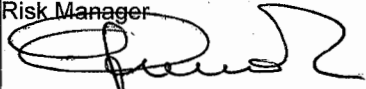
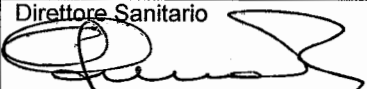




Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario_2026 (PARS) SRSR H24 Il Mosaico

Rev.	Data di approvazione	Causale modifica
0.0	27/02/2022	Prima edizione
0.1	27/02/2023	Seconda edizione
0.2	27/02/2024	Terza edizione
0.3	27/02/2025	Quarta edizione
0.5	20/04/2026	Quinta edizione

Redazione aprile 2026	Verifica aprile 2026	Approvazione aprile 2026
Risk Manager 	Direttore Sanitario 	Direzione Amministrativa 

"IL MOSAICO"
S.R.S.R. 24h
Via di Casal Bianco 135/137
00131 Roma
Il Direttore Sanitario

"IL MOSAICO"
S.R.S.R. 24h
Via di Casal Bianco 135/137
00131 Roma
Il Direttore Sanitario

NUOVI PASSI S.R.L.
Via di Casal Bianco, 135
00131 ROMA
EVA 14228621000

Sommario

1. Contesto organizzativo
2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati
3. Resoconto delle attività del piano precedente
4. Matrice delle responsabilità
5. Obiettivi e attività
6. Modalità di diffusione del documento
7. Bibliografia, Sitografia e Riferimenti Normativi

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il PARS si riferisce alla S.R.S.R. h24 “Il Mosaico” gestita dalla “Nuovi Passi A.R.L” ed accreditata dalla Regione Lazio ai sensi del DCA U00289/2019 per l’assistenza psichiatrica per complessivi n. 13 posti letto. La suddetta struttura insiste sul territorio della ASL ROMA2.

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

La società è iscritta alla Camera del Commercio di Roma al numero REA RM-1505578 .

Sede Operativa: Via di Casal Bianco, 135-137, 00131- Roma

Recapiti telefonici: 06.41290425

E-mail: srsrilmosaico@gmail.com

Sede Legale: Via di Casal Bianco, 135, 00131, Roma

E-mail: nuovipassi.soc.coop@gmail.com

PEC: nuovipassicoop@legalmail.it

P.I. 14228621000

L’inserimento dei pazienti affetti da disturbi psichiatrici avviene tramite l’invio di richiesta di ricovero effettuato dal servizio psichiatrico del C.S.M., previa autorizzazione dell’UVM.

La **mission** della S.R.S.R. H24 Il Mosaico ha come finalità il sostegno, la stabilizzazione ed il miglioramento della qualità di vita delle persone affette da disabilità psichiatriche, mirando al potenziamento delle capacità e competenze e ad una migliore integrazione sociale.

AREA RIABILITATIVA

Dal punto di vista riabilitativo vengono svolte varie attività tra cui:

- Cognitive Remediation-Riabilitazione Cognitiva
- Gruppi di problem solving

-
- Gruppi di psicoeducazione
 - Gruppi di social skill
 - Gruppo di psicoterapia.
 - Cineforum
 - Gruppo Musicale/Espressivo
 - Uscite di socializzazione con supervisore sul territorio
 - Uscite di gruppo finalizzate a progetti specifici
 - Gruppi di discussione e gruppi di lettura

AREA MEDICO PSICHIATRICA

Dal punto di vista sanitario vengono effettuate:

- Visite e colloqui psichiatrici e psicologici, a frequenza settimanale o più, orientati in senso psicoterapeutico con monitoraggio costante della terapia
- Gruppi di sostegno settimanali
- Visite da parte del medico di base, secondo necessità (controlli di routine secondo linee guida internazionali a periodicità annuale o semestrale)
- Supervisione dello staff di operatori
- Gruppo di Psico-educazione
- Revisione continua della Qualità, delle Procedure e dei Protocolli operativi
- Monitoraggio continuo dell'applicazione dei protocolli di contenimento del rischio infettivo e pandemico sotto il controllo del Responsabile Sanitario, del Responsabile Infermieristico, del Medico di medicina generale e del SISP territorialmente competente.

