



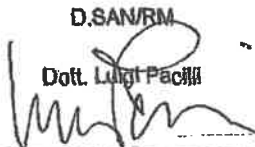
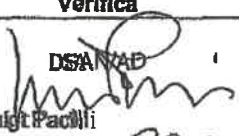
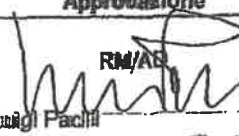
NCL

Neurological Centre of Latium
Istituto di Neuroscienze

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

PARS

Sommario

Rev.	Data di approvazione	Causale modifica
01	13/02/2026	Aggiornamento Linee guida della Regione Lazio
Redazione	Verifica	Approvazione
D.SAN/RM  Dott. Luigi Pacilli	D.SAN/AD  Dott. Luigi Pacilli Dott. Giancarlo Galenzo	RM/AD  Dott. Luigi Pacilli Dott. Giancarlo Galenzo

Sommario

PREMESSA 3

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO..... 3

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI..... 5

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA 6

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE..... 7

 4.1 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS 2025..... 7

 4.2 ATTIVITÀ RISCHIO INFETTIVO 2025 8

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ..... 8

6. OBIETTIVI 9

 6.1 LE ATTIVITÀ PER IL 2026 9

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO11

 7.1 LE ATTIVITÀ RISCHIO INFETTIVO.....11

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS.....13

9. RIFERIMENTI NORMATIVI14

10. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA15

Premessa

Il Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario, in breve PARS, qui contenuto e relativo all'anno 2026 si sviluppa nel rispetto delle nuove linee guida regionali, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità ed alla luce dell'esperienza nel corso della pandemia SARS.CoV-2, con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dei Piani Attuativo Regionale e Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PARCA e PNCAR);
- Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani

1. Contesto Organizzativo

Il piano si applica alla Casa di Cura Neurological Centre of Latium – Istituto di Neuroscienze, in breve e di seguito NCL.

A seguito della riconversione avvenuta il 01/01/2021, le attività sono così distribuite:

- **DEGENZE IN REGIME ORDINARIO PER ACUTI:** Reparti di Neurochirurgia e Neurologia
- **ATTIVITA' AMBULATORIALE:** APA, diagnostica per immagini e visite neurologiche
- **RSA**

La Casa di Cura NCL agisce come struttura privata accreditata e le prestazioni erogate comprendono:

- Ricovero e cura dei malati
- Visite mediche, in regime di ricovero o ambulatoriale
- Assistenza infermieristica e, in genere, ogni atto e procedura diagnostica o terapeutica necessari per risolvere i problemi di salute del Paziente degente compatibilmente con il livello di dotazione tecnologica della struttura.

La Casa di Cura NCL dispone di n. **62** posti letto autorizzati, di cui **34** accreditati e contrattualizzati con il SSN e **20** posti letti accreditati di RSA (R2). I posti letto sono distribuiti in camere singole, doppie, triple o quaduple.

DATI STRUTTURALI		
Strutture	1.	Casa di Cura NCL
Mq. Complessivi	Mq 10.320	

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO -PARS-	PARS Rev. 01 del 13/02/26
---	---	------------------------------------

Qui di seguito vengono riportate le peculiarità organizzative utili a definire la complessità dell'organizzazione.

ORGANIZZAZIONE ¹			
Risorse umane al 31/12/2025	N° 39	Ruolo sanitario: 33 Ruolo amministrativo e Servizi Generali: 6	
Reparti/servizi	N° Posti	Tipologia Assistenziale	
ACUTI			
NEUROLOGIA (cod. 32)	P.L. ORD. 14	SSN	/
NEUROCHIRURGIA (cod. 30)	P.L. ORD. 16	SSN	/
TERAPIA INTENSIVA (cod. 49)	P.L. ORD. 4 (di cui 1 isolamento)	SSN	/
SALA OPERATORIA	1 BLOCCO OPERATORIO 2 SALE OPERATORIE	SSN	PRIVATO/ASS.
CHIRURGIA GENERALE (cod. 0902)	P.L. 6	/	PRIVATO/ASS.
MEDICINA GENERALE (cod. 2602)	P.L. 2	/	PRIVATO/ASS.
RSA			
RSA (R2)	P.R. 20	SSN	/
AMBULATORIALE			
ANALISI CLINICHE	1	/	PRIVATO/ASS.
RADIOLOGIA TRAD	1	SSN	PRIVATO/ASS.
RISONANZA MAGNETICA	1	SSN	PRIVATO/ASS.

