     |

## 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| Azione                                                        | Direttore Sanitario /<br>Risk Manager | Coordinatore CCICA | Responsabile U.O.<br>Affari Legali/Generali | Direttore Generale/<br>Proprietà | Direttore<br>Amministrativo | Strutture di supporto |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| <b>Redazione PARS</b><br>(eccetto Tabella punto2; punto 3e 7) | R                                     | C                  | C                                           | C                                | C                           | -                     |
| <b>Redazione punto 2 e punto 3</b>                            | C                                     | C                  | R                                           | I                                | C                           | -                     |
| <b>Redazione punto 7</b>                                      | C                                     | R                  | I                                           | I                                | I                           | -                     |
| <b>Adozione PARS con deliberazione</b>                        | I                                     | I                  | I                                           | R                                | C                           | -                     |
| <b>Monitoraggio PARS</b><br>(eccetto il punto 7)              | R                                     | C                  | C                                           | I                                | C                           | C                     |
| <b>Monitoraggio punto 7</b>                                   | C                                     | R                  | I                                           | I                                | I                           | C                     |

**Legenda:** R = Responsabile / C = Coinvolto / I= Interessato

|                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br>(PARS) – 2026<br>Pag. 17 di 30                |                                                                                     |

## 6. **OBIETTIVI E ATTIVITA' (ad esclusione del rischio infettivo)**

### 6.1 **OBIETTIVI PARS 2026**

I tre obiettivi strategici regionali sono i seguenti:

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

### 6.2 **ATTIVITA' PARS 2026**

| <b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>                                                                                 |                     |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| <b>ATTIVITA' 1</b> – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso di Gestione del Rischio Clinico e Raccomandazioni Ministeriali” |                     |                      |
| <b>INDICATORE</b> Esecuzione di almeno una edizione entro il 31 dicembre 2026                                                                        |                     |                      |
| <b>STANDARD SI</b>                                                                                                                                   |                     |                      |
| <b>FONTE:</b> U.O. Risk Management                                                                                                                   |                     |                      |
| <b>MATRICE delle RESPONSABILITA'</b>                                                                                                                 |                     |                      |
| <b>Azione</b>                                                                                                                                        | <b>Risk Manager</b> | <b>UO Formazione</b> |
| Progettazione del corso                                                                                                                              | R                   | C                    |
| Accreditamento del corso                                                                                                                             | C                   | R                    |
| Esecuzione del corso                                                                                                                                 | R                   | I                    |

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

|                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br/>(PARS) – 2026</b><br>Pag. <b>18 di 30</b> |                                                                                     |

| <b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |               |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|--------------------------------|
| <b>Attività 2</b> – Progettazione ed esecuzione di una FSC per infermieri di sala operatoria al fine di acquisire abilità specifiche nell'ambito dell'assistenza infermieristica al tavolo operatorio. Il corso comprende tre moduli: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tutoraggio strumentisti neo inseriti in Sala Operatoria – Fase pre operatoria</li> <li>- Tutoraggio strumentisti neo inseriti in Sala Operatoria – Fase intra operatoria</li> <li>- Tutoraggio strumentisti neo inseriti in Sala Operatoria – Esperienza teorico/pratica al tavolo operatorio</li> </ul> |              |               |                                |
| <b>INDICATORE:</b> Partecipazione a tutti i moduli entro il 31 dicembre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |               |                                |
| <b>STANDARD:</b> SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |               |                                |
| <b>FONTE :</b> U.O. Risk Management                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |               |                                |
| Azione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Risk Manager | UO Formazione | Coordinatore Blocco Operatorio |
| Progettazione corso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | R            | C             | C                              |
| Accreditamento corso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | C            | R             | C                              |
| Esecuzione corso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | R            | I             | R                              |

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

|                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2026</b><br>Pag. 19 di 30            |                                                                                     |

**OBIETTIVO 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**

**ATTIVITA' 1: Monitoraggio ed analisi dei sinistri aziendali e delle segnalazioni degli utenti**

Anche per l'anno 2026 sono previsti Audit con varie Unità Operative per la presentazione dei sinistri e la discussione di eventuali sentenze per i sinistri che si sono conclusi.

Gli Audit hanno lo scopo di evidenziare le condotte mediche più a rischio, ottenere informazioni relative a priorità e gravità degli eventi, pianificare strategie di intervento per approntare un sistema realmente preventivo per la riduzione dei conflitti.

**INDICATORE:** Organizzazione di n. 1 audit distinti per UOC di Ortopedia, Chirurgia, Medicina, Neonatologia

**MATRICE delle RESPONSABILITÀ**

| Azione                           | Risk Manager | UO Qualità | Medico DS / CVS | Servizio Legale | Referenti Medici AFO |
|----------------------------------|--------------|------------|-----------------|-----------------|----------------------|
| Trasmissione dati                | C            | I          | C               | R               |                      |
| Elaborazione Report              | C            | I          | R               | C               |                      |
| Programmazione piano di auditing | C            | C          | R               | C               | I                    |
| Pianificazione miglioramento     | R            | C          | C               | C               | C                    |

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

**OBIETTIVO 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**

**ATTIVITA' 2: Monitoraggio azioni di miglioramento correlate al P.Re.Val.E**

**INDICATORE:** Audit trimestrali discipline selezionate

**MATRICE delle RESPONSABILITÀ**

| Azione                           | Risk Manager | UO Qualità | Referenti Medici AFO |
|----------------------------------|--------------|------------|----------------------|
| Programmazione piano di auditing | C            | C          | R                    |
| Pianificazione miglioramento     | R            | C          | C                    |

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

|                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2026</b><br>Pag. 20 di 30            |                                                                                     |

**OBIETTIVO 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**

**ATTIVITA' 3: Gestione integrata delle dimissioni difficili: monitoraggio procedura**

Con il termine “dimissioni difficili”, si intendono le dimissioni ospedaliere di pazienti che vivono una situazione di disabilità permanente o temporanea per la quale è richiesto un coinvolgimento particolare della rete dei servizi sanitari e sociali sia ospedalieri che territoriali.

