

 CASA di CURA NUOVA SANTA TERESA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026	PARS2026 VER. 1 - REV. 0 del 16/01/2026 Pag. 1 di 34
---	--	---

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026 CASA DI CURA NUOVA SANTA TERESA

Viterbo lì, 26/02/2026

Il Risk Manager
Dott. Antonino Zingale

Indice

1.	CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
2.	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	6
3.	DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	7
4.	RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE	7
5.	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	9
6.	OBIETTIVI E ATTIVITÀ	9
6.1.	Obiettivi per l'anno 2026	9
6.2.	Attività pianificate per l'anno 2026	10
7.	OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.....	11
7.1.	Obiettivi per l'anno 2026	11
7.2.	Attività pianificate per l'anno 2026	12
8.	MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO.....	16
9.	BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	16
10.	ALLEGATI	18
11.	ALLEGATO 1 PROGRAMMA CONTROLLO LEGIONELLOSI 2026	19
12.	ALLEGATO 2 VERIFICA PALIM 2025 E ATTUAZIONE PIANIFICAZIONE 2026	22
13.	ALLEGATO 3 RELAZIONE MONITORAGGIO CONSUMI DISINFETTANTI E DETERGENTI 2025	31
14.	ALLEGATO 4 MONITORAGGIO MANI SERESMI 2025	32
15.	ALLEGATO 5 MISURE DI CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO RESISTENZA.....	34

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La CDC NST si trova sul territorio di competenza della ASL Viterbo, un territorio che confina a nord con la Toscana, ad ovest con il Mare Mediterraneo, ad est con l'Umbria (Asl di Terni) e la provincia di Rieti (Asl Rieti), a sud con la Provincia di Roma (Asl Roma F) ed il Comune di Roma (Roma E). Ha una popolazione di 320.279 abitanti (Istat 1/1/2016) articolata in 60 comuni su un territorio di 3612 km², con una popolazione distribuita in modo disomogeneo anche a seguito delle caratteristiche orografiche del territorio. Di seguito i riferimenti caratterizzanti la Casa di Cura Nuova Santa Teresa.

La Casa di Cura Nuova Santa Teresa è una struttura privata accreditata con l'SSR che eroga prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuzie di tipo MEDICO - CHIRURGICO E RIABILITATIVO – AMBULATORIALE e L.R. n. 4/2003 e successive modifiche - R.R. n. 20/2019 (DGR LAZIO N.50/2024).

AREA MEDICA

Capacità ricettiva complessiva n. 44 posti letto di degenza di Medicina Generale (accreditati)

AREA CHIRURGICA

Capacità ricettiva complessiva n. 34 posti letto di cui: Chirurgia Generale 14 p. l., Ortopedia e Traumatologia 10 p. l., Chirurgia Plastica 2 p. l., Chirurgia Vascolare 4 p. l. e 4 p. l. Day Surgery per le sole discipline chirurgiche autorizzate

AREA DELLA RIABILITAZIONE (POST-ACUZIE)

Capacità ricettiva complessiva n. 94 p. l. di cui unità funzionale di degenza e recupero e riabilitazione (cod. 56) n. 32 p. l. e 30 p. l. per Day Hospital riabilitativo, e una unità funzionale di degenza di Lungodegenza (cod.60) n. 32 p. l.

BLOCCO OPERATORIO

N° 3 Sale Operatorie di cui n. 3 sale operatorie di chirurgia

CENTRO RESIDENZIALE CURE PALLIATIVE HOSPICE

Capacità ricettiva complessiva n. 5 posti letto residenziali e n.20 assistenze domiciliari (accreditati)

CENTRO DIALISI AMBULATORIALE

P. l. Autorizzati 21 di cui 6 accreditati

PRESIDIO DI CHIRURGIA AMBULATORIALE ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA

n 1 sala per la Chirurgia Ambulatoriale di tipo 1

PRESIDIO DI RECUPERO E RIABILITAZIONE (FKT) AMBULATORIALE (accreditato)

SERVIZI DELLA STRUTTURA APERTI ANCHE A PAZIENTI ESTERNI

Radiologia diagnostica per immagini, laboratorio analisi generale, ambulatori (accreditati)

SERVIZI GENERALI DI SUPPORTO

Sterilizzazione, e servizio mortuario oltre a cucina, lavanderia e disinfezione e disinfestazione in appalto esterno.

AMBULATORI PER VISITE SPECIALISTICHE

Chirurgia generale, fisiatria, ginecologia, cardiologia (accreditato), angiologia/chirurgia vascolare (accreditato), malattie dell'apparato respiratorio, dermatologia, nefrologia (accreditato), oculistica (accreditato), urologia, neurologia (accreditato), oncologia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva, endocrinologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, allergologia, pediatria, scienze dell'alimentazione, reumatologia, medicina dello sport, malattie metaboliche e diabetologia.

L'organigramma aziendale è in allegato 1 mentre l'organico è definito nella tabella seguente:

Qualifica	Unità 2025	Tipo Rapporto	Unità 2026	Tipo Rapporto
Direttore del centro	1	Subordinato	1	Subordinato
Direttore Sanitario	1	Libero Prof.le	1	Libero Prof.le
Personale Amministrativo	11	Subordinato	11	Subordinato
Ingegnere Clinico	1	Subordinato	1	Subordinato
Psicologo	1	Libero Prof.le	1	Libero Prof.le
Nutrizionista	1	Libero Prof.le	1	Libero Prof.le
Medico Responsabile Medicina	1	Libero Prof.le	1	Libero Prof.le
Medico Responsabile Hospice	1	Libero Prof.le	1	Libero Prof.le
Medico Responsabile Emodialisi	1	Libero Prof.le	1	Libero Prof.le
Medico Assistente	2	Subordinato	2	Subordinato
Medico Assistente	2	Libero Prof.le	2	Libero Prof.le
Direttore Tecnico Radiologia	1	Libero Prof.le	1	Libero Prof.le
Medico Specialista in Radiologia	5	Libero Prof.le	5	Libero Prof.le
Medico di Guardia	7	Libero Prof.le	13	Libero Prof.le
Medico Specialista in Emodialisi	3	Libero Prof.le	3	Libero Prof.le
Coordinatore Infermieristico	3	Subordinato	3	Subordinato
Infermiere	31	Subordinato	32	Subordinato
Infermiere	12	Libero Prof.le	12	Libero Prof.le
OTA/OSS	17	Subordinato	19	Subordinato
Ausiliario Socio Sanitario	11	Subordinato	10	Subordinato
Terapista della riabilitazione	1	Libero Prof.le	1	Libero Prof.le
Terapista della riabilitazione	1	Subordinato	3	Subordinato
Biologo	1	Subordinato	1	Subordinato
Biologo	1	Libero Prof.le	2	Libero Prof.le
T.S.L.M.	1	Subordinato	1	Subordinato
T.S.R.M.	3	Subordinato	3	Subordinato
T.S.R.M.	2	Libero Prof.le	3	Libero Prof.le
Impiegato	8	Subordinato	8	Subordinato
Manutentore/Autista	2	Subordinato	2	Subordinato
Centralinista	5	Subordinato	5	Subordinato
Medico Specialista in Angiologia	2	Libero Prof.le	2	Libero Prof.le
Medico Specialista in Otorinolaringoiatria	2	Libero Prof.le	2	Libero Prof.le
Medico Specialista in Reumatologia	1	Libero Prof.le	1	Libero Prof.le
Medico Specialista in Endocrinologia	1	Libero Prof.le	1	Libero Prof.le
Medico Specialista in Ecografia	2	Libero Prof.le	2	Libero Prof.le
Medico Specialista in Chirurgia Estetica	1	Libero Prof.le	1	Libero Prof.le
Medico Specialista in Urologia	2	Libero Prof.le	2	Libero Prof.le
Medico Specialista in Oculistica	3	Libero Prof.le	3	Libero Prof.le
Ortottico	1	Libero Prof.le	1	Libero Prof.le
Medico Specialista in Ortopedia	5	Libero Prof.le	6	Libero Prof.le

Casa di Cura Nuova Santa Teresa, Strada Prov.le Tuscanese, snc (01100 – Viterbo);

Centralino (0761) 239.1 – Fax (0761) 239.700 – e-mail: info@casadicuranuovasantateresa.it

Gruppo RO. RI. S.r.l. - Sede Legale: Via dei Valeri, 1 - 00184 ROMA - C.F. 06526200586/P. IVA 01565461009

Medico Specialista in Anestesia	2	Libero Prof.le	3	Libero Prof.le
Farmacista	1	Libero Prof.le	1	Libero Prof.le
Medico Specialista in Dermatologia	1	Libero Prof.le	2	Libero Prof.le
Medico Specialista in Gastroenterologia	2	Libero Prof.le	2	Libero Prof.le
Medico Specialista in Neurologia	2	Libero Prof.le	2	Libero Prof.le
Tecnico di Neurofisiopatologia	1	Libero Prof.le	1	Libero Prof.le
Medico Specialista in Ematologia	1	Libero Prof.le	1	Libero Prof.le
Medico Specialista in Cardiologia	3	Libero Prof.le	4	Libero Prof.le
Medico Specialista in Chirurgia Generale	1	Libero Prof.le	1	Libero Prof.le
Medico Responsabile in Chirurgia Generale	1	Libero Prof.le	1	Libero Prof.le
Medico Specialista in Pediatria	1	Libero Prof.le	1	Libero Prof.le
Medico Specialista in Ginecologia	2	Libero Prof.le	2	Libero Prof.le