¹ DCA di accreditamento delibera del Consiglio dei Ministri del 21/03/2013 Regione Lazio
Pag. 4 a 28

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO -PARS-	PARS Rev. 01 del 13/02/26
---	---	------------------------------------

ACUTI			
DATI ATTIVITA' ANNO 2025			
SETTING	PRESTAZIONI	SETTING	PRESTAZIONI
DIMESSI NCH	255 R.O.	DIAGNOSTICA IMMAGINI	8578
DIMESSI NEUROLOGIA	210 R.O.	EEG - EMG - DOPPLER - ECOGRAFIA	490
DIMESSI TERAPIA INTENSIVA	19 R.O.	ANALISI CLINICHE DI LABORATORIO	923

AMBULATORIALE			
DATI ATTIVITA' ANNO 2025			
SETTING	PRESTAZIONI	SETTING	PRESTAZIONI
VISITE SPECIALISTICHE SSN	71	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI SSN	7833
VISITE SPECIALISTICHE PRIVATE	1558	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI PRIVATE	1233
APA	62	RM SSN	6600

RSA			
DATI ATTIVITA' ANNO 2025			
SETTING	PRESTAZIONI	SETTING	PRESTAZIONI
GIORNATE ASSISTENZA RSA	6865	UTENTI RSA	29

2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

A partire dall'anno 2016 la Struttura ha avviato un'attività di sensibilizzazione e formazione sugli aspetti legati al Clinic Risk Management ed ha attivato strumenti di monitoraggio degli Eventi indesiderati. Il tutto è oggetto di una specifica procedura redatta con riferimento alla normativa² e alle raccomandazioni ministeriali applicabili.

² Determinazione Regione Lazio n. G12355 del 25/10/2016 Approvazione del documento recante "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella".

Le segnalazioni del totale degli eventi indesiderati durante l'anno 2025 sono stati: n. 6

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0 (0%)	(0%)	Strutturali (10%) Organizzativi (40%) Procedure/ Comunicazione (50%)	Strutturali (10%) Organizzative (40%) Procedure/ Comunicazione (50%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi avversi	6 (100%)	(100%)			
Eventi sentinella	0 (0%)	(0%)			

Tabella 1 – Eventi 2025

Anno	N. Sinistri	N. Risarcimenti erogati	Valore economico
2021	2	1	€ 91.713,00
2022	1	2	€ 242.000,00
2023	3	0	€ 0
2024	0	1	€ 230.565,80
2025	4	0	€ 0
Totale	10	4	€ 564.278,80

Tabella 2 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art.4, c.3 della L.24/2017)

3. Descrizione della posizione assicurativa

POSIZIONE ASSICURATIVA						
ANNO	POLIZZA E DATA SCADENZA	GARANZIA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	BROKER	FRANCHIGIE
2014	Polizza Convenzione N° 2013RCG00023-563773	EURO 5.000.000	Berkshire hathaway AXA	€ 156.056,12	GE.AS. SANITA' S.R.L.	S.I.R. Euro 200.000,00
2015	Polizza Convenzione N° 2015RCG00076-640132	EURO 5.000.000	Berkshire hathaway AXA	€ 163.854,72	GE.AS. SANITA' S.R.L.	S.I.R. Euro 200.000,00
2016	Polizza Convenzione N° 2015RCG00076-640132	EURO 5.000.000	Berkshire hathaway AXA	€ 158.490,05	GE.AS. SANITA' S.R.L.	S.I.R. Euro 200.000,00
2017 ad oggi	IN AUTOASSICURAZIONE					

4. Resoconto delle attività del piano precedente

In questa sezione del PARS 2026 vengono inserite le relazioni sintetiche sulle attività definite nel PARS 2025

4.1. Resoconto delle attività del PARS 2025

OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività (1) Partecipazione ai corsi con tematiche di gestione rischio clinico – “Rischio Clinico e Qualità”		
Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 80% di personale sanitario da formare/TOT. Personale Sanitario	SI	CONCLUSO
Attività (2) Partecipazione ai corsi con tematiche di gestione rischio clinico – “Qualità e Corretta compilazione della Check List”		
Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 80% di personale sanitario da formare/TOT. Personale Sanitario	SI	CONCLUSO

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) Monitoraggio dell’utilizzo della check list di sicurezza		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Esaminare 40 cartelle 100% conformi	SI	CONCLUSO
Attività (4) Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinico e/o organizzativo delle strutture, monitoraggio attraverso audit interni		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Mantenimento certificazione ISO 9001:2015 e ISO 45001:2015	SI	CONCLUSO

4.2. Attività rischio infettivo 2025

OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività (1) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle infezioni della ferita chirurgica		
Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	CONCLUSO
Attività (2) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sulle misure di contrasto alla resistenze agli antimicrobici (AMR, Antimicrobial Resistance)		

Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	CONCLUSO

OBIETTIVO B: Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani		
<i>Attività (3) Monitoraggio consumo della soluzione idro-alcolica (SIA)</i>		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 20 L di SIA per 1000 giornate di degenza	NO	CONCLUSO
<i>Attività (4) Piano di azione delle attività per l'igiene delle mani di NCL</i>		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: Raggiungimento del livello avanzato nelle sezioni C - D - E	NO	CONCLUSO

OBIETTIVO C: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE		
<i>Attività (5) Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di gestione della sepsi</i>		
Archiviazione	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 80% di personale sanitario da formare/TOT. Personale Sanitario	SI	CONCLUSO

5. Matrice delle Responsabilità

La realizzazione del PARS attraverso le linee guida riconosce le seguenti 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. Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali:** redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (punti A3 e A4);
- 4. Amministratore Delegato e Referente di Struttura:** si impegnano 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 impegnano 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.

