

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev.4 Pag. 1 di 54
---	---	---

INDICE

PREMESSA	2
1 “CONTESTO ORGANIZZATIVO”	3
Tabella 1a. Contesto Organizzativo – dati strutturali 2025.....	3
Tabella 1b. Contesto Organizzativo – dati attività al 31.12.2025	4
2 “RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI”	4
Tabella 2. Eventi Segnalati nel 2025 - Adempimento art.2, c.5, L.24/2017	5
Tabella 3. Sinistrosità e risarcimenti per malpractice erogati nell'ultimo quinquennio*	6
3 “DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA”	6
Tabella 4. Descrizione della posizione assicurativa	6
4 “RESOCONTO ATTIVITA’ PIANO PRECEDENTE”	7
Tabella 5. Resoconto attività previste dal PARS 2025 – rischi non infettivi	7
Tabella 6: Rendicontazione previste dal PARS 2025 – rischi infettivi	10
5. RESPONSABILITÀ	12
6. OBIETTIVI ED ATTIVITÀ – RISCHIO CLINICO 2026	14
6.1 Obiettivi:.....	15
6.2 Attività.	15
7. OBIETTIVI ED ATTIVITÀ – RISCHIO INFETTIVO 2026	22
7.1 Obiettivi:.....	24
7.2 Attività.	22
8. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	23
9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	28
10. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	29
11. ALLEGATI.....	31

REDAZIONE: S. Ferracuti, G.B. Orsi			VERIFICA: S. Ferracuti			APPROVAZIONE: E. Gallo		
DATA:	FUNZIONE:	VISTO:	DATA:	FUNZIONE:	VISTO:	DATA:	FUNZIONE:	VISTO:
	UOD Risk management, qualità e accreditamento UOD Igiene Ospedaliera			UOD Risk management, qualità e accreditamento			Direttore Sanitario	
Documento riservato alla circolazione interna. È vietata la riproduzione esterna in tutto o in parte senza la preventiva autorizzazione scritta della Direzione								

	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 2 di 54
---	---	---------------------------------------

PREMESSA

La sicurezza delle cure è l'elemento portante della legge 24/2017, quale migliore garanzia per il paziente di essere accolto in un ambiente di cura sicuro in relazione alle prestazioni erogate e all'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

Nella Regione Lazio l'attenzione nei confronti della qualità e sicurezza delle cure e della persona assistita ha trovato espressione nella definizione dei contenuti del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e del Piano Annuale di controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA), due documenti che, oltre a rappresentare espressione del commitment regionale, consentono dal 2021 alle Strutture di rendere pubblica la propria policy su questi temi.

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, a distanza di oltre sei anni dall'emanazione delle prime linee guida per l'elaborazione del PARM, nel 2022 la Regione Lazio ha ritenuto opportuno rivedere il contenuto dei due documenti sopra citati, unificandoli nel Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS), il quale riporta in maniera ben distinta le due sezioni ed i relativi obiettivi. Ciò al fine di:

- semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale, supportandole nella cruciale fase di valutazione dei rischi;
- sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti alla qualità e alla sicurezza delle cure con gli inderogabili requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP), del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR), nonché del Piano regionale di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani.

Il documento mantiene, in ogni caso, la distinzione delle attività legate al rischio clinico rispetto a quelle legate alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, individuandone meglio le relative responsabilità nella implementazione e monitoraggio per ambito di azione.

Il presente documento aziendale recepisce a pieno le indicazioni fornite dalla determinazione della Regione Lazio G00643 del 25.01.2022 "Adozione del Documento di Indirizzo per l'elaborazione del piano annuale di rischio sanitario (PARS)" e dalle successive indicazioni contenute nella nota della regione Lazio U.0037825 del 15.01.2026. Inoltre, per i rischi infettivi sono state considerate le ulteriori indicazioni contenute nella determinazione n. G16501 del 28.11.2022 "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)" e nella determinazione n. G17673 del 23.12.2025 "Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antibiotico Resistenza PARCA".

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 3 di 54
---	---	---------------------------------------

1 “CONTESTO ORGANIZZATIVO”

Per comprendere meglio la situazione aziendale ed il contesto nel quale il PARS dovrà essere implementato, si riportano di seguito alcuni dati descrittivi relativi all’AOUSA (Tabella 1a e 1b).

Tabella 1a. Contesto Organizzativo – dati strutturali 2025 (Determina Regione Lazio G01328/2022, modificata da Nota protocollo DS/AOUSA n. 13220/2024)

DATI STRUTTURALI 2025			
Posti letto ordinari (inclusi PL TI e stanze filtro)	433	Medicina (include pediatria, medicina nucleare, psichiatria e sub intensive)	224
		Chirurgia (comprende week surgery e sub intensive)	165
		Terapia intensiva	28
		Malattie infettive	20
		Stanze filtro	4
		Posti letto tecnici	12
Posti letto diurni (DH/DS)	37		
Servizi trasfusionali	1	Centro procreazione medicalmente assistita	0
Blocchi operatori	2	Sale operatorie	13
Centro trapianti (impianto organi e tessuti)	1 (UOC Ematologia - Trapianto midollo)		
Hub	Rete Emergenza cardiocirurgica *	Funzione di Hub vicario con turnazione settimanale predisposta da ARES 118 (Determinazione G08250 del 24.06.2022)	
DEA di I livello – riferimento per P.S.	Rete Emergenza adulti **	Padre Pio - Bracciano; Santissimo Gonfalone - Monterotondo	
	Rete trauma grave e neurotrauma **	Padre Pio - Bracciano; Santissimo Gonfalone - Monterotondo (Determinazione G15438 del 15.12.2020)	
	Rete Ictus **	Padre Pio - Bracciano; Santissimo Gonfalone - Monterotondo; San Pietro Fatebenefratelli - Roma (Determinazione G11799 del 13.10.2020)	
	Rete Emergenza cardiologica ***	Padre Pio - Bracciano; Santissimo Gonfalone - Monterotondo (Determinazione G08250 del 24.06.2022)	
Terapie intensive	28	Rianimazione	8
		TIPO	8
		TIPO CTV	6
		UTIC	6

* In collaborazione con Policlinico “Gemelli” come HUB di riferimento

** DEA di I livello – riferimento per P.S.

*** Classe E (Cardiologia/UTIC servizio di emodinamica)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 4 di 54
---	---	---------------------------------------

Tabella 1b. Contesto Organizzativo - Dati attività al 31.12.2025

DATI ATTIVITÀ 2025*			
Ricoveri ordinari	16.275	Ricoveri diurni (DH+DS) #	5.396
Accessi PS	43.304	Neonati o parti **	0
Numero interventi chirurgici	18.075	Prestazioni ambulatoriali #	1.219.104
Numero branche specialistiche	32		

* Dati forniti dalla UOC Programmazione e Controllo di Gestione tramite analisi dei flussi regionali (SIO, SIAS, SIES) nel periodo 01.01.2025 – 31.12.2025.

** La AOU Sant'Andrea non eroga prestazioni di Ostetricia.

al netto del 13° mese.

Per quanto attiene la gestione del rischio clinico l'Azienda si avvale:

- della UO Risk management, qualità e accreditamento per la gestione del rischio clinico non infettivo
- della UO Igiene Ospedaliera per le attività di controllo dei rischi infettivi;
- sempre in materia dei rischi infettivi,
 - del Comitato di controllo per le infezioni correlate all'assistenza (CCICA) istituito con delibera N° 857 del 17/06/2025
 - della UO Malattie infettive alla quale afferisce il programma di Stewardship antimicrobica che attraverso un insieme coordinato di interventi multidisciplinari promuove l'uso appropriato degli antibiotici, ottimizzandone scelta, dosaggio, via di somministrazione e durata. L'obiettivo principale è migliorare l'outcome clinico del paziente, ridurre la resistenza batterica e limitare i costi.

2 “RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI”

Secondo quanto previsto dal documento Regionale “Manuale per la classificazione degli eventi e l’alimentazione del flusso SIRES-EVENTI versione 1.0 6 ottobre 2025”, nel corso del 2025, il totale degli eventi identificati è stato pari a n. **278** di cui:

- 3 ES
- 275 EA di cui 9 EA non segnalati nel Sires (sia per problemi tecnici es impossibilità di registrare paz. ignoto o per la tipologia di evento ma comunque gestiti direttamente mediante svolgimento audit GRC)
- 0 NM

I fattori causali e le azioni di miglioramento per gli eventi sottoposti ad analisi, sulla base della Determinazione Regionale n. G09850 del 20 luglio 2021, sono riportati in tabella 2. In tutti i casi è stata compilata e caricata sul portale regionale del Rischio clinico la SCHEDA A per la segnalazione di eventi avversi e la scheda B per la segnalazione di eventi sentinella. La gestione degli eventi è affidata alla U.O.D. Risk management, qualità e accreditamento.

Tabella 2. Eventi Segnalati nel 2025 - Adempimento art.2, c.5, L.24/2017

Tipo di evento	n. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria evento	Classificazione Fattori causali/contribuenti identificati	Bersaglio delle Azioni di miglioramento formulate	Fonte del dato
Evento sentinella	3 (1,1%)	0	Strutturali (0%) Tecnologici (7%)	Strutturali (0%) Tecnologici (3%)	Sistemi di reporting (100 %)
Evento avverso	275 (98,9%)	194 (72%)	Organizzativi (29%)	Organizzativi (10%)	
Near miss	0	0%	Procedure/Comunicazione (9%)	Procedure/Comunicazione (26%)	

In merito alla sinistrosità, dal 2019, l’Azienda, ove possibile, convoca a visita medico legale il paziente che ha fatto richiesta di risarcimento a seguito di prestazione erogata presso AOUSA; in diversi casi si è notato che, a seguito di tale procedura, è possibile già dimostrare l’infondatezza di alcune richieste e la parte supposta offesa non dà più seguito alla precedente istanza.

I risarcimenti liquidati dal 2021 hanno mostrato un trend altalenante: in discesa dal 2021, con un leggero rialzo nel 2024. **Il numero di sinistri segnalati è invece in calo a partire dal 2021 sino al 2024, in risalita nel 2025** (Tabella 3).

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 6 di 54
---	---	---------------------------------------

Tabella 3. Sinistrosità e risarcimenti per malpractice erogati nell'ultimo quinquennio*

Anno	N. Sinistri segnalati nel medesimo anno in cui è avvenuto l'evento	N. Sinistri segnalati relativi a fatti avvenuti in anni precedenti	Risarcimenti (euro) pagati nell'anno di apertura del sinistro	Risarcimenti (euro) pagati per sinistri aperti in anni precedenti
2021	8	32	0,00	531.006,19
2022	7	28	0,00	220.000,00
2023	7	22	0,00	25.000,00
2024	4	18	0,00	54.000,00
2025	15	20	0,00	28.000,00
Totale**	41	120	0	858.006,19

* Dati Forniti dalla UOD Affari generali e consulenza giuridica.

** Il totale include anche eventi di anni precedenti (NdR)

3 “DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA”

L'art. 10 della legge 24/2017 prevede che le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private debbano essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, stipulando, altresì, polizze assicurative o adottando altre analoghe misure per la copertura della responsabilità (autoritenzione).

Dal 2016, anche l'AOUSA, non ha più rinnovato la copertura assicurativa per responsabilità civile ed è passata in regime di autoritenzione del rischio (Delibera Aziendale n. 351 del 21 aprile 2016, successivamente confermata con Delibera Aziendale n. 24 del 13 gennaio 2022). Parallelamente, l'azienda ha investito in attività di gestione del rischio clinico che portando all'emersione degli eventi avversi ha permesso la loro corretta gestione e prevenzione determinando una riduzione dei sinistri segnalati (Tabella 4).

Tabella 4. Descrizione della posizione assicurativa

Anni	Polizza	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2017 - 2024	AUTORITENZIONE	NESSUNA		NESSUNA	NESSUNO

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 7 di 54
---	---	---------------------------------------

4 “RESOCONTO ATTIVITÀ PIANI PRECEDENTI”

4.1 RESOCONTO ATTIVITÀ PARS 2025 – rischi non infettivi

Le attività proposte nel PARS 2025 per quanto riguarda i rischi non infettivi sono state implementate entro il 31.12. 2025, attenendosi alle disposizioni e tempistiche regionali e di seguito descritte.