Casa di Cura Nuova Santa Teresa			
DATI STRUTTURALI			
Posti letto accreditati	75	Medicina	44
		Emodialisi	5+1
		Hospice	5
		Hospice domiciliare	20
Posti letto non accreditati	97	Chirurgia/ortopedia	34
Blocchi Operatori	1	Sale Operatorie	4
Fisioterapia	Postazioni attive (3)	Ambulatori specialistici	8
Diagnostica per immagini	1	Endoscopia Digestiva	1
Laboratorio Analisi	1		
DATI DI ATTIVITÀ ^(A)			
Ricoveri accreditati	1787	Giornate ricovero	21.704
Ricoveri paganti	31	Giornate ricovero	436
Prestazioni radiologiche	27.599		
Prestazioni laboratoriali	134.830		
Visite specialistiche ambulatoriali	9.026	Prestazioni di endoscopia digestiva	895

(A): Dati estrapolati dal sistema informatico aziendale aggiornati al 31/12/2025.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Nel corso del 2025 sono state segnalati i seguenti eventi:

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	1	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/ Comunicazione (%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/ Comunicazione (%)	Sistemi di Incident reporting (100%)
Eventi Avversi	30	80%			
Eventi Sentinella	0	0			

(A): I fattori causali/contribuenti indicati fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi

Annualità	Tipologia evento	N° Eventi con danno	N° Eventi senza danno
2017	Caduta	2	9
2018	Caduta	7	5
2019	Caduta	12	14
2020	Caduta	15	13
2021	Caduta	11	28
2022	Caduta	0	24
2023	Caduta	14	22
	Altro (Stravaso n2; ustione n1)	3	0
2024	Caduta	13	22
	Altro (n. 1 reazione avversa MDC; n.1 emotrasfusione su pz errato; n. 1 allontanamento pz; n.1 puntura accidentale; n.1 schiacciamento dito)	2	3
2025	Caduta	9	16
	Altro (n. 1 crisi epilettica durante prelievo; n.1 malessere; n. 1 mancamento; n.1 difficoltà respiratoria in TAC; n.1 quasi evento per distacco ruota barella; n.1 svenimento durante esame mammografico)		

NOTE: 24 posti letto di medicina fino al 2020, successivamente al 2020 - 44 posti letto di medicina + 5 di Hospice

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

Anno	N. Sinistri aperti(A)	N. Sinistri liquidati(A)	Risarcimenti erogati(A)
2021	1	0	0
2022	1	0	0
2023	2	1	€ 200.000
2024	0	0	0

 CASA di CURA NUOVA SANTA TERESA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026	PARS2026 VER. 1 - REV. 0 del 16/01/2026 Pag. 7 di 34
---	---	--

2025	2	0	0
Totale	6	1	€ 200.000

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

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Contraente Gruppo Ro. Ri. srl dal 1995 con un sinistro risarcito dalla Compagnia Assicuratrice in sede transattiva

Compagnia di assicurazione	Generali Assicurazioni SPA polizza N. 450929898
Durata annuale frazionamento	Scadenza trimestrale 09 gennaio, 09 aprile, 09 luglio e 09 ottobre di ogni anno
Massimali	RCT Responsabilità civile terzi 5.000.000,00 € RCO Responsabilità civile prestatori di lavoro 2.000.000,00 €
Franchigia	RCT 50.000,00 franchigia per sinistro per interventi chirurgici RCT 5.000,00 franchigia frontale per sinistro (Danni a persone e a cose) RCO 2.500,00 franchigia frontale per lavoratore infortunato
Premio Annuo	89.242,00 €

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Tabella 8 –Resoconto delle attività del PARS precedente

Obiettivi prevenzione rischio clinico 2025			
ID	Attività	Realizzata	Stato di attuazione
A1	Esecuzione del “Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico” al personale della linea operativa	SI	Attuati interventi formativi rivolti al personale infermieristico e OSS mirati alla prevenzione del rischio clinico relativamente a: - la corretta gestione e tracciabilità degli atti nella cartella clinica e nella diaria infermieristica; - prevenzione dei rischi correlati all’ossigenoterapia - la gestione del consenso in una corretta e completa informazione del paziente; - introduzione al SGQ rivolto al personale medico neoassunto. Aggiornate e diffuse procedure operative finalizzate alla prevenzione del rischio clinico
A2	Formare tutti gli operatori sulla prevenzione del rischio aggressioni	SI	Effettuato un corso di formazione specifico sulla prevenzione degli atti di violenza che ha coinvolto tutto il personale operante in struttura. Effettuato un audit con il personale su un caso di aggressione verbale. Attivato il rapporto con la Polizia di Stato per l’attivazione di una procedura congiunta in caso di aggressione verbale e/o fisica.
B1	Implementare i giri per la sicurezza in tutta la struttura	NO	Non risultano effettuati giri per la sicurezza. Il coinvolgimento dei lavoratori è stato comunque sostenuto dal sistema di rilevazione delle NC
B2	Monitorare la gestione del paziente cateterizzato	SI	Effettuati audit dei processi mediante revisione della documentazione clinica in medicina
B3	Monitorare la gestione delle lesioni da pressione	SI	Effettuato il monitoraggio dei consumi di prodotti specifici per le medicazioni e del numero dei casi in cui è stata necessaria l’attivazione del chirurgo

C1	Effettuare un audit di processo nelle UO di area medica, chirurgica e diagnostica per immagini	SI	Vedi verbale Audit Riesame monitoraggio processi clinici e organizzativi 2024
-----------	--	----	---

Obiettivi prevenzione del rischio ICA 2025																															
ID	Attività	Realizzata	Stato di attuazione																												
A1	Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sulla prevenzione delle ICA	SI	Effettuato corso di aggiornamento rivolto ai componenti CIO in tema di appropriatezza cateterizzazione, Piano regionale lavaggio mani, contrasto all'antibiotico resistenza, monitoraggio microorganismi sentinella, effettuazione campionamenti ambientali.																												
A2	Effettuazione di incontri di sensibilizzazione del personale in materia di comportamenti correlati al rischio ICA e condivisione di obiettivi e risultanze dei monitoraggi effettuati	SI	Effettuati incontri formativi e di sensibilizzazione del personale in tema di: Gestione dei dispenser, dei gorgogliatori di ossigeno, gestione dei pazienti con clostridium difficile. Diffusione ed attuazione di procedure per la prevenzione della Scabbia, clostridium difficile, corretta esecuzione delle emocolture, corretta gestione della cateterizzazione vescicale e gestione delle sacche delle urine																												
B1	Effettuazione di incontri di sensibilizzazione del personale in materia di lavaggio mani e condivisione di obiettivi e risultanze dei monitoraggi effettuati	SI	Incontro effettuato nell'ambito delle attività del CIO con i referenti dei reparti che svolgono le attività di monitoraggio mensile																												
B2	Attuare interventi di educazione sanitaria rivolti ai pazienti, ai famigliari e ai volontari in tema di prevenzione del rischio clinico	SI	Incontri individuali gestiti dagli infermieri nell'ambito dell'accoglienza, documentati mediante modulo firmato dai pazienti/caregiver di conferma dell'avvenuto intervento educativo e della consegna di specifico materiale informativo																												
C1	Implementare le procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento alla prevenzione e controllo delle infezioni da <i>Clostridium difficile</i> e da catetere urinario;	SI	Revisionate e implementate le seguenti procedure: - prevenzione e controllo delle infezioni da clostridium difficile - rev3 procedura cateterismo vescicale																												
C2	Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (<i>Antimicrobial stewardship</i>).	SI	Vedi attività svolta nell'ambito delle riunioni CIO in attuazione del piano di lotta all'antibioticoresistenza																												
C3	Implementazione del sistema di reportistica delle infezioni/colonizzazioni da CRE	SI	Attivata la comunicazione dal LA alla Direzione Sanitaria in tempo reale e trasmissione di report semestrale a cura del Laboratorio Analisi. I dati sono gestiti nel sistema informativo																												
C4	Monitorare il consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg Degenza	SI	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>2025</th><th>2024</th><th>2023</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>UT/I* quadrimestre</td><td>7566</td><td>7666</td><td>3906</td></tr> <tr> <td>UT/II* quadrimestre</td><td>5720</td><td>7305</td><td>3118</td></tr> <tr> <td>UT/III* quadrimestre</td><td>6915</td><td>7118</td><td>3199</td></tr> <tr> <td>UT anno</td><td>20201</td><td>22089</td><td>10223</td></tr> <tr> <td>totale gg degenza</td><td>21704</td><td>21332</td><td>15474</td></tr> <tr> <td>UT/100 gg degenza</td><td>93,1</td><td>103,5</td><td>66,1</td></tr> </tbody> </table>		2025	2024	2023	UT/I* quadrimestre	7566	7666	3906	UT/II* quadrimestre	5720	7305	3118	UT/III* quadrimestre	6915	7118	3199	UT anno	20201	22089	10223	totale gg degenza	21704	21332	15474	UT/100 gg degenza	93,1	103,5	66,1
	2025	2024	2023																												
UT/I* quadrimestre	7566	7666	3906																												
UT/II* quadrimestre	5720	7305	3118																												
UT/III* quadrimestre	6915	7118	3199																												
UT anno	20201	22089	10223																												
totale gg degenza	21704	21332	15474																												
UT/100 gg degenza	93,1	103,5	66,1																												
C5	Monitorare la diffusione dei batteri multiresistenti	SI	Attivato il monitoraggio dei batteri multiresistenti con report periodico e comunicazione diretta al DS della rilevazione di singoli casi di infezione.																												
C6	Monitorare il consumo di: - prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani, ove in uso (in litri/1.000 giornate di degenza ordinaria, stratificato ove	SI	Consumo prodotti idroalcolici nell'anno 2025 è pari a 13,2 litri per 1000 giornate di degenza ordinaria, valore inferiore al target desiderabile di ≥20 L/1000 GDO ma in aumento rispetto all'anno precedente.																												

