

Deliberazione Direttore Generale n. 307 del 27/02/2025

Direzione Generale: Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma
C.F. e P.I. 04733491007

STRUTTURA PROPONENTE: UOC Qualità Sicurezza e Gestione del Rischio
OGGETTO: Adozione del “Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”, relativo all’ anno 2025 L’ Estensore: Maurizio Musolino

Parere del Direttore Amministrativo : Dott. Angelo Scozzafava Parere DA: FAVOREVOLE
Parere del Direttore Sanitario : Dr. Antonio Bray Parere DS: FAVOREVOLE
Il presente provvedimento non necessita di rilevazioni contabili (autorizzazioni di costi/accertamenti di ricavi) da annotare nel bilancio di esercizio aziendale. <p style="text-align: right;">Il Dirigente Responsabile della Struttura proponente Enrico Cicciarello</p>
Il Dirigente e/o il Responsabile del Procedimento con la sottoscrizione della proposta di delibera di pari oggetto num. Provv. 517 Hash .pdf (SHA256): 5d13535e0d7e342d70948532f43474603899bad2ba3c509d7fcb91e6bbacc892 Hash .p7m (SHA256): 7792abd50d66071f24ba169c0c623e7503afcb77555ff2f58600f40a616c4fcd Firme digitali apposte sulla proposta: Scozzafava Angelo,CICCIARELLO ENRICO,ANTONIO BRAY Il Responsabile del Procedimento: Maurizio Musolino Il Dirigente: Enrico Cicciarello Il Direttore del Dipartimento:

DELIBERAZIONE**IL DIRIGENTE SOSTITUTO DEL DIRETTORE F.F. UOC QUALITA',
SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO**

- VISTA** la Deliberazione n. 13 del 09.01.2020 relativa all'adozione dell'Atto Aziendale, approvato con DCA n. U00033 dell'11.02.2020 e pubblicato sul BURL del 13.02.2020 n. 13;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00201 del 29.10.2021 con il quale è stato nominato il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 3 nella persona della persona della Dott.ssa Francesca Milito;
- VISTA** la 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 sanitari";
- VISTA** la Determinazione della Regione Lazio n. G16829 del 06.12.2017 recante "Istituzione del Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della Legge 24/2017 (Legge Gelli-Bianco);
- VISTO** il D.C.A n. U00400 del 29.10.2018 recante "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico";
- VISTA** la Determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 "Adozione del Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)" che coniuga i documenti denominati in precedenza PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza) e la successiva Determinazione della Regione Lazio n. G16501 del 28 novembre 2022, che ha approvato il "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)" che ha integrato e aggiornato le Linee Guida precedenti;
- VISTO** che il Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS) deve, inoltre, essere implementato con quanto richiesto dal Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani (adottato con Determinazione Regione Lazio n. G02044 del 26 febbraio 2021) che fornisce le Linee guida per la corretta igiene delle mani per prevenire le infezioni correlate all'assistenza, e dal Programma di controllo della legionellosi, secondo quanto previsto dalle Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi (adottato con DGR Regione Lazio n. 460 del 28 giugno 2024);

- PRESO ATTO** che, con protocollo n. 5024 del 23/01/2025, è stata ricevuta dall'ASL ROMA 3, tramite emailpec, nota regionale nella quale si ricordava la scadenza dell'invio del nuovo Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS) per il 28/02/2025, in formato pdf nativo alla mail crrc@regione.lazio.it da parte di tutte le strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale;
- VALUTATO** che il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) dell'anno 2025 è stato redatto dal Risk Manager Aziendale, Dott. Maurizio Musolino, conformemente alle Linee Guida indicate nella Determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25.01.2022 e nella successiva Determinazione della Regione Lazio n. G16501 del 28 novembre 2022, che ha approvato il "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)" che ha integrato e aggiornato le Linee Guida precedenti;
- ATTESO** che è necessario formalizzare e quindi approvare il Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS) per l'anno 2025;
- CONSIDERATO** che, al fine di coordinare tutti i soggetti coinvolti nel processo, si acquisiscono efficaci valutazioni e osservazioni al fine di giungere ad uno strumento appropriato, efficace e conforme alla normativa vigente;
- CONSIDERATO** che il presente provvedimento viene disposto senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica;
- CONSIDERATO** Il Piano della Mappatura del Rischio Sanitario posto in essere dal CRRC Regione Lazio per la verifica dei requisiti previsti dalla DCA 469/17 che devono essere soddisfatti da ogni Struttura Sanitaria all'interno del Manuale della Qualità;
- ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della L. 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma della Legge 241/90 e s.m.i;
- VERIFICATO** che il presente provvedimento non è sottoposto a controllo regionale ai sensi del combinato disposto dell'art. 30 della L.R. n. 18/1994 e successive modificazioni e degli art. 21 e 22 della L.R. n. 45/1996;

PROPONE

per i motivi esposti in narrativa, che si intendono integralmente riportati nel presente dispositivo:

- di approvare la presente Deliberazione avente per oggetto Adozione del “Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”, relativo all’anno 2025, redatto dal Risk Manager Aziendale, allegato e parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di dare mandato all’U.O.C. Qualità Sicurezza e Gestione del Rischio di dare diffusione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) per l’anno 2025 a tutti i Direttori di Dipartimento, di Area, di U.O.C ed ai Coordinatori di UU.OO. mediante apposita campagna informativa e a tutti i livelli aziendali mediante pubblicazione sul sito Intranet nella sezione dedicata e sulla Home page dell’Asl Roma3;

IL DIRIGENTE SOSTITUTO DEL DIRETTORE F.F.
U.O.C. QUALITÀ SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO
Dr. Enrico Ciccirello

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTO** il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00201 del 29.10.2021;
- VISTA** la Deliberazione n. 1 del 02.11.2021 avente ad oggetto “insediamento della Dott.ssa Francesca Milito in qualità di Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 3;
- VISTO** inoltre il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00165 del 31.10.2024;
- VISTA** altresì la deliberazione n. 1278 del 04.11.2024 avente ad oggetto: “Prosecuzione dell’incarico di Direttore Generale della Asl Roma 3 alla Dott.ssa Francesca Milito fino al 1 novembre 2026 - Decreto del Presidente della Regione Lazio n° T00165 del 31.10.2024”;
- LETTA** la proposta di Delibera sopra riportata presentata dal Responsabile dell’Unità Organizzativa in frontespizio indicata;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall’art. 1 della L. 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all’art.1, primo comma, L.241/90;
- VISTO** il parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

DELIBERA

- di adottare la proposta di deliberazione con oggetto Adozione del “Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”, relativo all’anno 2025, composta di n. 4 pagine e 1 allegato.
- di dare mandato all’UOC Qualità Sicurezza e Gestione del Rischio di dare diffusione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) a tutti i Direttori di Dipartimento, di Area, di U.O.C ed ai Coordinatori di UU.OO., mediante apposita campagna informativa e a tutti i livelli aziendali mediante pubblicazione sul sito Intranet nella sezione dedicata e sulla Home page dell’Asl Roma3;

Il presente atto, composto di n. 5 pagine, sarà pubblicato all’Albo on line dell’Azienda per giorni 15 consecutivi, ai sensi della L. R. 31/10/1996 n.45.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr.ssa Francesca Milito)

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025

Redatto da	Approvato e validato	Adottato da
U.O.C. Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio Dott. Maurizio Musolino Dott. Enrico Ciccirello	RISK MANAGER Dott. Maurizio Musolino	DIRETTORE GENERALE Dott.ssa Francesca Milito
PSFI Loredana Petrocchi PSFI Monica Cappelletti Amm.va CVS Laura Iacuzio	DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE Dott. Antonio Bray	

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

I Contesto organizzativo

L’Azienda Sanitaria Locale Roma 3 svolge la propria attività in un territorio di 517 kmq. Ha un bacino d’utenza di approssimativamente 605.307 abitanti suddiviso in quattro Distretti Sanitari, corrispondenti a tre Municipi del Comune di Roma e al Comune di Fiumicino (*dati aggiornati al 31.12. 2023 – Fonte dati Comune di Roma e Comune di Fiumicino*).