R =

AZIONE	Presidente CCIA	Risk manager / Direttore Sanitario	Affari generali e legali	Amministratore Delegato /Referente di struttura	figure di supporto (RGQ, Ing. clinica etc.)
Redazione PARS	C	R	C	C	C
Redazione punti 2 e 3	C	C	R	C	I
Redazione punto 7	R	C	I	I	I
Adozione PARS	I	C	I	C	C
Monitoraggio PARS	C	R	C	C	C
Monitoraggio punto 7	R	C	I	I	I

Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

6. Obiettivi

Il piano annuale del rischio sanitario (PARS) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e gestione dei rischi.

Operando secondo le linee guida regionali per la stesura del PARS sono stati portati gli obiettivi strategici da declinare in linee di attività da implementare nel corso dell'anno 2026.

Gli obiettivi strategici definiti a livello regionale sono i seguenti:

1. Diffondere la "Cultura della sicurezza delle cure";
2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio, prevenzione e controllo degli eventi avversi
3. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura.

6.1. Le Attività per il 2026

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
ATTIVITÀ (1) - Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico
Indicatore: Partecipazione di almeno l'80% del personale sanitario al corso Gestione "Rischio clinico e Qualità"
Formula: (N° personale sanitario formato/TOT. Personale Sanitario) x 100
Standard: 80% di personale sanitario da formare/TOT. Personale Sanitario

Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management, Qualità		Scadenza: 31/12/2026	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
AZIONE	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	FIGURE DI SUPPORTO
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	C	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	C	R	I

ATTIVITÀ (2) - Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico			
Indicatore: Partecipazione di almeno l'80% del personale sanitario al corso "Qualità e corretto utilizzo e compilazione delle check-list"			
Formula: (N° personale sanitario formato/TOT. Personale Sanitario) x 100			
Standard: 60% di personale sanitario da formare/TOT. Personale Sanitario			

Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management, Qualità		Scadenza: 31/12/2026	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	FIGURE DI SUPPORTO
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	C	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	C	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 MESSO NELL'ANNO PRECEDENTE

ATTIVITÀ (3) - Monitoraggio dell'utilizzo della check-list di sicurezza	
Indicatore: verifica dell'utilizzo della check-list di chiusura cartella	
Standard: 100% conformi/campione di 40 Cartelle	
Fonte: DSAN	Scadenza: 31/12/2026

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	FIGURE DI SUPPORTO	RESP. MEDICO CHIRURGIA
Utilizzo scheda come da procedura	R	I	C
Selezione e Raccolta delle cartelle	C	I	R
Monitoraggio dei dati	I	I	R
Redazione report finale	R	I	I

ATTIVITA' (4) - Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinico e/o organizzativo nelle strutture			
Indicatore: Mantenimento della certificazione della qualità secondo gli standard ISO 9001:2015 e ISO 45001:2015			
Standard: Mantenere almeno 4 azioni di audit organizzativi e almeno 1 audit clinico nell'anno			
Fonte: <i>DSAN</i>		Scadenza: <i>31/12/2026</i>	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RGQ	RM/DSAN	PERSONALE SANITARIO
Progettazione/esecuzione	C	R	I

Progettazione e aggiornamento della documentazione sistema	C	R	C
Monitoraggio/report finale	R	C	C

OBIETTIVO C: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI DELLA STRUTTURA			
Attività (5) Realizzazione di opuscoli informativi per le raccomandazioni ministeriali per il monitoraggio			
Indicatore: Almeno un opuscolo			
Standard: Almeno un opuscolo			
Fonte: DSAN			Scadenza: 31/12/2026
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	FIGURE DI SUPPORTO	RESP. MEDICO CHIRURGIA
Utilizzo scheda come da procedura	R	I	C
Selezione e Raccolta delle cartelle	C	I	R
Monitoraggio dei dati	I	I	R
Redazione report finale	R	I	I

7. Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo

In questa sezione sono definiti le attività relative alla gestione del rischio infettivo.

Gli obiettivi strategici sono stati definiti seguendo le linee guida regionali, in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dai Piani Attuativo Regionale e Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PARCA e PNCAR) e 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 monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni delle ferite chirurgiche e della sepsi;
- D. Implementare le attività previste dal PARCA secondo i criteri, obiettivi, azioni in esso previsti con particolare riguardo alle attività di sorveglianza AMR/ICA, di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza nonché al corretto e appropriato uso degli antibiotici.

7.1. Le attività rischio infettivo 2026

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

ATTIVITÀ (1) - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle infezioni della ferita chirurgica

Indicatore: un corso di formazione per la prevenzione e il monitoraggio delle infezioni delle ferite chirurgiche

Standard: 80% del personale formato/tot. Personale sanitario

Fonte: DSAN

Scadenza:
31/12/2026

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	C
Organizzazione ed accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	I	I	R

ATTIVITÀ (2) - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sulle misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (AMR, Antimicrobial Resistance)

Indicatore: un corso di formazione sulle misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (AMR, Antimicrobial Resistance)

Standard: 80% del personale formato/tot. Personale sanitario

Fonte: DSAN

Scadenza:
31/12/2026

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	C
Organizzazione ed accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	I	I	R