praticabile per le diverse specialità/discipline); - DPI (guanti, mascherine, calzari, camici idrorepellenti, etc) in n° pezzi/giornate uomo	Rispetto al periodo osservato (2021-2025) si evidenzia un incremento dell'utilizzo dei guanti e parallelamente una riduzione dell'utilizzo dei camici e mascherine conseguentemente all'uscita dalla fase emergenziale COVID
---	--

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Descrizione delle specifiche responsabilità:

1. **Risk Manager**: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
2. **Direttore Sanitario/Presidente del CCICA**: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo (punto A8);
3. **Direttore Operativo**: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (punti A3 e A4);
4. **Direzione Strategica/Proprietà della Struttura**: si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.
5. **Gruppo qualità**: supporta l'attuazione del documento e il processo di monitoraggio e la produzione dei report
6. **Strutture amministrative e tecniche di supporto**: supporta l'attuazione del documento e il processo di monitoraggio e la produzione dei report

Tabella 9 –Matrice delle responsabilità

AZIONE	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA	Risk Manager	Direttore Operativo	Proprietà	Direttore Sanitario (1)	Direttore Amministrativo	Gruppo Qualità e Strutture di supporto
Redazione PARS (eccetto i punti: 2, 3 e 7)	C	R	C	C	C	C	-
Redazione punti 2 e 3	C	C	R	I	C	C	-
Redazione punto 7	R	C	I	I	C	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto il punto 7)	C	R	C	I	C	C	C
Monitoraggio punto 7	R	C	I	I	C	I	C

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

6.1. Obiettivi per l'anno 2026

Gli obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

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

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

Non si individuano ulteriori obiettivi aziendali.

6.2. Attività pianificate per l'anno 2026

OBIETTIVO A		
Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
ATTIVITÀ 2 – re training del corso formazione sulla prevenzione del rischio clinico generale		
INDICATORE - Esecuzione del Corso entro dicembre 2026		
STANDARD - Partecipazione percorsi formativi in aula o sul campo del 75% del personale infermieristico e medico dei reparti e degli ambulatori		
FONTE - Responsabile Formazione aziendale		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	NA	NA
Esecuzione del corso	R	I
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 1 – implementare i giri per la sicurezza in tutta la struttura		
INDICATORE - Effettuazione dei giri della sicurezza con il coinvolgimento degli operatori nelle aree di medicina, chirurgia e dialisi ambulatori e Sala Operatoria		
STANDARD - Effettuazione di almeno 1 giro per la sicurezza verbalizzato per ogni settore entro dicembre 2026		
FONTE - Risk Manager e Gruppo qualità		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Gruppo qualità
Pianificazione delle attività	R	C
Effettuazione dei giri	R	R
Redazione verbali	C	R
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 2 – implementare il monitoraggio della gestione del paziente cateterizzato		
INDICATORE – produzione di report mensili sulla valutazione di appropriatezza della cateterizzazione e sulla corretta applicazione della procedura nell'applicazione/sostituzione dei cateteri vescicali		

STANDARD - Effettuazione di almeno 1 audit verbalizzato sui dati prodotti dai controlli interni e dalle attività di supervisione di seconda parte nei reparti di medicina a partire dal mese di maggio 2026

FONTE - Risk Manager e Gruppo qualità

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	Gruppo qualità
Pianificazione delle attività	R	C
Organizzazione e gestione audit	R	R
Redazione verbali	C	R

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 3 – implementare il monitoraggio della gestione delle lesioni da pressione

INDICATORE – monitoraggio dei casi a rischio e di LdP nei reparti di medicina dal mese di maggio 2026

STANDARD – redazione di report mensili con indicazione dei casi a rischio, dei casi conclamati e della loro evoluzione in relazione ai trattamenti

FONTE – Referenti della qualità dei reparti di medicina

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	Gruppo qualità
Pianificazione delle attività	R	C
Redazione report	C	R
Redazione verbali	C	R

OBIETTIVO C

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

ATTIVITÀ 1 – effettuare un audit di processo nelle UO di area medica, chirurgica e diagnostica per immagini

INDICATORE - Effettuazione un audit di processo per ogni UO con il coinvolgimento degli operatori

STANDARD – Effettuazione di almeno 1 audit verbalizzato per ognuna delle UO entro dicembre 2026

FONTE - Risk Manager e Gruppo qualità

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	Gruppo qualità
Pianificazione delle attività	R	C
Organizzazione e gestione audit	R	R
Redazione verbali	C	R

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

7.1. Obiettivi per l'anno 2026

Gli obiettivi strategici regionali definiti integrati con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR), perseguiti dalla CCNST sono i seguenti:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).
- D) Implementazione delle attività riguardanti i seguenti ambiti:
- Gestione della terapia antibiotica empirica
 - Misure di contrasto all'antibioticoresistenza
 - Monitoraggio del consumo degli antibiotici secondo la classificazione AWARE
 - Prevenzione e controllo della legionellosi

7.2. Attività pianificate per l'anno 2026

A) OBIETTIVO A		
B) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo		
ATTIVITÀ 1 – attuazione del Piano Regionale per il contrasto all'antibiotico-resistenza PARCA (vedi allegato 5)		
INDICATORE – attuazione delle azioni previste dal PARCA entro il 2026		
STANDARD – relazione sullo stato di attuazione con almeno 2/3 delle azioni completate		
FONTE – Responsabile Medico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Responsabile Medico	Responsabile Qualità
Attuazione Piano	R	C
Redazione relazione	C	R

OBIETTIVO A		
Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo		
ATTIVITÀ 1 – implementazione le conoscenze del gruppo professionale in merito alle LG AWARE		
INDICATORE – diffusione ed attuazione delle Linee Guida AWARE entro il 2026		
STANDARD – relazione sullo stato di attuazione		
FONTE – Responsabile Medico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Responsabile Medico	Responsabile Qualità
Attuazione Piano	R	C
Redazione relazione	C	R
OBIETTIVO A		

Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
ATTIVITÀ 1 – re training del corso sulla prevenzione delle ICA		
INDICATORE - Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il mese di luglio 2026		
STANDARD - Partecipazione al corso del 75% degli operatori di area medica e chirurgica		
FONTE - Responsabile formazione aziendale		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Presidente CCICA	Responsabile formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	NA	NA
Esecuzione del corso	R	I
OBIETTIVO A Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
ATTIVITÀ 2 – effettuazione di incontri di sensibilizzazione del personale in materia di comportamenti correlati al rischio ICA e condivisione di obiettivi e risultanze dei monitoraggi effettuati		
INDICATORE - Almeno un incontro per unità operativa entro luglio 2026		
STANDARD - Partecipazione dell'80% del personale delle UUOO		
FONTE – CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Presidente CCICA	Gruppo CCICA
Pianificazione degli incontri	R	C
Effettuazione degli incontri	C	R
Verbalizzazione	C	R
OBIETTIVO B Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani		
ATTIVITÀ 1 - effettuazione di incontri di sensibilizzazione del personale in materia di lavaggio mani e condivisione di obiettivi e risultanze dei monitoraggi effettuati		
INDICATORE - Almeno un incontro per unità operativa entro luglio 2026		
STANDARD - Partecipazione dell'80% del personale delle UUOO		
FONTE – CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Presidente CCICA	Gruppo CCICA
Pianificazione degli audit	R	C
Effettuazione degli audit	R	R
Redazione dei verbali	C	R
OBIETTIVO B Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani		
ATTIVITÀ 2 - Esecuzione di interventi di educazione sanitaria rivolti ai pazienti, ai famigliari e ai volontari in tema di prevenzione del rischio clinico		
INDICATORE - Diffusione della documentazione specifica ed attuazione degli interventi finalizzati entro settembre 2026		