L’Azienda eroga direttamente assistenza ospedaliera articolando i posti letto nelle seguenti Strutture Sanitarie (nel Presidio Ospedaliero Unico costituito da GB Grassi e CPO):

- G.B. Grassi di Ostia con sede in Via Giancarlo Passeroni, 28 – 00122 ROMA, Ospedale per acuti di complessità medio-alta, sede di DEA di I livello inserito nella rete integrata regionale per l’assistenza al trauma grave e neurotrauma, nella rete regionale per l’assistenza all’ictus cerebrale acuto (U.T.N. I), nella rete regionale dell’emergenza cardiologia (spoke II), nella rete perinatale;
- Centro Paraplegici di Ostia – Gennaro Di Rosa con sede in Viale Vega, 3 – 00122 ROMA, Ospedale specializzato per gli interventi di recupero e di riabilitazione, sede di Centro Spinale (Decreto n. 8/2011) con attività finalizzate anche al reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti.

L’Azienda è strutturata in 9 Dipartimenti, 47 Strutture Complesse, 64 Strutture Semplici e 17 Dipartimentali (Adozione Atto Aziendale, Deliberazione Direttore Generale n° 13 del 09/01/2020 pubblicato nel BURL n° 13 del 13/02/2020). Le specialità presenti nei Presidi Ospedalieri della ASL Roma 3 sono: cardiologia, chirurgia generale, medicina generale, neonatologia, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria, terapia intensiva e sub-intensiva, unità coronarica, osservazione breve, nefrologia e dialisi, ORL, oculistica, riabilitazione, fisiatria (vedi Tabelle n° 2 e n° 3).

I dati dei posti letto e i dati delle prestazioni ambulatoriali fanno riferimento al 31 dicembre 2024, fonte del dato UOC Epidemiologia e Sistema Informativo, Sistema Informativo Ospedaliero.

Tabella n° 2

ASL ROMA 3			
DATI STRUTTURALI			
Estensione territoriale	517 Km ²	Popolazione residente (al 31.12.2023)	605.307
Distretti Sanitari	4 (X, XI e XII Municipio del Comune di Roma, Comune di Fiumicino)	Presidi Ospedalieri Pubblici	I Presidio Ospedaliero Unico (GB Grassi + CPO)
Posti letto ordinari (al 31.12.2024)	205		
Posti letto diurni	37	Servizi Trasfusionali	1
Blocchi Operatori	2	Sale Operatorie	7

Versione n° 1

27 Febbraio 2025

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

Terapie Intensive	1	UTIC	1
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE			
Ricoveri ordinari	7440	Ricoveri diurni	1.693
Accessi PS	46.706	Neonati	859
		Parti	854
Branche specialistiche	25	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	2.067.482 (di cui 1.973.373 in convenzione SSN e 94.109 in regime privatistico)

Tabella n° 3 – Dati di attività per singolo Presidio Ospedaliero

3a

P.O. Giovanni Battista Grassi			
DATI DI ATTIVITÀ			
Posti letto ordinari	171	Medicina	52
		Medicina Covid	/
		Chirurgia	23
		Cardiologia	16
		Ortopedia e Traumatologia	17
		Ostetricia e Ginecologia	16
		Pediatria	4
		Psichiatria	16
		Rianimazione	10
		Rianimazione Covid	/
		Nefrologia	8
		UTIC	6
		Neonatologia	3
Posti letto diurni	34	Servizi Trasfusionali	1

Versione n° 1

27 Febbraio 2025

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

Numero Blocchi Operatori	2	Numero Sale Operatorie	6
Numero ricoveri ordinari	7244	Numero ricoveri diurni	1650
Numero accessi PS	46.706	Numero neonati	859
		Numero parti	854

3b

Centro Paraplegici “Gennaro Di Rosa”			
DATI DI ATTIVITÀ			
Posti letto ordinari	34	Centro Spinale	20
		Recupero e Riabilitazione	14
Posti letto diurni	3	Servizi Trasfusionali	0
Numero Blocchi Operatori	0	Numero Sale Operatorie	1
Numero ricoveri ordinari	196	Numero ricoveri diurni	43
Numero accessi PS	/	Numero neonati o parti	/

2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

La ASL Roma 3 contribuisce all'alimentazione del flusso degli eventi e dei sinistri sul software regionale SIREs come da indicazioni della Regione Lazio ed alimenta altresì un proprio database sia per la gestione dei sinistri e del relativo contenzioso che per quella degli eventi.

Tutti gli eventi sono stati classificati secondo la Determinazione Regionale N. G09850 del 20/07/2021 “Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella” e sono state proposte delle azioni di miglioramento negli Eventi Sentinella e negli Eventi Avversi o nei Near Miss ad alta rilevanza organizzativa. Nella Tabella n. 4 è riportata la sintesi degli eventi.

Tabella n° 4 - Eventi occorsi nel 2024 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	TOT. N°120	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	16 (13.33%)	4 (25%)	Strutturali 3 (2.5 %) Tecnologici (0%)	Strutturali 3 (2.5 %) Tecnologici (0%)	

Versione n° 1

27 Febbraio 2025

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

Eventi Avversi	89 (74.17%)	36 (40.44%)	Comunicazione 20 (16.66 %) Organizzativi 29 (24.16%) Organizzativi/Comunicazione 55 (45.83 %)	Comunicazione 20 (16.66 %) Organizzativi 29 (24.16%) Organizzativi/Comunicazione 55 (45.83 %)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Sentinella	7 (5.84 %)	1 (14.28%)	Organizzativi/Procedurali 2 (1.66 %) Organizzativi/Strutturali 1 (0.83 %) Non eventi 8 (6.66 %)	Organizzativi/Procedurali 2 (1.66 %) Organizzativi/Strutturali 1 (0.83 %) Non eventi 8 (6.66 %)	
Non eventi	8 (6.66%)	0			

2.1 C.V.S.

Il Comitato Valutazione Sinistri è stato aggiornato con Deliberazione n° 83 del 26/01/2024 “Approvazione regolamento organizzazione e funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri ASL Roma 3” in seguito alla pubblicazione del DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLA GESTIONE DEI SINISTRI DA RESPONSABILITÀ MEDICO-SANITARIA E SUL FUNZIONAMENTO DEL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS) - Prima emissione: 7 novembre 2023 - con la quale ha approvato la seguente composizione del Comitato Valutazione Sinistri:

- Dirigente Avvocato (con funzioni di coordinatore del CVS);
- Medico di Direzione Sanitaria;
- Risk Manager;
- Medico Specialista in Medicina Legale;
- Dirigente Affari Generali;
- Segretario;
- Dipartimento professioni sanitarie e UOC Bilancio (opzionale).

Tabella n° 5 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio (ai sensi dell’art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	N° sinistri aperti nell’anno**	Sinistri liquidati nell’anno	Risarcimenti erogati**
2024	29	8	76120.92
2023	37	4	43800
2022	27	4	8413
2021	43	0	0
2020	26	0	0
Totale	162	16	128.333.92

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

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

3 Descrizione della posizione assicurativa

Come rappresentato già nel PARS 2023, la ASL Roma 3 è, a tutt’oggi, a gestione diretta del rischio da danni conseguenti alla assistenza sanitaria come previsto dalla Delibera n° 23 del 15/01/2014 recante oggetto “Regolamento per la gestione diretta dei sinistri RCT/RCO e Procedura di gestione stragiudiziale dei sinistri: modifica per l’adeguamento, gestione e ritenzione del rischio aziendale a decorrere dal 01/10/2013”. Si riporta in dettaglio nella Tabella n° 6.

Tabella n° 6

Anno	Polizza relativa scadenza	e	Compagnia Assicurativa	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2020	01/01/2020 31/12/2020	-	Gestione diretta del rischio	0	0	//
2021	01/01/2021 31/12/2021	-	Gestione diretta del rischio	0	0	//
2022	01/01/2022 - 31/12/2022		Gestione diretta del rischio	0	0	//
2023	01/01/2023 - 31/12/2023		Gestione diretta del rischio	0	0	//
2024	01/01/2024 - 31/12/2024		Gestione diretta del rischio	0	0	//

4 Resoconto delle attività del PARS 2024

4.1 Sezione PARM

Nel PARS 2024 si erano individuate 10 differenti attività specifiche e nella successiva Tabella n° 7 si dettaglia per ciascuna il livello di raggiungimento alla data del 31/12/2024.