Per la gestione delle “ dimissioni difficili” è stata predisposta una procedura specifica con l’obiettivo di assicurare l’appropriatezza e la continuità dell’assistenza e cura. Si prevede per il 2026 il monitoraggio della stessa

**INDICATORE:** Rapporto tra pazienti identificati come fragili al PS e che incorrono a dimissione difficile (FragiliPs / DimDiff)

**MATRICE delle RESPONSABILITA'**

| Azione            | Risk Manager | UO Qualità | Servizio Sociale | Medico Direzione Sanitaria | Resp. Medici UOC Degenza | Coordinatore Infermieristico Rep. Degenza |
|-------------------|--------------|------------|------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|
| Monitoraggio      | C            | R          | C                | C                          | R                        | R                                         |
| Verifica percorso | C            | C          | R                | R                          | R                        | C                                         |

Legenda R = Responsabile; C = Coinvolto, I = Interessato

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

**ATTIVITA' 1 : Realizzazione corsi specifici di formazione sulla sicurezza per i lavoratori**

**INDICATORE :** Effettuazione del Corso entro il 31/12/26

**STANDARD SI**

**FONTE:** U.O. Risk Management

**MATRICE delle RESPONSABILITA'**

| Azione                   | Risk Manager | UO Formazione | RSPP |
|--------------------------|--------------|---------------|------|
| Accreditamento del corso | C            | R             | I    |
| Esecuzione del corso     | R            | I             | R    |

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

|                                                                                   |                                                                                                               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA          |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br/>         (PARS) – 2026</b><br><i>Pag. 21 di 30</i> |                                                                                     |

|                                                                                                                                                       |                     |                      |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|-------------------|
| <b>OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.</b> |                     |                      |                   |
| <b>ATTIVITA' 2 : Realizzazione corso di formazione BLS American Heart</b>                                                                             |                     |                      |                   |
| <b>INDICATORE :</b> Effettuazione di 7 edizioni del corso entro il 31 ottobre 2026                                                                    |                     |                      |                   |
| <b>STANDARD :</b> SI                                                                                                                                  |                     |                      |                   |
| <b>FONTE:</b> U.O. Risk Management                                                                                                                    |                     |                      |                   |
| <b>MATRICE delle RESPONSABILITA'</b>                                                                                                                  |                     |                      |                   |
| <b>Azione</b>                                                                                                                                         | <b>Risk Manager</b> | <b>UO formazione</b> | <b>Resp. UUOO</b> |
| Accreditamento del corso                                                                                                                              | C                   | R                    | I                 |
| Arruolamento personale                                                                                                                                | I                   | R                    | <b>R</b>          |
| Esecuzione del corso                                                                                                                                  | R                   | C                    | I                 |

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

|                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br/>(PARS) – 2026</b><br>Pag. <b>22 di 30</b> |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| <b>OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.</b>                                                                                                                                                         |                     |                      |
| <b>ATTIVITA' 2 – Organizzazione attività formativa sulle emergenze:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Piano emergenza interno Maxi Afflusso Feriti (PEIMAF)</li> <li>• Piano di emergenza e di evacuazione (PEVAC)</li> <li>• Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso</li> </ul> |                     |                      |
| <b>INDICATORE :</b> Organizzazione di almeno 1 corso entro il 31 dicembre 2026                                                                                                                                                                                                                                |                     |                      |
| <b>STANDARD:</b> SI                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                      |
| <b>FONTE:</b> U.O. Risk Management                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                      |
| <b>MATRICE delle RESPONSABILITA'</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                      |
| <b>Azione</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Risk Manager</b> | <b>UO Formazione</b> |
| Progettazione del corso                                                                                                                                                                                                                                                                                       | R                   | C                    |
| Accreditamento del corso                                                                                                                                                                                                                                                                                      | C                   | R                    |
| Esecuzione del corso                                                                                                                                                                                                                                                                                          | R                   | I                    |

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

|                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br>(PARS) – 2026<br>Pag. 23 di 30                |                                                                                     |

## 7. OBIETTIVO E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

### 7.1 OBIETTIVI

I tre obiettivi strategici regionali sono i seguenti:

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.**
- B. Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.**
- C. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)**

### 7.2 ATTIVITA'

|                                                                                                                                         |                                        |                          |                                        |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|----------------------------|
| <b>OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.</b> |                                        |                          |                                        |                            |
| <b>Attività 1 - Corso di formazione : "Infezioni Correlate all' Assistenza - ICA"</b>                                                   |                                        |                          |                                        |                            |
| <b>INDICATORE:</b> Realizzazione almeno 1 corso entro il 31 dicembre 2026                                                               |                                        |                          |                                        |                            |
| <b>STANDARD:</b> SI                                                                                                                     |                                        |                          |                                        |                            |
| <b>FONTE:</b> CC-ICA                                                                                                                    |                                        |                          |                                        |                            |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>                                                                                                    |                                        |                          |                                        |                            |
| <b>Azione</b>                                                                                                                           | <b>IP Sistema qualità e formazione</b> | <b>Presidente CC-ICA</b> | <b>Dirigenza professioni sanitarie</b> | <b>Direttore Sanitario</b> |
| Elaborazione progetto formativo                                                                                                         | R                                      | R                        | R                                      | C                          |
| Organizzazione corso                                                                                                                    | C                                      | C                        | R                                      | I                          |

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

|                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2026</b><br>Pag. 24 di 30            |                                                                                     |

| <b>OBIETTIVO B): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI.</b> |                      |                  |                     |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------|---------------------|---------------------------------|
| <b>Attività 1 – Aggiornamento del Piano di Azione Locale sull' Igiene delle mani. e monitoraggio delle attività previste</b><br>Continua anche nel 2026 il monitoraggio delle azioni di miglioramento attinenti l'igiene delle mani                                                                                                                                                                              |                      |                  |                     |                                 |
| INDICATORE: Presentazione dei risultati al CC-ICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                      |                  |                     |                                 |
| STANDARD: Sì                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                  |                     |                                 |
| FONTE: CC – ICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                  |                     |                                 |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                  |                     |                                 |
| Azione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | U.O. Sistemi Qualità | Gruppo di lavoro | Direttore Sanitario | Dirigente professioni sanitarie |
| Aggiornamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | R                    | C                | R                   | R                               |
| Comunicazione Resp. UU.OO.CC. e Coordinatori                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | R                    | C                | I                   | I                               |
| Monitoraggio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | C                    | R                | I                   | I                               |

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

|                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br>(PARS) – 2026<br>Pag. 25 di 30                |                                                                                     |

**OBIETTIVO C): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)**

**Attività 1 – Raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE**

INDICATORE: raccolta dati, compilazione scheda, invio dati ASL

STANDARD: SI

FONTE: CC-ICA

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

| Azione                              | Laboratorio Analisi | Direzione Sanitaria |
|-------------------------------------|---------------------|---------------------|
| Raccolta dati e compilazione scheda | R                   | R                   |
| Invio dati                          | C                   | R                   |

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

**OBIETTIVO C): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)**

**Attività 2 - Sorveglianza attiva delle infezioni compresa quelle da Clostridium difficile**

Continua nel 2026 la sorveglianza attiva delle ICA effettuata tramite segnalazione alla Direzione Sanitaria, utilizzando apposita scheda, dell'infezione diagnosticata.