STANDARD - Interventi effettuati e tracciabili sull'80% delle cartelle cliniche controllate mediante audit		
FONTE - Gruppo qualità		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Presidente CCICA	Gruppo CCICA
Pianificazione degli audit	R	C
Effettuazione degli audit	R	R
Redazione dei verbali	C	R
OBIETTIVO C		
Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo		
ATTIVITÀ 1 - Implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento alla prevenzione e controllo delle infezioni da <i>Clostridium difficile</i> e da catetere urinario;		
INDICATORE – implementazione delle procedure specifiche e dei controlli sul campo		
STANDARD – conferma dell'implementazione delle procedure attraverso il monitoraggio continuo		
FONTE - Gruppo ICCA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Presidente CCICA	Gruppo CCICA
Pianificazione delle attività	R	C
Implementazione procedure	R	R
Verifica evidenze fase 2	C	R
OBIETTIVO C		
Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo		
ATTIVITÀ 2 - Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (<i>Antimicrobial stewardship</i>).		
INDICATORE – produzione condivisione e diffusione di un documento aziendale per il buon uso degli antibiotici redatto sulla base delle linee guida esistenti entro maggio 2026		
STANDARD – adesione al documento del 90% del personale medico		
FONTE - Gruppo qualità		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Presidente CCICA	Gruppo CCICA
Pianificazione delle attività	R	C
Implementazione procedure	R	R
Verifica evidenze fase 2	C	R
OBIETTIVO C		
Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo		
ATTIVITÀ 3 - Implementazione del sistema di reportistica delle infezioni/colonizzazioni da CRE		
INDICATORE – Produzione di report semestrali (giugno e dicembre 2026)		
STANDARD – adesione dei reparti di medicina e hospice		
FONTE – Gruppo qualità		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Presidente CCICA	Gruppo CCICA
Pianificazione delle attività	R	C

Redazione e trasmissione report	R	R
Identificazione APCM	C	R
OBIETTIVO C		
Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo		
ATTIVITÀ 4 – Monitoraggio del consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg Degenza		
INDICATORE – Produzione di report semestrali (giugno e dicembre 2026)		
STANDARD – adesione dei reparti di medicina e Hospice		
FONTE – Gruppo qualità		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Presidente CCICA	Gruppo CCICA
Pianificazione delle attività	R	C
Redazione e trasmissione report	R	R
Identificazione APCM	C	R
OBIETTIVO C		
Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo		
ATTIVITÀ 5 – monitoraggio sulla diffusione dei batteri multiresistenti		
INDICATORE – produzione di report mensili del Laboratorio Analisi da Maggio 2026		
STANDARD – redazione di relazioni trimestrali relative agli esiti del monitoraggio mensile		
FONTE – CIO		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Gruppo qualità
Pianificazione delle attività	R	C
Effettuazione dei giri	R	R
Redazione verbali	C	R
OBIETTIVO C		
Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo		
ATTIVITÀ 6 – Monitoraggio del consumo di: - prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani, ove in uso (in litri/1.000 giornate di degenza ordinaria, stratificata ove praticabile per le diverse specialità/discipline); - DPI (guanti, mascherine, calzari, camici idrorepellenti, etc.) in n° pezzi/giornate uomo		
INDICATORE – Produzione di report semestrali		
STANDARD – report completi relativi ai consumi aziendali suddivisi per uo (giugno e dicembre 2026)		
FONTE – responsabile farmacia		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Presidente CCICA	Responsabile farmacia
Pianificazione delle attività	R	C
Redazione e trasmissione report	R	R
Identificazione APCM	C	R

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

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento viene diffuso in struttura attraverso la presentazione alla rete dei referenti interni della qualità, nonché ai componenti del comitato ICA. Viene, inoltre, reso pubblico attraverso un link che rimanda direttamente al documento presente sulla home page della struttura.

Lo stesso documento è trasmesso all'indirizzo ccrc@regione.lazio.it per il caricamento sul cloud regionale.

9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", pubblicata in Gazzetta Ufficiale, serie Generale, n. 64 del 17 marzo 2017, ed entrata in vigore giorno 1° aprile 2017;
- Decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012(c.d. "decreto omnibus" per la sanità);
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro;
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009: Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- Circolare Ministero Salute 6 dicembre 2019 –Indicazioni per la sorveglianza e controllo infezioni da CRE;
- Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante: "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014. Preliminare individuazione dei Programmi regionali e approvazione del "Quadro di contesto" del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018";
- Decreto del Commissario ad Acta 6 luglio 2015, n. U00309 recante: "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep. Atti 156/CSR)";
- Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)";
- Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico";
- Determinazione n. G09535 del 02/07/2014 "Linee Guida Regionali per l'attività di Gestione dei sinistri da responsabilità Medico/Sanitaria –Composizione e Funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri;
- Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): "Gestione del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza" (Determinazione Regionale N. G04112 del 01/04/2014);

 CASA di CURA NUOVA SANTA TERESA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026	PARS2026 VER. 1 - REV. 0 del 16/01/2026 Pag. 17 di 34
---	---	--

- Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del documento recante ‘Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”;
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
- Determinazione Regione Lazio n. G00163 del 11 gennaio 2019 recante “Approvazione ed adozione del documento recante le “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza (PAICA)”;
- Determinazione Regionale n. G02044 del 26 febbraio 2021 recante “Adozione del “Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle Mani”;
- Determinazione N. G00643 del 25 gennaio 2022 –Adozione del “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”;
- Nota Regione Lazio Prot. n. 99218 del 23 febbraio 2015 Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti;
- Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;
- Deliberazione Regione Lazio n. 970 del 21 dicembre 2021 “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025”;
- Piano Nazionale di Contrasto all’Antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022–2025.
- Determinazione Regione Lazio n. G16501 del 28 novembre 2022 “Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all’Assistenza (ICA);
- Deliberazione Giunta Regionale (Regione Lazio) n. 460 del 28/06/2024 con oggetto “Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi”;
- Determinazione Regione Lazio n. G17673 del 23 dicembre 2025 “Piano attuativo regionale per il contrasto all’antibiotico resistenza”.
- Ministero della Salute: “Risk Management e Qualità in Sanità -il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
- WHO –World Alliance for patient safety –The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Save Surgery Save Live”.
- WHO: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997.
- Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997.
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del MS:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=for_mazione
- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza
- AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators:
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>.

 CASA di CURA NUOVA SANTA TERESA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026	PARS2026 VER. 1 - REV. 0 del 16/01/2026 Pag. 18 di 34
---	--	--

10. ALLEGATI

- Allegato 1 Programma controllo legionellosi 2026
- Allegato 2 Verifica PALIM 2025 e attuazione Pianificazione 2026
- Allegato 3 Relazione monitoraggio consumi disinfettanti e detergenti 2025
- Allegato 4 Monitoraggio Mani seresi 2025
- Allegato 5 Misure di contrasto all'antibiotico resistenza

11. ALLEGATO 1 PROGRAMMA CONTROLLO LEGIONELLOSI 2026

INTRODUZIONE

Con la Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Lazio n. 460 del 28/06/2024 è stato adottato il documento “Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi”.

Il presente documento viene redatto al fine di rappresentare quanto già posto in essere dalla Struttura nell’ambito della Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi e quanto programmato per l’anno 2026 come previsto dalle suddette Linee di Indirizzo

QUADRO SINTETICO DELLE ATTIVITÀ DI GESTIONE DEL RISCHIO LEGIONELLOSI

N.	AMBITO	ATTIVITÀ SVOLTA	ESITO / STATO DI ATTUAZIONE	PERIODICITÀ
1	Governance	Costituzione formale del Team di Gestione del Rischio Legionellosi nell’ambito del CIO	Team nominato nel corso della riunione del CIO con definizione di ruoli e responsabilità	Aggiornato in caso di variazioni organizzative
2	Coordinamento	Riunioni del gruppo di lavoro	Effettuata n. 1 riunione/audit annuali per la condivisione del piano delle attività e la comunicazione degli esiti del monitoraggio	Annuale (≥2 incontri)
3	Sistema documentale	Istituzione e aggiornamento della piattaforma documentale dedicata	Aggiornamento dei registri di manutenzione, e registrazione degli esiti dei campionamenti effettuati	Aggiornamento continuo
4	Valutazione del rischio	Redazione/aggiornamento DVR ai sensi D.Lgs. 81/08	DVR aggiornato; analisi impiantistica e individuazione punti critici completata	Biennale o a seguito di modifiche/criticità
5	Ispezione tecnica	Sopralluogo tecnico per individuazione/conferma fonti di rischio	Eseguito un sopralluogo annuale con report tecnico	Annuale
6	Misure di prevenzione	Come da piano in tabella 1	Misure attuate e registrate su appositi registri; rilevati parametri conformi	Attuazione continuativa
7	Misure di controllo microbiologico	Come da piano in tabella 1 e da procedura PO-SGQ-38 Procedura gestione rischio legionella Rev. 1	Effettuati nel rispetto della pianificazione. Esito negativo dei campionamenti effettuati	Annuale / Straordinaria in caso di positività
8	Procedure operative	Redatta procedura PO-SGQ-38 Procedura gestione rischio legionella Rev. 1	Procedure attuata e distribuita al personale interessato	Revisione al bisogno

 CASA di CURA NUOVA SANTA TERESA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026	PARS2026 VER. 1 - REV. 0 del 16/01/2026 Pag. 20 di 34
---	---	--

9	Segnalazione e notifica	Definiti i flussi informativi interni ed esterni e modalità di trasmissione degli esiti mediante PO-SGQ-38	Procedura attuata per la notifica secondo normativa. Nessun caso positivo rilevato e segnalato	In caso di esito positivo dei controlli o evento
10	Gestione ICA	Applicazione protocollo in caso di sospetta infezione correlata come da PO-SGQ-38	Nessun caso positivo rilevato e trattato	Eventuale
11	Monitoraggio efficacia	Analisi esiti microbiologici e indicatori operativi	Non rilevate criticità significative	Report annuale
12	Piano di miglioramento	Attuazione eventuali azioni correttive o migliorative	Interventi eseguiti ove necessario; aggiornamento misure di prevenzione	A seguito monitoraggio o rilevazione criticità del sistema
13	Formazione	Evento formativo sul rischio Legionella	Attività inserita nel piano formativo 2026	Annuale
14	Sensibilizzazione	Iniziative informative per gli utenti	Attività inserita tra gli interventi educativi rivolti ricoverati e caregiver	Continua