OBIETTIVO B: Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024

ATTIVITÀ (3) – Monitoraggio del consumo della soluzione idro-alcolica (SIA)

Indicatore: Raggiungimento dello standard minimo definito dall'OMS

Standard: 20 L di SIA per 1000 giornate di degenza

Fonte: DSAN

Scadenza:
31/12/2026

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Implementazione piano	R	I	C
Monitoraggio degli obiettivi	C	I	R
Redazione report finale	R	I	C

ATTIVITÀ (4) – Piano di azione delle attività per le igiene delle mani di NCL

Indicatore: Raggiungimento del livello avanzato nelle sezioni C - D - E

Standard: Raggiungimento livello avanzato al 31/12/26

Fonte: DSAN

Scadenza:
31/12/2026

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Implementazione piano	R	I	C

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO -PARS-	PARS Rev. 01 del 13/02/26
---	---	------------------------------------

Monitoraggio degli obiettivi	C	I	R
Redazione report finale	R	I	C

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 sulla gestione della sepsi			
ATTIVITÀ (5) - Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di gestione della sepsi			
Indicatore: Un corso sulla gestione della sepsi			
Standard: 80% del personale formato/tot. Personale sanitario			
Fonte: DSAN		Scadenza: 31/12/2026	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	C
Organizzazione ed accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	I	I	R
ATTIVITÀ (6) - Prevenzione delle legionella nelle strutture sanitarie			
Indicatore: Un corso sulla prevenzione della Legionella			
Standard: 80% del personale formato/tot. Personale sanitario			
Fonte: DSAN		Scadenza: 31/12/2026	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	C
Organizzazione ed accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	I	I	R
ATTIVITÀ (7) – Uso appropriato degli antibiotici			
Indicatore: Un corso sull’uso appropriato degli antibiotici/terapia antibiotica empirica			
Standard: 80% del personale formato/tot. Personale sanitario			
Fonte: DSAN		Scadenza: 31/12/2026	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	C
Organizzazione ed accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	I	I	R

8. Modalità di diffusione del PARS

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal presente PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione generale garantisce la sua diffusione attraverso:

- Pubblicazione PARS nel sito internet di NCL
- Pubblicazione del PARS sulla rete intranet aziendale in una cartella dedicata
- Invio del PARS alla Direzione Aziendale

- Trasmissione del PARS ai referenti dei reparti
- Iniziative di diffusione del PARS a tutti gli operatori attraverso momenti di partecipazione a corsi di formazione mirati.

9. Riferimenti Normativi

In questa sezione sono elencati alcuni riferimenti alla normativa regionale e nazionale inerenti la gestione del rischio clinico:

1. Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)
2. Determinazione 23 dicembre 2025, n.G17673 Regione Lazio "Approvazione del Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PARCA 2026-2028)
3. Piano di intervento sull'igiene delle mani
4. Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio del 11 Gennaio del 2019 n. G00164 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"
5. Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio do Gennaio 2019 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"
6. Determinazione della Regione Lazio n° G04112 del 1/04/ 2014 – Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di Risk management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)"
7. D. Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
8. D.P.R. 14/01/97 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"
9. D. Lgs. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
10. D. Lgs. 254/00 "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari"
11. D. Lgs. 81/08 "Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro."
12. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità"
13. Circolare Ministeriale n.52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
14. Circolare Ministeriale n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
15. DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995
16. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento
17. PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena

18. PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria
19. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008
20. Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131
21. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"
22. DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
23. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017"

10. Bibliografia e Sitografia

In questa sezione sono elencati i riferimenti bibliografici e sitografici consultati per la redazione del documento inerenti la gestione del rischio clinico.

- Ministero della Salute "Risk Management e Qualità in sanità – il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&me
- 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 .
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live



PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI 2026

Documento allegato al PARS 2026

Rev.	Data di approvazione	Causale modifica
01	18/02/2026	Aggiornamento Linee guida della Regione Lazio
Redazione	Verifica	Approvazione
D.SAN/RM Dott. Luigi Pacilli	DSAN/AD Dott. Luigi Pacilli Dott. Giancarlo Calenzo	RM/AD Dott. Luigi Pacilli Dott. Giancarlo Calenzo

1. Premessa

La corretta igiene delle mani rappresenta la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmettere microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro. Molti studi hanno infatti dimostrato che, quando viene garantita una corretta igiene delle mani e degli ambienti assistenziali, il rischio di contrarre ICA si riduce drasticamente.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato una strategia multimodale la cui implementazione favorisce l'adesione a tale pratica attraverso azioni articolate sul piano strutturale/tecnologico, organizzativo e professionale, le quali, debbono essere adottate integralmente. La loro applicazione si estende a tutti i pazienti che ricevono cure, indipendentemente dalla loro diagnosi, dai fattori di rischio e dal presunto stato infettivo, riducendo il rischio per il paziente e per il personale di contrarre un'infezione.

La Regione Lazio con determinazione n° G02044 del 26 febbraio 2021 ha adottato il Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani. L'obiettivo del documento è quello di definire un bundle di requisiti strutturali/tecnologici, organizzativi e professionali che consenta alle organizzazioni sanitarie di elaborare un piano di azione locale per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell'igiene delle mani sulla base del documento OMS Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user instructions.