I risultati saranno presentati e discussi durante le riunioni dei CC-ICA.

INDICATORE: report trimestrali

STANDARD: effettuazione sorveglianza attiva

FONTE: CC – ICA

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

| Azione                                               | U.O. Sistema Qualità | Infermiera addetta al controllo ICA | Direttore Sanitario | Dirigente Professioni sanitarie |
|------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| Raccolta dati / Elaborazione Report                  | C                    | R                                   | I                   | I                               |
| Feedback UU.OO. / Valutazione Piani di miglioramento | R                    | I                                   | C                   | C                               |

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

|                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2026</b><br>Pag. 26 di 30            |                                                                                     |

**OBIETTIVO C): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)**

**Attività 3 - Sorveglianza attiva della ferita chirurgica**

E' previsto per il 2026 il consolidamento e la prosecuzione della sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico secondo protocollo SNICH2 con il coinvolgimento di ulteriori discipline, l'attivazione del reclutamento dei pazienti eleggibili, la predisposizione della modulistica e l'organizzazione dei flussi di trasmissione interna e inserimento su piattaforma HelicsWin.Net.

Si prevede il rafforzamento strutturale del follow-up a 30 e 90 giorni, la formalizzazione del monitoraggio periodico dei rientri, il potenziamento delle azioni di recall e l'ottimizzazione dei flussi informativi tra Unità Operative e Direzione Sanitaria, al fine di garantire completezza del dataset, analisi degli esiti e attuazione di eventuali misure correttive nell'ambito del miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure chirurgiche

INDICATORE: report semestrale

STANDARD: effettuazione sorveglianza attiva

FONTE: CC - ICA

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

| Azione                                               | U.O. Sistema Qualità | SS Microbiologia | UOC Chirurgica | Direzione Sanitaria |
|------------------------------------------------------|----------------------|------------------|----------------|---------------------|
| Segnalazione caso di I.S.C.                          | I                    | C                | R              | I                   |
| Compilazione scheda raccolta dati                    | R                    | C                | C              | I                   |
| Elaborazione report semestrale                       | R                    | C                | C              | C                   |
| Feedback UU.OO. / Valutazione Piani di miglioramento | R                    | I                | C              | C                   |

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

|                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2026</b><br>Pag. 27 di 30            |                                                                                     |

**OBIETTIVO C): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)**

**Attività 4 – Audit appropriatezza prescrittiva antibiotici.**

Anche per l'anno 2026 sono previsti Audit con varie Unità Operative circa l'appropriatezza della terapia antibiotica. Gli Audit hanno lo scopo di evidenziare le condotte mediche più a rischio di terapia inappropriata, discutere la scelta dell'antibiotico ed indirizzare verso scelte terapeutiche responsabili tenendo conto della classificazione AWARE. Sarà cura del servizio di Farmacia notificare alla Direzione Sanitaria eventuali incongruenze dell'antibiotico terapia scelta. Sarà cura della Direzione Sanitaria organizzare audit pertinenti con i medici interessati il farmacista e l'infettivologo.

INDICATORE: Realizzazione incontri

STANDARD: SI

FONTE: CC - ICA

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

| Azione                                                   | Farmacia | Direzione Sanitaria | Infettivologo | U.O. Coinvolta |
|----------------------------------------------------------|----------|---------------------|---------------|----------------|
| Notifica inappropriata della terapia antibiotica alla DS | R        | C                   | I             | I              |
| Organizzazione audit                                     | C        | R                   | C             | C              |

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

|                                                                                   |                                                                                                                      |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA                 |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br/>         (PARS) – 2026</b><br>Pag. <b>28</b> di <b>30</b> |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |                      |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>OBIETTIVO C): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)</b> |                             |                      |                            |
| <b>Attività 5 – Monitoraggio procedura sepsi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                      |                            |
| INDICATORE: Monitoraggio gestione terapia dei casi trattati in ospedale                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |                      |                            |
| STANDARD: SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                      |                            |
| FONTE: CC - ICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |                      |                            |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |                      |                            |
| <b>Azione</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>U.O. Sistema Qualità</b> | <b>Infettivologo</b> | <b>Direzione Sanitaria</b> |
| Controllo cartelle cliniche                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | R                           | C                    | R                          |
| Analisi scelta terapeutica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | R                           | R                    | C                          |
| Organizzazione audit con UO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | R                           | C                    | C                          |

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

|                                                                                   |                                                                                                               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA          |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br/>         (PARS) – 2026</b><br><i>Pag. 29 di 30</i> |                                                                                     |

## **8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO**

### **Modalità diffusione del PARS**

Il PARS viene pubblicato sull'INTRANET Aziendale.

L' avvenuta pubblicazione viene comunicata a tutti i Direttori di Struttura Complessa /Struttura Semplice a valenza dipartimentale e a tutti i Coordinatori tecnico-infermieristici tramite messaggio email.

## **9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI**

### **BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

1. Ministero della Salute: “Risk Management in Sanità- il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”;
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;)
7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella (aggiornamento luglio 2024) : [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;)

### **RIFERIMENTI NORMATIVI**

- Deliberazione 28 giugno n.46  
 Approvazione delle linee di indirizzo regionale per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi.
- Determinazione G09086/2024 - Revisione del “Documento di indirizzo per la prevenzione e la Gestione delle Lesioni da pressione (Determinazione n G05584/2018)

|                                                                                   |                                                                                                               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBEFRATELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA          |  |
|                                                                                   | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO<br/>         (PARS) – 2026</b><br><i>Pag. 30 di 30</i> |                                                                                     |

- Determinazione G15665/2023: Approvazione del “Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) in sostituzione delle “Linee Guida regionali per la gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)” (Determinazione n. G09535 del 02 luglio 2014).
- Determinazione G00643/2022: Adozione del “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”
- Determinazione G09850/2021: Adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”
- Determinazione G15198/2022: Approvazione del “Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita” in sostituzione del “Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”, di cui alla determinazione n. G12356/2016.
- “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie” Legge 8 marzo 2017, n.24
- Determinazione G16501/2022 - Approvazione del Documento di indirizzo delle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle ICA
- Piano di intervento regionale sull’Igiene delle mani (Determina Regione Lazio n. U0209395 del 08/03/2021)

|                                                                                   |                                                                                                       |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRAELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | PIANO DI AZIONE LOCALE<br>SULL'IGIENE DELLE MANI<br><i>Edizione 3 Revisione 0 del 18/02/2025</i>      |                                                                                     |

# PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI

**OSPEDALE SAN PIETRO FBF**

**24 febbraio 2026**

|                                                                                   |                                                                                                                |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>OSPEDALE SAN PIETRO</b><br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRAELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA   |  |
|                                                                                   | <b>PIANO DI AZIONE LOCALE</b><br><b>SULL'IGIENE DELLE MANI</b><br><i>Edizione 4 Revisione 0 del 24/02/2026</i> |                                                                                     |

## Sommario

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| INTRODUZIONE.....                                        | 2  |
| OBIETTIVO .....                                          | 4  |
| AMBITO DI APPLICAZIONE.....                              | 4  |
| GLOSSARIO .....                                          | 5  |
| PIANO DI AZIONE LOCALE.....                              | 6  |
| QUESTIONARI DI AUTOVALUTAZIONE E AZIONI PROGRAMMATE..... | 7  |
| RIFERIMENTI NORMATIVI.....                               | 13 |

| Ed.                                                       | Rev. | Data                           | Descrizione                 |
|-----------------------------------------------------------|------|--------------------------------|-----------------------------|
| 04                                                        | 0    | 24/02/2026                     | Emissione del documento     |
|                                                           |      |                                |                             |
| REDAZIONE                                                 |      | VERIFICA                       | APPROVAZIONE                |
| - Direzione Sanitaria<br>- Servizio Professioni Sanitarie |      | - Direzione Sanitaria Centrale | - Direzione Affari Generali |

|                                                                                   |                                                                                                       |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRAELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | PIANO DI AZIONE LOCALE<br>SULL'IGIENE DELLE MANI<br>Edizione 4 Revisione 0 del 24/02/2026             |                                                                                     |

## INTRODUZIONE

Sono infezioni correlate all'assistenza (ICA) le infezioni che si verificano in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria e che non erano manifeste né in incubazione al momento del ricovero.

Ciò vale anche per le infezioni contratte in ospedale, ma che si manifestano dopo la dimissione e per le infezioni occupazionali tra il personale della struttura.

Tutte le infezioni già presenti al momento del ricovero (con un quadro clinico manifesto o in incubazione) vengono, invece, considerate acquisite in comunità (infezioni comunitarie), ad eccezione di quelle correlabili ad un precedente ricovero ospedaliero.

La frequenza con cui compare una complicanza infettiva è mediamente pari a 5-10% in pazienti ricoverati in ospedale, a 5% in pazienti residenti in strutture per anziani ad a 1% in pazienti assistiti a domicilio.

Circa il 30% delle ICA sono prevenibili con significativa differenza a seconda del tipo di infezione e del contesto (la frazione prevenibile varia da 10 a 70% nei diversi studi).

È un fenomeno in aumento tanto che l'OMS ha assunto il tema della sicurezza del paziente come uno degli obiettivi principali di attività a livello mondiale ed ha promosso nell'ambito della Global Patient Safety Challenge (GPSC) il progetto "Un'assistenza pulita equivale ad una assistenza più sicura (Clean care is safer care)" attraverso una strategia multimodale di coinvolgimento a livello globale di politici, operatori sanitari e pazienti.

Le ICA possono causare: malattie più severe, prolungamento della degenza, disabilità a lungo termine, morti evitabili, consumo di risorse economiche aggiuntive, alti costi individuali sui pazienti ed i loro familiari.

L'insorgenza di una infezione è conseguenza della interazione tra un agente infettivo ed un ospite suscettibile.

|                                                                                   |                                                                                                       |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRAELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | PIANO DI AZIONE LOCALE<br>SULL'IGIENE DELLE MANI<br>Edizione 4 Revisione 0 del 24/02/2026             |                                                                                     |

Tale interazione può verificarsi anche senza necessariamente dar luogo a malattia: l'infezione insorge solo se si rompe l'equilibrio esistente per particolari caratteristiche del microrganismo (patogenicità, virulenza, invasività, dose infettante, variante antigenica, resistenza al trattamento), per una condizione di maggiore suscettibilità dell'ospite oppure per particolari modalità di trasmissione che fanno sì che i microrganismi abbiano accesso diretto ad aree del corpo normalmente sterili.

Un ruolo centrale nella trasmissione delle infezioni è svolto dalle mani del personale ospedaliero: moltissimi microrganismi sia Gram-positivi (*S. aureus*) che Gram-negativi (*E. coli*, *Serratia* ecc.) sono in grado di colonizzare temporaneamente o stabilmente le mani.

Per questo la corretta igiene delle mani è la principale misura per la prevenzione delle infezioni e la diffusione di germi multiresistenti.

È una delle azioni fondamentali sia delle “precauzioni standard” che delle “precauzioni ulteriori” in quanto riduce il rischio di trasmissione di microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro dall'ambiente al paziente, dal personale di assistenza al paziente e viceversa.

|                                                                                   |                                                                                                       |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRAELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | PIANO DI AZIONE LOCALE<br>SULL'IGIENE DELLE MANI<br>Edizione 4 Revisione 0 del 24/02/2026             |                                                                                     |

## OBIETTIVO

L'obiettivo del documento è quello di dare seguito alla Determinazione del 26 febbraio 2021 n. G02044 con la quale la Regione Lazio ha adottato il "Piano di Intervento regionale sull'Igiene delle mani", con l'obiettivo di definire un bundle di requisiti strutturali/tecnologici/organizzativi e professionali che consenta alle organizzazioni sanitarie di elaborare un Piano di Azione locale per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell'igiene delle mani sulla base dei documenti dell'OMS.