	Anello Dialisi	Blocco Operatorio	Serbatoio accumulo rete Acqua fredda	Boiler Acqua calda	Medicina Day-Surgery	Endoscopia Hospice	Riabilitazione Ambulatori Bagno contumaciale	Radiologia Laboratorio Farmacia	Ricircolo acqua	Rami morti Reparti chiusi	Interventi formativi*
GENNAIO	2; 3	2	2; 3; 5	5; 7;10	2; 8	2; 8	2	2		5	-
FEBBRAIO	4	4	7	-	4; 8	4; 8	4	4	4	4; 5	-
MARZO	-		1	-	8	8	-	-		5	-
APRILE	1; 2; 6; 3	2; 6	6	-	1; 6; 8	1; 6; 8	1; 6	6	1	5	-
MAGGIO	-	1	2	-	2; 8	2; 8	2	2		5	9
GIUGNO	4	4	7	1	4; 8	4; 8	4	4	4	4; 5	-
LUGLIO	2; 3	2	5	5; 7	8	8	-	-		5	-
AGOSTO	-	-	-	-	8	8	-	-		5	-
SETTEMBRE	-	-	1; 2	-	2; 8	2; 8	2	2		5	-
OTTOBRE	2; 3; 4	1; 2; 4	7	-	4; 8	4; 8	4	1; 4	4	4; 5	-
NOVEMBRE	6	6	6	-	6; 8	6; 8	6	6		5	-
DICEMBRE	11	11	9; 11	11	1; 8; 11	8; 11	11	11	11	5; 11	-

LEGENDA

ATTIVITÀ	Chi la esegue
1. ricerca legionella acqua	Ditta esterna
2. microbiologica acqua	Ditta esterna
3. chimico-fisico acqua	Ditta esterna
4. pulizia/decalcificazione/sostituzione rompigitto rubinetti e soffioni docce	Manutentori interni
5. flussaggio	Manutentori interni
6. pulizia e sanificazione UTA e sostituzione filtri (periodicità suscettibile di variazioni in base alle temperature esterne)	Manutentori interni
7. Boiler (pulizia e rilevazione temperatura)	Manutentori interni
8. flussaggio rubinetti stanze degenza (settimanale in caso di inutilizzo della stanza)	Manutentori interni
9. formazione a tutto il personale	Direttore sanitario
10. manutenzione boiler	Ditta esterna insieme a Manutentori interni
11. sopralluogo tecnico	Ditta esterna insieme a Manutentori interni

* la formazione viene effettuata a tutti i lavoratori sugli argomenti indicati dal DGR n. 460 del 28 giugno 2024 integrati con le indicazioni emergenti dal DVR e dall'analisi del Risk Manager

NOTE: a) il piano di ricerca della Legionella è soggetto a variazioni in relazione all'esito degli stessi, come previsto dal DGR n. 460 del 28 giugno 2024 b) le attività 1 e 2 sono effettuate in un solo reparto per raggruppamento c) le attività 4 e 6 sono effettuate in ogni reparto del raggruppamento

12. ALLEGATO 2 VERIFICA PALIM 2025 E ATTUAZIONE PIANIFICAZIONE 2026

Oggetto: evidenze prodotte dalla verifica dello stato di attuazione del Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani presso la CCNST

In attuazione del piano di cui all'oggetto, in data 09 febbraio 2026 è stata completata la verifica dello stato di attuazione del piano mani al fine di definire le APCM necessarie all'adeguamento della situazione. La verifica è stata effettuata dal Direttore Sanitario Dr. Zingale coadiuvato dalla referente SGQ Teresa Cuccuru (responsabile infermieristico) e dall'infermiera Flavia Panico (epidemiologa in formazione).

La verifica annuale è stata condotta utilizzando una specifica Check list elaborata a partire dalle indicazioni contenute nel documento regionale. Le evidenze prodotte alimentano il registro DB-RM-01 Registro NC-Opportunità-APCM al fine di mantenere il controllo delle APCM e delle scadenze scaturite dalla suddetta verifica.

La verifica dello stato di attuazione del Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani presso la CCNST costituisce parte integrante del PARS 2025 e le evidenze prodotte alimentano il PARS 2026.

Dall'analisi delle evidenze prodotte nel corso del 2025 si conferma il dato dell'anno precedente con i valori di performance del sistema aziendale descritti di seguito:

- Sez A: il punteggio ottenuto, pari a 75 classifica la condizione dei requisiti "strutturali e tecnologici" al LIVELLO AVANZATO
- Sez B: il punteggio ottenuto, pari a 90 classifica la condizione del requisito "formazione del personale" al LIVELLO AVANZATO
- Sez C: il punteggio ottenuto, pari a 90 classifica la condizione del requisito "monitoraggio e feedback" al LIVELLO AVANZATO
- Sez D: il punteggio ottenuto, pari a 85 classifica la condizione del requisito "comunicazione permanente" al LIVELLO AVANZATO
- Sez E: il punteggio ottenuto, pari a 80 classifica la condizione del requisito "clima organizzativo e commitment" a LIVELLO I AVANZATO.

Conclusioni:

La situazione si conferma in linea con quella rilevata nell'anno precedente, permangono margini di miglioramento da perseguire attraverso le APCM indicate.

SEZIONE A – AUTOVALUTAZIONE dei requisiti strutturali e tecnologici			
Domande	Risposte	Punti	APCM
A.1 – nella struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani?	SI - Facilmente disponibile in ogni sezione della struttura. In alcuni casi sono state riscontrate carenze di approvvigionamento del prodotto	30	Implementare i controlli finalizzati alla corretta gestione dei dispenser
A.2 – quale è il rapporto lavandini/letti?	SI - Almeno 1:10 nell'area Struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento e terapia intensiva	10	
A.3 – per ogni lavandino è disponibile il sapone?	SI	10	
A.4 – per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	SI	15	
A.5 – è previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	NO: <i>non è previsto un budget ma non sono fissati limiti di spesa per l'approvvigionamento dei prodotti e la cifra di riferimento è stimata in base ai consumi dell'anno precedente</i>	0	Definire un budget 2026 per l'acquisto dei prodotti per l'igiene delle mani sulla base dei costi sostenuti nell'anno 2025
Punteggio totale		75	

 CASA di CURA NUOVA SANTA TERESA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026	PARS2026 VER. 1 - REV. 0 del 16/01/2026 Pag. 23 di 34
---	---	--

SEZIONE A – VERIFICA INDICATORI strutturali e tecnologici				
Indicatore		Situazione rilevata	APCM	
Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue: Definizione di un piano che preveda: 1. Modalità di approvvigionamento dei prodotti per l’igiene delle mani; 2. Modalità di immagazzinamento e di distribuzione dei prodotti per l’igiene delle mani; 3. Modalità di manutenzione dei lavandini e dei dispenser; 4. Modalità di segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture; 5. Distribuzione dei dispenser all’interno della Struttura; NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.		L’attività di cui al punto 4 è regolata dalla PO-ICL-01 Gestione e manutenzione delle apparecchiature e degli strumenti ² e dalla PG-SGQ-02 Gestione non Conformità e opportunità. Le altre attività sono svolte secondo abitudini consolidate e affidabili, allo stato attuale non sono disponibili documenti che ne descrivono lo svolgimento	Implementare l’attuazione della procedura operativa per la gestione dei dispenser Implementare i controlli sulla disponibilità e sul ricondizionamento degli erogatori in uso	
SEZIONE A – PIANO DI AZIONE LOCALE per l’adeguamento dei requisiti strutturali e tecnologici				
AZIONE		R	T	M
Mantenere il monitoraggio sulla compliance sull’igiene delle mani e/o sulle ICA e definire eventuali APCM		Direttore Sanitario	01/12/2026	31/12/2026
Implementare la procedura operativa per la gestione dei dispenser		Referenti della Qualità	01/12/2026	31/12/2026
Implementare i controlli sulla disponibilità e sul ricondizionamento degli erogatori in uso		Direttore Sanitario	01/06/2026	31/12/2026
Mantenere il monitoraggio sulla tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso;		Direttore Sanitario	01/12/2026	31/12/2026
Legenda: R =Responsabile; T =Tempo previsto per l’implementazione; M =Monitoraggio				
SEZIONE B - AUTOVALUTAZIONE dei requisiti della formazione del personale				
Domande	Risposte	Punti	APCM	
B1 formazione degli operatori sanitari				
B.1.1 – nella struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull’igiene delle mani?	SI - Effettuati incontri formativi in materia rivolti a medici, infermieri, OSS, etc, compresi i neoassunti. Implementato il monitoraggio sull’igiene delle mani in tutte le UUOO	10	Mantenere elevato il livello di attenzione sull’attuazione delle LG OMS sul lavaggio delle mani e prevenzione delle infezioni, in particolare tra i medici. Comunicare trimestralmente a tutti gli interessati i risultati dei monitoraggi effettuati	