Tabella 5. Resoconto attività previste dal PARS 2025 – rischi non infettivi e stato di realizzazione

OBIETTIVO REGIONALE A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato attuazione
A1. Svolgimento del corso aziendale ECM “La responsabilità professionale in ambito sanitario.”	SI	Evento formativo residenziale ECM svolto in presenza in data 09.04.2025
A2. Svolgimento del corso aziendale ECM “La corretta gestione della documentazione sanitaria”	SI	Evento formativo residenziale ECM svolto in presenza in data 15.04.2025
A3. Svolgimento del corso aziendale ECM “Prevenzione e gestione delle cadute accidentali in ambito ospedaliero.”	SI	Evento formativo residenziale ECM svolto in presenza (2 edizioni) data 23.09.2025-18.11.2025
A4. Svolgimento del corso aziendale ECM “Processo di terapia farmacologica: rischi e responsabilità professionali.”	SI	Evento formativo residenziale ECM svolto in presenza in data 10.06.2025
A5. Svolgimento del corso aziendale ECM “Corretta gestione della terapia trasfusionale.”	SI	Evento formativo residenziale ECM svolto in presenza in data 28.05.2025
A6. Svolgimento del corso aziendale ECM “Rischio clinico e sicurezza del paziente: Setting di gestione del paziente fragile.”	SI	Evento formativo residenziale ECM svolto in presenza in data 01.10.2025
A.7 Svolgimento del corso aziendale ECM “Valutazione e gestione del rischio suicidario.”	SI	Evento formativo residenziale ECM svolto in presenza in data 01.10.2025
A.8 Svolgimento del corso aziendale ECM “Prevenzione e gestione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari.”	SI	Evento formativo residenziale ECM svolto in presenza in data 30.09.2025
A.9 Ulteriori corsi organizzati in collaborazione con altre UU.OO	SI	<u>“Corso neo assunti con introduzione alla gestione del rischio clinico”</u> : n.20 incontri svolti in presenza
A10. Introduzione di strumenti di risk analysis negli obiettivi di budget aziendali (prevedere che tutte le UU.OO. effettuino un determinato numero minimo di audit).	SI	AOUSA ha tenuto in considerazione tale indicazione nel concordamento degli obiettivi di budget con le UU.OO. sia per il 2025 che anche per il 2026.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 8 di 54
--	---	---------------------------------------

OBIETTIVO REGIONALE A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

Attività	Realizzata	Stato attuazione
A11. Utilizzo della intranet della struttura per diffusione di dati e/o indicazioni sul rischio clinico e/o contenzioso.	SI	Nel corso del 2025 sono stati pubblicati sulla intranet aziendale n. 44 avvisi relativi a: pubblicazione di reportistica, eventi formativi, indicazioni per la gestione del rischio clinico, qualità e gestione del contenzioso e alle attività del percorso di accreditamento all'eccellenza (questionari al personale e valutazione delle conoscenze).

OBIETTIVO REGIONALE 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

Attività	Realizzata	Stato attuazione
B1: Progettazione e implementazione di attività di risk assessment: analisi e verifica corretta compilazione cartelle cliniche.	SI	Sono state analizzate 262 cartelle cliniche afferenti alle UU.OO/Servizi associate ad eventi avversi segnalati, al fine di valutarne la qualità. All'analisi si aggiunge il monitoraggio di alcuni processi regolamentati (es. check list BO).
B2: Progettazione e implementazione di attività di risk assessment: gestione del sistema interno di segnalazione degli eventi avversi ed alimentare il sistema SIRES tramite segnalazione tempestiva a seguito di incident reporting (Standard: invio della scheda A entro 5 gg e della scheda B entro 45 gg dalla notifica di un evento sentinella. Il caricamento avverrà a cura della UOC RISK Management, Q&A sull'apposito portale regionale).	SI	Il sistema attivato dal 2019 aumenta di anno in anno la sua sensibilità grazie alla formazione e coinvolgimento del personale sanitario. La tabella 2 mostra il numero totale di eventi segnalati. Per ogni evento, è stata compilata e caricata sul portale regionale del Rischio clinico la SCHEDA A in tempo reale o al massimo entro 24 ore. Le schede B non sono state compilate in quanto non si sono verificati eventi sentinella. È stata sempre condotta un'analisi dell'evento (es. con AUDIT GRC) e individuate le azioni di miglioramento da implementare.
B3: Progettazione ed implementazione di attività di risk assessment: sistema di monitoraggio a campione di eventi a potenziale rischio nella terapia farmacologica, in particolare il progetto riguarderà le terapie con farmaci sedativi, con audit finale annuale con gli incaricati di funzione organizzativa ed i coordinatori infermieristici per l'analisi delle criticità riscontrate.	SI	Il controllo è stato eseguito a partire da gennaio fino a dicembre 2025, da 27 coordinatori in 7 dipartimenti, esaminando il modulo (M/919/601) di monitoraggio del consumo di farmaci sedativi sottoscritto dall'incarico di funzioni di coordinamento. Tutti i dati sono stati inseriti in un database. In caso di non conformità di processo, il rapporto è stato inviato ai coordinatori e alle funzioni organizzative.
B4: Progettazione ed implementazione di attività di risk assessment: Progettazione di un sistema di monitoraggio del rischio suicidario, mediante autovalutazione a campione della compilazione delle schede di valutazione del rischio da parte della UOC Psichiatria. (Standard: condurre almeno un audit annuale sui risultati del monitoraggio).	SI	È stata predisposto e codificato un apposito modulo di autoverifica per la UOC di Psichiatria (M/919/608). Le schede sono state compilate dal coordinatore infermieristico e dal referente Medico durante il controllo periodico (semestrale) su un campione casuale di cartelle cliniche dei pazienti ricoverati presso SPDC. Tutti i dati aggregati sono stati analizzati dal RMQ&A e non si sono registrate criticità, pertanto non si è ritenuto necessario lo svolgimento di un Audit.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 9 di 54
--	---	---------------------------------------

OBIETTIVO REGIONALE 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

Attività	Realizzata	Stato attuazione
B5: Progettazione ed implementazione di attività di risk assessment: Progettazione di un sistema di monitoraggio con autovalutazione a campione della compilazione delle checklist di sala operatoria da parte dei blocchi operatori (BB.OO.). (Standard: condurre almeno un audit annuale sui risultati del monitoraggio).	SI	È stato predisposto e codificato un apposito modulo di autoverifica (M/919/605). Le schede sono state compilate con cadenza mensile dai coordinatori infermieristici. Tutti i dati aggregati sono stati analizzati dal RMQ&A e non si sono registrate criticità, pertanto non si è ritenuto necessario lo svolgimento di un Audit
B6: Progettazione ed implementazione di attività di risk assessment: Progettazione sistema di verifica a campione dell'implementazione dei documenti che recepiscono Raccomandazioni ministeriali da parte della UOC Risk management, qualità e accreditamento. (Standard: verifica a campione in almeno 10 UU.OO./servizi entro il 31.12.2025).	SI	Sono stati effettuati monitoraggi a campione in 10 UU.OO./Servizi aziendali. I report sono stati trasmessi alle funzioni coinvolte.
B8: Progettazione ed implementazione di attività di risk analysis: utilizzo audit di gestione del rischio clinico per analisi eventi avversi rilevanti.	SI	Nel corso del 2025 la UOD di Risk management Q&A ha convocato e gestito, mediante un facilitatore interno, 60 audit GRC . Tutti gli audit hanno visto la partecipazione del personale convocato e/o delegato e hanno portato, dopo analisi dell'evento, alla stesura di alert report e di un piano di miglioramento.

OBIETTIVO REGIONALE C): Favorire un visone unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture

Attività	Realizzata	Stato attuazione
C1: Redazione/revisione della "Procedura di redazione e gestione documenti sistema qualità"	SI	Revisione "P/919/00 Procedura di redazione e gestione documenti sistema qualità (Rev.1)": in fase di elaborazione. <u>Il processo è comunque governato si è data precedenza alla regolamentazione di altri processi critici</u>
C2: Redazione/revisione della "Procedura per la gestione delle apparecchiature elettromedicali e attrezzature sanitarie"	SI	Revisione "P/919/06 Procedura per la gestione delle apparecchiature elettromedicali e attrezzature sanitarie (Rev.1)": in fase di elaborazione.
C3: Redazione/revisione della Protocollo multidisciplinare per la prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale"	SI	Revisione (PT/919/11 Protocollo multidisciplinare per la prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale (Rev.1)": in fase di elaborazione.
C4. Redazione/revisione "Procedura per la corretta gestione della contenzione fisica dei pazienti"	SI	Revisione "P/919/27 Procedura per la corretta gestione della contenzione fisica dei pazienti (Rev.1)": in fase di revisione.
C5: Redazione "Manuale Punture Esplorativa"	SI	Redazione "M/919/07 Manuale per la corretta gestione delle punture esplorative e evacuative (Rev.0)". approvazione in data 21.01.2026.
C6: Redazione "Procedura per l'introduzione del sondino naso-gastrico"	SI	Redazione "PT/919/19 Protocollo per l'inserimento e la gestione delle sonde gastro-enteriche". approvazione in data 15.09.2025.

OBIETTIVO REGIONALE C): Favorire un visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture

Attività	Realizzata	Stato attuazione
C7: Redazione “Procedura per la prevenzione delle Infezioni Urinarie correlate a Cateterismo Vescicale a permanenza”.	SI	Redazione “PT/919/18 Protocollo multidisciplinare per al gestione del cateterismo vescicale e prevenzione delle infezioni urinarie; approvazione in data 14.07.2025.
Ulteriori documenti redatti		
Redazione “Procedura per la comunicazione degli eventi avversi (EA/ES/NM)”	SI	Redazione “P/919/167 Procedura per la comunicazione degli eventi avversi.”; approvazione in data 14.10. 2025.
Redazione Istruzione di lavoro per la corretta gestione delle modalità di segnalazione degli eventi avversi/near miss (incidente reporting)	SI	Redazione “IL/919/59 Istruzione di lavoro per la corretta gestione delle modalità di segnalazione degli eventi avversi/near miss (incidente reporting). approvazione in data 15.09.2025.
Redazione “Procedura per la gestione degli audit ed altre metodologie di valutazione analisi/criticità”		Redazione “P/919/166 Procedura per la gestione degli audit ed altre metodologie di valutazione analisi/criticità”. approvazione in data 15.09.2025.
Revisione “Protocollo multidisciplinare per la gestione dei farmaci antineoplastici.”	SI	Revisione “P/919/12 Protocollo multidisciplinare per la gestione dei farmaci antineoplastici”. approvazione in data 21.10. 2025.
Redazione “Protocollo per la corretta gestione del processo di sterilizzazione”.	SI	Redazione “PT/919/17 Protocollo per la corretta gestione del processo di sterilizzazione; approvazione in data 28.03.2025.
Redazione “Procedura sul corretto uso dei disinfettanti e antisettici”.	SI	Redazione “P/919/158 Procedura sul Corretto uso dei disinfettanti e antisettici”. Approvazione 16/1/2026
Redazione “Procedura per corretto lavaggio delle mani ed uso dei guanti”	SI	Redazione “P/919/169 Procedura per corretto lavaggio delle mani ed uso dei guanti”. Approvazione 21/1/26
Redazione “Protocollo per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico”	SI	Redazione “PT/919/20 Protocollo per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico”. approvazione in data 09.02.2026.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 12 di 54
--	---	--

		SEZIONE C 1. Progetto IPC/lavaggio mani. Reparti Champions con: 1440 osservazioni secondo scheda OMS in 9 reparti con restituzione diretta e ri-osservazione dopo formazione effettuata dalla UOC di Malattie Infettive e riportato nella Relazione alla direzione Sanitaria ed al CC-ICA del 03.02.2026 (Allegata).
		SEZIONE D (comunicazione permanente) e E (clima organizzativo e commitment)?

OBIETTIVO REGIONALE 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	Realizzata	Stato di attuazione
C.1: Definizione/Implementazione/Consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE	SI	Prot. 2717 del 18.02.2026 (Verbali CC-ICA 2025)
C.2: Definizione/Implementazione/Consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE	SI	Comunicazioni di AOUSA inviata alla ASL RM1 con schede allegate
C.3: Definizione/Implementazione/Consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert	SI	Prot. 1726 del 03.02.2026
C.4: Implementare specifiche attività per la sorveglianza delle infezioni della ferita chirurgica	SI	E' stata intrapresa l'indagine di sorveglianza secondo il protocollo SNICH2 arruolando tutti i pazienti sottoposti a protesi anca articolare dal primo settembre al primo dicembre 2025. È in corso il follow-up e i risultati saranno a breve disponibili
C.5: Implementazione delle linee guida sull'antibiotico-profilassi peri-operatoria	SI	PT/919/07 Rev. 1 del 14.03.2025
C.6: Implementare specifiche attività per la gestione della sepsi	SI	In sostituzione dell'attività di sorveglianza sanitaria è stato attuato il Corso sulla sepsi in ematologia "Le emergenze nel paziente ematologico" il 21.11.2025 con particolare attenzione alle sepsi da MDRO
C.7: Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (antimicrobial stewardship)	SI	In fase di elaborazione di una procedura per la gestione del programma di stewardship che prevede un team infettivologico e urgentista che supporta e corregge le scelte antibiotiche della maggioranza dei casi di infezione, soprattutto quelle associate all'assistenza. Nell'ambito dei Servizi SCIA sono state eseguite nel 2025, 3678 con un incremento rispetto al 2024 del 30% (2861). L'introduzione dell'ASP ha portato a una riduzione statisticamente significativa della terapia empirica prescritta, della terapia a base di carbapenemi e a un aumento delle azioni di ASP rispetto al 2024. E' in via di costituzione l'Endocarditis team (vd.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 13 di 54
--	---	---

		allegato), che si pone come uno degli obiettivi principali la razionalizzazione dell'uso degli antibiotici nel contesto delle terapie per l'endocardite infettive con utilizzo anche di metodologie OPAT e descalaggio a terapia orale
C.8: Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA	SI	Prot. 1817 del 05.02.2026
C.9: Redazione di un documento aziendale di recepimento alla determinazione G 16501 del 30.11.2022	In Corso	In corso
C.10: Redazione "Procedura Legionellosi"	SI	PT/919/164 del 27.02.2025

5. RESPONSABILITÀ

Si fa riferimento a quanto espressamente indicato nel paragrafo A5 del “Documento di Indirizzo per l’elaborazione del piano annale di rischio sanitario (PARS)”, adottato con determinazione della Regione Lazio G00643 del 25.01.2022 che prevede una precisa distribuzione delle responsabilità nella stesura e monitoraggio delle attività del presente piano. In ogni caso, ogni singola attività declinata nei paragrafi successivi presenta una matrice delle responsabilità che individua i responsabili delle varie fasi, utili al raggiungimento dell’obiettivo stabilito. Sulla base di tali indicazioni, la delibera di approvazione del PARS 2023 (delibera n.234 del 28/02/2023) prevedeva di:

- di conferire mandato al direttore della UOD di Igiene Ospedaliera di dare piena attuazione alle attività previste dal suddetto documento relativamente alle attività di prevenzione del rischio infettivo (ex PAICA);
- di conferire mandato al direttore della UOD di Risk Management, qualità e accreditamento di dare piena attuazione alle attività previste dal suddetto documento relativamente alle attività di prevenzione del rischio non infettivo (ex PARM).