Tabella n° 7

Attività PARM 2024	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di 2 edizioni di “Corso sulla Responsabilità professionale”	SI	<i>Obiettivo raggiunto tramite la realizzazione di un evento formativo intitolato “La gestione del Rischio Clinico e la Responsabilità Professionale” di 1 edizione con la partecipazione complessiva di 34 discenti.</i>
ATTIVITÀ 2 - Progettazione ed esecuzione di 1 edizione del corso “Tra il dire e il fare... c’è la gestione del rischio, modelli per il Risk Management nella complessità organizzativa”		

Versione n° 1

27 Febbraio 2025

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

ATTIVITÀ 3 – Revisione della Documentazione Sanitaria secondo il modello Global Trigger Tool	SI	<i>Revisionate 120 cartelle cliniche relative a 6 mesi della UOC Ostetricia e Ginecologia. Fornito feed back con Nota Prot. n. 247 del 03/01/2025</i>
ATTIVITÀ 4 – Recepimento del modello regionale di Consenso e Raccolta e validazione dei nuovi modelli delle note informative	SI	<i>Validati n. 286 Consensi Informati delle UU.OO.: Endoscopia, Chirurgia, Oncologia, Nefrologia e Dialisi, Otorinolaringoiatria, Diagnostica per Immagini, Ostetricia e Ginecologia, Anestesia e Rianimazione, Consultori, Pediatria, SERD, Centro Trasfusionale</i>
ATTIVITÀ 5 – Regolamentazione della Gestione reattiva del rischio clinico	SI	<i>ASL3 POS 398 del 12/01/2024 – Procedura di Incident Reporting ASL3 POS 439 del 20/11/2024 - Procedura di analisi delle cause, delle azioni di miglioramento, dell'alimentazione del Fondo Rischi e della redazione annuale del Documento Rischi Aziendali</i>

4.2 Sezione PAICA

Attività PAICA 2023	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno 1 edizione di un corso su “Prevenzione e contenimento delle ICA in ospedale”	SI	<i>Programmata ed eseguita 1 edizione, sono stati formati N. 27 operatori sanitari</i>
ATTIVITÀ 2 – Monitoraggio consumi Gel Idroalcolico in riferimento all'indicatore OMS	SI	<i>Relazione 1 semestre Nota Prot. n. 43407 del 25/06/2024 Relazione 2 semestre Note Prot. nn. 2192; 2160; 2189; 2179; 2181; 2177; 2169 del 13/01/2025</i>
ATTIVITÀ 3 – Studio di prevalenza puntuale infezione del sito chirurgico (SSI)	NO	<i>Effettuata raccolta dati in corso di ricovero, da completare follow up</i>

Versione n° I

27 Febbraio 2025

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

<p>ATTIVITÀ 4 – Revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo</p>	<p>SI</p>	<p>ASL3 POS 424 del 18/07/2024 – Procedura Aziendale per la corretta gestione dei rifiuti (Ospedale e Presidi Territoriali di Distretto) ASL3 IST 435 del 30/09/2024 – Istruzione Operativa per la sorveglianza del consumo di soluzione idroalcolica (P1 e P2 – Documento di Indirizzo sulle buone pratiche per la Prevenzione e il controllo delle ICA</p>
<p>ATTIVITÀ 5 – Rilevazione consumo farmaci antimicrobici e classificazione secondo il modello A.WA.RE. dell’OMS</p>	<p>NO</p>	<p>Rilevazione modificata in misurazione del tasso assoluto di riduzione del consumo di antibiotici per tipologia molecola</p>

5 Matrice delle responsabilità del PARS

Azione	President e CCICA	Risk Manager	Ufficio Sinistri	Direttore Generale	Direttore Sanitario	Direttore Amm.vo
Redazione PARS	C	R	C	C	C	C
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	C
Monitoraggio PARS	C	R	C	I	C	C

Legenda: R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

6 Obiettivi e attività

6.1 Obiettivi

Nel recepire le Linee Guida regionali per la stesura del PARS (Determinazione Regione Lazio n° G00643 del 25/01/2022) e la comunicazione PEC REGIONE.LAZIO.REGISTROUFFICIALE.U.0079798. del 22-01-2025, avente per oggetto Piano Annuale Rischio Sanitario 2025 (PARS), ed in coerenza con la Mission dell’Azienda sono stati identificati per l’anno 2024 i seguenti **OBIETTIVI STRATEGICI**:

- A. *Diffondere la cultura della sicurezza delle cure;*
- B. *Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e/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.*

Versione n° I

27 Febbraio 2025

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

6.2 Attività

Il Rischio Clinico Aziendale intende proseguire le attività intraprese durante il 2024 nella prevenzione e gestione dei rischi e adeguare i requisiti previsti dal DCA 469/17 consolidando le aree di debolezza rilevate durante la Site Visit del CRRC. Nelle tabelle che seguono sono riportate le principali attività che si intendono realizzare nel corso dell'anno 2025.

Tabella n. 8.1

OBIETTIVO A - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di 1 edizione di “LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE”		
INDICATORE Esecuzione di 1 edizione del Corso entro il 31/12/2025		
STANDARD 1 Corso realizzato entro il 31/12/2025 Almeno 35 partecipanti		
FONTE UOC Qualità Sicurezza e Gestione del Rischio		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	UOS Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

Tabella n. 8.2

OBIETTIVO A - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 2 - Progettazione ed esecuzione di 2 edizioni del corso “VERSO UN SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO DELLA QUALITÀ”		
INDICATORE Esecuzione di 2 edizioni del Corso entro il 31/12/2025		
STANDARD 2 Corsi realizzati entro il 31/12/2025 Almeno 70 partecipanti		
FONTE UOC Qualità Sicurezza e Gestione del Rischio		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	UOS Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 3		 REGIONE LAZIO	
Versione n° I		27 Febbraio 2025	
“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”			

Tabella n. 8.3

OBIETTIVO B - Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e/o contenimento degli eventi avversi.		
ATTIVITÀ 3 – Revisione della Documentazione Sanitaria secondo il modello Global Trigger Tool		
INDICATORE Monitoraggio per un periodo di sei mesi della documentazione della UU.OO. Chirurgia Generale secondo il protocollo Global Trigger Tool (GTT)		
STANDARD Restituzione del Rapporto entro il 31/12/2025		
FONTE UOC Qualità Sicurezza e Gestione del Rischio		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	DMPOU	Risk Manager
Monitoraggio cartelle secondo GTT	C	R
Rapporto monitoraggio	C	R

Tabella 8.4

OBIETTIVO B - Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e/o contenimento degli eventi avversi.		
ATTIVITÀ 4 – Adeguamento procedurale in relazione ai requisiti previsti dal MANUALE PER L’ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE e alla Mappatura aziendale a cura del CRRC – Regione Lazio – Procedure Qualità e Rischio Clinico		
Revisione e aggiornamento della - Procedura del SGQ e Revisione procedure inerenti le raccomandazioni ministeriali e i documenti di indirizzo regionali:		
<ul style="list-style-type: none"> a) Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio b) Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico c) Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura d) Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale e) Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0 f) Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto g) Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica h) Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori i) Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al “malfunzionamento dei dispositivi medici / apparecchi elettromedicali j) Prevenzione dell’osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati 		

Versione n° I

27 Febbraio 2025

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

- k) Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
- l) Prevenzione degli errori in terapia con farmaci Look-alike/Sound-alike
- m) Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie
- n) Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici
- o) Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa I 18 e/o all'interno del Pronto soccorso
- p) Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
- q) La Riconciliazione della terapia farmacologica
- r) Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli
- s) Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide

INDICATORE

N° Procedure revisionate / N° Procedure da revisionare

STANDARD

> 90%

FONTE

UOC Qualità Sicurezza e Gestione del Rischio

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione Strategica	Risk Manager	UUOO
Revisione procedure	I	R	C

Tabella 8.5

OBIETTIVO B - Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e/o contenimento degli eventi avversi.

ATTIVITÀ 5 – Adeguamento procedurale in relazione ai requisiti previsti dal MANUALE PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE e alla Mappatura aziendale a cura del CRRC – Regione Lazio – Procedure Qualità e Rischio Clinico relative alle Aree cliniche, medica, chirurgica e critica.