 CASA di CURA NUOVA SANTA TERESA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026	PARS2026 VER. 1 - REV. 0 del 16/01/2026 Pag. 24 di 34
--	---	--

B.1.2 – esiste un sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	SI - La formazione è monitorata dal resp. Formazione anche attraverso l'utilizzo dei questionari di gradimento dell'evento e i test di valutazione dell'apprendimento (ove previsto)	20	
B.2 – sono disponibili e facilmente accessibili risorse materiali?			
B.2.1 – piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	SI - Presentato ai coordinatori e ai medici responsabili il piano regionale sull'igiene delle mani e i report dei monitoraggi in occasione della presentazione del verbale del riesame della direzione	5	Presentazione periodica dei dati dei monitoraggi agli interessati in occasione delle riunioni organizzate dalla direzione aziendale
B.2.2 – piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento Regionale	SI - Redatto annualmente, a partire dal 2021. Il piano viene revisionato annualmente	5	
B.2.3 – Brochure sull'igiene delle mani: quando, come e perchè	SI - Disponibile nei bagni e nei punti strategici eviene fornita ai pazienti e Caregivee al ricovero insieme ad altro materiale informativo, nel contesto di un intervento di educazione sanitaria documentato formalmente.	5	Rinnovare periodicamente il materiale esistente e mantenerlo in buone condizioni eliminando quanto eventualmente deteriorato
B.2.4 – poster informativi	SI - Disponibili nei punti strategici	5	Come sopra
B.3 – esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?	SI - Il professionista si identifica nel Direttore Sanitario dr Antonino Zingale - infermiera epidemiologa Dott.ssa Flavia Panico	15	
B.4 – è presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori	SI - Gli osservatori si identificano nei RRQQ i quali hanno avuto una specific aformazione e partecipano alle attività del CIO	15	
B.5 – esiste un Budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	SI - Il budget è stabilito attualmente in base al piano formativo e tutta la formazione è finanziata tramite fondo impresa	10	
Punteggio totale		90	
SEZIONE B – VERIFICA INDICATORI			
Indicatore	Situazione rilevata	APCM	
Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue: Definizione di un piano formativo che preveda - Tempi e modalità di erogazione della formazione; - Individuazione del personale da formare (<i>requisiti per l'arruolamento e profilo di competenze in uscita</i>).	Tutte le attività formative e di valutazione e gestione delle competenze del personale sono trattate nel pacchetto di procedure dedicate al personale. Le attività formative sono pianificate annualmente	Implementare i piani di gestione del personale	

 CASA di CURA NUOVA SANTA TERESA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026	PARS2026 VER. 1 - REV. 0 del 16/01/2026 Pag. 25 di 34
--	---	--

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

AZIONE	R	T	M
Organizzare incontri trimestrali per il ritorno dei dati agli interessati	Direttore Sanitario	01/04/2026	31/12/2026
Sensibilizzare costantemente il personale sull'argomento dell'igiene delle mani e prevenzione ICA, soprattutto in occasione della condivisione dei risultati dei monitoraggi interni	Direttore Sanitario	01/04/2026	31/12/2026
Curare l'aggiornamento e mantenere del materiale informativo per l'igiene delle mani e della cartellonistica	Direttore Sanitario	01/06/2026	31/12/2026

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

SEZIONE C – AUTOVALUTAZIONE monitoraggio e feedback

Domande	Risposte	Punti	APCM
C.1 – vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, etc)?	SI - Vengono condotti regolarmente gli audit secondo quanto previsto dal DCA 469/17. Le evidenze prodotte costituiscono documento di ingresso del Riesame della Direzione	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	SI - Risulta attivato il sistema di monitoraggio del rispetto della Raccomandazione OMS con produzione di un report. I dati rilevati mostrano un elevato valore di adesione per tutto il personale, minore per i medici	5	Implementare i controlli e attivare momenti di discussione dei risultati con tutti gli interessati, in particolare con i medici
C.2.2 – corretta tecnica di igiene delle mani	SI - I monitoraggi confermano un elevato valore di adesione alle indicazioni sul corretto lavaggio delle mani con qualche criticità per quanto riguarda i medici	5	Come sopra
C.3 monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani			
C.3.1 – il consumo del prodotto su base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	SI – vedi allegato 3 monitoraggio consumi disinfettanti e detergenti.	5	Sensibilizzare il personale in occasione dei controlli e della restituzione dei risultati.
C.3.2 – il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	SI - Come sopra	5	
C.3.3 – il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari ad almeno 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO – il consumo rilevato risulta al di sotto dello standard vedi allegato monitoraggio consumi disinfettanti e detergenti.	0	Attuare ulteriori iniziative di sensibilizzazione del personale in favore dell'uso del gel disinfettante in alternativa all'uso dei guanti
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			

 CASA di CURA NUOVA SANTA TERESA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026	PARS2026 VER. 1 - REV. 0 del 16/01/2026 Pag. 26 di 34
--	---	--

C.4.1 – quanto frequentemente è eseguita l’osservazione diretta dell’adesione all’igiene delle mani utilizzando la nuova scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale)	SI - L’osservazione è pressochè continua e consente la produzione di report mensili da parte dei RQ	15	
C.4.2 – qual è nella struttura la percentuale di adesione all’igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel piano di intervento regionale?	SI - Nel corso del 2025 sono state effettuate 2640 rilevazioni che hanno mostrato i seguenti livelli medi di adesione alla buona pratica OMS secondo la metodologia indicata che non contempla l’utilizzo dei guanti: Vedi allegato 4 Monitoraggio mani seresmi	30	Attuare ulteriori iniziative di sensibilizzazione del personale, in particolare medico ed OSS sul rispetto delle raccomandazioni OMS sull’igiene delle mani
C.5 feedback			
C.5.1 – <u>feedback immediato</u> : al termine di ogni sessione di osservazione è restituito agli operatori	NO - La condivisione avviene periodicamente ma non dopo ogni sessione di valutazione dei comportamenti	0	Attivare la condivisione delle valutazioni contestuale dei risultati delle rilevazioni
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?	SI - Il Feed-Back verso i lavoratori è semestrale	7,5	
C.5.3 – feedback sistematico: viene restituito con cadenza (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e sull’andamento nel tempo alla direzione della struttura?	SI - Come sopra	7,5	
Punteggio totale		90	
SEZIONE C – VERIFICA INDICATORI			
Indicatore	Situazione rilevata	APCM	
INDICATORI DI STRUTTURA Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue: - Definizione delle attività di monitoraggio della compliance degli operatori sull’igiene delle mani; - Definizione e formazione di una rete di osservatori - Definizione della cadenza e delle modalità di esecuzione delle attività di osservazione - Definizione della cadenza e delle modalità di restituzione dei risultati dell’osservazione agli operatori e alla Direzione	La procedura supervisione e controllo e i relativi Piani di controllo soddisfano il requisito. Gli osservatori sono stati formati e individuati nel Referenti della Qualità e sono coinvolti nelle attività CIO	Implementare i controlli sullo stato dei dispenser	

 CASA di CURA NUOVA SANTA TERESA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026	PARS2026 VER. 1 - REV. 0 del 16/01/2026 Pag. 27 di 34
---	--	--

Definizione delle attività di monitoraggio sullo stato dei dispenser e dei lavandini presenti nella struttura NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.		
INDICATORI DI PROCESSO Nella Struttura devono essere disponibili documenti che specifichino almeno quanto segue: - Percentuale di azioni di igiene delle mani effettuate correttamente dagli operatori sul totale delle opportunità. - Quantità di detergente e di soluzione a base di alcol per l'igiene delle mani utilizzata per mille giornate di degenza.	Anno 2024: 6,14 l./1000 gg degenza. Anno 2025: 13,2 l./1000 gg degenza. Il dato indica un raddoppio del consumo di soluzione idroalcolica (gel disinfettante) Nonostante la crescita significativa, il valore di 13,2 rimane ancora al di sotto dello standard di riferimento dell'OMS, fissato a 20 L/1000 GDO. In aggiunta si segnala il consumo di 225 lt di sapone detergente	Sostenere l'utilizzo corretto del gel disinfettante attraverso incontri con gli operatori e in occasione dei monitoraggi

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

AZIONE	R	T	M
Attuare iniziative di sensibilizzazione del personale sull'uso del gel disinfettante e intensificare il monitoraggio della disponibilità dei dispenser negli spazi previsti	Direttore Sanitario	01/04/2026	31/12/2026
Attivare il FB dei risultati dopo di ogni sessione di rilevazione del rispetto delle raccomandazioni OMS	Direttore Sanitario	01/12/2026	31/12/2026
Attuare ulteriori iniziative di sensibilizzazione del personale, in particolare medico, sul rispetto delle raccomandazioni OMS sull'igiene delle mani	Direttore Sanitario	01/12/2026	31/12/2026

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

SEZIONE D – AUTOVALUTAZIONE comunicazione permanente

Domande	Risposte	Punti	APCM
D.1 Sono esposti i seguenti poster (o materiali locali con contenuti simili)?			
D.1.1 – Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	25	
D.1.2 – Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	15	
D.1.3 – Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	10	