Tabella 7. Matrice delle responsabilità

AZIONE	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA	Risk Manager	Responsabile UO Affari Legali/Generali	Direttore Generale/Proprietà	Direttore Amministrativo
Redazione PARS (eccetto i punti: A2, A3 e A7)	C	R	C	C	C
Redazione punti A2 e A3	C	C	R	I	C
Redazione punto A7	R	C	I	I	C
Adozione PARS	I	I	I	R	C
Monitoraggio PARS (eccetto il punto A7)	C	R	C	I	C
Monitoraggio punto A7	R	C	I	I	I

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

	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 15 di 54
---	---	--

6. OBIETTIVI ED ATTIVITÀ – RISCHIO CLINICO (non infettivo) 2026

In accordo con la mission aziendale, AOUSA si pone una serie di obiettivi strategici che si vanno ad integrare anche con il Sistema di Gestione Qualità aziendale. La Regione Lazio ha individuato tre obiettivi strategici regionali mandatori e le attività che le aziende sanitarie devono implementare all'interno di questi (Regione Lazio G00643 del 25.01.2022). In particolare, la disposizione regionale **impone di declinare un minimo di 5 attività** distribuite su tutti e tre gli obiettivi. L'AOUSA ha declinato 17 attività distribuite nell'ambito dei tre obiettivi strategici più "ulteriori" 3 attività per un totale di 20 attività complessive.

6.1 Obiettivi strategici regionali:

- 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 un visone unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture (stesura procedure di gestione del rischio clinico).

6.2 Attività.

Nell'ambito degli obiettivi strategici regionali, l'AOUSA ha programmato di implementare le seguenti attività:

Nell'ambito dell'obiettivo regionale A:

- A1. Svolgimento del corso aziendale ECM "La Responsabilità professionale in ambito sanitario";
- A2. Svolgimento del corso aziendale ECM "La corretta gestione della documentazione sanitaria";
- A3. Svolgimento del corso aziendale ECM "Prevenzione e gestione delle cadute accidentali in ambito ospedaliero";
- A4. Svolgimento del corso aziendale ECM "Rischio clinico e processo di terapia farmacologica: gestione, rischi e responsabilità professionali";
- A5. Svolgimento del corso aziendale ECM "La corretta gestione della terapia trasfusionale";
- A6. Svolgimento del corso aziendale ECM "Rischio clinico e sicurezza del paziente: Setting di gestione del paziente fragile".
- A7. Svolgimento del corso aziendale ECM "Valutazione e gestione del rischio suicidio in ospedale".
- A8. Svolgimento del corso aziendale ECM "Prevenzione e gestione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari".
- A9. Svolgimento del corso aziendale ECM "Comunicazione, consenso e cure fine vita."
- A10. Svolgimento del corso aziendale ECM "Il rischio clinico e le infezioni correlate all'assistenza."
- A11. Introduzione di strumenti di risk analysis negli obiettivi di budget aziendali (prevedere che tutte le UU.OO. effettuino almeno un certo numero di audit clinici/riunioni);
- A12. Utilizzo intranet della struttura per diffusione di dati e indicazioni relativi a: reportistica, eventi formativi, indicazioni per la gestione del rischio clinico, qualità e gestione del contenzioso.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 16 di 54
--	---	--

Nell'ambito dell'obiettivo regionale B:

- B1. Progettazione ed implementazione di attività di risk assessment (analisi delle cartelle cliniche);
- B2. Progettazione ed implementazione di attività di risk assessment (gestione del sistema interno di segnalazione degli eventi avversi ed alimentazione del sistema SIRES tramite segnalazione tempestiva a seguito di *incident reporting*);
- B3. Progettazione ed implementazione di attività di risk assessment (sistema di monitoraggio a campione di eventi a potenziale rischio nella terapia farmacologica, in particolare il progetto riguarderà le terapie con farmaci sedativi, con invio delle eventuali non conformità di processo ai coordinatori infermieristici e posizioni organizzative).
- B4. Progettazione ed implementazione di attività di risk assessment (sistema di monitoraggio a campione di eventi a potenziale rischio suicidario, in particolare il progetto riguarderà il monitoraggio a campione della compilazione delle schede di valutazione del rischio ed audit finale annuale con la UOC di Psichiatria per l'analisi delle criticità).
- B5. Progettazione ed implementazione di attività di risk assessment (sistema di monitoraggio a campione delle checklist di sala operatoria ed audit finale annuale con il B.O. per l'analisi delle criticità).
- B6. Progettazione ed implementazione di attività di risk assessment (sistema di monitoraggio a campione dell'implementazione dei documenti che recepiscono Raccomandazioni ministeriali sul rischio clinico nei reparti di degenza/servizi aziendali).
- B7. Progettazione ed implementazione di attività di risk analysis (utilizzo audit di gestione del rischio clinico per analisi eventi avversi rilevanti).

Nell'ambito dell'obiettivo regionale C:

- C1. Redazione/revisione "P/919/00 Procedura di redazione e gestione documenti sistema qualità Rev.1" (redatta in data 16.07.2010, verificata in data 27.07.2010, approvata in data 28.07.2010). Ulteriore attività definita da AOUSA.
- C2. Redazione/revisione "P/919/06 - Procedura per la gestione delle apparecchiature elettromedicali e attrezzature sanitarie Rev.1" (redatta in data 22.03.2022, verificata in data 24.03.2022, approvata in data 15.11.2022). Ulteriore attività definita da AOUSA.
- C3. Redazione/revisione "PT/919/11- Protocollo multidisciplinare per la prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale" Rev.1 (redatto in data 05.06.2023, verificata in data 23.06.2023, approvata in data 28.06.2023). Ulteriore attività definita da AOUSA.
- C4. Redazione/revisione "P/919/27- Procedura per la corretta gestione della contenzione fisica dei pazienti" rev.0 (redatta in data 12.04.2022, verificata in data 14.04.2022, approvata il 14.04.2022). Ulteriore attività definita da AOUSA.

Le attività da implementare e gli indicatori individuati, che nell'ottica del miglioramento continuo della qualità si intendono utilizzare al fine di misurare le attività svolte ed i risultati conseguiti, sono:

	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 17 di 54
---	---	--

OBIETTIVO A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

ATTIVITÀ A1: Svolgimento del corso aziendale “Responsabilità professionale in ambito sanitario”.

INDICATORE: inserimento nel Piano Formativo Aziendale

STANDARD: svolgimento entro il 31.12.2026

FONTE: UOD Risk Management, qualità e accreditamento e UOS Formazione aziendale (eventualmente in collaborazione con UO specialistiche per tematiche specifiche)

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	UOD Risk Management, Q&A	UOS Formazione
Progettazione del corso	R	I
Accreditamento	C	R
Esecuzione del corso	R	C

ATTIVITÀ A2: Svolgimento del corso aziendale “La corretta gestione della documentazione sanitaria”.

INDICATORE: inserimento nel Piano Formativo Aziendale

STANDARD: svolgimento entro il 31.12.2026

FONTE: UOD Risk Management, qualità e accreditamento e UOS Formazione aziendale

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	UOD Risk Management, Q&A	UOS Formazione
Progettazione del corso	R	I
Accreditamento	C	R
Esecuzione del corso	R	C

ATTIVITÀ A3: Svolgimento del corso aziendale “Prevenzione e gestione delle cadute accidentali in ambito ospedaliero”.

INDICATORE: inserimento nel Piano Formativo Aziendale.

STANDARD: pubblicazione entro 31.12.2026

FONTE: UOD Risk Management, qualità e accreditamento, UOC Professioni sanitarie e UOS Formazione aziendale

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	UOD Risk Management, Q&A	UOC Professioni Sanitarie	UOS Formazione
Progettazione del corso	R	C	I
Accreditamento	C	C	R
Esecuzione del corso	R	R	C

Legenda: R = Responsabile; C = Collabora; I = Informato

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 18 di 54
---	---	--

ATTIVITÀ A4: Svolgimento del corso aziendale “Processo di terapia farmacologica: rischi e responsabilità professionali”.

INDICATORE: inserimento nel Piano Formativo Aziendale

STANDARD: svolgimento entro il 31.12.2026

FONTE: UOD Risk Management, qualità e accreditamento, UOC Farmacia e UOS Formazione aziendale

MATRICE DELLE RESPONSABILITA’

Azione	UOD Risk Management, Q&A	UOC Farmacia	UOS Formazione
Progettazione del corso	R	C	I
Accreditamento	C	C	R
Esecuzione del corso	R	R	C

ATTIVITÀ A5: Svolgimento del corso aziendale “Corretta gestione della terapia trasfusionale”.

INDICATORE: inserimento nel Piano Formativo Aziendale

STANDARD: svolgimento entro il 31.12.2026

FONTE: UOD Risk Management, qualità e accreditamento, UOC SIMT e UOS formazione aziendale (eventualmente in collaborazione con di UO specialistiche per tematiche specifiche)

MATRICE DELLE RESPONSABILITA’

Azione	UOD Risk Management, Q&A	UOC S.I.M.T.	UOS Formazione
Progettazione del corso	R	C	I
Accreditamento	C	C	R
Esecuzione del corso	R	R	C

ATTIVITÀ A6: Svolgimento del corso aziendale “Rischio clinico e sicurezza del paziente: Setting di gestione del paziente fragile”.

INDICATORE: inserimento nel Piano Formativo Aziendale

STANDARD: svolgimento entro il 31.12.2026

FONTE: UOD Risk Management, qualità e accreditamento, UOC Neurologia e UOS formazione aziendale

MATRICE DELLE RESPONSABILITA’

Azione	UOC Risk Management, Q&A	UOC Neurologia	UOC Formazione
Progettazione del corso	R	C	I
Accreditamento	C	C	R
Esecuzione del corso	R	R	C

Legenda: R = Responsabile; C = Collabora; I = Informato

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 19 di 54
---	---	--

ATTIVITÀ A7: “Valutazione e gestione del rischio suicido in ospedale”.

INDICATORE: inserimento nel Piano Formativo Aziendale

STANDARD: svolgimento entro il 31.12.2026

FONTE: UOD Risk Management, qualità e accreditamento, UOC Psichiatria e UOS formazione aziendale

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOD Risk Management, Q&A	UOC Psichiatria	UOS Formazione
Progettazione del corso	R	C	I
Accreditamento	C	C	R
Esecuzione del corso	R	R	C

ATTIVITÀ A8: Svolgimento del corso aziendale “Prevenzione e gestione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari”.

INDICATORE: inserimento nel Piano Formativo Aziendale

STANDARD: svolgimento entro il 31.12.2026

FONTE: UOD Risk Management, qualità e accreditamento, UO SPP e UOS formazione aziendale

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOD Risk Management, Q&A	UOS SPP	UOS Formazione
Progettazione del corso	R	C	I
Accreditamento	C	C	R
Esecuzione del corso	R	R	C

ATTIVITÀ A9: Svolgimento del corso aziendale “Comunicazione, consenso e cure fine vita.”