Produzione/Revisione/Aggiornamento delle seguenti procedure:

- a) Valutazione periodica del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati
- b) Acquisizione in urgenza di prestazioni diagnostiche (analisi chimiche, microbiologiche, radiologiche, immunotrasfusionale)
- c) Modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione (Modello SBAR)
- d) Esecuzione di toracentesi
- e) Esecuzione di paracentesi
- f) Posizionamento di sonde naso-gastriche
- g) Esecuzione di prelievo di sangue arterioso per emogasanalisi

Versione n° I

27 Febbraio 2025

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

- h) Gestione dei risultati critici di laboratorio
- i) Trasporto sicuro del paziente all'interno della struttura
- j) Pianificazione della continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del follow up)
- k) Dimissione protetta e/o assistita in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post-acuta
- l) Attività strutturata/periodica per il monitoraggio della qualità della cartella clinica (compresa la lettera di dimissione)
- m) Esecuzione di intubazione endotracheale
- n) Esecuzione EcoFast

INDICATORE

N° Procedure pubblicate / N° Procedure da pubblicare

STANDARD

> 90%

FONTE

UOC Qualità Sicurezza e Gestione del Rischio

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UU.OO. Area clinica	Risk Manager
Redazione dei Documenti Procedurali	R	C
Pubblicazione Procedure su sito intranet e Piattaforma regionale	I	R

7 Obiettivi e attività per la gestione del Rischio Infettivo

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- 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 31/12/2025 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 produttori di carbapenemasi (CPE).

Tabella 9.1

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

ATTIVITÀ I - Progettazione ed esecuzione di almeno 1 edizione di un corso su “Prevenzione e contenimento delle ICA in ospedale”

INDICATORE

Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2025

Versione n° I

27 Febbraio 2025

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

STANDARD			
SI			
FONTE			
CC-ICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	CCICA	UO Formazione	DMPOU
Progettazione del corso	R	C	C
Responsabile del corso	I	I	R
Accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	C	I	R

Tabella 9.2

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE			
ATTIVITÀ 2 – Implementazione del Piano locale Igiene delle mani			
INDICATORE			
Rilevazione degli indicatori previsti nel Piano Locale di attuazione dell'igiene delle mani			
STANDARD			
Report annuale su consumi gel idroalcolico / giorni di degenza ordinaria			
FONTE			
UOC DMO			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	UOC Farmacia	UOC SIS
Dati di consumo	I	R	I
Giorni degenza ordinaria	I	I	R
Analisi dati	R	I	I
Diffusione dati	R	C	I

Tabella 9.3

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA, INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)			
ATTIVITÀ 3 - Studio di prevalenza puntuale infezione del sito chirurgico (SSI)			
INDICATORE			
Report esiti dell'indagine in Chirurgia generale			
STANDARD			
SI			
FONTE			
DMPOU			

Versione n° I

27 Febbraio 2025

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	DMPOU
Raccolta dati	I	R
Predisposizione e diffusione del Report	I	R
Analisi report	C	R

Tabella 9.4

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA, INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)		
ATTIVITÀ 4 - Revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo:		
<ul style="list-style-type: none"> a) Procedura per la sorveglianza e segnalazione delle batteriemie da CRE e delle infezioni/colonizzazioni da Enterobacteriaceae resistenti a ceftazidime/avibactam, incluso lo zero reporting b) Struttura/funzione formalizzata per l'antimicrobial stewardship c) Procedure/istruzioni operative per la sterilizzazione/disinfezione dei dispositivi e dello strumentario chirurgico e degli strumenti endoscopici e di tutto lo strumentario riutilizzabile d) Procedura/istruzione operativa per l'attuazione delle misure di isolamento e) Procedura/istruzione operativa per la sanificazione ambientale f) Procedura/istruzione operativa per la gestione della biancheria g) Procedura/istruzione operativa per la manipolazione dei campioni biologici e per la gestione del rischio infettivo legato al trasporto dei campioni biologici 		
INDICATORE		
N° Procedure pubblicate / N° Procedure da pubblicare		
STANDARD		
> 90%		
FONTE		
DMPOU		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	DMPOU / GO CC-ICA	UU.OO.
Stesura procedure	R	I
Diffusione procedure	R	I
Attuazione procedure	C	R



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 3		 REGIONE LAZIO	
Versione n° I		27 Febbraio 2025	
“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”			

Tabella 9.5

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA, INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)			
ATTIVITÀ 5 – Procedura per la prevenzione delle infezioni del sito operatorio e dei mezzi di sintesi nella chirurgia ortopedico traumatologica			
INDICATORE Redazione procedura			
STANDARD Redazione entro il 31/12/2024			
FONTE UOC Ortopedia e traumatologia			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	UOC Ortopedia	DMPOU	Risk Manager
Predisposizione procedura	R	C	C
Diffusione	I	R	I

8 Modalità di diffusione del PARS

Il PARS 2025, adottato con Deliberazione Aziendale, sarà oggetto dei seguenti passaggi operativi:

1. Pubblicazione sulla home page della ASL Roma 3
2. Invio nota protocollata alla Direzione del P.O.U., dei Distretti e dei Dipartimenti con invito alla massima diffusione verso tutti i collaboratori;
3. Trasmissione al Centro Regionale Rischio Clinico entro il 28/02/2025 per il caricamento sul *cloud* regionale.

9 Riferimenti normativi

- **D. Lgs n° 502 del 30 dicembre 1992** recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n° 421”;
- **D. Lgs n° 229 del 19 giugno 1999** recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’art. n°1 della L. 30/11/1998 n° 419”;
- **D. Lgs n° 254 del 28 luglio 2000**;
- **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 L. 5 giugno 2003, n° 131;
- **Decreto del Ministero della Salute dell’11 dicembre 2009** “Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES)”;
- **Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP)** è stato approvato dalla Conferenza Stato Regioni del 13 novembre e recepito, dalla Regione Lazio con Decreto del Commissario ad Acta (DCA) n° U00017 del 16/01/2015;

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

- **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”;
- **Determinazione Regionale n° G16829 del 6 dicembre 2017** recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
- **Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018** recante: “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”;
- **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° G00164 del 11/01/2019 - Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria Regione Lazio** - “Approvazione ed adozione del documento recante le “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”;
- **Delibera Direttore Generale n°13 del 09/01/2020** “Adozione Atto Aziendale”.
- **Determina Regionale n° G02044 del 26/02/2021** “Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle mani”.
- **Determina Regionale n°G09850 del 20/07/2021** “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”.
- **Determinazione Regionale n° G00642 del 25/01/2022** “Documento di indirizzo sul consenso informato”;
- **Determinazione Regionale n° G00643 del 25/01/2022** “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”.
- **Determina Regionale n° G16501 del 28/11/2022** “Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA).
- **Determina Regionale n°15198 del 06/11/2022** "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016.
- **Delibera Direttore Generale n°509 del 11/05/2023** “Approvazione del Regolamento di Organizzazione e funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) dell’Azienda Asl Roma 3”.

10 Bibliografia/Sitografia

- Ministero della Salute: “Risk Management 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 “Safe Surgery Save Live”;
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;

Versione n° I

27 Febbraio 2025

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

- 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;
- Manuale antibiotici AWaRe (Access, Watch, Reserve) Edizione italiana del “The WHO AWaRe Antibiotic Book.
- New_5_Moments_Poster (who.int)

PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

2025

Documento allegato al PARS 2025

INDICE

Premessa	2
Scopo	2
Campo di applicazione	2
Resoconto attività svolte nell'anno 2023	2
Modalità esecutive 2024	3
Bibliografia	3

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

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.

La 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 avvia la modalità per l'implementazione a livello regionale della pratica con cui promuovere la sicurezza delle cure relativamente alle infezioni trasmesse per contatto. Le suddette indicazioni sono incluse nella 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)".

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 2021-2023.

Campo di applicazione

Il documento è rivolto alle direzioni delle Strutture aziendali e agli esercenti le professioni sanitarie dell'Azienda Asl Roma 3.