 CASA di CURA NUOVA SANTA TERESA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026	PARS2026 VER. 1 - REV. 0 del 16/01/2026 Pag. 28 di 34
--	---	---

D.2 – Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	Ogni 2-3 mesi	15	
D.3 – La promozione dell’igiene delle mani è intrapresa attraverso l’esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?	SI I poster sono aggiornati periodicamente e mantenuti in ordine	10	
D.4 – Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull’igiene delle mani?	SI Il materiale informativo è anche distribuito direttamente a pazienti e caregiver al momento del ricovero	10	
D.5 – Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	NO	0	Individuare e introdurre l’utilizzo di almeno uno degli strumenti suggeriti
Punteggio totale		85	

SEZIONE C – VERIFICA INDICATORI

Indicatore	Situazione rilevata	APCM
Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue: • Modalità di comunicazione della struttura sull’igiene delle mani.	Le modalità sono definite in tutte le Procedure Generali per la gestione dei pazienti ricoverati in ogni setting e prevedono anche l’attuazione di un intervento educativo individuale rivolto a pazienti e caregiver	Implementare gli interventi educativi e l’utilizzo di materiale informativo

SEZIONE D – PIANO DI AZIONE LOCALE comunicazione permanente

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

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

SEZIONE E – AUTOVALUTAZIONE clima organizzativo e commitment

Domande	Risposte	Punti	APCM
E.1 – Team per la promozione e l’implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani			
E.1.1 – esiste un Team definito?	L’attività è riconducibile a quella del CCICA e affidata ai RR.QQ.	5	

 CASA di CURA NUOVA SANTA TERESA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026	PARS2026 VER. 1 - REV. 0 del 16/01/2026 Pag. 29 di 34
--	---	--

E.1.2 – questo Team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO - Gli incontri sono organizzati in base alle esigenze emergenti	0	Organizzare riunioni mensili facendole coincidere con le attività del comitato ICA
E.1.3 – questo Team ha tempo dedicato per condurre interventi di promozione dell’igiene delle mani?	SI - L’attività viene svolta in occasione del monitoraggio	5	
E.2 – I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell’igiene delle mani?			
E.2.1 – Direzione generale?	SI - Il rappresentante partecipa alle attività	10	
E.2.2 – Direzione sanitaria?	SI – il DS presiede i gruppi di lavoro e il CCICA	5	
E.2.3 – Direzione professioni sanitarie	SI - Coinvolta la facente funzioni	5	
E.3 esiste un programma per la promozione dell’igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell’igiene delle mani del 5 maggio?	SI – viene organizzato un incontro formale con personale e utenti il 5 maggio	5	
E.4 – Sono attivi sistemi per identificare i “leader” per l’igiene delle mani in tutte le discipline?			
E.4.1 – Designazione dei “promotori” dell’igiene delle mani?	SI - L’attività è affidata ai Referenti della Qualità i quali sono impegnati nei monitoraggi previsti dal PRM	5	
E.4.2 – Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l’igiene delle mani?	SI - Individuata e nominata infermiera epidemiologa	5	
E.5 – per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/famigliari sull’igiene delle mani			
E.5.1 – i pazienti/famigliari sono informati sull’importanza dell’igiene delle mani?	SI - Effettuato un intervento di educazione sanitaria documentato ad ogni ricovero con consegna di materiale informativo specifico	5	
E.5.2 – è stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/famigliari?	SI - Vedi sopra	10	
E.6 – Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:			
E.6.1 – Strumenti e-learning per l’igiene delle mani	NO - Al momento non sono stati identificati strumenti adeguati	0	Individuare strumenti di e-learning per l’igiene delle mani
E.6.2 – Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull’igiene delle mani	SI - L’obiettivo è stato individuato nell’ambito della riunione CCICA, anche in relazione ai risultati del monitoraggio	5	
E.6.3 – È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni o affidabili e testate	SI - la procedura gestione delle competenze del personale indica la condivisione delle nuove conoscenze acquisite come strumento formativo interno sul campo	5	
E.6.4 – Comunicazioni che regolarmente citano l’igiene delle mani: es. o newsletter, convegni clinici	SI - È attivo un sistema di comunicazione delle informazioni rilevanti e dei monitoraggi dal CCICA a tutto il personale	5	Implementare il ritorno delle informazioni relative ai monitoraggi effettuati

 CASA di CURA NUOVA SANTA TERESA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026	PARS2026 VER. 1 - REV. 0 del 16/01/2026 Pag. 30 di 34
--	---	--

E.6.5 – Sistemi di responsabilizzazione personale	SI – Sono monitorate le modalità di lavoro e svolte le riunioni di condivisione dei risultati dei monitoraggi	5	
E.6.6 – Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	SI - Attività è prevista dalla procedura di gestione del personale	5	
Punteggio totale		80	
SEZIONE E – VERIFICA INDICATORI			
Indicatore	Situazione rilevata	APCM	
INDICATORI DI STRUTTURA • Istituzione di un CCICA e definizione del suo Gruppo Operativo Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue: - Regolamento del CCICA - Adozione del PAICA secondo le indicazioni regionali NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.	Sono stati istituiti e sono attivi il CCICA e il gruppo operativo ICA. Il PARS è aggiornato annualmente		
INDICATORI DI PROCESSO • Monitoraggio delle azioni previste nel PARS	Il monitoraggio avviene in modo regolare		
SEZIONE E – PIANO DI AZIONE LOCALE clima organizzativo e commitment			
AZIONE	R	T	M
Pianificare le attività di lavoro del Team in coincidenza delle riunioni CCICA	Direttore Sanitario	01/12/2026	31/12/2026
Aderire alle iniziative della giornata mondiale dell’igiene delle mani	Direttore Sanitario	01/12/2026	31/12/2026
Individuare strumenti di e-learning per l’igiene delle mani	Direttore Sanitario	01/12/2026	31/12/2026

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

Viterbo 11.02.2026

Firma DS
Dr. A. Zingale

13. ALLEGATO 3 RELAZIONE MONITORAGGIO CONSUMI DISINFETTANTI E DETERGENTI 2025

La presente relazione ha lo scopo di documentare l'andamento dei consumi di disinfettanti nell'arco degli anni 2024 e 2025, con suddivisione per tipologia di utilizzo (igiene delle mani, disinfezione ambientale, medicazioni e antisepsi). I dati analizzati derivano dal registro interno dei consumi di magazzino, espressi in numero di confezioni utilizzate per ciascun prodotto. Le variazioni percentuali sono calcolate confrontando l'anno 2025 con l'anno 2024. I prodotti sono stati classificati secondo la destinazione d'uso prevalente.

Disinfettanti per igiene delle mani

		2023	2024	2025	Variazione%
SEPTAMAN GEL 500ML	BT	189	345	325	-5,8%
NEODIXIDINA MANI 500 ML	BT	53	271	249	-8%

Nel 2025 si osserva una moderata riduzione dei consumi per l'igiene delle mani rispetto all'anno precedente. Il consumo nell'anno 2025 risulta pari a 13,2 litri per 1000 giornate di degenza ordinaria, valore inferiore al target desiderabile di ≥ 20 L/1000 GDO. Tale dato suggerisce la necessità di un rafforzamento delle strategie di promozione dell'igiene delle mani, attraverso attività di sensibilizzazione del personale, audit interni e monitoraggio periodico dei consumi, al fine di garantire il pieno allineamento agli standard regionali e alle raccomandazioni per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

Disinfettanti per medicazioni e antisepsi cutanea

		2023	2024	2025	Variazione%
ACQUA OSSIGENATA 1 LT 3%	BT	36	60	42	-30%
NEOXIDAL ALCOLICO 0,5% 70% 1 LT	BT	112	131	133	1,52%
AMUKINA 1 LT	BT	20	25	15	-40%
POVIDERM 10% 1 LT	BT	25	30	31	3,3%
CLOREXINAL 2% 250 ML	BT	-	-	66	100%

Si evidenzia:

- una riduzione significativa dell'utilizzo di acqua ossigenata e Amukina;
- una stabilità del Neoxidal alcolico 70%, impiegato per antisepsi cutanea;
- un incremento di prodotti a maggiore specificità clinica (Poviderm e Clorexinal).

L'andamento indica un miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, in linea con le linee guida per la prevenzione delle infezioni.

Disinfettanti per ambienti e superfici

		2023	2024	2025	Variazione%
IPOCLORITO DI SODIO 5% 5 LT	TN	98	116	124	6,8%
AMMONIO QUATERNARIO 500 ML	BT	-	366	198	-45,9%

L'aumento dell'ipoclorito di sodio risulta coerente con le procedure di sanificazione ambientale. La riduzione dell'ammonio quaternario è riconducibile a una razionalizzazione dei prodotti e alla scelta di disinfettanti con spettro d'azione più ampio.