## AMBITO DI APPLICAZIONE

|         |                                                                                                                                                                                             |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A CHI   | Il documento è rivolto a tutti gli operatori sanitari dell' Ospedale San Pietro Fatebenefratelli.                                                                                           |
| DOVE    | Il contenuto del documento trova applicazione all'interno dell' Ospedale San Pietro Fatebenefratelli.                                                                                       |
| PER CHI | Il documento è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti, degli operatori sanitari e degli utenti.                                                                                     |
| QUANDO  | In qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo.<br><b>NB:</b> Sono escluse le procedure che richiedono il lavaggio chirurgico delle mani. |

|                                                                                   |                                                                                                       |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRAELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | PIANO DI AZIONE LOCALE<br>SULL'IGIENE DELLE MANI<br>Edizione 4 Revisione 0 del 24/02/2026             |                                                                                     |

## GLOSSARIO

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Colonizzazione</b>      | Si definisce colonizzazione l'isolamento di un microrganismo in assenza di segni di invasione tissutale e di evidenti sintomi di malattia. Più siti corporei possono essere oggetto di colonizzazione (narici, orofaringe, trachea, ulcere cutanee, retto, uretra), con l'esclusione dei siti normalmente sterili (sangue, liquor, liquido pleurico, sinoviale, ecc).               |
| <b>CC-ICA</b>              | Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>ICA</b>                 | Infezioni correlate all'assistenza sono infezioni contratte durante il processo assistenziale, hanno la prerogativa di non essere presenti né in incubazione al momento del ricovero ed insorgono almeno dopo 48 ore dal momento del ricovero, entro 3 giorni successivi alla dimissione per ricoveri ordinari ed entro 30 giorni dalla dimissione per ricoveri di tipo chirurgico. |
| <b>Infezione</b>           | L'infezione è un processo causato dall'ingresso e dalla moltiplicazione di microrganismi nei tessuti di un ospite e con evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria. In base al tipo di microrganismo, l'infezione può essere: batterica, virale, fungina, da protozoi.                                                                                                |
| <b>Punto di Assistenza</b> | Punto di assistenza: indica il luogo fisico in cui si trovano contemporaneamente il paziente e l'operatore sanitario e in cui si effettua la cura o il trattamento e quindi dove avviene il contatto con il paziente. Il punto di assistenza è collocato all'interno del perimetro della zona paziente.                                                                             |

|                                                                                   |                                                                                                                |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>OSPEDALE SAN PIETRO</b><br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRAELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA   |  |
|                                                                                   | <b>PIANO DI AZIONE LOCALE</b><br><b>SULL'IGIENE DELLE MANI</b><br><i>Edizione 4 Revisione 0 del 24/02/2026</i> |                                                                                     |

## PIANO DI AZIONE LOCALE

Il Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani è suddiviso in cinque sezioni che corrispondono ai cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani e sono:

- Requisiti strutturali e tecnologici;
- Formazione del personale;
- Monitoraggio e feedback;
- Comunicazione permanente;
- Clima organizzativo e commitment.

Ogni sezione è corredata da uno specifico questionario di autovalutazione che consente di determinare il proprio livello di implementazione delle misure necessarie.

Ad ogni questionario viene assegnato un punteggio che si colloca, in analogia al documento OMS, in una delle seguenti quattro fasce:

- Inadeguato: punteggio 0-25
- Base punteggio: 26-50
- Intermedio punteggio: 51-75
- Avanzato punteggio: 76-100

Nell'anno 2025 tutti i reparti/servizi dell'Ospedale San Pietro sono stati valutati mediante i questionari di autovalutazione riportati nel suddetto Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani.

I risultati raggiunti in 4 questionari di autovalutazione (A – B – D - E) che collocano la struttura ad un livello "avanzato" comportano come programma il mantenimento del livello raggiunto.

Relativamente al questionario "C" sono state programmate delle azioni volte a migliorare il livello raggiunto con l'obiettivo di tendere il più possibile al raggiungimento del "livello avanzato".

|                                                                                   |                                                                                                       |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRAELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | PIANO DI AZIONE LOCALE<br>SULL'IGIENE DELLE MANI<br>Edizione 4 Revisione 0 del 24/02/2026             |                                                                                     |

## QUESTIONARI DI AUTOVALUTAZIONE E AZIONI PROGRAMMATE

### SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI:

- Questionario di autovalutazione

| SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI                                                             |                                                                                      |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| DOMANDE                                                                                                     | RISPOSTE                                                                             | PUNTEGGIO |
| A.1 - Nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani?                    | Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo in ogni punto di assistenza | 50        |
| A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?                                                                   | Almeno 1:10 nella maggior parte dei reparti (almeno il 75% dei reparti)              | 5         |
| A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?                                                           | SI                                                                                   | 10        |
| A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?                                                | SI                                                                                   | 15        |
| A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani? | SI                                                                                   | 15        |
| TOTALE PUNTEGGIO CONSEGUITO<br>(livello avanzato)                                                           |                                                                                      | 95        |

|                                                                                   |                                                                                                       |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRAELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | PIANO DI AZIONE LOCALE<br>SULL'IGIENE DELLE MANI<br>Edizione 4 Revisione 0 del 24/02/2026             |                                                                                     |

## **SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE:**

- Questionario di autovalutazione**

| SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE                                                                                         |                                                                                                                                |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| DOMANDE                                                                                                                      | RISPOSTE                                                                                                                       | PUNTEGGIO |
| <b>B.1 - FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI</b>                                                                             |                                                                                                                                |           |
| <b>B.1.1 - Nella Struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull'igiene delle mani?</b>               | Formazione continua per il personale infermieristico e medico o per tutte le categorie professionali almeno una volta all'anno | 10        |
| <b>B.1.2 - Esiste un sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?</b>                                                   | SI                                                                                                                             | 20        |
| <b>B.2 - SONO DISPONIBILI E FACILMENTE ACCESSIBILI RISORSE E MATERIALI</b>                                                   |                                                                                                                                |           |
| <b>B.2.1 - Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani</b>                                                          | SI                                                                                                                             | 5         |
| <b>B.2.2 - Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale</b>                                | SI                                                                                                                             | 5         |
| <b>B.2.3 - Brochure sull'igiene delle mani: quando, come e perché</b>                                                        | SI                                                                                                                             | 5         |
| <b>B.2.4 - Poster informativi</b>                                                                                            | SI                                                                                                                             | 5         |
| <b>B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?</b> | SI                                                                                                                             | 15        |
| <b>B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?</b>                                          | SI                                                                                                                             | 15        |
| <b>B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?</b>                                             | Budget stanziato                                                                                                               | 10        |
| <b>TOTALE PUNTEGGIO CONSEGUITO (livello avanzato)</b>                                                                        |                                                                                                                                | <b>90</b> |

|                                                                                   |                                                                                                       |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRAELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | PIANO DI AZIONE LOCALE<br>SULL'IGIENE DELLE MANI<br>Edizione 4 Revisione 0 del 24/02/2026             |                                                                                     |

## SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK:

### • Questionario di autovalutazione

| SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK                                                                                                                                                                                    |             |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|
| DOMANDE                                                                                                                                                                                                                             | RISPOSTE    | PUNTEGGIO |
| <b>C1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)</b>                                        | SI          | 10        |
| <b>C.2 - LE CONOSCENZE DEGLI OPERATORI SANITARI SUGLI ARGOMENTI INDICATI DI SEGUITO VENGONO VALUTATE ALMENO ANNUALMENTE?</b>                                                                                                        |             |           |
| <b>C.2.1- Indicazioni per l'igiene delle mani</b>                                                                                                                                                                                   | SI          | 5         |
| <b>C.2.2 - Corretta tecnica di igiene delle mani</b>                                                                                                                                                                                | SI          | 5         |
| <b>C.3 - MONITORAGGIO INDIRETTO DELL'ADESIONE ALL'IGIENE DELLE MANI</b>                                                                                                                                                             |             |           |
| <b>C.3.1 - Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?</b>                                                                                                   | SI          | 5         |
| <b>C.3.2 - Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?</b>                                                                                                                                                 | SI          | 5         |
| <b>C.3.3 - Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?</b>                                                                                                 | NO          | 0         |
| <b>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)</b> |             |           |
| <b>C.4.1 - Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?</b>                                       | Annualmente | 10        |
| <b>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?</b>                                                        | 41-50%      | 10        |
| <b>C.5 - FEEDBACK</b>                                                                                                                                                                                                               |             |           |
| <b>C.5.1 - Feedback immediato: al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?</b>                                                                                                             | SI          | 5         |
| <b>C.5.2 - Feedback sistematico: viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?</b>                                             | SI          | 7,5       |
| <b>C.5.3 - Feedback sistematico: viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo della Direzione della Struttura?</b>                            | si          | 7,5       |
| <b>TOTALE PUNTEGGIO CONSEGUITO (livello intermedio)</b>                                                                                                                                                                             |             | <b>70</b> |

|                                                                                   |                                                                                                                |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>OSPEDALE SAN PIETRO</b><br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRAELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA   |  |
|                                                                                   | <b>PIANO DI AZIONE LOCALE</b><br><b>SULL'IGIENE DELLE MANI</b><br><i>Edizione 4 Revisione 0 del 24/02/2026</i> |                                                                                     |

• **Cronoprogramma: responsabilità, tempistica, monitoraggio**

| SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK                                                                                                                                   |                                                               |                                                           |                     |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------|
| OBIETTIVO                                                                                                                                                                          | ATTIVITA'                                                     | RESPONSABILITA' (R)                                       | TEMPISTICA (T)      | MONITORAGGIO (M)                                     |
| Mantenimento dell'attività di osservazione diretta dell'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani | Esecuzione delle attività di valutazione e feedback immediato | - Direzione Sanitaria<br>- Servizio Professioni Sanitarie | Entro il 31/12/2025 | N. monitoraggi effettuati/N. monitoraggi pianificati |

|                                                                                   |                                                                                                       |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRAELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | PIANO DI AZIONE LOCALE<br>SULL'IGIENE DELLE MANI<br>Edizione 4 Revisione 0 del 24/02/2026             |                                                                                     |

#### **SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE:**

- **Questionario di autovalutazione**

| SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE                                                                                                                              |                                                |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------|
| DOMANDE                                                                                                                                                           | RISPOSTE                                       | PUNTEGGIO |
| <b>D.1 – SONO ESPOSTI I SEGUENTI POSTER (O MATERIALI LOCALI CON CONTENUTI SIMILI)?</b>                                                                            |                                                |           |
| <b>D.1.1 - Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani?</b>                                                                                      | Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%) | 25        |
| <b>D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica?</b>                                                             | Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%) | 15        |
| <b>D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani?</b>                                                                                  | Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%) | 10        |
| <b>D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?</b>         | Ogni 2-3 mesi                                  | 15        |
| <b>D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?</b> | SI                                             | 10        |
| <b>D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?</b>                                                                            | SI                                             | 10        |
| <b>D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?</b>                    | NO                                             | 0         |
| <b>TOTALE PUNTEGGIO CONSEGUITO (livello avanzato)</b>                                                                                                             |                                                | <b>85</b> |

*05/05/2025: Adesione alla Giornata Mondiale per l'igiene delle mani con iniziative educative per l'utenza (stand informativo, distribuzione di brochure informativa, proiezione di video in loop in due punti dell'Ospedale).*

|                                                                                   |                                                                                                       |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRAELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | PIANO DI AZIONE LOCALE<br>SULL'IGIENE DELLE MANI<br>Edizione 4 Revisione 0 del 24/02/2026             |                                                                                     |

## SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT:

### • Questionario di autovalutazione

| SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT                                                                                                                     |          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|
| DOMANDE                                                                                                                                                          | RISPOSTE | PUNTEGGIO |
| <b>E.1 - TEAM PER LA PROMOZIONE E L'IMPLEMENTAZIONE OTTIMALE DELLA PRATICA DI IGIENE DELLE MANI:</b>                                                             |          |           |
| E.1.1 - Esiste un team definito?                                                                                                                                 | SI       | 5         |
| E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?                                                                                               | SI       | 5         |
| E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?                                                       | SI       | 5         |
| <b>E.2 - I SEGUENTI COMPORTAMENTI DELLA DIREZIONE DELLA STRUTTURA SI IMPEGNANO VISIBILMENTE PER SOSTENERE LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DELL'IGIENE DELLE MANI?</b> |          |           |
| E.2.1 - Direzione Generale?                                                                                                                                      | SI       | 10        |
| E.2.2 - Direzione Sanitaria?                                                                                                                                     | SI       | 5         |
| E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?                                                                                                                         | SI       | 5         |
| E.3 - ESISTE UN PROGRAMMA PER LA PROMOZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI IN OCCASIONE DELLA GIORNATA MONDIALE DELL'IGIENE DELLE MANI DEL 5 MAGGIO?                     | SI       | 10        |
| <b>E.4 - SONO ATTIVI SISTEMI PER IDENTIFICARE I "LEADER" PER L'IGIENE DELLE MANI IN TUTTE LE DISCIPLINE?</b>                                                     |          |           |
| E.4.1 - Designazione dei "promotori" dell'igiene delle mani?                                                                                                     | SI       | 5         |
| E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?                                                               | SI       | 5         |
| <b>E.5 - PER QUANTO RIGUARDA IL COINVOLGIMENTO DEI PAZIENTI/FAMILIARI SULL'IGIENE DELLE MANI:</b>                                                                |          |           |
| E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?                                            | SI       | 5         |
| E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?                                                                    | SI       | 10        |
| <b>E.6 - NELLA STRUTTURA SONO INTRAPRESE INIZIATIVE A SUPPORTO DI UN CONTINUO MIGLIORAMENTO, PER ESEMPIO:</b>                                                    |          |           |
| E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani                                                                                                             | NO       | 0         |
| E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani                                                                                 | SI       | 5         |
| E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate                                                            | NO       | 0         |
| E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici                                                              | SI       | 5         |
| E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale                                                                                                                | SI       | 5         |
| E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti                                                                                                   | SI       | 5         |
| <b>TOTALE PUNTEGGIO CONSEGUITO (livello avanzato)</b>                                                                                                            |          | <b>90</b> |

|                                                                                   |                                                                                                       |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | OSPEDALE SAN PIETRO<br>ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRAELLI<br>VIA CASSIA 600 – ROMA |  |
|                                                                                   | PIANO DI AZIONE LOCALE<br>SULL'IGIENE DELLE MANI<br>Edizione 4 Revisione 0 del 24/02/2026             |                                                                                     |