INDICATORE: inserimento nel Piano Formativo Aziendale

STANDARD: svolgimento entro il 31.12.2026

FONTE: UOD Risk Management, qualità e accreditamento, UOC Anestesia e Rianimazione, Dipartimento delle Professioni Sanitarie, UOS formazione aziendale.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOD Risk Management, Q&A	Direzione Sanitaria	Dipartimento Professioni Sanitarie	UOC Anestesia e Rianimazione	UOC Oncologia	UOS Formazione
Progettazione del corso	R	C	C	C	C	I
Accreditamento	C	C	C	C	C	R
Esecuzione del corso	R	R	R	R	R	C

Legenda: R = Responsabile; C = Collabora; I = Informato

	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 20 di 54
---	---	--

ATTIVITÀ A10: Svolgimento del corso aziendale “Il rischio clinico e le infezioni correlate all'assistenza.”				
INDICATORE: inserimento nel Piano Formativo Aziendale				
STANDARD: svolgimento entro il 31.12.2026				
FONTE: UOD Risk Management, qualità e accreditamento, UOD Igiene Ospedaliera e UOS formazione aziendale				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
Azione	UOD Risk Management, Q&A	UOS Igiene Ospedaliera	UOS Formazione	
Progettazione del corso	R	C	I	
Accreditamento	C	C	R	
Esecuzione del corso	R	R	C	
ATTIVITÀ A11: Introduzione di strumenti di risk analysis negli obiettivi di budget aziendali.				
INDICATORE: Inserimento negli obiettivi di budget aziendali delle UU.OO. lo svolgimento di audit clinici/riunioni				
STANDARD: almeno 3 audit per U.O.C/U.O.D. entro il 31.12.2026				
FONTE: verbali di audit				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
Azione	UOD Risk Management, Q&A	Direzione Strategica	UOC Programmazione e controllo di gestione	Tutte le UU.OO.
Proposta inserimento obiettivi di budget mediante PARS	R	I	R	I
Approvazione obiettivi	I	R	C	I
Raggiungimento dell’obiettivo di budget	I	I	I	R
ATTIVITÀ A12: utilizzo intranet della struttura per diffusione di dati e indicazioni relativi a: reportistica, eventi formativi, indicazioni per la gestione del rischio clinico, qualità e gestione del contenzioso.				
INDICATORE: pubblicazione sulla intranet aziendale di indicazioni relative alla gestione del rischio clinico e/o gestione del contenzioso.				
STANDARD pubblicazione entro 31.12.2026				
FONTE: pagina intranet				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
Azione	UOD Risk management, Q&A		UOC Sistemi informativi	
Progettazione dell’informativa	R		I	
Pubblicazione	I		R	

Legenda: R = Responsabile; C = Collabora; I = Informato

	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 21 di 54
---	---	--

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

ATTIVITÀ B1: Progettazione e implementazione di attività di risk assessment.

INDICATORE: analisi e verifica corretta compilazione cartelle cliniche

STANDARD: Verifica di almeno 125 cartelle cliniche entro il 2025, produzione report complessivo da inviare alle funzioni preposte

FONTE: archivio cartelle cliniche

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	UOC Risk Management, Q&A	Direzione sanitaria	Archivio cartelle cliniche	Tutte le UU.OO.
Verifica della compilazione cartelle cliniche	R	C	C	I

ATTIVITÀ B2: gestione del sistema interno di segnalazione degli eventi avversi ed alimentazione del sistema SIREs tramite segnalazione tempestiva a seguito di incident reporting.

INDICATORE: invio della scheda A e B relativa all'evento sentinella.

STANDARD: invio della scheda A-B e PDM secondo i tempi stabiliti dal documento di indirizzo GRRC versione 1.0 ottobre 2025. Il caricamento avverrà a cura della UOC Risk Management, Q&A sull'apposito portale regionale coordinato dal CRRC.

FONTE: incident reporting

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	UOC Risk management, Q&A	Tutte le UU.OO.
Invio IR	C	R
Analisi IR e tempestivo caricamento sul portale regionale dei moduli A e B	R	C

ATTIVITÀ B3: Progettazione di un sistema di monitoraggio di eventi a potenziale rischio nella terapia farmacologica, mediante autovalutazione a campione da parte dei reparti sulle terapie con farmaci sedativi

INDICATORE: monitoraggio di eventi a potenziale rischio nella terapia farmacologica, mediante autovalutazione a campione su apposito modulo aziendale

STANDARD: analisi di eventuali criticità riscontrate entro il 31.12.2026

FONTE: prescrizione/allestimento terapie con farmaci sedativi

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	UOC Risk Management, Q&A	Tutte le UU.OO.
Monitoraggio	I	R
Proposta di audit clinico	R	C
Svolgimento audit	R	R

Legenda: **R** = Responsabile; **C** = Collabora; **I** = Informato

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 22 di 54
--	---	--

ATTIVITÀ B4: Progettazione di un sistema di monitoraggio di eventi a potenziale rischio suicidario, mediante autovalutazione a campione della compilazione delle schede di valutazione del rischio da parte della UOC Psichiatria

INDICATORE: monitoraggio di eventi a rischio suicidario, mediante autovalutazione su modulo aziendale

STANDARD: analisi di eventuali criticità riscontrate entro il 31.12.2026

FONTE: UOC di Psichiatria

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOC Risk Management, Q&A	UOC di Psichiatria
Monitoraggio	I	R
Proposta di audit clinico	R	C
Svolgimento audit	R	R

ATTIVITÀ B5: Progettazione di un sistema di monitoraggio con autovalutazione a campione della compilazione delle checklist di sala operatoria da parte dei blocchi operatori (BB.OO.)

INDICATORE: monitoraggio con autovalutazione a campione della compilazione delle checklist di sala operatoria su modulo aziendale

STANDARD: analisi di eventuali criticità riscontrate entro il 31.12.2026

FONTE: Blocco Operatorio

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOC Risk Management, Q&A	BB.OO.
Monitoraggio	I	R
Proposta di audit clinico	R	C
Svolgimento audit	R	R

ATTIVITÀ B6: Progettazione sistema di verifica a campione dell'implementazione dei documenti che recepiscono Raccomandazioni ministeriali sul rischio clinico da parte della UOC Risk management, qualità e accreditamento

INDICATORE: verifica a campione dell'implementazione dei documenti che recepiscono Raccomandazioni ministeriali, mediante compilazione delle apposite check list predisposte

STANDARD: verifica a campione in UU.OO./servizi entro il 31.12.2026

FONTE: UOC Risk management, Q e A

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOC Risk Management, Q&A	UU.OO.
Compilazione check-list	R	R
Monitoraggio a campione	R	C

Legenda: R = Responsabile; C = Collabora; I = Informato

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 23 di 54
--	---	--

ATTIVITÀ B7: Utilizzo audit di gestione del rischio clinico per analisi eventi avversi rilevanti

INDICATORE: effettuazione audit di gestione del rischio clinico

STANDARD: n. audit in base al verificarsi di eventi che necessitano di approfondimento entro il 31.12.2026

FONTE: UOD Risk management, Q e A

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	UOC Risk Management, Q&A	Tutte le UU.OO.
Proposta e convocazione di audit GRC	R	C
Svolgimento audit	R	R

OBIETTIVO C): Favorire una visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture

ATTIVITÀ C1: Redazione/revisione - P/919/00 Procedura di redazione e gestione documenti sistema qualità. Rev.1

INDICATORE: redazione documento aziendale entro il 31.12.2026

FONTE: UOD Risk Management, qualità e accreditamento/ archivio documentale

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	UOC Risk Management, Q&A	Direzione Sanitaria	Gruppo di lavoro per la stesura della procedura
Redazione del documento	I	I	R
Verifica del documento	R	I	I
Approvazione	C	R	C

ATTIVITÀ C2: Redazione/revisione – P/919/06 Procedura per la gestione delle apparecchiature elettromedicali e attrezzature sanitarie. Rev.1

INDICATORE: redazione documento aziendale entro il 31.12.2026

FONTE: UOD Risk Management, qualità e accreditamento/archivio documentale

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	UOC Risk Management, Q&A	Direzione Sanitaria	Gruppo di lavoro per la stesura della procedura
Redazione e verifica del documento	R	I	R
Approvazione	C	R	C

ATTIVITÀ C3: Revisione P/919/27 - Procedura per la corretta gestione della contenzione fisica dei pazienti Rev.0.

INDICATORE: Redazione del documento aziendale entro il 31.12.2026

FONTE: UOD Risk Management, qualità e accreditamento/ archivio documentale

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	UOC Risk Management, Q&A	Direzione Sanitaria	Gruppo di lavoro per la stesura del documento
Redazione e verifica del documento	R	I	R
Approvazione	I	R	I

Legenda: R = Responsabile; C = Collabora; I = Informato

	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 24 di 54
---	---	--

7. OBIETTIVI ED ATTIVITÀ – RISCHIO INFETTIVO 2026

Gli obiettivi strategici regionali sono stati definiti in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal piano regionale della prevenzione (PRP, PIANO 10 - PP10) e al Piano nazionale di contrasto all'antimicrobico resistenza (PNCAR 2022-2025) e dalle indicazioni regionali (nota U.0091714 del 22-01-2024).

7.1 Obiettivi strategici regionali

- 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, per il raggiungimento e mantenimento del livello "avanzato";
- 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, prevenzione e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

7.2 Attività

Nell'ambito degli obiettivi strategici regionali, l'AOUSA ha programmato di implementare le seguenti attività:

Nell'ambito dell'obiettivo regionale A:

- A.1) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e prevenzione delle ICA.
- A.2) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici e contrasto all'antibiotico resistenza.

Nell'ambito dell'obiettivo regionale B:

- B.1) Implementazione del Piano di Azione locale sul lavaggio delle mani per il mantenimento del livello "avanzato" nelle sezioni A, B, C, D, E.

Nell'ambito dell'obiettivo regionale C:

- C.1) Definizione/Implementazione/Consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE.
- C.2) Definizione/Implementazione/Consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE.
- C.3) Definizione/Implementazione/Consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 25 di 54
---	---	--

- C.4) Monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica (compresa la profilassi antibiotica perioperatoria).
- C.5) Interventi per la gestione della terapia antibiotica empirica.
- C.6) Implementazione di specifiche attività per la gestione della sepsi.
- C.7) Misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (antimicrobial stewardship).
- C.8) Esecuzione di una indagine di prevalenza sulle principali ICA.
- C.9) Implementazione e redazione di un documento aziendale in recepimento alla determinazione G 16501 del 30/11/2022.
- C.10) Monitoraggio del consumo di antibiotici secondo la classificazione AWARE disaggregato almeno per area assistenziale (Medica, Chirurgica, Critica).

Le attività da implementare e gli indicatori individuati, che nell'ottica del miglioramento continuo della qualità si intendono utilizzare al fine di misurare le attività svolte ed i risultati conseguiti, sono:

OBIETTIVO A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo

ATTIVITÀ A1: Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e prevenzione delle ICA.

INDICATORE: inserimento nel Piano Formativo Aziendale

STANDARD: esecuzione di almeno 1 edizione del corso entro il 31/12/2026

FONTE: CCICA – Ufficio formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	UOD Igiene ospedaliera	Ufficio Formazione
Progettazione del corso	I	R	C
Accreditamento del corso	I	C	R
Esecuzione del corso	I	R	C
Monitoraggio esecuzione azione	R	I	I

Legenda: R = Responsabile; C = Collabora; I = Informato

ATTIVITÀ A2: Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici e contrasto all'antibiotico resistenza.

INDICATORE: inserimento nel Piano Formativo Aziendale

STANDARD: esecuzione di almeno 1 edizione del corso entro il 31/12/2026

FONTE: CCICA – Ufficio formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	UOD Igiene ospedaliera	Ufficio Formazione	UOC Farmacia	UOD Malattie Infettive
Progettazione del corso	I	R	C	C	R
Accreditamento del corso	I	I	R	I	I
Esecuzione del corso	I	R	C	R	R

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 26 di 54
---	---	--

Monitoraggio esecuzione azione	R	I	I	I	I
-----------------------------------	---	---	---	---	---

Legenda: R = Responsabile; C = Collabora; I = Informato

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 31/12/2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi, per il raggiungimento e mantenimento del livello "avanzato".

ATTIVITÀ B1: Implementazione del Piano di Azione locale sul lavaggio delle mani per il mantenimento del livello "avanzato" nelle sezioni A, B, C, D, E (allegato 1: PN/919/13)

INDICATORE: corretta implementazione del piano aziendale del lavaggio delle mani

STANDARD: raggiungimento del livello "avanzato" per tutti gli indicatori previsti.

FONTE: UOD di Igiene Ospedaliera

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	UOD Igiene ospedaliera	Ufficio Formazione	UOC Farmacia	UOD Malattie Infettive
Progettazione della sorveglianza	I	R	C	C	R
Esecuzione della sorveglianza	I	R	R	R	R
Reportistica	I	R	C	R	R
Monitoraggio esecuzione azione	R	I	I	I	I

Legenda R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

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, prevenzione e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CPE

ATTIVITÀ C1: Definizione/Implementazione/Consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE.