Il Piano è suddiviso in cinque sezioni, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani per un efficace governo del rischio infettivo, come di seguito riportate:

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 è corredata da un questionario specifico di autovalutazione, al fine di consentire alle Strutture di determinare il proprio livello di implementazione delle misure necessarie.

Il punteggio, in analogia al documento OMS, individua 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. Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2021, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura.
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. Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2023, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura.
4. **AVANZATO:** la promozione e l'adesione all'igiene delle mani sono ottimali.

Sulla base del punteggio ottenuto in ogni singola sezione, le Strutture dovranno elaborare un piano di azione di cui dovranno dare opportuna evidenza nel Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) trasmesso annualmente al CRRC, sia nel paragrafo relativo al Resoconto delle attività, sia come attività da condurre nel corso dell'anno di vigenza del PAICA stesso. Nel caso in cui l'autovalutazione di una o più sezioni

raggiunga il livello INADEGUATO, le Strutture dovranno elaborare un piano di azione straordinario con azioni da implementare entro un termine massimo di tre mesi per le sezioni che abbiano evidenziato tale criticità. Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, il questionario di autovalutazione è compilato con cadenza annuale.

2. Scopo

Pianificare, a livello aziendale, le attività di miglioramento necessarie per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell'igiene delle mani sulla base dei documenti OMS, delle indicazioni del documento "Piano di Intervento Regionale triennale sull'Igiene delle mani 2021-2023" ed in continuità con quanto fatto nel triennio precedente.

3. Resoconto attività svolte nell'anno 2025

Nel corso del 2025 sono stati effettuati corsi FAD a tutti gli operatori. In occasione dei sopralluoghi condotti nel 2025 sono stati verificati i requisiti di struttura e gli standard di consumo di gel idroalcolico nelle UU.OO. di ricovero della Casa di Cura. I risultati sono di seguito descritti:

UU.OO	Disponibilità Gel	Rapporto Lavandini/Letto	Disponibilità sapone	Locandine OMS	
Neurologia	Sì	1:3	Sì	Sì	
Neurochirurgia	Sì	1:3	Sì	Sì	
Terapia Intensiva	Sì	1:3	Sì	Sì	

Disponibilità Gel e requisiti di struttura 2025

UU.OO	Sezione A	Sezione B	Sezione C	Sezione D	Sezione E
Neurologia	Avanzato	Avanzato	Avanzato	Intermedio	Intermedio
Neurochirurgia	Avanzato	Avanzato	Avanzato	Intermedio	Intermedio
Terapia Intensiva	Avanzato	Avanzato	Avanzato	Intermedio	Intermedio

Livelli di raggiungimento del Piano di intervento sull'Igiene delle Mani 2025

DESCRIZIONE ATTIVITA' 2025	STATO	NOTE E RIFERIMENTI
----------------------------	-------	--------------------

1	ATTIVITA' 1: Rivalutazione Questionario struttura alla luce delle attività svolte. <i>Obiettivo 2025:</i> mantenimento livello intermedio per tutti gli <i>items</i> valutati e mantenimento livello alto in almeno il 50%.	OK	Effettuata rivalutazione del questionario a febbraio 2025 con mantenimento dell'obiettivo "livello intermedio" su tutti gli items del questionario e del livello "alto" in almeno il 50%. Valutazione questionario rev. 01 del 25/02/2025: grafico di sintesi riportato a seguire.
2	ATTIVITA' 2: Monitoraggio consumo gel idroalcolico semestrale con stesura report condiviso e discusso con equipe delle UO e servizi. <i>Obiettivo 2025:</i> raggiungimento di un consumo >20 L per 1000 giornate di degenza in almeno l'80% delle UO e Servizi.	OK	È stato effettuato monitoraggio del consumo di prodotti alcolici per igiene delle mani con assegnazione alle singole Unità Operative e Servizi della Casa di Cura ed effettuato report semestrale. • Elaborato Report primo semestre 2025. Report discusso in ambito di CC_ICA e condiviso con equipe delle UO e Servizi. • Elaborato Report secondo semestre 2025. Report condiviso con membri del CC_ICA per discussione nella prima riunione del 2026 per analisi ed elaborazione di specifico piano di miglioramento. Obiettivo 2025: <i>non raggiunto</i>. ✓ Il consumo complessivo della struttura è stato nel 2025 di 24,07 e 11,7 L/1000 gd rispettivamente nel II e I semestre

3	ATTIVITA' 3: Sessione di osservazione semestrale con report condiviso e discusso con le UO e Servizi coinvolti. <i>Obiettivo 2025:</i> raggiungimento di una adesione >70% nel 90% delle UO e Servizi coinvolti nelle sedute di osservazione.	OK	• Effettuata prima sessione di osservazione igiene mani con stesura di relativo report (rev. 00 del 30/06/2025) condiviso e discusso sia in ambito di CC-ICA che con le Unità Operative e servizi coinvolti e presentato nel corso della formazione su ICA ed igiene delle mani. • Effettuata seconda sessione di osservazione igiene mani con stesura di relativo report (rev. 00 del 13/11/2025) condiviso e discusso sia in ambito di CC-ICA che con le Unità Operative e servizi coinvolti. Obiettivo 2025: raggiunto obiettivo come dato complessivo (97,75% nel II semestre e 97,2% nel I semestre). Una sintesi dei risultati delle sessioni di osservazione è riportata nella specifica tabella a seguire.
---	---	----	--