## RIFERIMENTI NORMATIVI

- Circolare Ministeriale n. 8/1988 “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”.
- Circolare Ministeriale “Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di Carbapenemasi (CPE)”, 26 febbraio 2013.
- Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025.
- Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano annuale di Rischio Sanitario (PARS), Determina Regione Lazio G00643 del 25 gennaio 2022.
- “Piano di intervento regionale sull’igiene delle mani”, Determina Regione Lazio G02044 del 19/02/2021.

**RELAZIONE**  
**PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI**

**OSPEDALE SAN PIETRO FBF**

**26 febbraio 2026**

Il programma di controllo della legionellosi presso l' Ospedale San Pietro FBF ha previsto quanto di seguito riportato:

1. Costituzione di un gruppo di lavoro all'interno del CIO come previsto dalle linee guida regionali per la prevenzione e controllo della legionellosi
2. E' stata realizzata una gestione condivisa della documentazione in cloud con accesso da parte del Dipartimento tecnico e dell' Azienda cui è stato affidato il Piano Gestione Acque (in allegato estratto)
3. In allegato sintesi delle modalità di esecuzione valutazione del rischio e misure di controllo estratto dal nostro Piano di Gestione delle Acque (PGA)
4. Il monitoraggio effettuato ha comportato le seguenti azioni di miglioramento:
  - Revisione del PGA
  - Revisione della procedura sull'esecuzione delle pulizie
  - Riqualificazione della Centrale termica con sostituzione dei boiler adibiti all' accumulo di acqua calda
5. Nel 2026, per il mantenimento dello stato attuale considerato soddisfacente, saranno implementati i controlli nei reparti critici.
6. Nell'ambito della formazione sulla sicurezza, come previsto dal D.Lgs 81/08 e della formazione dei nuovi assunti è stato programmato un intervento relativo al rischio legionella negli Ospedali.

#### ALLEGATI

- Estratto Programma di gestione delle acque a uso umano
- Calendario delle manutenzioni



| 2026                                                                                                                                                      | Gennaio |    |    |    | Febbraio |    |    |    | Marzo |    |    |    | Aprile |    |    |    | Maggio |    |    |    | Giugno |    |    |    | Luglio |    |    |    | Agosto |    |    |    | Settembre |    |    |    | Ottobre |    |    |    | Novembre |  |  |  | Dicembre |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|----|----|----------|----|----|----|-------|----|----|----|--------|----|----|----|--------|----|----|----|--------|----|----|----|--------|----|----|----|--------|----|----|----|-----------|----|----|----|---------|----|----|----|----------|--|--|--|----------|--|--|--|
|                                                                                                                                                           | 1°      | 2° | 3° | 4° | 1°       | 2° | 3° | 4° | 1°    | 2° | 3° | 4° | 1°     | 2° | 3° | 4° | 1°     | 2° | 3° | 4° | 1°     | 2° | 3° | 4° | 1°     | 2° | 3° | 4° | 1°     | 2° | 3° | 4° | 1°        | 2° | 3° | 4° | 1°      | 2° | 3° | 4° |          |  |  |  |          |  |  |  |
| reintergro reagenti chimici attrezzature e pezzi di ricambio per il corretto funzionamento dei sistemi                                                    | X       |    |    |    | X        | X  |    | X  | X     |    | X  |    | X      | X  |    | X  | X      |    | X  | X  |        | X  | X  |    | X      | X  |    | X  | X      |    | X  | X  |           | X  | X  |    | X       | X  |    | X  | X        |  |  |  |          |  |  |  |
| tenuta del registro degli interventi                                                                                                                      |         |    |    | X  |          |    | X  |    |       |    | X  |    |        | X  |    |    | X      |    |    | X  |        |    | X  |    |        | X  |    |    | X      |    |    | X  |           |    | X  |    |         | X  |    |    | X        |  |  |  |          |  |  |  |
| monitoraggio livelli di cloro                                                                                                                             |         |    |    | X  |          |    | X  |    |       |    | X  |    |        | X  |    |    | X      |    |    | X  |        |    | X  |    |        | X  |    |    | X      |    |    | X  |           |    | X  |    |         | X  |    |    | X        |  |  |  |          |  |  |  |
| monitoraggio delle temperature d'erogazione dell'acqua calda sanitaria e verifica di valori di temperatura superiori ai 40 °C ai punti terminali          |         |    |    | X  |          |    | X  |    |       |    | X  |    |        | X  |    |    | X      |    |    | X  |        |    | X  |    |        | X  |    |    | X      |    |    | X  |           |    | X  |    |         | X  |    |    | X        |  |  |  |          |  |  |  |
| monitoraggio delle temperature di stoccaggio dell'acqua calda sanitaria sia superiore a 50 °C in centrale                                                 |         |    |    | X  |          |    | X  |    |       |    | X  |    |        | X  |    |    | X      |    |    | X  |        |    | X  |    |        | X  |    |    | X      |    |    | X  |           |    | X  |    |         | X  |    |    | X        |  |  |  |          |  |  |  |
| flussaggio di tutte le utenze poco utilizzate                                                                                                             |         |    |    | X  |          |    | X  |    |       |    | X  |    |        | X  |    |    | X      |    |    | X  |        |    | X  |    |        | X  |    |    | X      |    |    | X  |           |    | X  |    |         | X  |    |    | X        |  |  |  |          |  |  |  |
| monitoraggio di eventuali rami morti su circuito ACS e delle linee di distribuzione caratterizzate da limitato utilizzo o rallentamento del flusso idrico |         |    |    | X  |          |    | X  |    |       |    | X  |    |        | X  |    |    | X      |    |    | X  |        |    | X  |    |        | X  |    |    | X      |    |    | X  |           |    | X  |    |         | X  |    |    | X        |  |  |  |          |  |  |  |
| monitoraggio delle linee di distribuzione esterne o scarsamente/per nulla isolate termicamente                                                            |         |    |    | X  |          |    | X  |    |       |    | X  |    |        | X  |    |    | X      |    |    | X  |        |    | X  |    |        | X  |    |    | X      |    |    | X  |           |    | X  |    |         | X  |    |    | X        |  |  |  |          |  |  |  |
| analisi microbiologiche per il monitoraggio della <i>Legionella</i>                                                                                       |         |    |    |    |          |    |    |    |       |    | X  |    |        |    |    |    | X      |    |    |    |        |    | X  |    |        |    |    | X  |        |    |    |    |           |    |    |    |         |    | X  |    |          |  |  |  |          |  |  |  |
| reportistica delle attività di monitoraggio                                                                                                               |         |    |    |    |          |    |    |    |       |    | X  |    |        |    |    |    | X      |    |    |    |        |    | X  |    |        |    |    | X  |        |    |    |    |           |    |    |    |         |    | X  |    |          |  |  |  |          |  |  |  |
| pulizia filtri acqua, controllo BY-PASS                                                                                                                   |         |    |    |    |          |    |    |    |       |    | X  |    |        |    |    |    | X      |    |    |    |        |    | X  |    |        |    |    | X  |        |    |    |    |           |    |    |    |         |    | X  |    |          |  |  |  |          |  |  |  |
| Disinfezione e decalcificazione rubinetteria, soffioni e rompi getto                                                                                      |         |    |    |    |          |    |    |    |       |    |    |    |        |    |    |    | X      |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |           |    |    |    |         |    |    | X  |          |  |  |  |          |  |  |  |
| manutenzione straordinaria delle apparecchiature oggetto dell'appalto                                                                                     |         |    |    |    |          |    |    |    |       |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |           |    |    |    |         |    |    |    |          |  |  |  |          |  |  |  |
| Sostituzione rompigitto rubinetteria                                                                                                                      |         |    |    |    |          |    |    |    |       |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |           |    |    |    |         |    |    |    |          |  |  |  |          |  |  |  |
| pulizia e sanificazione boiler ACS                                                                                                                        |         |    |    |    |          |    |    |    |       |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |           |    |    |    |         |    |    |    |          |  |  |  |          |  |  |  |
| pulizia e sanificazione cisterne e/o serbatoi di accumulo acqua fredda                                                                                    |         |    |    |    |          |    |    |    |       |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |           |    |    |    |         |    |    |    |          |  |  |  |          |  |  |  |
| analisi potabilità acqua                                                                                                                                  |         |    |    |    |          |    |    |    |       |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |        |    |    |    |           |    |    |    |         |    |    |    |          |  |  |  |          |  |  |  |