Resoconto attività svolte nell'anno 2024

Nel corso del 2024 sono stati effettuati interventi di *retraining* procedurale a tutti gli operatori. In occasione dei sopralluoghi condotti nel 2023 sono stati verificati i requisiti di struttura e gli standard di consumo di gel idroalcolico nelle UU.OO. di ricovero dell'Ospedale GB. Grassi. I risultati sono di seguito descritti:

UU.OO.	Disponibilità Gel	Rapporto Lavandini / letto	Disponibilità sapone	Disponibilità salviette monouso	Locandine OMS
Medicina generale	si	1:10	si	si	Si
Cardiologia	si	1:10	si	si	Si
UTIC	si	1:10	si	si	Si
Dialisi/Nefrologia	si	1:10	si	si	Si

Versione n° 1

27 Febbraio 2025

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

Pediatria	si	1:10	si	si	Si
Anestesia e Rianimazione	si	1:10	si	si	Si
Chirurgia generale	si	1:10	si	si	Si
Ortopedia e traumatologia	si	1:10	si	si	Si
Ostetricia e ginecologia	si	1:10	si	si	Si

I° semestre

UU.OO.	gg. I° semestre	GEL IDROALCOLICO CONSUMATO	VALORE ATTESO SECONDO INDICATORE OMS	compliance
CARDIOLOGIA + UTIC	3006	41	60,12	68%
CHIRURGIA GEN. + ORTOPEDIA	4231	69	84,62	82%
MEDICINA GENERALE	6124	69	122,48	56%
PEDIATRIA + NIDO + NEONATOLOGIA	1158	14,5	23,6	61%
OCULISTICA	88	6,2	1,76	100%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1409	27,1	28,18	96%
PSICHIATRIA + DH PSICHIATRICO	1672	13,3	33,4	40%
TERAPIA INTENSIVA + TIPO	616	109,4*	12,32	100%

*dato affetto da possibile bias in relazione alle richieste inoltrate alla UOC Farmacia e comprensive di altri Servizi afferenti alla UOSD Terapia intensiva

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

2° semestre

UU.OO.	gg. 2° semestre	GEL IDROALCOLICO CONSUMATO	VALORE ATTESO SECONDO INDICATORE OMS	compliance
TERAPIA INTENSIVA + TIPO	2139	74	42,78	100%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1745	50	34,9	100%
MEDICINA GENERALE	8153	78	163,06	48%
PEDIATRIA + NIDO + NEONATOLOGIA	842	8	16,84	48%
CARDIOLOGIA + UTIC	3989	33	79,78	41%
PSICHIATRIA + DH PSICHIATRICO	1781	13	35,62	36%
CHIRURGIA + ORTOPEDIA	5734	41,5	114,68	36%

Modalità esecutive previste per il 2025

- 1 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 2024 e gli standard da raggiungere, congiuntamente formazione estesa al tutto il personale sulla prevenzione del rischio infettivo in relazione al Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 Salute C212.2. Corso di formazione sulle infezioni ospedaliere – Sviluppo competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del Sistema Sanitario;
- 2 Monitoraggio semestrale consumo Gel Idroalcolico secondo indicatore OMS, attività inserita nel piano di negoziazione di budget dei Direttori di UOC;
- 3 Verifica permanenza delle infografiche OMS nelle UU.OO. di degenza e nelle strutture territoriali;
- 4 Pianificazione, in sede di CC-ICA, delle attività del Servizio Igiene Ospedaliera con Report del numero di schede osservazioni igiene mani anno 2025 e alimentazione della Piattaforma NOMOS (acquisita a livello aziendale nel 2024);
- 5 Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani – 5 maggio 2025 ASL Roma 3: un impegno concreto per la sicurezza di pazienti e operatori.

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

Il 5 maggio si celebra la Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani, promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per sensibilizzare l'opinione pubblica e il personale sanitario sull'importanza di questa pratica semplice ma fondamentale per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

L'igiene delle mani rappresenta il primo e più efficace strumento di prevenzione per ridurre la diffusione di agenti patogeni negli ambienti sanitari e comunitari. Un gesto essenziale che può salvare vite, proteggendo sia i pazienti che gli operatori sanitari da infezioni evitabili.

Un'iniziativa promossa dal CCICA e dal Servizio Igiene Ospedaliera.

ASL Roma 3, attraverso il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) e in collaborazione con il Servizio Igiene Ospedaliera del Presidio Grassi-Ostia, aderisce alla campagna globale promossa dall'OMS, organizzando una serie di attività di sensibilizzazione rivolte ai cittadini, ai pazienti e al personale sanitario.

Presso il Presidio Ospedaliero Grassi-Ostia, saranno allestiti punti informativi e dimostrativi per promuovere le corrette tecniche di igiene delle mani e diffondere le buone pratiche di prevenzione. Saranno inoltre distribuiti materiali informativi e realizzate dimostrazioni pratiche per rafforzare la consapevolezza sull'importanza di questa semplice, ma essenziale, misura di sicurezza.

Vi invitiamo a partecipare e a contribuire attivamente alla diffusione della cultura della sicurezza e della prevenzione.

Programma della giornata [programma dettagliato con orari e attività previste]

Per maggiori informazioni, è possibile consultare il sito web della ASL Roma 3 o rivolgersi agli uffici preposti.

Un semplice gesto può fare la differenza. Proteggiamo insieme la salute di tutti.

ASL Roma 3 – Impegnati per la prevenzione e la salute pubblica

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani – 5 maggio 2025

Programma della giornata

- ⌘ Ore 08:00 – Allestimento banchetti informativi Presso il Presidio ospedaliero verranno allestite postazioni informative a cura della Direzione Medica di Presidio – Il servizio Infermieristico Ospedaliero- Servizio Igiene Ospedaliera – infermieri Coordinatori di area e degli studenti della Facoltà di scienze Infermieristiche ASL Roma 3 “Tor Vergata” e “Sapienza”.
- ⌘ Ore 08:30 – Accoglienza e incontro con utenti e operatori Il Personale Sanitario accoglierà pazienti, caregiver, visitatori e operatori sanitari per fornire: ✓ Informazioni sull'importanza dell'igiene delle mani nella prevenzione delle infezioni. ✓ Dimostrazioni pratiche con il Box pedagogico per il corretto lavaggio delle mani. ✓ Distribuzione di brochure informative e gadget.
- ⌘ Ore 09:00 – 10:00 – Incontro istituzionale presso l'Aula Sisti – Ospedale Grassi La Direzione Sanitaria Aziendale e di Presidio incontrerà i Direttori e Coordinatori delle Unità Operative dei Presidi per un momento di confronto e sensibilizzazione sull'importanza dell'igiene delle mani. ✦ Al termine dell'incontro, verrà consegnata ai Direttori e Coordinatori delle UU.OO. la nuova cartellonistica sul lavaggio delle mani, da affiggere nei reparti.
- ⌘ Ore 14:00 – Chiusura della giornata

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.

Documento di Valutazione del Rischio

LEGIONELLA

Ad integrazione del Documento di Valutazione dei Rischi Aziendale



ASL ROMA 3

DOCUMENTO REDATTO AI SENSI DELL'ART. 28 D. Lgs.vo 81/08 e s.m.i.

Realizzato in collaborazione con

RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE

MEDICO COMPETENTE

Premessa

La Legionella Pneumophila è un batterio responsabile della legionellosi, una patologia potenzialmente grave che può svilupparsi attraverso l'esposizione a sistemi idrici o aeraulici contaminati. Le strutture sanitarie rappresentano un contesto critico per il rischio di legionellosi a causa della presenza di pazienti fragili e di impianti complessi.

Il Decreto Legislativo 81/08, considera il rischio derivante da Legionella nel Titolo X - esposizione ad agenti biologici; nell'Allegato XLVI sia la Legionella Pneumophila sia le rimanenti specie di legionelle patogene per l'uomo (Legionella spp.) sono classificate quali agente biologico del gruppo 2 ossia, come definito all'art. 268 - Classificazione degli agenti biologici “un agente che può causare malattie in soggetti umani e costituire un rischio per i lavoratori; è poco probabile che si propaghi nella comunità; sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche”.

Questo documento definisce le modalità di analisi e gestione del rischio di legionellosi per garantire la sicurezza di utenti, operatori e pazienti all'interno di una ASL.