INDICATORE: report trimestrale al CC-ICA

STANDARD: alimentazione flusso di notifica

FONTE: UOD di Igiene Ospedaliera

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	UOD Igiene ospedaliera	UOS Microbiologia	UOD Malattie Infettive
Progettazione della sorveglianza	I	R	R	C
Esecuzione della sorveglianza	I	R	R	C
Monitoraggio esecuzione azione	R	I	I	I

Legenda: R = Responsabile; C = Collabora; I = Informato

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 27 di 54
---	---	--

ATTIVITÀ C2: Definizione/Implementazione/Consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE.

INDICATORE: report trimestrale al CC-ICA

STANDARD: dati di sorveglianza

FONTE: UOD di Igiene Ospedaliera

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'

Azione	CCICA	UOD Igiene ospedaliera	UOS Microbiologia	UOC Pronto Soccorso
Progettazione della sorveglianza	I	R	C	C
Esecuzione della sorveglianza	I	R	R	R
Monitoraggio esecuzione azione	R	I	I	I

ATTIVITÀ C3: Definizione/Implementazione/Consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert.

INDICATORE: report trimestrale al CC-ICA

STANDARD: alimentazione flusso di notifica

FONTE: UOD di Igiene Ospedaliera

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'

Azione	CCICA	UOD Igiene ospedaliera	UOS Microbiologia	Malattie Infettive
Progettazione della sorveglianza	I	R	C	C
Esecuzione della sorveglianza	I	R	R	C
Monitoraggio esecuzione azione	R	I	I	I

ATTIVITÀ C4: Monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica (compresa la profilassi antibiotica perioperatoria).

INDICATORE: sorveglianza e prevenzione delle infezioni della ferita chirurgica

STANDARD: attività di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico

FONTE: UOD di Igiene Ospedaliera

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'

Azione	CCICA	UOD Igiene ospedaliera	UOS Microbiologia	UOC Professioni Sanitarie	UOD Malattie Infettive	Dipartimenti Chirurgici
Selezione dei pazienti da tamponare	I	R	I	R	R	C
Valutazione delle ISC	I	R	I	R	R	C
Esami microbiologici	I	I	R	I	I	I
Monitoraggio esecuzione azione	R	I	I	I	I	I

Legenda: R = Responsabile; C = Collabora; I = Informato

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 28 di 54
---	---	--

ATTIVITÀ C5: Interventi per la gestione della **terapia antibiotica empirica.**

INDICATORE: report al CC-ICA

STANDARD: appropriata **antibiotico-terapia**

FONTE: UOD di Igiene Ospedaliera

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCIC A	UOD Igiene ospedaliera	UOS Microbiologia	UOC Farmacia	UOC Anestesia e Rianimazione	UOD Malattie Infettive	Dipartimenti Chirurgici
Progettazione	I	I	I	I	R	R	I
Redazione	I	R	I	C	R	R	C
Monitoraggio esecuzione azione	R	I	I	I	I	I	I

ATTIVITÀ C6: Implementazione di specifiche attività per la gestione della sepsi

INDICATORE: report al CC-ICA

STANDARD: sorveglianza a campione

FONTE: UOD di Igiene Ospedaliera

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	UOD Igiene ospedaliera	UOS Microbiologia	UOD Malattie Infettive
Progettazione della sorveglianza	C	R	C	C
Esecuzione della sorveglianza	C	R	R	C
Report	C	R	R	C
Monitoraggio esecuzione azione	R	I	I	I

ATTIVITÀ C7: Misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (antimicrobial stewardship)

INDICATORE: report semestrali al CC-ICA in occasione delle due indagini di prevalenza

STANDARD: sorveglianza

FONTE: UOD di Igiene Ospedaliera

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	UOD Igiene ospedaliera	UOS Microbiologia	UOD Malattie Infettive
Progettazione della sorveglianza	C	R	C	C
Esecuzione della sorveglianza	C	R	C	C
Report	C	R	C	C
Monitoraggio esecuzione azione	R	I	I	I

Legenda: R = Responsabile; C = Collabora; I = Informato

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 29 di 54
---	---	--

ATTIVITÀ C8: Esecuzione di una indagine di prevalenza sulle principali ICA.

INDICATORE: report trimestrale al CC-ICA

STANDARD: sorveglianza a campione

FONTE: UOD di Igiene Ospedaliera

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	UOD Igiene ospedaliera	UOS Microbiologia	UOD Malattie Infettive
Progettazione della sorveglianza	C	R	C	C
Esecuzione della sorveglianza	C	R	R	C
Report	C	R	R	C
Monitoraggio esecuzione azione	R	I	I	I

ATTIVITÀ C9: Redazione del documento aziendale in recepimento alla determinazione G 16501 del 30/11/2022.

INDICATORE: Redazione del documento aziendale entro il 31.12.26

FONTE: UOD di Igiene Ospedaliera

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	UOD Igiene ospedaliera	Risk Management	UOD Malattie infettive	Direzione Sanitaria
Redazione procedura	C	R	C	I	C
Approvazione	I	R	R	I	R
Monitoraggio esecuzione azione	R	R	I	I	R

ATTIVITÀ C10: Monitoraggio del consumo di antibiotici secondo la classificazione AWARE disaggregato almeno per area assistenziale (Medica, Chirurgica, Critica).

INDICATORE: Redazione del documento aziendale entro il 31.12.26

FONTE: UOD di Igiene Ospedaliera

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	UOD Igiene ospedaliera	Risk Management	UOD Malattie infettive	Direzione Sanitaria
Redazione procedura	I	R	C	R	C
Approvazione	I	R	R	I	R
Monitoraggio esecuzione azione	R	R	I	I	R

Legenda: R = Responsabile; C = Collabora; I = Informato

	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 30 di 54
---	---	--

8. MODALITA' DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso la pubblicazione del PARS sul sito aziendale nella sezione Intranet ed Internet.

9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi Etici di Sistema: Risk Management in Sanità: il problema degli errori – marzo 2004;
- Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi Etici di Sistema: Sicurezza dei pazienti e gestione del Rischio Clinico: Manuale per la Formazione degli operatori sanitari;
- DCA n. U00480 del 06/12/2013: “Definitiva adozione dei programmi operativi 2013-2015”, intervento 18.1 “Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi” e intervento 18.6 “Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio Assicurativo”;
- Determinazione n. G01424 del 10/02/2014: Istituzione gruppi di lavoro “Comitato Tecnico di Coordinamento Rischio Clinico” e gruppo di lavoro “Coordinamento per le Infezioni Correlate all’Assistenza”;
- Linee di Indirizzo Regionali per la stesura del piano di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all’assistenza (CC-ICA)” Determinazione n. G04112 del 01/04/2014;
- “Linee guida per l’elaborazione del piano annuale di risk management (PARM)”, pubblicato sul BURL n.8 del 24.1.19;
- “Comunicazioni relative all’elaborazione del PARM 2021” Regione Lazio – Area rete ospedaliera e specialistica, prot. 884417 del 15.10.2020;
- Circolare ministeriale n.52/1985 “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
- 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) 2017-2020;
- Decreto del Commissario ad Acta n. U00400 “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico” 29 ottobre 2018;
- Nota Regione Lazio prot. U 0884520 del 10.10.2020, “Comunicazioni relative all’elaborazione del PAICA 2021”;
- Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella” adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021;
- Documento Di Indirizzo Per L’elaborazione Del Piano Annuale Per La Gestione Del Rischio Sanitario (PARS)”, determinazione G00643 della Regione Lazio n. 3279 del 25/01/2022.
- Regione Lazio Registro Ufficiale prot. U.0091714 del 22-01-2024. Piano annuale di gestione del rischio sanitario 2024 (PARS).

10. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

- **PARS:** Piano Annuale di Rischio Sanitario;
- **PAICA:** Piano Annuale per la prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza;

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 31 di 54
--	---	---

- **SIMES:** Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità del Ministero della Salute;
- **AOUSA:** Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea;
- **ICA:** infezione correlata all'assistenza;
- **MRSA:** *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*);
- **VRE:** enterococchi vancomicina-resistenti (Vancomycin-Resistant Enterococchi);
- **MDR:** germi multi-resistenti Multi-Drug Resistance;
- **CPE:** enterobatteri produttori di carbapenemasi;
- **AS:** Antimicrobial Stewardship.

11. ALLEGATI

N° Allegato	Codice documento	Titolo
Allegato 1	PN/919/13	PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2026

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 32 di 54
--	---	---

PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2026

Oggetto: Piano di azione locale sull'igiene delle mani (PALIM)

In ottemperanza al “Piano regionale sull'Igiene delle Mani”, emesso dal CRCC del 19 febbraio 2021 approvato con Determinazione G02044 del 26.02.2021, l'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea (AOUSA) fornisce il seguente Piano di Azione Locale sull'Igiene delle Mani (PALIM), suddiviso in tre Allegati:

- A) Risultati delle cinque sezioni del questionario di autovalutazione di cui al sopra citato piano regionale e analisi dell'andamento rispetto almeno all'anno precedente;
- B) Risultati del monitoraggio del consumo di SIA (effettuato secondo le indicazioni fornite dal SERESMI) del I Semestre 2025. L'analisi dei dati per il secondo semestre e tutto l'anno 2025 sono tuttora in corso;
- C) Risultati del monitoraggio e dell'osservazione della compliance dell'igiene delle mani (effettuato secondo le indicazioni fornite dal SERESMI) ed andamento rispetto all'anno o alla rilevazione precedente;

	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 33 di 54
---	---	--

ALLEGATO A PALIM

Il piano di intervento è stato suddiviso in cinque sezioni:

- SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI
- SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE
- SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK
- SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE
- SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Ogni sezione prevede un questionario specifico di autovalutazione, al fine di consentire di determinare le principali criticità e permettere l'implementazione delle misure necessarie; per evidenziare meglio le principali criticità riscontrate per ogni ambito, verrà attribuito un punteggio in modo da individuare quattro livelli:

1. **INADEGUATO:** la promozione e la pratica di igiene delle mani sono insufficienti. Sono necessari significativi miglioramenti.
2. **BASE:** sono in essere alcune misure ma è necessario un ulteriore miglioramento. Indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale.
3. **INTERMEDIO:** è stata sviluppata una adeguata strategia di promozione e la pratica di igiene delle mani è migliorata. È necessario sviluppare programmi a lungo termine per garantire che il miglioramento sia sostenuto nel tempo e progressivo.
4. **AVANZATO:** la promozione e l'adesione all'igiene delle mani sono ottimali.

Sulla base del punteggio ottenuto in ogni singola sezione, il CC-ICA, elaborerà un piano di azione di miglioramento ed i risultati di tale lavoro, le modalità di svolgimento e gli obiettivi perseguiti avranno evidenza nel Piano Annuale di Rischio Sanitario (PARS), trasmesso annualmente al CRRC.

Nel caso in cui l'autovalutazione di una o più sezioni raggiunga il livello inadeguato, il CC-ICA, con esplicito mandato della Direzione Strategica dell'AOUSA, elaborerà un piano di azione straordinario con le azioni e le attività necessarie al miglioramento da implementare entro un termine massimo di tre mesi per la/le sezioni/i che abbia/abbiano evidenziato tale criticità.

Per quanto attiene alle responsabilità circa il monitoraggio e implementazioni di azioni di miglioramento si fa riferimento a quanto riportato nel piano di intervento regionale sull'igiene delle mani (Determina regionale G02044, pag 20), in particolare relativamente a:

1. Esecuzione dell'autovalutazione;
2. Elaborazione e monitoraggio di uno o più piani di azione straordinari nel caso in cui l'esito della autovalutazione di una o più sezioni abbia dato un livello più basso del previsto. L'obiettivo è, infatti, quello di tendere il più possibile al livello avanzato per ogni sezione analizzata. In ogni caso, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, il questionario di autovalutazione dovrà essere compilato con cadenza almeno annuale.

Tali attività sono state svolte entro il mese di Dicembre 2025 ed hanno visto la partecipazione di tutte le UU.OO. / Reparti.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 34 di 54
---	---	--

SEZIONE A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

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

SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI: PUNTEGGIO 100

Sulla base del punteggio raggiunto, ovvero il massimo, verranno programmate azioni da implementare seguendo le indicazioni del piano regionale per mantenere il livello “AVANZATO (punteggio 76-100)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 35 di 54
---	---	--

INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	
INADEGUATO (punteggio: 0-25)	BASE (punteggio: 26-50)
Valutazione: analizzare le attuali infrastrutture per l'igiene delle mani; Prodotti per l'igiene delle mani: prendere decisioni in merito all'approvvigionamento di soluzione alcolica; Sostegno da parte della Direzione: per il cambiamento del sistema.	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
Valutazione: mappare le risorse necessarie per garantire l'igiene delle mani in tutti i punti di assistenza; Prodotti per l'igiene delle mani: fornire progressivamente prodotti e relative istruzioni al punto di assistenza in tutta la struttura con un calendario di attuazione definite; Sostegno da parte della Direzione: a breve e lungo termine, anche finanziario, per un continuo approvvigionamento dei prodotti.	
AVANZATO (punteggio: 76-100)	
Valutazione: valutare la tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso; Prodotti per l'igiene delle mani: rendere disponibili più tipi di dispenser (ad esempio flaconi tascabili, dispenser a muro, dispenser su carrelli e guide del letto) per soddisfare al meglio le esigenze al punto di assistenza; Sostegno da parte della Direzione: effettuare un'analisi costo-beneficio del cambiamento del sistema nella propria Struttura e condividerla con i dirigenti apicali.	