Tabella 1 – Dati dell'attività

SRSR H24 "IL MOSAICO"				
DATI STRUTTURALI				
ASL territorialmente competente		ASL RM2		
Posti letto	13 p.r.	Eventuali divisioni (es- RSA, Hospice, ecc.)	Nessuna	
			Nessuna	
			Nessuna	
DATI DI ATTIVITA				

PARS

Giornate di degenza	4711	Prestazioni ambulatoriali	Nessuna
Prestazioni domiciliari	0	...	Nessuna

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI

Tabella 2 -Eventi segnalati nel 2025 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ^(B)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
NearMiss	0	0			Sistemi di reporting (0%)
Eventi Avversi	0	0	Strutturali 0(%) Tecnologici 0(%) Organizzativi 0(%)	Strutturali 0(%) Tecnologiche 0(%) Organizzative 0(%)	Sinistri (0%) Emovigilanza (0%)
Eventi Sentinella	0	0	Procedure/Comunicazione (0%)	Procedure/Comunicazione (0%)	Farmacovig. (0%) Dispositivo vig. (0%) ICA (0%)

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

Anno	N. Sinistri	Risarcimenti erogati
2021	0	0
2022	0	0
2023	0	0
2024	0	0
2025	0	0
Totale	0	0

ANNO	POLIZZA DATA SCADENZA	GARANZIA	COMPAGNIA	MASSIMALE
2021	47997994 Scadenza 19/09/2022	RCT e RCO	HELVETIA	1.500.000,00
2022	47997994 Scadenza 19/09/2023	RCT e RCO	HELVETIA	1.500.000,00
2023	47997994 Scadenza 19/09/2023	RCT e RCO	HELVETIA	1.500.000,00

PARS

2024	753590054 Scadenza 20/09/2025	RCT e RCO	ALLIANZ	1.500.000,00
2025	753590054 Scadenza 20/09/2025	RCT e RCO	ALLIANZ	1.500.000,00

3. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE

A) Diffondere la Cultura della Sicurezza delle Cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Diffusione del PARS a tutti gli Operatori Sanitari	SI	Inoltro via email e affissione in bacheca e pubblicazione sul sito
Monitoraggio del PARS	SI	Eseguiti controlli degli obiettivi raggiunti
Attività di informazione e formazione degli Operatori sul rischio clinico e sicurezza dei pazienti	SI	Effettuate riunioni a cadenza trimestrale
Progettazione ed esecuzione di due sessioni formative sul tema della sicurezza delle prestazioni "La cultura della gestione del rischio clinico" - Il rischio suicidario.	SI	Corsi da riproporre entro il 31/12/2026
Progettazione ed esecuzione di Audit interno e riesame delle attività	SI	Programmate due sessioni entro il 31/12/2026
Progettazione ed esecuzione di due sessioni formative "Il Sistema gestione Qualità: Rischi specifici dei lavoratori in ambito sanitario -D. Lgs 81/2008	SI	Corsi su piattaforma informatica in presenza da pianificare per l'anno 2026
B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate.		
Attività di Sorveglianza delle Infezioni correlate all'Assistenza: formazione specifica sui sistemi di contenimento e prevenzione	SI	Corsi interni e procedure

PARS

Il ruolo del paziente e del caregiver nella gestione della sicurezza: aggiornamento dell'opuscolo informativo da consegnare ai pazienti della struttura e loro familiari	SI	Opuscolo adattato alle normative
C) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Organizzazione di corsi di formazione mirati al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA	SI	Corsi interni e/o FAD e procedure specifiche
Implementazione piano di intervento regionale sull'igiene delle mani		
Attività di verifica delle procedure previste per l'igiene delle mani	SI	Verbali delle riunioni di equipe
Informazione/formazione e Monitoraggio degli Operatori sull'igiene delle mani	SI	Verbali delle riunioni di Equipe, poster informativi
D) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed Organizzativa		
Monitoraggio epidemiologico sulle principali ICA	SI	Monitoraggio di eventuali sintomi di infezione. Verbali delle riunioni di equipe
Elaborazione, revisione ed implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo.	SI	Corsi interni, procedure
Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica (SIA)	SI	Verbali delle riunioni di Equipe
Monitoraggio uso di disinfettanti e corretta igiene mani	SI	Verbali delle riunioni di Equipe

PARS

Monitoraggio pulizia e sanificazione degli ambienti	SI	Verbalì delle riunioni di Equipe
---	----	----------------------------------

4. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

L'Unità di Gestione del Rischio Clinico di struttura risulta composta da:

- Dr. Giancarlo Fiermonte (Direttore Sanitario e Risk Manager)
- Dr.ssa. Roberta Colarulli (Responsabile Amministrativo/Amministratore Unico)
- Dr. Paolo Squillante (Responsabile Clinico-organizzativo)
- Dr.ssa Francesca Rastrelli (Responsabile Servizio Infermieristico)

Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Responsabile Infermieristico	Responsabile Amministrativo	Responsabile Clinico
Redazione PARS	C	R	I	C	-
Adozione PARS	I	R	C	R	-
Monitoraggio PARS	C	R	C	C	I

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

5. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

I quattro obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.
- 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.
- 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;
- Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA.

La SRSR H24 "IL MOSAICO" si impegna per il PARS 2026 di ottemperare a tale mandato nel definire le attività seguenti:

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

ATTIVITÀ 1 Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso sul tema della rilevazione e gestione del dolore nel paziente psichiatrico" (anche in modalità FAD)

INDICATORE

Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026

Standard SI

Fonte Report attività

ATTIVITÀ 2 Corso di formazione sulla corretta tenuta della documentazione sanitaria

INDICATORE

Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026

Standard SI

Fonte Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Direttore e Sanitari	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Responsabile Clinico
Progettazione Del corso	R	R	C	I	I
Organizzazione del corso	C	R	R	I	I
Esecuzione del Corso	C	R	I	I	I

ATTIVITÀ 3 Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso base di gestione del rischio clinico"

INDICATORE

Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026

Standard SI

Fonte Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Direttore e Sanitari	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Responsabile Clinico
Progettazione Del corso	R	R	C	I	I
Organizzazione del corso	C	R	R	I	I
Esecuzione del Corso	C	R	I	I	I

OBIETTIVO B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa

ATTIVITÀ 4 Revisione e implementazione della Documentazione della gestione aziendale del Rischio Clinico

INDICATORE

Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026

Standard SI

Fonte Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Direttore e Sanitari	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Responsabile Clinico
--------	--------------	----------------------	-----------------------------	------------------------------	----------------------

PARS

		o			
Progettazione De l corso	R	R	C	I	I
Organizzazione del corso	C	R	R	I	I
Esecuzione del Corso	C	R	I	I	I

**OBIETTIVO C) Implementazione del piano di intervento regionale
sull'igiene delle mani**

ATTIVITÀ 5 Monitoraggio e mantenimento del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani					
INDICATORE					
Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026					
Standard SI					
Fonte Risk Manager					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttor e Sanitari o	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Responsabil e Clinico
Progettazione De l corso	R	R	C	I	I
Organizzazione del corso	C	R	R	I	I
Esecuzione del Corso	C	R	I	I	I

**OBIETTIVO D) Promozione di interventi mirati al Monitoraggio e/o
Contenimento delle ICA**

ATTIVITÀ 6 Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA"					
INDICATORE					
Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026					
Standard SI					
Fonte Risk Manager					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	Direttor e Sanitari o	Responsabile Amministrativo	Responsabile Infermieristico	Responsabil e Clinico
Progettazione Del corso	R	R	C	I	I
Organizzazione del corso	C	R	R	I	I
Esecuzione del Corso	C	R	I	I	I

6 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Per permettere l'idonea conoscenza e messa in pratica dei contenuti del presente documento, e per il conseguimento degli obiettivi programmati, il PARS 2026 si avvale dei seguenti mezzi di diffusione:

- Pubblicazione sul sito internet della struttura
- Invio al Centro Regionale per il Rischio Clinico della Regione Lazio

7 RIFERIMENTI NORMATIVI

- a. Determinazione Regionale n. G00643 del 25/01/2022 recante "Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".
- b. Legge 8/03/2017 n. 24 recante "Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie".
- c. Determinazione Regionale n. G13505 del 25/10/2018 recante "Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli Atti di violenza a danno degli operatori sanitari"
- d. Determinazione Regionale n. G12355 del 25/10/2016 recante "Approvazione del documento recante definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella"
- e. Determinazione Regionale n. G12356 del 25/10/2016 recante "Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti".
- f. Determinazione regionale n. G16829 del 6/12/2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017".
- g. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza".
- h. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 04/03/2020.
- i. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie".
- j. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017".
- k. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.
- l. 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".