Obiettivi

- Individuare, valutare e gestire i rischi legati alla proliferazione della Legionella negli impianti idrici e aeraulici.
- Adottare misure preventive e correttive per minimizzare il rischio.
- Garantire il rispetto delle normative vigenti.

Riferimenti Normativi

- Linee Guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi (Approvato dalla conferenza Stato Regioni nella seduta del 7 maggio 2015).
- D.lgs. 81/2008 - Testo unico sulla sicurezza sul lavoro.
- Norma tecnica ISO 11731 (metodi di analisi della Legionella).
- DGR 460/2024

Contesto e Ambito di Applicazione

Strutture coinvolte:

- Presidio Ospedaliero Unico, ambulatori, e altre strutture sanitarie ritenute a rischio di competenza della ASL.

Impianti oggetto di analisi:

- Reti di distribuzione dell'acqua calda e fredda.
- Torri evaporative e condensatori.
- Sistemi di climatizzazione centralizzati.
- Docce, rubinetti.
- Fontane decorative e sistemi di irrigazione.

Analisi del Rischio

Nell'analisi del rischio sono stati valutati:

- la fonte di approvvigionamento dell'acqua;
- i possibili punti di contaminazione dell'acqua all'interno dell'edificio;

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

- le caratteristiche di normale funzionamento degli impianti idrico e aeraulico;
- le condizioni di funzionamento non usuali, ma ragionevolmente prevedibili (es.: rotture);
- le prese d'aria per gli edifici (che non devono essere situate vicino agli scarichi delle torri di raffreddamento).

Metodologia di Valutazione del Rischio

A. Identificazione dei rischi

Analisi degli impianti:

- Mappatura dei sistemi idrici e aeraulici.
- Identificazione dei punti critici (stagnazione dell'acqua, zone con temperature favorevoli alla colonizzazione della Legionella, biofilm).
- Presenza di incrostazioni o biofilm.
- Presenza di tubature con flusso d'acqua minimo o assente.
- Utilizzo di gomma e fibre naturali per guarnizioni e dispositivi di tenuta.
- Presenza di impianti in grado di formare un aerosol capace di veicolare la legionella (un rubinetto, un nebulizzatore, una doccia, una torre di raffreddamento, ecc.);

Caratteristiche tecniche:

- Materiali costitutivi degli impianti.
- Temperatura dell'acqua (25-45°C: rischio elevato).
- Frequenza e modalità di utilizzo degli impianti.

Analisi della popolazione:

- Presenza (e il numero) di soggetti a rischio per stili di vita (es. fumatori)
- Presenza di soggetti vulnerabili per età patologie croniche,

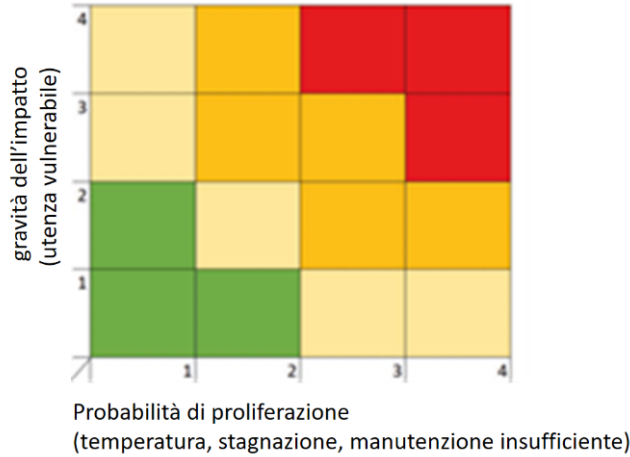
B. Valutazione del rischio

Attraverso una matrice rischio/probabilità basata su:

- Probabilità di proliferazione batterica (temperatura, stagnazione, manutenzione insufficiente).
- Gravità dell'impatto (utenza vulnerabile, diffusione aerea).



“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”



C.

Matrice di rischio: verde = basso; giallo = medio-basso; arancio = medio-alto; rosso = alto

Campionamento microbiologico

Punti di prelievo:

- Terminali di rete (es. docce, rubinetti).
- Boiler.
- Torri di raffreddamento.
- Rami dell'impianto con bassa circolazione d'acqua.

Frequenza:

- trimestrale, salvo diverse indicazioni in base al rischio rilevato.

Analisi di laboratorio:

- Ricerca di Legionella spp. e Legionella pneumophila.

Misure di Gestione e Prevenzione

Manutenzione ordinaria

- Controllo della temperatura: mantenere l'acqua calda $>50^{\circ}\text{C}$ e l'acqua fredda $<20^{\circ}\text{C}$.
- Nelle stanze non occupate fare scorrere l'acqua sia calda che fredda dai rubinetti e dalle docce per alcuni minuti almeno una volta alla settimana e comunque prima che vengano occupate.
- Mantenere le docce, i diffusori delle docce e i rompigitto dei rubinetti puliti e privi di incrostazioni.
- Eliminare i bracci morti dell'impianto idraulico.
- Eliminare ove presente la canapa nelle giunzioni filettate delle tubazioni idrauliche.
- Ispezionare mensilmente i serbatoi di acqua e torri di raffreddamento.

Pulizia regolare:

- Svuotare e disincrostare i serbatoi d'accumulo di acqua calda almeno due volte all'anno.
- Bonificare il circuito di acqua calda shock termico. L'utilizzo di cloro a 50 ppm per 1 ora o 20 ppm per 2 ore, non è previsto per gli impianti idraulici in ferro zincato.
- Pulire e disinfettare tutti i rompigitto dell'acqua ogni 1-3 mesi.
- Rimozione di incrostazioni e biofilm dalle tubature.

Versione n° I

27 Febbraio 2025

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

- Pulire e disinfettare almeno una volta l'anno, all'inizio della stagione estiva, torri, evaporatori, condensatori delle unità di raffreddamento d'aria.
- Ispezionare, pulire e disinfettare almeno una volta all'anno i serbatoi di acqua fredda.

Monitoraggio dei disinfettanti:

- Verifica, qualora usato, dei livelli di cloro o biossido di cloro nell'acqua degli impianti sotto trattamento.

Misure straordinarie

- Shock termici o chimici in caso di contaminazione rilevata.
- Chiusura temporanea dei punti contaminati.

Formazione e sensibilizzazione

- Formazione del personale tecnico e sanitario sui rischi e sulle misure preventive.

Piano di emergenza

Vedi le procedure di gestione in caso di positività per Legionella:

- Comunicazione agli enti competenti.
- Attuazione immediata delle misure correttive (vedi allegato).

Nomina di un responsabile

Spetterà alla UOC Risorse Tecnologiche e Patrimonio, individuare una persona responsabile per l'identificazione e la valutazione del rischio potenziale di infezione che sia esperto e che comprenda l'importanza della prevenzione e dell'applicazione delle misure di controllo.

Documentazione

A. Registro degli interventi:

- Dettaglio degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria.
- Esiti dei campionamenti e delle analisi microbiologiche.

B. Piano di Gestione del Rischio Legionella (PGRL):

- Documento aggiornato periodicamente con le strategie di prevenzione, i risultati delle analisi e le azioni correttive.

C. Report periodico

- Relazione annuale sulla valutazione del rischio e le misure adottate.

Monitoraggio e Revisione

- Revisione periodica: Valutazione del piano ogni 12 mesi.
- Audit interni: Verifica dell'efficacia delle misure preventive e correttive.

Versione n° I

27 Febbraio 2025

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

- Adeguamento normativo: aggiornamento del piano in base alle nuove normative o ai progressi scientifici

Valutazione dei Punti di rischio

La valutazione dei punti a rischio si propone di identificare eventuali potenziali fonti di rischio. Si devono prendere in considerazione non solo i componenti (serbatoi, pompe, tubature, bracci morti, parti dell'impianto usate ad intermittenza) ma tutto l'impianto nella sua interezza.

Devono essere prese in considerazione anche tutte le parti del sistema idrico che non vengono usate abitualmente. Il controllo dovrebbe essere effettuato secondo le linee guida del maggio 2015.