SINTESI CONSUMO SOLUZIONE ALCOLICA PER IGIENE MANI 2025

GEL ALCOLICO (L/1000 giornate degenza)	II SEM 2025	I SEM 2025	
TOTALE STRUTTURA	24,7	11,7	17
AREA MEDICA E CHIRURGICA	11,9	8,8	14,9
AREA CRITICA	11,6	41	28,3

SINTESI SESSIONI OSSERVAZIONE IGIENE MANI CON % ADERENZA 2025

	II SESSIONE 2025	I SEMESTRE 2025
TOTALE OPPORTUNITA'	205	226
% ADERENZA	97,75%	97,2%
UO AREA CRITICA	98,9%	98%
UO AREA MEDICA/CHIRURGICA	96,6%	96,4%

4. Obiettivi per il 2026

1. Evento formativo di retraining sul corretto utilizzo delle soluzioni di gel idroalcolico in relazione alle giornate di degenza in occasione del quale sono presentati i dati di consumo del 2025 e gli standard da raggiungere;
2. Monitoraggio semestrale consumo Gel Idroalcolico secondo indicatore OMS;
3. 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;
4. Raggiungimento del livello avanzato in tutte le sezioni riportate nel Piano di Azione per l'igiene delle mani
5. Report osservazioni igiene mani anno 2026 secondo il modello dei cinque momenti.

DESCRIZIONE ATTIVITA' 2026		REFERENTE/I	CRONORPOGRAMMA
1	ATTIVITA' 1: Rivalutazione Questionario struttura alla luce delle attività svolte nel 2021-2025. <i>Obiettivo 2026:</i> mantenimento livello intermedio per tutti gli <i>items</i> valutati e mantenimento livello alto in almeno il 50%.	CC_ICA Direzione Sanitaria	Entro 15/03/2026
2	ATTIVITA' 2: Monitoraggio consumo soluzione alcolica per igiene mani con stesura report semestrale condiviso e discusso con equipe delle UO e servizi. <i>Obiettivo 2026:</i> raggiungimento di un consumo >20 L per 1000 giornate di degenza in almeno l'60% delle singole UO e Servizi.	CC-ICA e Farmacia	Entro 31/07/2026 Entro 31/01/2027
3	ATTIVITA' 3: Sessione di osservazione semestrale con report condiviso e discusso con le UO e Servizi coinvolti. <i>Obiettivo 2026:</i> raggiungimento di una adesione >70% nel 90% delle UO e Servizi coinvolti nelle sedute di osservazione.	Osservatori CC-ICA	Entro 31/07/2026 Entro 31/01/2027
4	ATTIVITA' 4: Formazione ICA e igiene mani (<i>refresh</i> e completamento personale sanitario che non ha partecipato alla formazione effettuata nel biennio precedente + nuovo personale sanitario).	Area Formazione	Entro 31/12/2026
5	ATTIVITA' 5: Iniziative di comunicazione e sensibilizzazione per personale sanitario e pazienti/<i>caregivers</i> in occasione della Giornata mondiale igiene delle mani 2026.	Direzione sanitaria e aziendale con supporto consulente comunicazione	Nel corso del 2026 ed in occasione della Giornata Mondiale Igiene delle mani del 5 maggio

5. Bibliografia

1. Determinazione Regione Lazio - Salute e integrazione sociosanitaria n. G16501 del 28/11/2022 "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)"
2. Determinazione Regione Lazio 26 febbraio 2021 n. G02044 Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani" - Piano triennale Regione Lazio per l'igiene delle mani 2021-2023
3. Hand Hygiene Technical Reference Manual. WHO, 2009.


NCL

 Neurological Centre of Latium
 Istituto di Neuroscienze

PIANO LOCALE LEGIONELLOSI 2026

Documento allegato al PARS 2026

Rev.	Data di approvazione	Causale modifica
01	18/02/2026	Aggiornamento Linee guida della Regione Lazio
Redazione	Verifica	Approvazione
D.SAN/RM Dott. Luigi Pacilli 	DSAN/AD Dott. Luigi Pacilli Dott. Giancarlo Calenzo 	RM/AD Dott. Luigi Pacilli Dott. Giancarlo Calenzo 

**TEAM MULTIDISCIPLINARE
 CONTROLLO LEGIONELLOSI**

(Ricostituito il 11/02/2026)

- Direttore sanitario – Presidente del CCICA (Dott. L. Pacilli)
- Infermiere addetto al controllo delle ICA (Dott.ssa G. Dragomiroiu)
- Risk Manager (Dott. P. Li Voti)
- Farmacista Ospedaliero/Responsabile Ufficio Acquisti (Sig.ra T. Giaconia)
- Medico Infettivologo (Dott. P. Noto)
- Responsabile del Laboratorio Analisi (Dott. F. Stabile)
- Coordinatore referente Professioni Sanitarie (Dott.ssa A. Campanella)
- Ingegnere Clinico (Ing. B. Alvezzi)
- RSPP (Ing. D'Alanno)

PIANO CONTROLLO LEGIONELLOSI 2026

“Piano interno di Prevenzione, Sorveglianza e Controllo del Rischio Legionellosi” (rev. 03 del 31/01/2025), è il documento di riferimento interno alla N.C.L. – Istituto di Neuroscienze per quanto riguarda l’obbligo (D.lgs. 102/2025) di controlli, monitoraggi e gestione del rischio Legionella previsti dalle “Linee Guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi” del 7 Maggio 2015 e dalle Linee di indirizzo regionali del 2023.