## 11 PIANO DELLE ATTIVITÀ DI CONDUZIONE E MANUTENZIONE

PIANO DI GESTIONE DELLE ACQUE A USO UMANO  
Programma di conduzione e manutenzione  
Ospedale San Pietro - FBF Roma



### RETE IDRICA ACQUA FREDDA/CALDA

#### PREMESSA GENERALE

Tutte le verifiche contemplate nella presente descrizione dovranno essere eseguite in conformità alle specifiche tecniche consigliate dal costruttore dell'impianto e dei componenti delle apparecchiature

#### FREQUENZA DI INTERVENTO

**Q** quindicinale; **M** mensile; **T** trimestrale; **SE** semestrale; **A** Annuale

|                                                                                                                                                                                                                                             | Q                   | M | T | SE | A |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---|---|----|---|
| controllo e gestione da remoto dei sistemi MITMATIC installati                                                                                                                                                                              | 2 volte a settimana |   |   |    |   |
| controllo e gestione sul posto dei sistemi MITMATIC installati                                                                                                                                                                              | X                   |   |   |    |   |
| interventi di sanificazione tramite shock termico da attuare in caso di episodi di legionellosi nosocomiale o di pluripositività rilevata attraverso i campionamenti; e comunque ogni qualvolta la direzione medica di presidio lo richieda | all'occorrenza      |   |   |    |   |
| reintegro reagenti chimici attrezzature e pezzi di ricambio per il corretto funzionamento dei sistemi                                                                                                                                       | X                   |   |   |    |   |
| tenuta del registro degli interventi                                                                                                                                                                                                        |                     | X |   |    |   |
| monitoraggio livelli di cloro                                                                                                                                                                                                               |                     | X |   |    |   |
| monitoraggio delle temperature d'erogazione dell'acqua calda sanitaria e verifica di valori di temperatura superiori ai 40 °C ai punti terminali                                                                                            |                     | X |   |    |   |
| monitoraggio delle temperature di stoccaggio dell'acqua calda sanitaria sia superiore a 50 °C in centrale                                                                                                                                   |                     | X |   |    |   |
| flussaggio di tutte le utenze poco utilizzate                                                                                                                                                                                               |                     | X |   |    |   |
| monitoraggio di eventuali rami morti su circuito ACS e delle linee di distribuzione caratterizzate da limitato utilizzo o rallentamento del flusso idrico                                                                                   |                     | X |   |    |   |
| monitoraggio delle linee di distribuzione esterne o scarsamente/per nulla isolate termicamente                                                                                                                                              |                     | X |   |    |   |
| analisi microbiologiche per il monitoraggio della <i>Legionella</i>                                                                                                                                                                         |                     |   | X |    |   |
| reportistica delle attività di monitoraggio                                                                                                                                                                                                 |                     |   | X |    |   |
| pulizia filtri acqua, controllo BY-PASS                                                                                                                                                                                                     |                     |   | X |    |   |
| Disinfezione e decalcificazione rubinetteria, soffioni e rompi getto                                                                                                                                                                        |                     |   |   | X  |   |
| manutenzione straordinaria delle apparecchiature oggetto dell'appalto                                                                                                                                                                       |                     |   |   |    | X |
| Sostituzione rompigitto rubinetteria                                                                                                                                                                                                        |                     |   |   |    | X |
| pulizia e sanificazione boiler ACS                                                                                                                                                                                                          |                     |   |   |    | X |
| pulizia e sanificazione cisterne e/o serbatoi di accumulo acqua fredda                                                                                                                                                                      |                     |   |   |    | X |
| analisi potabilità acqua                                                                                                                                                                                                                    |                     |   |   |    | X |