IMPIANTO IDRO POTABILE

TIPOLOGIA	CRITICITÀ	INTERVENTO	FREQUENZA
Cisterna d'accumulo	Ristagno Carica Batterica Elevata	Pulizia e disinfezione	Semestrale
Cisterna d'accumulo antincendio	Ristagno - Carica Batterica Elevata	Pulizia e disinfezione	Semestrale
Autoclave	Ristagno Carica Batterica Elevata	Pulizia e disinfezione	annuale
Deposito dell'acqua	A) Ristagno - incrostazioni - carica batterica elevata B) Temperatura tra 25 e 45°C	A) Pulizia e disinfezione B) verifica della temperatura >50°C	A) Mensile B) Trimestrale
Scambiatore di calore	A) Ristagno - incrostazioni - carica batterica elevata B) Temperatura tra 25 e 45°C	A) Pulizia e disinfezione B) verifica della temperatura >50°C A monte della miscelazione con acqua fredda	Mensile

Versione n° I

27 Febbraio 2025

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

Docce	A) Ristagno - incrostazioni - carica batterica elevata B) Temperatura tra 25 e 45°C	A) Pulizia e disinfezione B) verifica della temperatura >50°C a monte della miscelazione con acqua fredda	A) Mensile B) Quindicinale
Rubinetti	A) Ristagno – incrostazioni - carica batterica elevata B) Temperatura tra 25 e 45°C	A) Pulizia e disinfezione B) verifica della temperatura >50°C a monte della miscelazione con acqua fredda	A) Mensile B) Quindicinale
Punti terminali	A) Ristagno - Incrostazioni – carica batterica B) Temperatura tra 25 e 45°C	A) Pulizia e Disinfezione B) verifica della temperatura >50°C a monte della miscelazione con acqua fredda	A) Trimestrale B) Mensile
Condutture, punti di giunzione, rami morti dell'impianto idro-sanitario	A) Ristagno – incrostazioni - carica batterica elevata B) temperatura tra 25 e 45° C	Pulizia e Disinfezione	Da valutare in base alla conoscenza dell'impianto e dei lavori di ristrutturazione fatti nel tempo
Eventuali Filtri per l'acqua	Ristagno - incrostazioni - carica batterica elevata	Pulizia e Disinfezione	Trimestrale

Classificazione del Rischio

Per gli Operatori Sanitari di Assistenza, e gli Operatori Sanitari che utilizzano la doccia per igiene personale il rischio di esposizione alla Legionella si riduce ai casi in cui avvenga l'inalazione di aerosol contaminato (ad esempio durante operazioni che riguardano l'igiene personale del paziente con utilizzo di acqua) al quale peraltro possono essere esposti anche i pazienti. Tale evento si configura come poco probabile se la struttura sanitaria si è dotata di un programma di controllo del rischio legionellosi correlata all'assistenza ed alla luce del più ridotto grado di suscettibilità all'infezione da parte di individui con sistema immunitario integro (in particolare in assenza di fattori predisponenti).

I Tecnici della Prevenzione operanti nei Servizi del Dipartimento di Prevenzione delle ASL, se addetti agli interventi di ispezione, controllo e campionamento degli impianti idrici e aeraulici capaci di generare aerosol

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

potenzialmente contaminati, devono ritenersi a maggior rischio di esposizione alla Legionella e per quelle attività vanno datati di idonei DPI (FFP3 e occhiali a protezione da rischio biologico).

Classificazione del Rischio in base all'utenza

Nelle Strutture sanitarie il rischio legionellosi va valutato tenendo conto della tipologia di pazienti afferenti le strutture, in tal senso è opportuno valutare le utenze a rischio presenti nei presidi aziendali:

➤ **Utenze ad alto rischio**

- Queste strutture sono caratterizzate dalla presenza di individui più vulnerabili, come anziani, persone immunocompromesse o con patologie preesistenti. Richiedono una valutazione del rischio più stringente e controlli frequenti.

Ospedali e strutture sanitarie:

- PO Grassi
- PO CPO
- Poliambulatorio Casal Bernocchi

- Poliambulatorio L. go Quadrelli
- Casa della salute Ostia
- Casa della Salute Palidoro
- Presidio Via Belfanti
- Poliambulatorio Via Coni Zugna
- Poliambulatorio Via Consolata
- Poliambulatorio Via Saline Ostia Antica
- Poliambulatorio Via Pineta di Fregene
- Poliambulatorio Via Portuense 1397 (Ponte Galeria)
- Poliambulatorio Via Vaiano
- Poliambulatorio Via Paolini
- Poliambulatorio Via Ramazzini

Classificazione del Rischio in base ai materiali

Considerata la gravità dell'impatto che la legionellosi può avere nei confronti della popolazione vulnerabile è opportuno classificare le strutture anche in base ai materiali costitutivi degli impianti idraulici:

Ferro zincato: Rischio alto (4/5)

Soggetto a corrosione, con formazione di ossidi e incrostazioni che favoriscono il biofilm.

Multistrato (metallo + plastica): Rischio medio-basso (2/5)

Superficie interna liscia e resistente alla corrosione. Tuttavia, se il metallo è esposto a umidità o ossigeno, potrebbe degradarsi nel tempo.

Polipropilene (PP): Rischio basso (1/5)

Materiale plastico liscio e resistente al biofilm, non soggetto a corrosione. Scelta ottimale per ridurre il rischio Legionella.

Rame: Rischio basso (1/5)



Versione n° I

27 Febbraio 2025

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

Proprietà antibatteriche naturali che inibiscono la proliferazione della Legionella. Tuttavia, la qualità dell'acqua (pH, durezza) può influire sull'efficacia.

Acciaio inossidabile: Rischio basso (1-2/5)

Resistente alla corrosione e al biofilm, particolarmente efficace se di buona qualità (es. AISI 316).

Un'ottima scelta per prevenire i rischi

SEDE	MATERIALE UTILIZZATO	ANNO DI COSTRUZIONE O RIFACIMENTO
PO Grassi	Ferro zincato polipropilene	Oltre 10 anni
Poliambulatorio Via Ramazzini	Ferro zincato Multistrato	Negli ultimi 10 anni
PO CPO	Ferro zincato Multistrato Polipropilene	oltre 10 anni
Casa della Salute Ostia	Ferro zincato Multistrato Polipropilene	Oltre 10 anni
Poliambulatorio Casal Bernocchi	Ferro zincato Multistrato Polipropilene	Oltre 10 anni
Poliambulatorio Coni Zugna	Ferro zincato Multistrato Polipropilene	oltre 10 anni
Poliambulatorio Pineta di Fregene	Ferro zincato Multistrato Polipropilene	oltre 10 anni
Poliambulatorio Via Vaiano	Ferro zincato Multistrato Polipropilene	Oltre 10 anni
Poliambulatorio Ponte Galeria	Ferro zincato polipropilene	Oltre 10 anni
Poliambulatorio L.go Quadrelli	Ferro zincato polipropilene	Oltre 10 anni
Poliambulatorio Saline Ostia Antica	Ferro zincato polipropilene	Oltre 10 anni
Casa Salute Palidoro	Multistrato	Ultimi 5 anni
Poliambulatorio Via Paolini	Multistrato polipropilene	Negli ultimi 10 anni
Poliambulatorio Belfanti Massimina	Multistrato Polipropilene	Oltre 10 anni

Versione n° I

27 Febbraio 2025

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

Poliambulatorio Via Consolata	Multistrato Polipropilene	Oltre 10 anni
--	---------------------------	---------------

Rischio Ustioni

Negli impianti di produzione centralizzati di acqua calda per uso sanitario con accumulo, per poter prevenire la proliferazione del pericoloso batterio della legionella, è necessario accumulare acqua calda ad una temperatura non inferiore a 60°C. A questa temperatura si ha la certezza di inibire totalmente la proliferazione della legionella. Queste temperature risultano troppo elevate per essere utilizzate direttamente dall'utente, a questi valori l'acqua può provocare gravi ustioni: occorre perciò ridurre la temperatura dell'acqua calda distribuita all'utenza ad un valore compatibile all'uso.

Inoltre, non solo l'accumulo ma anche tutta la rete di distribuzione necessita dell'operazione di disinfezione termica ad intervalli periodici. In caso contrario anche in essa si formerebbe velocemente il batterio.