8 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- a. Ministero della Salute, Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi Etici di Sistema: Sicurezza dei pazienti e Gestione del Rischio Clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari.
- b. "Linee guida per l'elaborazione del piano annuale di risk management (PARM)", pubblicato sul BURL n. 8 del 24/01/2019.
- c. "Comunicazioni relative all'elaborazione del PARM 2020" Area rete ospedaliera e specialistica, prot. U63179 del 21/01/2020 – Regione Lazio
- d. Reason, James (1990). "The Contribution of Latent Human Failures to the Breakdown of

Complex Systems". *Philosophical Transactions*

- e. "Piano aziendale per la prevenzione delle cadute dei pazienti" Direzione Generale UOC Rischio Clinico della Azienda Sanitaria Locale di Latina
- f. Prevenzione specifica e sorveglianza sanitaria in ambiente ospedaliero alla luce del D.Lgs. 81/08.
- g. <https://www.epicentro.iss.it/>
- h. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
- i. <https://www.epicentro.iss.it/>
- j. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live".

ALLEGATO 1

PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI (PALIM)

Con la Determinazione G02044 del 26/02/2021 è stato adottato il documento "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani".

Il presente documento viene redatto al fine di rappresentare quanto già posto in essere dalla Struttura nell'ambito del Piano e, soprattutto, quanto programmato per raggiungere il livello INTERMEDIO che *"Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2023, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura"* (Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani) e per mantenerlo come livello standard anche negli anni a seguire.

1. Attività effettuate nel 2025

Attività	Realizzata	Note
Attività 1: Definizione del proprio livello di stato relativamente alle varie sezioni del Piano, in considerazione dei miglioramenti ottenuti e programmazione Attività al fine di raggiungere l'obiettivo proposto.	No	Non vi sono state variazioni rispetto agli anni precedenti.
Attività 2: Monitoraggio consumo gel idroalcolico.	Si	Monitoraggio del consumo di prodotto e riunione di equipe con stesura del report annuale.
Attività 3: Sessione di osservazione	Si	Effettuata riunione di equipe con stesura del report.
Attività 4: Formazione ICA e igiene mani per il personale della Struttura.	Si	Effettuata riunione di equipe con stesura del report.
Attività 5: Monitoraggio dell'osservazione della compliance relativa all'Igiene delle Mani e confronto con l'anno precedente.	Si	Monitoraggio e riunione di equipe con stesura del report annuale.
Attività 6: Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari.	Si	Affissione dei report e di materiale informativo in bacheca.

2. Questionario di autovalutazione e obiettivi per il 2026

SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
Domanda	Risposta	Punteggio
A.1 - Nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani?	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo	10
A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?	Almeno 1:10 nell'intera Struttura	10
A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?	Si	10
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	no	0
A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	Si	15
PUNTEGGIO:	45 - Livello Base	
OBIETTIVO 2026	Mantenimento del livello mappando le risorse necessarie per garantire l'igiene delle mani per tutta la Struttura, fornendo prodotti e informazioni necessarie secondo un programma definito e con il coinvolgimento della Direzione nello stanziare risorse economiche per l'acquisto del necessario.	
SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE		

PARS

Domanda		Risposta	Punteggio
B1 - Formazione degli operatori sanitari			
B.1.1 Nella Struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull'igiene delle mani?	Formazione continua per il personale infermieristico e medico o per tutte le categorie professionali almeno una volta all'anno	10	
B.1.2 - Esiste un Sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	Si	20	
B2 - Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali			
B.2.1 Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	Si	5	
B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale	Si	5	
B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani: quando, come e perché	Si	5	
B.2.4 Poster informativi	Si	5	
B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?	Si	15	
B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	No	0	
B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	No	0	
PUNTEGGIO:	65 - Livello intermedio		
OBIETTIVO 2026	Mantenimento del livello pianificando la formazione e il monitoraggio, e il coinvolgimento del personale per aggiornamenti regolari e coinvolgimento della Direzione per lo stanziamento dedicato alla formazione.		
SEZIONE C - VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK			
Domanda		Risposta	Punteggio
C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)		Si	10
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?			
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani		Si	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani		Si	5
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani			
C.3.1 Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?		Si	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?		Si	5
C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?		No	0
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani			
C.4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?		Annualmente	10
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?		51-60%	15
C.5 Feedback			

PARS

C.5.1 Feedback immediato: al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	Si	5
C.5.2 Feedback sistematico: viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	No	0
C.5.3 Feedback sistematico: viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	No	0

PUNTEGGIO:	60 - Livello intermedio
OBIETTIVO 2026	Mantenimento del livello organizzando attività di osservazione con cadenza regolare, monitorando ed eventualmente implementando il consumo di soluzione alcolica e la formazione del personale.

SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE

Domanda	Risposta	Punteggio
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 alcuni reparti / dipartimenti (35%)	15
D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	Esposti in alcuni reparti / dipartimenti (35%)	5
D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	Esposti in alcuni reparti / dipartimenti (35%)	5
D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	Almeno una volta all'anno	10
D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?	No	0
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	Si	10
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	No	0

PUNTEGGIO:	45 - Livello base
OBIETTIVO 2026	Rivalutazione del materiale informativo a disposizione per esporre poster e opuscoli in più ambienti della struttura, pianificando l'aggiornamento e la produzione di promemoria.

SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Domanda	Risposta	Punteggio
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:		
E.1.1 - Esiste un team definito?	Si	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	Si	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	Si	5
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	5
E.2.2 - Direzione sanitaria?	Si	5
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	No	0
E.3 - Esiste un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio?	No	0
E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline?		

PARS

E.4.1 - Designazione dei "promotori" dell'igiene delle mani?	Si	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	Si	5
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:		
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con dépliant informativi)?	Si	5
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	No	0
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:		
E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	No	0
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani	Si	5
E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	No	0
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	No	0
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	Si	5
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	Si	5
PUNTEGGIO:	55 - Livello intermedio	
OBIETTIVO 2026	Mantenimento del livello proseguendo con l'autovalutazione periodica (almeno annualmente) e descrivendo i cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti; assicurare un budget regolare e adeguato alle attività di promozione e sostegno dell'igiene delle mani e per le attività di miglioramento; comunicazione sui progressi e i risultati ottenuti, diffondendo il messaggio attraverso anche altri canali (ad esempio pagine web, eventi, etc.); mirare ad un maggior coinvolgimento dei pazienti.	

3. Confronto con i punteggi degli anni precedenti

SEZIONI	2025
A - Requisiti strutturali e tecnologici	45
B - Formazione del personale	65
C - Valutazione, monitoraggio e feedback	60
D - Comunicazione permanente	45
E - Clima organizzativo e commitment	55

4. Confronto consumo soluzione alcolica

GEL ALCOLICO (L/1000 giornate degenza)	2025
Tutti gli ambienti della Struttura	401

ALLEGATO 2:

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

In seguito alla Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Lazio n. 460 del 28/06/2024 è stato redatto, per il 2026, il Programma di Controllo della Legionellosi che si allega al PARS e prevede:

- 1) Costituzione del team: Responsabile Legale, Risk Manager, RSPP, Tecnico esperto per il prelievo e campionamento, Responsabile della gestione e manutenzione (caldaie, filtri, decalcificazione), Responsabile servizio infermieristico.
- 2) Elaborazione del Programma di controllo con la compilazione di apposito "Registro Legionella", dove viene descritta in particolare la rete idrica, i verbali di campionamento e manutenzione: soffioni, rubinetti, boiler e climatizzatori
- 3) Controllo: Gestione impianto manutenzione Acqua Calda (mantenimento temperatura sopra i 50-60 ° C), Disinfezione chimica, Gestione Acqua Fredda (mantenimento sotto i 20° C), Manutenzione rubinetti e docce (pulizia periodica dei rompigitto e soffioni).
- 4) Monitoraggio continuo e Aggiornamento con programmazione di una revisione periodica del programma di controllo al fine di garantirne l'efficacia.
- 5) Pianificazione Azioni di supporto: Formazione e Informazione sulle corrette procedure di manutenzione e igienizzazione a tutto il Personale