SEZIONE B: ATTIVITÀ DI FORMAZIONE DEL PERSONALE PER LA PREVENZIONE DELLE ICA

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
B.1 - Formazione degli operatori sanitari	Mai	
B.1.1. Nella struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull'igiene delle mani	Una tantum	0
	Formazione continua per il personale infermieristico e medico o per tutte le categorie professionali almeno una volta all'anno	10
	Formazione obbligatoria per tutte le categorie professionali di neoassunti e successive formazione continua periodica almeno una volta all'anno	0
B.1.2 .Esiste un sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	SI	20
B.2 - Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali		
B.2.1 Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	SI	5
B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale		
B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani: quando come e perchè	SI	5
B.2.4 Poster informativi	SI	5
B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?	SI	15

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 36 di 54
---	---	--

B.4 - E presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	SI	15
B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	NO	0

SEZIONE B – ATTIVITA' DI FORMAZIONE DEL PERSONALE PER LA PREVENZIONE DELLE ICA: PUNTEGGIO 75

Sulla base del punteggio raggiunto, ovvero INTERMEDIO, verranno programmate azioni da implementare seguendo le indicazioni del piano regionale, come riportato nella fascia BASE per conseguire un punteggio AVANZATO (punteggio: 76-100)

TABELLA B2 . INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
FORMAZIONE DEL PERSONALE	
INADEGUATO (punteggio: 0-25)	BASE (punteggio: 26-50)
• Pianificazione: valutare la disponibilità di formatori e osservatori qualificati; • Esecuzione: formare i formatori e gli osservatori; progettare un programma per la formazione obbligatoria di tutto il personale; sviluppare un processo per confermare il completamento della formazione di base da parte del personale e sviluppare un piano per la formazione continua e gli aggiornamenti. • Sostegno da parte della Direzione.	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
• Valutazione dei bisogni: pianificare la formazione sull'igiene delle mani incentrata sul Piano di Intervento in base alle conoscenze del personale, alla percezione della sua importanza e ai risultati del monitoraggio; • Pianificazione: definire e implementare un programma per la validazione delle competenze degli osservatori; • Esecuzione: fornire programmi di formazione aggiornati per il personale sulla base di una valutazione dei bisogni formativi; • Supporto: assicurarsi il supporto da parte del personale apicale; • Sostenibilità: sviluppare un processo per confermare il completamento della formazione da parte del personale e sviluppare un piano per la formazione continua e gli aggiornamenti.	
AVANZATO (punteggio: 76-100)	
• Formazione: formazione obbligatoria sull'igiene delle mani per i nuovi dipendenti e formazione continua per tutto il personale utilizzando metodi differenziati e innovativi; • Integrazione e allineamento: prevedere un rimando specifico all'igiene delle mani in tutti i protocolli, procedure, istruzioni operative, ove applicabile; • Valutazione: valutare regolarmente le conoscenze degli operatori sanitari sull'igiene delle mani e utilizzare i risultati per perfezionare ulteriormente la formazione;	

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 37 di 54
---	---	--

SEZIONE C: MONITORAGGIO E FEEDBACK

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)	NO	0
	SI	10
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	0
	SI	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0
	SI	5
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani		
C.3.1 consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani e monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SI	5
C.3.2 Il consumo di sapone e monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SI	5
C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani e pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0
	SI	0
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani		
NB: Rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale		
C.4.1 Quante frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai	0
	Irregolarmente	0
	Annualmente	10
	Ogni 3 mesi o meno	0
C.4.2 Quale nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≤ 30%	0
	31-40%	0
	41-50%	10
	51-60%	0
	61-70%	0
	71-80%	0
	81%	0
C.5 Feedback		
C.5.1 <u>Feedback immediato</u> : al termine di ogni sessione di osservazione e restituito un feedback agli operatori?	NO	0
	SI	0
C.5.2 <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	0
	SI	0
C.5.3 <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	NO	0
	SI	7.5

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 38 di 54
--	---	---

SEZIONE C - MONITORAGGIO E FEEDBACK: PUNTEGGIO 57,5

Sulla base del punteggio raggiunto, ovvero INTERMEDIO, verranno programmate azioni da implementare seguendo le indicazioni del piano regionale per conseguire il livello “AVANZATO (punteggio 76-100)

TABELLA C2_ INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
MONITORAGGIO E FEEDBACK	
INADEGUATO (punteggio: 0-25)	BASE (punteggio: 26-50)
• Valutazione regolare: dare priorità alle attività di valutazione per definire il livello base di <i>compliance</i> degli operatori sulla igiene delle mani. Prevedere un regolare follow-up di queste attività; • Disponibilità di competenze: valutare la disponibilità di competenze specifiche per l'analisi dei dati e, in caso contrario, acquisirle; • Feedback: definire un sistema per registrare e riportare i risultati il prima possibile sia al personale che ai dirigenti, e comunicarli apertamente.	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
• Valutazione regolare: effettuare le attività di osservazione con cadenza regolare, definita sulla base della complessità organizzativa della Struttura; monitorare anche altri indicatori (ad es. consumo di soluzione alcolica; conoscenza e percezione dell'importanza dell'igiene delle mani da parte degli operatori); • Disponibilità di competenze: valutare la disponibilità di competenze specifiche per l'analisi dei dati e, in caso contrario, acquisirle; • Feedback: definire un sistema per registrare e riportare i risultati il prima possibile sia al personale che ai dirigenti, e comunicarli apertamente • Obiettivi: fissare obiettivi annuali per i risultati/tassi di compliance da raggiungere.	

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 39 di 54
---	---	--

SEZIONE D: COMUNICAZIONE PERMANENTE

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

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 40 di 54
---	---	--

SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE: PUNTEGGIO 90

Sulla base del punteggio raggiunto, ovvero AVANZATO, verranno programmate azioni da implementare seguendo le indicazioni del piano regionale per mantenere il livello “AVANZATO (punteggio 76-100)

SEZIONE E: CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
E.1 – Team per la promozione e l’implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:		
E.1.1 – Esiste un team definito?	NO	0
	SÌ	5
E.1.2 – Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0
	SÌ	5
E.1.3 – Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell’igiene delle mani?	NO	0
	Sì	5
E.2 – I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell’igiene delle mani?		
E.2.1 – Direzione generale?	NO	0
	SÌ	10
E.2.2 – Direzione Sanitaria?	NO	0
	SÌ	5
E.2.3 – Direzione Professioni Sanitarie)	NO	0
	SÌ	5
E.3 - Esiste un programma per la promozione dell’igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell’igiene delle mani del 5 maggio?	NO	0
	SÌ	10
E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i “leader” per l’igiene delle mani in tutte le discipline?		
E.4.1 - Designazione dei “promotori” dell’igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l’igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	0
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull’igiene delle mani:		
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull’importanza dell’igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0
	SÌ	5
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
	SÌ	0
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:		
E.6.1 - Strumenti e-learning per l’igiene delle mani	NO	0
	SÌ	0
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull’igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 41 di 54
---	---	--

E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0
	SÌ	0
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0
	SÌ	5
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0
	SÌ	0
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	NO	0
	SÌ	0

SEZIONE E: CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT: PUNTEGGIO 60

Sulla base del punteggio raggiunto, verranno programmate azioni da implementare seguendo le indicazioni del piano regionale, come riportato nella fascia BASE (**punteggio: 51-75**)

TABELLA E2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	
INADEGUATO (punteggio: 0-25)	BASE (punteggio: 26-50)
• Approccio multimodale: elaborare un piano di autovalutazione periodica; • Budget: valutare la riserva di un budget per queste attività; • Comunicazione: supportare regolarmente gli operatori, presentare i risultati e i progressi ottenuti • Coinvolgimento dei pazienti.	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
• Approccio multimodale: proseguire con l'autovalutazione periodica (almeno annualmente) e descrivere i cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti; • Budget: assicurare un budget regolare e adeguato per le attività di promozione e sostegno dell'igiene delle mani e per le attività di miglioramento; • Ruoli e Capacità: riconoscere il ruolo dei professionisti incaricati delle attività di igiene delle mani e stimolare il personale a diventare un modello di comportamento; • Comunicazione: oltre alla comunicazione sui progressi e i risultati ottenuti, diffondere il messaggio attraverso altri canali (ad esempio rivista interna, pagine web, eventi); • Coinvolgimento dei pazienti: sviluppare materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori	
AVANZATO (punteggio: 76-100)	
• Approccio multimodale: continuare l'autovalutazione nell'ottica del miglioramento continuo; • Coinvolgimento dei pazienti: facilitare le interazioni tra pazienti e operatori sanitari su questo tema; • Promuovere il miglioramento: valutare la possibilità di premiare i comportamenti virtuosi, individuali e/o di reparto; • Sostenibilità: incorporare gli obiettivi sull'igiene delle mani negli obiettivi di budget anche relativi ad altre attività (ad esempio, piani di contrasto all'antimicrobicoresistenza); presentare l'igiene delle mani come parte del programma generale di miglioramento della sicurezza del paziente e di miglioramento della qualità; • Capacità: stanziare risorse per sostenere e la campagna del 5 maggio o analoghe iniziative regionali.	

	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 42 di 54
---	---	--

ALLEGATO C PALIM

Risultati del monitoraggio e dell'osservazione della compliance dell'igiene delle mani

L'igiene delle mani, in qualsiasi contesto assistenziale, rappresenta un pilastro dell'Infection and Prevention Control. Se eseguita nel modo e nel momento giusto, si configura infatti come un momento cruciale dell'assistenza sanitaria, grazie al quale è possibile aumentare la sicurezza del paziente e dell'operatore e ridurre i costi dell'assistenza, contribuendo in maniera significativa alla riduzione della mortalità, dei costi di degenza e del fenomeno dell'antimicrobicoresistenza.

Le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sull'igiene delle mani supportano una strategia multimodale e partecipativa che ha dimostrato essere molto efficace nel migliorare significativamente l'adesione degli operatori alla corretta igiene delle mani attraverso la messa in campo di diversi sistemi utili a modificare i comportamenti assistenziali.

Le evidenze mostrano come una serie di attività di educazione e formazione sull'igiene delle mani siano efficaci nel migliorare le pratiche per garantire la sicurezza del paziente. E' fondamentale che tutti gli operatori sanitari coinvolti conoscano l'importanza di un gesto così semplice e a basso costo, ma estremamente efficace.

Obiettivo generale

Fornire agli operatori sanitari gli strumenti necessari per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza ed, in particolare, formarli in merito all'importanza della buona pratica dell'igiene delle mani, alla corretta modalità di esecuzione e al rispetto delle occasioni, incluso il corretto utilizzo dei guanti.

Metodi

Si è utilizzata una metodologia in quattro tempi, partecipativa "on site". Il progetto ha previsto, infatti l'esecuzione, per ciascun reparto, di almeno 200 osservazioni dell'adesione all'igiene delle mani al Tempo 0 (T0) con restituzione dei risultati durante incontri di formazione on site (FOS), una successiva ri-misurazione (200 osservazioni) al Tempo 1 (T1) ed un ulteriore incontro di FOS con verifica dell'apprendimento attraverso la somministrazione di un questionario ECM.

Si è costituito un team multidisciplinare medico-infermieristico con:

- coordinamento del gruppo (Dott.ssa Ialungo, Prof.ssa Lichtner, Dott.ssa Federici, Dott.ssa Montesano), che si è occupato di organizzare insieme alla formazione gli incontri rispettando il timing e reclutando e motivando i partecipanti partendo dal Primario e dal Coordinatore del Reparto
- docenti formatori interni (Prof. Lichtner, Dott.ssa Ialungo, Dott.ssa C. Crescenzi, Dott.ssa Di Bari Dott.ssa Federici) e esterni (Prof. Del Borgo) che hanno svolto lezioni di 2 ore con un pacchetto di diapositive elaborate dalla UOC Malattie Infettive, con una parte introduttiva alla tematica, una parte pratica e una parte adattata al reparto in esame con i dati aggiornati.

	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 43 di 54
---	---	--

- osservatori* secondo scheda OMS: D.ssa Crescenzi, Dott.ssa Donati, Dott. Sollazzo, Dott.ssa Federici, Dott.ssa Napoleoni, Dott.ssa Ialungo, che hanno effettuato le osservazioni nei vari reparti- raccolta dati e analisi statistica: Dott.ssa Napoleoni e Dott.ssa Anna Ialungo

- estrazione dati microbiologici e consumi antibiotici e sol idroalcolica: Dott.ssa Maria Carmela Solmone, Prof. Ssa Santino, Dott.ssa Canonici, Dott.ssa Lupo, Dott.ssa Federici

*Il personale individuato per l'esecuzione delle osservazioni sull'igiene delle mani ha effettuato una formazione ad hoc, strutturata in due incontri.