A fronte di tutto ciò, è consigliabile:

- ridurre la temperatura dell'acqua distribuita ad un valore regolabile inferiore a quello d'accumulo;
- mantenere costante la temperatura dell'acqua miscelata al variare di temperatura e pressione in ingresso o di portata prelevata;
- permettere la programmazione della disinfezione termica con un valore di temperatura maggiore rispetto a quello di regolazione nei tempi necessari e nei periodi con prelievi meno frequenti (ore notturne).

Lo shock termico viene generalmente effettuato nelle ore di ridotto utilizzo dell'impianto, ad esempio nelle ore notturne; questo per ridurre al minimo il rischio di eventuali scottature degli utenti.

Sicurezza in utenza

Temperature maggiori di 50°C possono provocare ustioni in modo molto rapido. Per esempio a 55°C si ha ustione parziale in circa 30 secondi mentre a 60°C si ha ustione parziale in circa 5 secondi. Questi tempi, in media, si riducono alla metà in caso di bambini od anziani.

La scelta di orari con minor accesso all'impianto idrico può ridurre il rischio di scottature causate dall'acqua calda ma non lo elimina completamente. È quindi necessario adottare ulteriori misure a tutela di operatori e utenti quali:

- avvisi chiari sulla possibilità di erogazione di acqua calda;
- segnaletica adeguata posizionata in prossimità di docce e rubinetti.



Conclusioni

La gestione del rischio legionellosi è un processo continuo e integrato che richiede il coinvolgimento di più figure professionali, una pianificazione dettagliata e un costante monitoraggio.

Per la popolazione presente e per il materiale costitutivo degli impianti idraulici delle strutture sopracitate, per verificare l'efficacia delle misure preventive e protettive adottate è opportuna una attività di prelievi di campioni da analizzare con cadenza semestrale, in punti di prelievo a rotazione in numero di:

- **PO Grassi:** campionamenti a trimestre in punti di prelievo a rotazione come da procedura aziendale.

**“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”**

- **PO CPO:** campionamenti a trimestre in punti di prelievo per ogni piano a rotazione come da procedura aziendale.
- **Casa della Salute di Ostia, Poliambulatori di Casal Bernocchi, Ramazzini, Coni Zugna, Fregene, Vaiano, Ponte Galeria, Quadrelli, Ostia Antica:** 2 campioni a trimestre in punti di prelievo a rotazione.
- **Casa della Salute Palidoro, Poliambulatori di Paolini, Belfanti, Consolata:** 2 campioni a trimestre in punti di prelievo a rotazione.

Allegato n. I: Misure Correttive

Misure Correttive

Piano di emergenza Legionellosi: la gestione di un caso di positività alla Legionella in un impianto idrico si articola nei passaggi seguenti:

1. Valutazione del rischio

Identificare i punti contaminati e valutare il livello di contaminazione (CFU/L).

Analizzare il rischio per gli utenti (es. ospiti, pazienti, personale).

2. Misure immediate

Disattivare o limitare l'uso dei punti di erogazione contaminati.

Installare filtri terminali (0,2 µm) sui rubinetti/docce per prevenire l'esposizione.

Informare il personale e gli utenti coinvolti.

3. Azioni correttive sull'impianto

Effettuare una disinfezione d'urgenza con uno dei seguenti metodi:

Shock termico: innalzare la temperatura a $\geq 70^{\circ}\text{C}$ per almeno 30 minuti.

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

Iperclorazione: aumentare il cloro libero residuo a 20-50 mg/L per almeno 2 ore, (da evitare in tutti gli impianti idraulici in ferro zincato).

Flussare tutte le linee per rimuovere eventuali accumuli di biofilm.

4. Monitoraggio post-disinfezione

Ripetere le analisi microbiologiche dell'acqua per verificare l'efficacia dell'intervento.

Se la Legionella persiste, adottare trattamenti prolungati (es. clorazione continua o biossido di cloro).

5. Revisione del piano di controllo

Aggiornare le procedure di manutenzione e monitoraggio regolare.

Correggere eventuali carenze progettuali o gestionali dell'impianto.

Allegato N. 2: FAC Simile “Piano di Gestione del Rischio Legionella”

Piano di Gestione del Rischio Legionella (PGRL)

Misure di prevenzione per la riduzione del rischio

- Mantenere l'acqua calda ad una temperatura superiore ai 50°C all'erogazione.
- Mantenere l'acqua fredda ad una temperatura inferiore ai 20°C.
- Nelle stanze non occupate fare scorrere l'acqua sia calda che fredda dai rubinetti e dalle docce per alcuni minuti, almeno una volta alla settimana e comunque prima che vengano occupate.
- Mantenere le docce, i diffusori delle docce e i rompigitto dei rubinetti puliti e privi di incrostazioni.
- Svuotare e disincrostare i serbatoi d'accumulo di acqua calda almeno due volte all'anno.
- Disinfettare il circuito di acqua calda con shock termico. La disinfezione con cloro a 50 ppm per 1 ora o 20 ppm per 2 ore, non è prevista negli impianti idraulici in ferro zincato.
- Pulire e disinfettare tutti i rompigitto dell'acqua ogni mese.
- Ispezionare mensilmente i serbatoi di acqua e le torri di raffreddamento.
- Ispezionare, pulire e disinfettare almeno una volta all'anno i serbatoi di acqua fredda.
- Eliminare i bracci morti.



Versione n° I

27 Febbraio 2025

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

- Pulire e disinfettare almeno due volte l'anno torri, evaporatori, condensatori delle unità di raffreddamento d'aria.
- Adottare un registro dove documentare la valutazione del rischio e tutti gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria a firma del responsabile.

IMPIANTO IDRICO

La rete idrica dell'esercizio è costruita in:

- Ferro zincato
- Multistrato
- Polipropilene
- Rame
- Acciaio inox
- Altro (specificare) _____

Anno di costruzione e/o rifacimento:

- Negli ultimi 5 anni
- Negli ultimi 10 anni
- Da oltre 10 anni

Note: _____

IMPIANTO DI CONDIZIONAMENTO

Possibili punti a rischio	Tipi di rischio	Azione preventiva prevista	Consigliata

STATO DOCCE – DIFFUSORI DOCCE – ROMPIGETTO DEI RUBINETTI

- Impianti conservati in ottimo stato
- Impianti conservati in buon stato
- Impianti conservati in sufficiente stato
- Impianti conservati in mediocre stato

Misure preventive

Controlli periodici SI NO se sì, frequenza (in mesi) _____

Sostituzione periodica SI NO se sì, frequenza (in mesi) _____



Versione n° I

27 Febbraio 2025

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

Disincrostazione periodica SI NO se sì, frequenza (in mesi) _____

Sostanza usata (principio attivo) acidi ammessi anticalcare

Concentrazione d'uso tipica del prodotto (vedere scheda allegata e/o etichetta)

Tempo di contatto q/b

RETE D'ACQUA CALDA

Impianto a ricircolo

Impianto a raggiera

Impianto rapido all'utenza

Altro (specificare) _____

Misure preventive

Ispezione al produttore/scambiatore SI NO se sì, frequenza (in mesi) _____

Pulizia del produttore/scambiatore SI NO se sì, frequenza (in mesi) _____

Disinfezione del produttore/scambiatore SI NO se sì, frequenza (in mesi) _____

Disinfettante usato (principio attivo) cloro

Concentrazione d'uso tipica del prodotto (vedere scheda allegata e/o etichetta)

Tempo di contatto q/b

Trattamento al calore. Periodico (almeno 1 volta all'anno) Occasionale Prescritto Temperatura
 produttore..... Temperatura utenza.....

PRESENZA DI SISTEMI DI TRATTAMENTO DI ACQUE

Addolcitori

Altro (specificare) _____

Misure preventive:

Manutenzione:

REGISTRO DI MANUTENZIONE

Ispezioni Periodiche Data	Impianto Ispezionato	Ispezione effettuata da	Inconvenienti riscontrati	Provvedimenti adottati



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**ASL
ROMA 3**



**REGIONE
LAZIO**

Versione n° I

27 Febbraio 2025

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025”

DATA	Impianto Ispezionato	Ispezione effettuata da	Inconvenienti riscontrati	Provvedimenti adottati
DATA	Impianto Ispezionato	Ispezione effettuata da	Inconvenienti riscontrati	Provvedimenti adottati