Tabella 1 **Misure di Controllo Previste e tempi di esecuzione**

Attività	Responsabilità	Periodicità
Misurazione della temperatura dell'acqua calda e mantenimento sopra i 50-60°.	Tecnico addetto alla gestione e manutenzione dell'impianto	semestrale
Misurazione della temperatura dell'acqua fredda	"	semestrale
Pulizia ordinaria degli ambienti e delle attrezzature	Personale interno	giornaliero
Manutenzione di rubinetti e docce, pulizia e disincrostazione di filtri e soffioni doccia ed eventuale loro sostituzione.	Personale interno	settimanale
Campionamento dell'acqua fredda e calda e controllo presso laboratorio accreditato	Consulente specialistico e laboratorio	Ogni 2 mesi
Iperclorazione circuito acqua calda	Ditta accreditata	al bisogno
Manutenzione ordinaria caldaia	Ditta accreditata	Annuale
Formazione del personale con report dell'attività svolta.	RSPP	Annuale

Risultati sintetici degli esiti del monitoraggio

Attività	Esito
Apertura dell'acqua calda per almeno 3 minuti di flussaggio e misurazione della temperatura	La prima misurazione nel circuito della caldaia è stata effettuata all'inizio del corrente anno e per ora non sono state evidenziate criticità. La temperatura viene mantenuta sopra i 50-60
Apertura dell'acqua fredda (proveniente dall'acquedotto) per almeno 3 minuti di flussaggio e misurazione della temperatura	La misurazione della temperatura non ha evidenziato criticità
Pulizia ordinaria degli ambienti e delle Attrezzature	Effettuata con cadenza giornaliera
Pulizia profonda degli ambienti e delle Attrezzature	Effettuata con cadenza settimanale
Manutenzione di rubinetti e docce, pulizia e disincrostazione di filtri e soffioni doccia	Effettuata con cadenza settimanale
Campionamento dell'acqua fredda e calda e controllo presso laboratorio accreditato	Da effettuare a cadenza bimestrale. Il campionamento è stato effettuato in data 19/02/2026 secondo il metodo ISO 11731:2017(par. 8.4.3.2) non ha rilevato presenza di legionella pneumophila e species.
Iperclorazione circuito acqua calda	Al bisogno
Manutenzione ordinaria caldaia	Manutenzione a cadenza annuale
Formazione del personale con report dell'attività svolta.	A cadenza annuale

Piano di miglioramento e azioni correttive

Il piano di miglioramento prevede ulteriori incontri di formazione del personale e di informazione per gli Utenti della Struttura con particolare attenzione al protocollo da attuare in caso di presenza di legionellosi.

In caso di sospetto clinico o di positività di legionellosi all'interno della struttura il personale coinvolto deve segnalare immediatamente il caso al Direttore Sanitario, il quale metterà in atto tutte le procedure previste.

Parallelamente verranno chiusi gli impianti idrici (esempio: docce, rubinetti e altri terminali sospettati di essere contaminati), fornendo acqua ai pazienti per ogni necessità proveniente da fonti sicure e organizzando sistemi di igiene alternativa per le docce e il lavaggio quotidiano.

Verranno inoltre forniti tutti i DPI previsti dalle normative vigenti agli Operatori coinvolti nelle operazioni di sanificazione o manutenzione ed agli Operatori o pazienti ritenuti particolarmente a rischio.

Verrà effettuato costantemente un monitoraggio clinico: identificazione e sorveglianza dei pazienti che potrebbero essere stati esposti al rischio, con particolare attenzione all'insorgenza di sintomi riconducibili alla legionellosi (es. febbre alta, tosse, difficoltà respiratorie).

Verranno implementate ispezioni con revisione ed eventuale sostituzione degli apparati idrici coinvolti (es. incrostazioni, biofilm e sedimenti dai serbatoi, rubinetti e soffioni doccia) oltre che una sanificazione completa degli ambienti.

Saranno eseguiti nuovi campionamenti microbiologici dai punti critici dell'impianto che verranno ripetuti dopo 7 (ASL), 30 e 90 giorni dalla sanificazione, per garantire il controllo e il mantenimento delle misure attuate.

1. Pianificazione delle azioni di supporto previste

Rispetto alla pianificazione delle azioni di supporto previste sarà effettuato entro la fine del corrente anno un nuovo incontro di formazione e aggiornamento per gli Operatori della struttura. Verrà istituito un incontro informativo anche con gli utenti.

In considerazione che non si sono riscontrati casi positivi nella struttura negli ultimi cinque anni, non si ritiene necessario, visto il rischio molto *basso*, di adottare ulteriori misure correttive.