All'interno del progetto è stata prevista, anche, la misurazione di altri indicatori, fondamentali per l'applicazione delle misure di Infection and Prevention Control (IPC) all'interno dei reparti, quali il consumo di soluzione idroalcolica, il tasso di prevalenza ed incidenza delle colonizzazioni/infezioni da CPE ed il consumo di antibiotici in DDD. Questo strumento è stato utilizzato solo parzialmente in quanto ancora non è disponibile un software ad hoc che possa generare dati omogenei e standardizzati presi dai flussi di dati attualmente in uso.

Risultati

I reparti coinvolti sono stati 9, di cui 6 di area chirurgica, anche in virtù della pubblicazione nel mese di marzo 2025, della revisione del protocollo per la profilassi antibiotica in chirurgia, per cui si sono utilizzati gli incontri anche per sensibilizzare sui protocolli stessi.

Di seguito l'elenco dei reparti coinvolti nel Progetto Reparti Champions:

- Rianimazione
- Emipiano 7 ovest: Medicina
- Emipiano 6 est: Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Plastica
- Emipiano 5 est (Urologia, Nefrologia, Ginecologia)
- Ortopedia

Sono state effettuate **1440 osservazioni** dell'aderenza all'igiene delle mani al T0 in reparti di Area Medica, Chirurgica e Critica e 883 osservazioni al T1 per un totale di oltre 80 ore impiegate dal personale osservatore.

Gli incontri, della durata di 2 ore e strutturati in due edizioni per permettere a tutti di partecipare, sono stati svolti all'interno dei reparti, al fine di raggiungere un maggior numero di partecipanti, coinvolgendo i Direttori ed i Coordinatori Infermieristici delle diverse unità operative, che hanno partecipato attivamente.

A partire dal mese di giugno 2025 questi incontri sono stati inseriti all'interno di un corso di formazione residenziale con più edizioni con l'ottenimento di crediti formativi per i partecipanti.

Sono stati svolti 11 incontri formativi (22 ore di lezione), di cui 5 al T0 per un totale di 10 ore formative e 6 al T1 per un totale di 12 ore formative (**vedi Tab 1**); il numero degli operatori formati è risultato essere pari a 100.

	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 44 di 54
---	---	--

L'aderenza globale al T0 è risultata essere il 41% (standard OMS > 70%) considerando complessivamente i dati provenienti dalle 3 aree, con un utilizzo dei guanti pari al 54% (**vedi Figura n 2**).

Considerando i singoli reparti l'aderenza al T0 è risultata essere:

- Medicina 7 piano: 41%
- Emipiano 6 est Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Plastica): 30%
- Rianimazione: 47,5%
- Emipiano 5 est (Urologia, Nefrologia, Ginecologia: 48%
- Ortopedia: 38%

Per quanto riguarda gli specifici momenti dell'igiene delle mani, l'aderenza al T0 è complessivamente risultata essere maggiore dopo l'esposizione a fluidi biologici e dopo il contatto con il paziente (azioni di autoprotezione) mentre per quanto riguarda la categoria professionale osservata tra infermieri, medici ed operatori socio sanitari, quest'ultimi sono risultati i più aderenti raggiungendo un'aderenza globale pari al 48,5%.

Successivamente agli incontri di formazione, sono state effettuate **843 osservazioni** al T1 e svolti ulteriori incontri "on site" per ogni reparto coinvolto, per un totale di 11 incontri con un totale di 10 ore formative al T0 e 12 ore al T1.

Le osservazioni effettuate al T1 hanno evidenziato un significativo incremento globale dell'aderenza ai 5 momenti dell'igiene delle mani che è risultata essere al T1 del 60% , con una percentuale di utilizzo dei guanti in riduzione dal 54% al 43%.

Considerando i singoli reparti l'aderenza al T1 è risultata essere:

- Medicina 7 piano: 61% (T0 41%)
- Emipiano 6 est: 44% (T0 30%)
- Emipiano 5 est: 68% (T0 48%)
- Ortopedia: 65% (T0 38%)

L'analisi statistica al T0 e T1 ha mostrato differenze significative nell'adesione totale, in tutte le categorie professionali e per tutte le cinque occasioni individuate dall'OMS ad eccezione dell'adesione prima delle manovre asettiche e dopo contatto con i fluidi corporei.

Conclusioni

Lo svolgimento del progetto ha mostrato che, come avviene in moltissime strutture sanitarie, l'adesione reale all'igiene delle mani è al di sotto del gold standard previsto dall'OMS, ma che attraverso interventi di FOS si può ottenere un significativo aumento dell'adesione, dimostrando la necessità e l'utilità di implementare programmi appositi di IPC, che mettano al centro l'operatore sanitario con una metodologia partecipativa.

Il personale coinvolto ha mostrato all'inizio una scarsa conoscenza e interesse alle tematiche affrontate in merito alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza ed alle misure di IPC, ma, durante lo svolgimento dei corsi, si è osservato un considerevole incremento dell'interesse e un

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 45 di 54
--	---	---

aumento della consapevolezza della necessità di svolgere ulteriori momenti di formazione per mantenere e migliorare nel tempo l'aderenza all'igiene delle mani.

Attraverso la scheda valutazione di gradimento dell'evento formativo fornita dalla UOC Formazione è stata osservata una media di punteggio, sia per il primo modulo (T0) che per il secondo modulo (T1), superiore a 4,5 (1 insufficiente-5 eccellente).

Il poter avere degli indici numerici propri (aderenza, consumo gel, antibiotici e incidenza infezioni e germi resistenti) su cui discutere è risultato molto stimolante e costruttivo durante gli incontri.

Criticità, proposte e prospettive future:

Lo svolgimento del progetto ci ha permesso di constatare che per affrontare tale tematiche in questa modalità, sicuramente molto più efficace rispetto alla formazione di tipo "frontale", sono indispensabili risorse umane che effettuino le osservazioni, l'elaborazione dei dati, la preparazione del materiale da presentare e l'organizzazione dei corsi secondo le modalità definite dalla UO Formazione. Il progetto è stato svolto isorisorse con notevoli difficoltà organizzative per il personale coinvolto, che è normalmente impegnato routinariamente nelle attività assistenziali. Sarebbe molto importante avere del personale dedicato come indicato nei piani regionali e nazionali. Infatti, questo tipo di formazione deve essere continua, in quanto in assenza di un retraining, i livelli di adesione all'igiene delle mani tenderanno a ridursi nel tempo. E' quindi auspicabile che l'Azienda organizzi periodicamente le osservazioni nei diversi reparti e che individui un'equipe di osservatori formata e dedicata, investendo in nuove risorse. Necessarie per l'implementazione delle misure di IPC, che sappiamo costituire uno dei pilastri dei sistemi sanitari sicuri.

Programma di controllo della legionellosi PARS 2026 di AOUSA

A) Costituzione del Team

In ottemperanza al DGR n. 460 del 28.06.2024 per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi l'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea (AOUSA) ha istituito con Delibera n° 1369 del 29.10.2024 il Gruppo Multidisciplinare Legionella all'interno del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA).

Il Team è stato costituito da:

- | | |
|------------------------|--|
| - Dott. E Gallo | Direttore Sanitario |
| - Prof. GB Orsi | UOD Igiene ospedaliera |
| - Prof. S. Ferracuti | UOSD Risk management e qualità |
| - Arch. R D'Onofrio | UOC Ingegneria Ospedaliera |
| - Dott.ssa M Montesano | Direzione sanitaria |
| - Prof.ssa I Santino | UOD Microbiologia |
| - Prof.ssa M Lichtner | UOC Malattie infettive |
| - Dott.ssa M Ceccucci | UOS Prevenzione e gestione sicurezza sul lavoro ed energy management |

Nel corso del 2025 il Gruppo Multidisciplinare Legionella ha approvato la nuova procedura per la legionellosi (PT/919/164 del 27.02.2025) e si è riunito formalmente 4 volte nelle seguenti date:

- 25.02.2025 (Prot. 9023 del 16.06.2025);
- 29.05.2025 (Prot. 11700 del 04.08.2025);
- 12.06.2025 (Prot. 11897 del 07.08.2025);
- 16.09.2025 (Prot. 2715 del 18.02.2026);

B) Realizzazione della piattaforma documentale

E' stata realizzata una Cartella Condivisa Aziendale (Direzione sanitaria, UOD Igiene Ospedaliera, UOC Ingegneria Ospedaliera, UOSD Risk management e qualità, UOD Microbiologia, UOC Malattie infettive, UOS Prevenzione e gestione sicurezza sul lavoro ed energy management) per condividere in tempo reale documenti, linee guida, risultati dei controlli sull'acqua, azioni correttive, disposizioni aziendali, verbali del Team Multidisciplinare.

C) Modalità di esecuzione e tempi della valutazione del rischio e indicazione sintetica delle misure di controllo previste

L'AOUSA nel Maggio 2024 ha adottato il "Nuovo Protocollo di Controllo del Rischio Legionellosi (Prot 7023 del 14.05.2024) elaborato dal Gruppo Maurizi Srl.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 47 di 54
--	--	---

In considerazione del profilo di rischio si prevede una frequenza di controllo semestrale nei reparti normali, ed invece una frequenza di controllo trimestrale in quelli considerati a maggior rischio.

Poiché il nostro ospedale presenta una distribuzione idrica che rispetta la struttura in emipiani, per un principio di precauzione, nei casi in cui ad un emipiano vi fosse anche un solo reparto a rischio più elevato, tutto l'emipiano rispetterà il protocollo di maggiore frequenza dei controlli (trimestrale).

Il protocollo di campionamento ordinario prevede le seguenti modalità di prelievo dei punti:

- N° 1 campione acqua calda sanitaria per la ricerca di Legionella in condizioni di utilizzo comune;
- N° 1 campione acqua calda sanitaria per la ricerca di Legionella in condizioni di igiene;
- N° 1 campione di acqua fredda sanitaria per la ricerca di Legionella in condizioni di utilizzo comune;
- N° 1 campione acqua fredda sanitaria per la ricerca di Legionella in condizioni di igiene;

Come da “Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi approvate in conferenza Stato-Regioni in data 7.5.2015”, nel caso di presenza nei campioni d'acqua di Legionella sono previsti i seguenti interventi:

- iperclorazione shock dei rami terminali dell'impianto risultati positivi;
- innalzamento del livello di biossido di cloro nell'impianto idrico dell'ospedale fino a 0,5/0,6 mg/L per 7 giorni;
- flussaggio dei terminali idrici da parte del personale dell'AOUSA per 3 volte al giorno per una settimana;
- Successivamente, dopo 48 ore ed 1 settimana dall'intervento di bonifica mediante iperclorazione shock, si dovrà procedere alla ricerca di *Legionella pneumophila* nei campioni d'acqua dei soli terminali idrici risultati positivi.

D) Risultato sintetico degli esiti del monitoraggio operativo di verifica sull'efficacia delle misure di controllo in atto

Nel corso dell'anno 2025, nelle attività di campionamento programmato sono stati eseguiti 938 campionamenti d'acqua per la ricerca di Legionella. Su questi 938 campioni d'acqua in 27 casi (2,9%) è stata riscontrata presenza di Legionella.

Seppure la positività sia risultata inferiore al 3% dei campioni prelevati e che non siano stati segnalati casi di legionellosi ospedaliera, in tutti i casi per un principio di massima, precauzione il Gruppo Multidisciplinare Legionella ha disposto di procedere con interventi di bonifica delle aree interessate.

Dopo gli opportuni interventi di bonifica, i successivi controlli sono risultati sempre tutti negativi.

	PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO PARS ANNO 2026	PN/919/12 Rev. 4 Pagina 48 di 54
---	---	--

E) Sintesi del piano di miglioramento eventualmente previsto e indicazione sintetica delle azioni correttive

Il Gruppo Multidisciplinare Legionella ha valutato la necessità di un adeguamento del “Protocollo di controllo del rischio legionellosi” dell’AOUSA redatto dal Gruppo Maurizi nel 2024. Questo perché nel tempo si è determinata una riorganizzazione organizzativa interna dell’AOUSA, con lo spostamento di diverse UU.OO. all’interno dell’ospedale.

Tale aggiornamento, nel rispetto dei principi e delle metodologie riportate nel documento del Gruppo Maurizi e ispirandosi sempre al presupposto di massima cautela ha identificato alcuni ulteriori punti di controllo rispetto al protocollo del 2024. Inoltre alcuni di questi necessitano di una maggiore frequenza di controllo (trimestrale).

F) Pianificazione delle azioni di supporto previste

- Ricognizione su eventuali modifiche dei profili di rischio nei reparti e/o servizi;
- Implementare la comunicazione interna tra il Gruppo Multidisciplinare Legionella e tutti i reparti e/o servizi di AOUSA.