14. ALLEGATO 4 MONITORAGGIO MANI SERESMI 2025

ESITO OSSERVAZIONI I SEMESTRE 2025

CATEGORIA PROFESSIONALE	MOMENTO OSSERVATO	OPPORTUNITÀ OSSERVATE (N.)	LAVAGGIO (N.)	SIA (N.)	NESSUNA (N.)	SE NESSUNA GUANTI (N.)	COMPLIANCE
3. Medico	Prima del contatto con il paziente	108		22	29	58	20,4
3. Medico	Dopo il contatto con il paziente	108	15	23	21	55	35,2
1.1 Infermiere-a	Prima di una manovra asettica	23	2	9		16	47,8
1.1 Infermiere-a	Prima del contatto con il paziente	171	16	35	7	146	29,8
1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con il paziente	104	46	33	9	52	76,0
1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con liquidi biologici	59	42	8		33	84,7
1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	8	1	2	3	2	37,5
2. Operatore di Supporto all'Assistenza (OSS; OTA; OSSS)	Prima del contatto con il paziente	161	1	21	15	147	13,7
2. Operatore di Supporto all'Assistenza (OSS; OTA; OSSS)	Dopo il contatto con il paziente	102	44	23	6	67	65,7
2. Operatore di Supporto all'Assistenza (OSS; OTA; OSSS)	Dopo il contatto con liquidi biologici	49	37	1		19	77,6
2. Operatore di Supporto all'Assistenza (OSS; OTA; OSSS)	Prima di una manovra asettica	1				1	0,0
2. Operatore di Supporto all'Assistenza (OSS; OTA; OSSS)	Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	20	7	4	4	7	55,0
4.1 Terapista (Fisioterapista, Terapista Occupazionale, Tecnico di audiometria, Logopedista ...)	Prima del contatto con il paziente	20	8	6	3	8	70,0
4.1 Terapista (Fisioterapista, Terapista Occupazionale, Tecnico di audiometria, Logopedista ...)	Dopo il contatto con il paziente	15	10	4	1	1	93,3
1.1 Infermiere-a	Prima del contatto con il paziente	50	23	26		49	98,0
1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con liquidi biologici	32	19	13		27	100,0
1.1 Infermiere-a	Prima di una manovra asettica	15	6	9		14	100,0
1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con il paziente	51	28	23		45	100,0
1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	19	11	8		16	100,0
4.1 Terapista (Fisioterapista, Terapista Occupazionale, Tecnico di audiometria, Logopedista ...)	Prima del contatto con il paziente	63		54	8	1	85,7
4.1 Terapista (Fisioterapista, Terapista Occupazionale, Tecnico di audiometria, Logopedista ...)	Dopo il contatto con il paziente	63	20	40	4		95,2
4.2 Tecnico (Radiologo, Tecnico di Cardiologia, di Sala Operatoria, di Laboratorio,	Prima del contatto con il paziente	24	16			12	66,7
4.2 Tecnico (Radiologo, Tecnico di Cardiologia, di Sala Operatoria, di Laboratorio,	Dopo il contatto con il paziente	24	24				100,0
1.1 Infermiere-a	Prima del contatto con il paziente	24	12	7		19	79,2
1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con il paziente	24	24				100,0
3. Medico	Prima del contatto con il paziente	24	18			16	75,0
3. Medico	Dopo il contatto con il paziente	24	24				100,0

 CASA di CURA NUOVA SANTA TERESA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026	PARS2026 VER. 1 - REV. 0 del 16/01/2026 Pag. 33 di 34
--	---	--

ESITO OSSERVAZIONI II SEMESTRE 2025

CATEGORIA PROFESSIONALE	MOMENTO OSSERVATO	OPPORTUNITÀ OSSERVATE (N.)	LAVAGGIO (N.)	SIA (N.)	NESSUNA (N.)	SE NESSUNA GUANTI (N.)	COMPLIANCE
3. Medico	Prima del contatto con il paziente	87	3	15	19	56	20,7
3. Medico	Dopo il contatto con il paziente	87	16	20	17	46	41,4
1.1 Infermiere-a	Prima del contatto con il paziente	150	8	36	8	134	29,3
1.1 Infermiere-a	Prima di una manovra asettica	9		6		8	66,7
1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con il paziente	96	47	37	7	43	87,5
1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con liquidi biologici	53	40	6		30	86,8
1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	8	2	3	2	3	62,5
2. Operatore di Supporto all'Assistenza (OSS; OTA; OSSS)	Prima del contatto con il paziente	156	2	26	13	139	17,9
2. Operatore di Supporto all'Assistenza (OSS; OTA; OSSS)	Dopo il contatto con il paziente	80	34	25	7	50	73,8
2. Operatore di Supporto all'Assistenza (OSS; OTA; OSSS)	Dopo il contatto con liquidi biologici	64	50	8		26	90,6
2. Operatore di Supporto all'Assistenza (OSS; OTA; OSSS)	Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	21	5	5	4	13	47,6
4.1 Terapista (Fisioterapista, Terapista Occupazionale, Tecnico di audiometria, Logopedista ...)	Prima del contatto con il paziente	24	5	13	3	5	75,0
4.1 Terapista (Fisioterapista, Terapista Occupazionale, Tecnico di audiometria, Logopedista ...)	Dopo il contatto con il paziente	23	10	10	2	1	87,0
1.1 Infermiere-a	Prima del contatto con il paziente	50	34	16		39	100,0
1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con il paziente	53	37	15		36	98,1
1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con liquidi biologici	23	19	5		14	104,3
1.1 Infermiere-a	Prima di una manovra asettica	7	5	2		4	100,0
1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	13	9	4		8	100,0
3. Medico	Prima del contatto con il paziente	10	2	8		1	100,0
3. Medico	Dopo il contatto con il paziente	9	2	7			100,0
4.1 Terapista (Fisioterapista, Terapista Occupazionale, Tecnico di audiometria, Logopedista ...)	Prima del contatto con il paziente	66		55	11		83,3
4.1 Terapista (Fisioterapista, Terapista Occupazionale, Tecnico di audiometria, Logopedista ...)	Dopo il contatto con il paziente	63	20	38	8		92,1
4.2 Tecnico (Radiologo, Tecnico di Cardiologia, di Sala Operatoria, di Laboratorio,	Prima del contatto con il paziente	17	17			5	100,0
4.2 Tecnico (Radiologo, Tecnico di Cardiologia, di Sala Operatoria, di Laboratorio,	Dopo il contatto con il paziente	17	17				100,0
1.1 Infermiere-a	Prima del contatto con il paziente	17	17			8	100,0
1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con il paziente	17	17				100,0
3. Medico	Prima del contatto con il paziente	17	17			5	100,0
3. Medico	Dopo il contatto con il paziente	17	17				100,0

 CASA di CURA NUOVA SANTA TERESA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026	PARS2026 VER. 1 - REV. 0 del 16/01/2026 Pag. 34 di 34
---	---	--

15. ALLEGATO 5 MISURE DI CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO RESISTENZA

Linee di attività	AZIONI	Responsabile	Periodicità
SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO			
SORVEGLIANZA ATTIVA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) E SORVEGLIANZA INTRA-AZIENDALE DEI MICRORGANISMI ALERT	Rilevazione presenza di microrganismi alert nei campioni biologici e trasmissione dei referti ai medici richiedenti	Biologa	continuativa
	Produzione e trasmissione al Direttore Sanitaria e CIO dei report sui patogeni riscontrati, compresi microrganismi alert	Biologa	mensile
	Comunicazione alla ASL della presenza di Alert Organism	Responsabile CIO	Entro 48 ore
	Comunicazione alla ASL della presenza di cluster/focolai di ICA; condizioni di particolare rilievo (es. microrganismi con profili di resistenza inusuali, infezioni rare o di particolare rilievo per gravità e contagio); microrganismi sentinella (alert organism).	Direttore Sanitario	Entro 48 ore
	Comunicazione ai responsabili medici dei risultati dei monitoraggi effettuati	Responsabile CIO	trimestrale
	Integrazione delle segnalazioni di laboratorio con i dati clinici e demografici richiesti per il tramite del CCICA e del relativo Gruppo Tecnico Operativo (GTO)	Direttore Sanitario	In base alle evidenze disponibili
SORVEGLIANZA DELLE BATTERIEMIE DA ENTEROBACTERALES RESISTENTI AI CARBAPENEMI	Tipizzazione molecolare della carbapenemasi per tutte le CRE isolate da sangue	Biologa	tempestiva
	Comunicazione al reparto e alla Direzione sanitaria della positività del referto	Biologa	tempestiva
	Produzione report sulla presenza di carbapenemasi per tutte le CRE isolate da sangue	Biologa	mensile
SORVEGLIANZA DELL'ANTIBIOTICO-RESISTENZA	Sorveglianza casi di antibioticoresistenza su campioni	Biologa	continuativa
	Sorveglianza casi di antibioticoresistenza in pazienti no-responder	Infermiera epidemiologa	Mensile
	Comunicazione al reparto e alla direzione sanitaria dei casi noti di antibioticoresistenza	Biologa	continuativa
	Redazione report e trasmissione dei dati di sorveglianza per AR-ISS	Direzione Sanitaria	trimestrale per singola area di degenza
	Sorveglianza appropriatezza prescrittiva e rispetto delle linee guida AWARe al ricovero da PS dei nuovi pazienti	Infermiera epidemiologa	continuativa
AUDITING	Attivazione di audit su casi e su dati nell'ambito delle attività del CIO ed elaborazione misure preventive, correttive e di miglioramento	Direzione sanitaria	Sulla base delle evidenze prodotte dal sistema
FORMAZIONE	Attuazione dei programmi formativi rivolti al Gruppo Operativo e a tutto il personale medico e infermieristico, finalizzati alla realizzazione degli obiettivi del presente piano	Responsabile della formazione	Una tantum