Di seguito viene riportato lo schema sintetico del “Programma di controllo della Legionellosi” da allegare al “Piano annuale di Gestione del Rischio Sanitario” (PARS) come da indicazioni contenute nella nota regionale del 15/01/2026:

SINTESI PROGRAMMA CONTROLLO	
TEAM MULTIDISCIPLINARE (Ricostituito 11/02/2026)	• Direttore sanitario – Presidente del CC_ICA • RSPP • Risk Manager • Responsabile Ufficio Acquisti (Farmaci) • Responsabile Ufficio Tecnico • Referente Medico Reparto Acuti • Responsabile del Laboratorio Analisi • Referente dei Coordinatori infermieristici
Realizzazione piattaforma documentale	Sì, come registro di attività di valutazione e controllo del rischio
Modalità operativa valutazione rischio	Nella Casa di Cura N.C.L. – Istituto di Neuroscienze il “Piano di Prevenzione, Sorveglianza e Controllo del Rischio Legionellosi, viene revisionato regolarmente con una periodicità annuale, secondo quanto previsto dall’allegato 12 della Linea guida del 7 maggio 2015 ed in base alle criticità eventualmente evidenziate nella struttura.
Misure di controllo previste	A. MISURE DI PREVENZIONE MESSE IN ATTO DAL PERSONALE SANITARIO • utilizzo acqua sterile per riempire gli umidificatori nel caso in cui non siano disponibili i contenitori pre-riempiti (<i>Acquapack</i>); • pulizia, decontaminazione e sterilizzazione a freddo di tutte le apparecchiature pluriuso semi-critiche dopo ogni utilizzo (lame del laringoscopia); • nel caso di umidificatori pluriuso è necessario che dopo l’utilizzo vengano sempre svuotati, detersi e sanificati e sterilizzati a 121° per 20 minuti con la sterilizzatrice a vapore disponibile nel blocco operatorio. La sterilità ha una scadenza di un mese dalla data riportata sulla etichetta. Nel caso di utilizzo prolungato su uno stesso paziente la durata massima di utilizzo dello stesso umidificatore è di una settimana. Nel caso in cui l’acqua sterile al suo interno si esaurisca prima dei 7 giorni l’umidificatore non va mai rabboccato ma sostituito con uno sterilizzato anche in caso di prosecuzione della ossigeno-terapia sullo stesso paziente. • Per quanto riguarda i dispositivi monouso (maschere facciali, occhialini, etc...), sono sostituiti sempre quando sono evidenti residui di materiale biologico (escreato bronchiale, sangue etc..) ed in ogni caso almeno ogni 48 ore nel caso in cui venga prescritta una ossigeno- terapia per un

	periodo prolungato. B. PIANO DI CONTROLLO E MANUTENZIONE DEGLI IMPIANTI IDRICI (vedi tabella 1) C. PIANO DI CONTROLLO E MANUTENZIONE DEGLI IMPIANTI DI CLIMATIZZAZIONE (vedi tabella 2)
Risultati sintetici dei controlli semestrali	CONTROLLO DEL 11/11/2025: ESITO NEGATIVO (Legionella non rilevata)
Monitoraggio semestrale utilizzo test diagnostici	- I SEMESTRE 2025: 88% test antigenuria legionella/diagnosi polmonite - II SEMESTRE 2025: 86,4% test antigenuria/diagnosi polmonite
Azioni di supporto previste	Nel corso del 2026 sono state programmate 2 edizioni del corso "Prevenzione delle legionella nelle strutture sanitarie" per la formazione del personale

TABELLA 1 - INTERVENTI DI MANUTENZIONE ORDINARIA/STRAORDINARIA IMPIANTO IDRICO						
ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ	PERIODICITÀ				
		Mensile	Trimestrale	Semestrale	Annuale	Al bisogno
Misurazione della temperatura acqua calda e fredda (nei punti individuate nelle piantine)	Servizio manutenzione	X				
Controllo visivo dei filtri rubinetti e soffioni docce	Servizio manutenzione e/o personale Sanitario reparto	X				
Sostituzione filtri rubinetti/soffioni docce incrostatati	Servizio manutenzione					X
Verifica ispettiva serbatoi acqua fredda	Servizio manutenzione			X		
Pulizia/sanificazione serbatoi acqua fredda	Servizio manutenzione + ditta specializzata				X	