EMIPIANO	CODICE	REPARTO	Tot GG deg	Fic disinfectante	litri disinfectanti	Formula	Formula per emipiano
S - 3	4001	PSICHIATRIA	2272	40	20	8,8	8,8
S - 2	5103	MEDICINA D'URGENZA PS	2460	40	20	8,1	8,1
S - 1	6101	MEDICINA NUCLEARE	317			0,0	0,0
1 EST	4903	RIANIMAZIONE	1534	56	28	18,3	18,3
1 OVEST	4901	U.T.I.P.O.	1217	50	25	20,5	20,5
2 EST	1301	CHIRURGIA TORACICA	4235	50	25	5,9	5,9
2 OVEST	0701	CARDIOCHIRURGIA	2396	45	22,5	9,4	9,4
	4902	U.T.I.P.O. CARDIO-TORACO-VASCOLARE	1001	30	15	15,0	15,0
3 EST	3201	NEUROLOGIA	2436	58	29	11,9	11,9
	3202	STROKE UNIT	950	0	0	0,0	0,0
3 OVEST	0801	CARDIOLOGIA	3185	52	26	8,2	8,2
	5001	U.T.I.C	1061	28	14	13,2	13,2
4 EST							
	0907	CHIRURGIA GASTRO-INTESTINALE	1942	41	20,5	10,6	
	0911	CHIRURGIA ONCOLOGICA COLON-RETTALE	1752	25	12,5	7,1	
	0904	CHIRURGIA EPATO-BILIO-PANCREATICA	984	65	32,5	33,0	
EMIPIANO 4 EST			4678	131	65,5		14,0
4 OVEST							
	1001	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	300		0	0,0	
	3801	OTORINOLARINGOIATRIA	529	15	7,5	14,2	
	4905	TERAPIA DEL DOLORE	115		0	0,0	
	6901	RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	128		0	0,0	
	3401	OCULISTICA	31		0	0,0	
EMIPANO 4 OVEST			1103	15	7,5		6,8
5 EST							
	3701	GINECOLOGIA	573	22	11	19,2	
	2901	NEFROLOGIA	1838	23	11,5	6,3	
	4301	UROLOGIA	2514	56	28	11,1	
5 OVEST	5801	MALATTIE APPARATO DIGERENTE	3501	72	36	10,3	10,3
6 EST							
	0905	CHIRURGIA SENOLOGICA	420	0	0	0,0	
	1201	CHIRURGIA PLASTICA	232	0	0	0,0	
	1401	CHIRURGIA VASCOLARE	1371	15	7,5	5,5	
	3001	NEUROCHIRURGIA	1887	84	42	22,3	
EMIPIANO 6 EST			3910	99	49,5		12,7
6 OVEST	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5760	98	49	8,5	8,5
7 EST	6801	PNEUMOLOGIA	3798	72	36	9,5	9,5
7 OVEST							
	2603	MEDICINA INTERNA	8141	73	36,5	4,5	
	2608	SCOMPENSO CARDIACO	1426	41	20,5	14,4	
	1902	ENDOCRINOLOGIA	893	12	6	6,7	
EMIPIANO 7 OVEST			10460	126	63		6,0
8 EST							
	5104	DEGENZA BREVA AREA BOARDING	1543	96	48	31,1	
	2611	DEGENZA AREA MEDICA	0		0	0,0	
	2614	HOLDING AREA 8EST	0		0	0,0	
EMIPIANO 8 EST			1543	96	48		31,1
8 OVEST							
	1801	EMATOLOGIA	2354	64	32	13,6	
	6401	ONCOLOGIA	2411	20	10	4,1	
EMIPIANO 8 OVEST			4765	84	42		8,8
9 EST							

PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO
PARS ANNO 2026

PN/919/12

Rev. 4

Pagina 50 di 54

EMIPIANO	CODICE	REPARTO	Tot GG deg	Fic disinfectante	litri disinfectanti	Formula	Formula per emipiano
	3901	PEDIATRIA	1152	90	45	39,1	39,1
	1101	CHIRURGIA PEDIATRICA	0		0	0,0	
9 OVEST							
	2401	MALATTIE INFETTIVE	3618	146	73	20,2	20,2
	2402	MALATTIE INFETTIVE COVID	0		0	0,0	
Totale			98736	2130	1065	10,8	9,5

Descr. Cdc	Qta Fici	LITRI
AMBULATORIO ORTOPEDIA	6	3
CAMERA MORTUARIA	10	5
SERVIZIO DI PREOSPEDALIZZAZIONE	10	5
AMBULATORIO MEDICINA NUCLEARE	16	8
AMBULATORIO CHIRURGIA ONCOLOGICA COLO RETTALE	2	1
AMBULATORIO CHIRURGIA VASCOLARE	8	4
COSTI COMUNI CHIRURGIA A CICLO BREVE MULTIDISCIPLINARE	45	22,5
AMBULATORIO CHIRURGIA PLASTICA	10	5
SALA PRELIEVI	5	2,5
AREA TECNICO SANITARIA RIABILITATIVA	4	2
AMBULATORIO CHIRURGIA SENOLOGICA	9	4,5
AMBULATORIO MEDICINA INTERNA	15	7,5
U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA	2	1
AMBULATORIO CHIRURGIA GENERALE EPATO BILIARE	4	2
AMBULATORIO GINECOLOGIA	6	3
AMBULATORIO RADIOTERAPIA	10	5
CRC BLOCCO OPERATORIO 2	5	2,5
RADIOLOGIA	68	34
AMBULATORIO MAXILLO FACCIALE	2	1
AMBULATORIO DERMATOLOGIA	15	7,5
MEDICINA DEL LAVORO	5	2,5
AMBULATORIO OTORINOLARINGOIATRIA	4	2
PRONTO SOCCORSO	215	107,5
ELETTROSTIMOLAZIONE ED ELETTROFISIOLOGIA	5	2,5
IMPIANTI PICC	5	2,5
COSTI E RICAVI COMUNI ENDOSCOPIA DIGESTIVA	6	3
COSTI E RICAVI COMUNI ENDOSCOPIA DIGESTIVA	4	2
DIALISI	32	16
AMBULATORIO ODONTOIATRIA	7	3,5
CRC CENTRO TRASFUSIONALE	12	6
AMBULATORIO NEUROLOGIA	40	20
AMBULATORIO CARDIOLOGIA	11	5,5
CRC BLOCCO OPERATORIO 1	40	20
AMBULATORIO ONCOLOGIA	16	8
Totale	654	327

EMPIANO	CODICE	REPARTO	Tot GG deg	Fic disinfectante	litri disinfectanti	CSIA	CSIA per emipiano
S - 3	4001	PSICHIATRIA	1812	10	5	2,8	2,8
S - 2	5103	MEDICINA D'URGENZA PS	2382	45	22,5	9,4	9,4
S - 1	6101	MEDICINA NUCLEARE	154	0		0,0	0,0
1 EST	4903	RIANIMAZIONE	1405	56	28	19,9	19,9
1 OVEST	4901	U.T.I.P.O.	952	50	25	26,3	26,3
2 EST	1301	CHIRURGIA TORACICA	4093	62	31	7,6	7,6
2 OVEST	0701	CARDIOCHIRURGIA	2317	67	33,5	14,5	14,5
	4902	U.T.I.P.O. CARDIO-TORACO-VASCOLARE	905	24	12	13,3	13,3
3 EST	3201	NEUROLOGIA	2397	105	52,5	21,9	21,9
	3202	STROKE UNIT	905	0	0	0,0	0,0
3 OVEST	0801	CARDIOLOGIA	2982	54	27	9,1	9,1
	5001	U.T.I.C	1074	19	9,5	8,8	8,8
4 EST							
	0907	CHIRURGIA GASTRO- INTESTINALE/D'URGENZA	2365	60	30	12,7	
	0911	CHIRURGIA ONCOLOGICA COLON-RETTALE	1326	50	25	18,9	
	0904	CHIRURGIA EPATO-BILIO-PANCREATICA	1150	0	0	0,0	
EMPIANO 4 EST			4841	110	55		11,4
4 OVEST							
	1001	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	313		0	0,0	
	3801	OTORINOLARINGOIATRIA	420	10	5	11,9	
	4905	TERAPIA DEL DOLORE	110		0	0,0	
	3401	OCULISTICA	13		0	0,0	
	6901	RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	132		0	0,0	
EMPIANO 4 OVEST			988	10	5		5,1
5 EST							
	3701	GINECOLOGIA	488	13	6,5	13,3	
	2901	NEFROLOGIA	1849	35	17,5	9,5	
	4301	UROLOGIA	2311	48	24	10,4	
EMPIANO 5 EST			4648	96	48		10,3
5 OVEST	5801	MALATTIE APPARATO DIGERENTE	3518	50	25	7,1	7,1
6 EST							
	0905	CHIRURGIA SENOLOGICA	354	0	0	0,0	
	1201	CHIRURGIA PLASTICA	396	6	3	7,6	
	1401	CHIRURGIA VASCOLARE	936	10	5	5,3	
	3001	NEUROCHIRURGIA	1795	60	30	16,7	
EMPIANO 6 EST			3481	76	38		10,9
6 OVEST	3601	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5324	119	59,5	11,2	11,2
7 EST	6801	PNEUMOLOGIA	3858	61	30,5	7,9	7,9
7 OVEST							
	2603	MEDICINA INTERNA	8709	102	51	5,9	
	2608	SCOMPENSO CARDIACO	1444	45	22,5	15,6	
	1902	MEDICINA ENDOCRINOMETABOLICA	678	12	6	8,8	
EMPIANO 7 OVEST			10831	159	79,5		7,3
8 EST	5104	DEGENZA BREVA AREA BOARDING	1248	130	65	52,1	52,1
8 OVEST							
	1801	EMATOLOGIA	2321	156	78	33,6	
	6401	ONCOLOGIA	2560	74	37	14,5	

PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO
PARS ANNO 2026

PN/919/12
 Rev. 4
 Pagina 53 di 54

EMIPIANO	CODICE	REPARTO	Tot GG deg	Flc disinfettante	litri disinfettanti	CSIA	CSIA per emipiano
EMIPIANO 8 OVEST			4881	230	115		23,6
9 EST							
	3901	PEDIATRIA	970	30	15	15,5	15,5
	1101	CHIRURGIA PEDIATRICA	0		0	0,0	
9 OVEST							
	2401	MALATTIE INFETTIVE	3660	117	58,5	16,0	
Totale			69639	1680	840	12,1	9,3
							MEDIAN A

Descr. Cdc	Qta Flc	LITRI
MEDICINA DEL LAVORO	5	2,5
AMBULATORIO CARDIOLOGIA	30	15
ELETTROSTIMOLAZIONE ED ELETTROFISIOLOGIA	6	3
AMBULATORIO EMODINAMICA	6	3
AMBULATORIO CHIRURGIA VASCOLARE	9	4,5
CRC BLOCCO OPERATORIO 1	130	65
CRC BLOCCO OPERATORIO 2	10	5
CAMERA MORTUARIA	0	0
SERVIZIO DI PREOSPEDALIZZAZIONE	0	0
COSTI E RICAVI COMUNI FARMACIA	4	2
AMBULATORIO ORTOPEDIA	16	8
PRONTO SOCCORSO	216	108
IMPIANTI PICC	10	5
AREA TECNICO SANITARIA RIABILITATIVA	10	5
AMBULATORIO CHIRURGIA ONCOLOGICA COLO RETTALE	13	6,5
AMBULATORIO CHIRURGIA PLASTICA	14	7
AMBULATORIO CHIRURGIA ONCOLOGICA E GENERALE	3	1,5
AMBULATORIO GINECOLOGIA	0	0
AMBULATORIO CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	3	1,5
AMBULATORIO CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	0	0
AMBULATORIO ODONTOIATRIA	3	1,5
AMBULATORIO OCULISTICA	9	4,5
SALA OPERATORIA OCULISTICA	20	10
AMBULATORIO OTORINOLARINGOIATRIA	4	2
AMBULATORIO UROLOGIA	6	3
U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA	0	0
BIOCHIMICA CLINICA E BIOLOGIA MOLECOLARE CLINICA	20	10
SALA PRELIEVI	0	0
RADIOLOGIA	32	16
CRC CENTRO TRASFUSIONALE	0	0
COSTI E RICAVI COMUNI ENDOSCOPIA DIGESTIVA	24	12
AMBULATORIO DERMATOLOGIA	17	8,5
AMBULATORIO MEDICINA INTERNA	5	2,5
RICOVERO DIURNO NEUROLOGIA	1	0,5
AMBULATORIO NEUROLOGIA	14	7
NEUROFISIOPATOLOGIA	10	5
CRC NEFROLOGIA E DIALISI	5	2,5
AMBULATORIO NEFROLOGIA	10	5
RICOVERI DIURNI EMATOLOGIA	10	5
AMBULATORIO MEDICINA NUCLEARE	16	8
AMBULATORIO ONCOLOGIA	9	4,5
AMBULATORIO RADIOTERAPIA	42	21
AMBULATORIO CHIRURGIA SENOLOGICA	0	0
Totale	742	371