Iperclorazione circuito acqua calda/fredda	Servizio manutenzione + Ditta specializzata					X
Campionamento dell'acqua fredda e calda nei punti indicati nella valutazione del rischio	Servizio manutenzione + Laboratorio esterno accreditato			X		

TABELLA 2 - INTERVENTI DI MANUTENZIONE ORDINARIA E STRAORDINARIA IMPIANTI DI VENTILAZIONE

ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ'	PERIODICITÀ				
		Mensile	Trimestrale	Semestrale	Annuale	Al bisogno
Sostituzione filtri a tasche UTA	Servizio manutenzione		X			
Sostituzione filtri assoluti	Servizio manutenzione + Terzo Responsabile			X		
Controllo, pulizia e sanificazione dei <i>fancoil</i>	Servizio manutenzione			X		
Bonifica UTA + controllo batterie	Servizio manutenzione + Terzo Responsabile				X	
Pulizia e sanificazione griglie di diffusione e aspirazione dell'aria.	Servizio manutenzione				X	
Campionamento mediante tampone ogni 2 fancoil per piano di degenza	Servizio manutenzione + Laboratorio esterno accreditato				X	

TABELLA 3 – MISURE PREVENTIVE OBBLIGATORIE

ATTIVITA'	RESPONSABILITA'	PUNTO	REGISTRAZIONE	VALORE TARGET	PERIODICITA'				
					Settimanale	Mensile	Trimestrale	Semestrale	Annuale
Controllo Temperatura	Servizio Manutenzione	Centrale Termica	Registro Controllo Temperatura	$\geq 60^{\circ}\text{C}$		X			
Controllo Temperatura	Servizio Manutenzione	Punti Distali ACS	Registro Controllo Temperatura	$\geq 50^{\circ}\text{C}$			X		
Controllo Temperatura	Servizio Manutenzione	Acqua Fredda	Registro Controllo Temperatura	$< 20^{\circ}\text{C}$			X		
Flussaggi programmati	Servizio Manutenzione	Nei punti poco utilizzati	Registro Flussaggi		X				
Flussaggi programmati	Servizio Manutenzione	Prima riapertura dopo chiusure > 7 gg	Registro Manutenzioni	Sempre					
Manutenzione preventiva	Servizio Manutenzione	Disincrostazione e rompigetto	Registro Manutenzioni					X	
Manutenzione preventiva	Servizio Manutenzione	Pulizia serbatoi	Registro Manutenzioni						X
Manutenzione preventiva	Servizio Manutenzione	Verifica sistema ricircolo	Registro Manutenzioni					X	
Manutenzione preventiva	Servizio Manutenzione	Controllo valvole miscelatrici	Registro Manutenzioni						X

TABELLA 4 – PIANO DI MONITORAGGIO MICROBIOLOGICO

PUNTO		RESPONSABILITA'	REGISTRAZIONE		PERIODICITA'				
					Settimanale	Mensile	Trimestrale	Semestrale	Annuale
Centrale idrica			Rapporti Laboratorio					X	
Serbatoio accumulo			Rapporti Laboratorio					X	
2-3 punti distali rappresentativi per piano			Rapporti Laboratorio					X	
Docce e			Rapporti				X		

rubinetti aree di degenza			Laboratorio						
---------------------------------	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--

1. Descrizione impianto idrico

Vedi DVR Allegato

2. Valutazione del rischio

La valutazione del rischio viene effettuata:

- Annualmente
- In caso di modifiche impiantistiche
- In caso di positività microbiologica
- In caso di segnalazione clinica sospetta

Fattori di rischio specifici per clinica privata:

- Presenza di pazienti post-chirurgici
- Pazienti di Terapia Intensiva
- Presenza di pazienti anziani
- Possibili periodi di ridotto utilizzo (es. chiusure estive)

Classificazione rischio: BASSO (motivazione da personalizzare)

Vedi DVR Allegato

3. Azioni correttive in caso di positività

Carica Legionella	Azione
< 100 UFC/L	Monitoraggio
100–1000 UFC/L	Rivalutazione + nuovo campione
> 1000 UFC/L	Bonifica immediata

Interventi possibili:

- Shock termico
- Iperclorazione
- Biossido di cloro
- Sostituzione tratti terminali

Ripetizione campionamento entro 15 giorni.

4. Gestione caso clinico sospetto

In caso di paziente con sospetta legionellosi:

1. Comunicazione immediata al Direttore Sanitario.
2. Attivazione indagine epidemiologica interna.
3. Campionamento straordinario.
4. Eventuale sospensione uso punti critici.
5. Comunicazione ad ASL competente.

5. Formazione

Nel 2026 verranno effettuati:

- 1 corso annuale per manutentori
- 1 sessione informativa per coordinatori infermieristici
- Aggiornamento RSPP/Risk Manager

6. Sistema documentale

La clinica mantiene aggiornati:

- Documento valutazione rischio Legionella
- Registro temperature
- Registro flussaggi
- Registro manutenzioni
- Rapporti laboratorio
- Verbali interventi correttivi

Conservazione minima: 5 anni.

7. Riesame annuale

Il programma viene riesaminato:

- Annualmente in occasione dell'aggiornamento PARS
- In caso di non conformità
- In caso di modifica impiantistica