

Versione n° I

Data di approvazione:
 20/02/2026

Pag. I di 31

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026

Redatto da	Approvato e validato	Adottato da
U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Dott. Maurizio Musolino Dott. Enrico Ciciarello	RISK MANAGER Dott. Maurizio Musolino	DIRETTORE GENERALE Dott.ssa Laura Figorilli
PSFI Loredana Petrocchi PSFI Giovanna Marchioni Amm.va CVS Laura Iacuzio Amm.va Margherita Stio	DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE Dott. Antonio Bray	

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 603.865 abitanti suddiviso in quattro Distretti Sanitari, corrispondenti a tre Municipi del Comune di Roma e al Comune di Fiumicino (dati aggiornati al 31.12. 2024 – 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. 8/201 I) 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 2025, 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 31.12.2024)	603.865
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 01/01/2026)	219		
Posti letto diurni	19	Servizi Trasfusionali	1
Blocchi Operatori	2	Sale Operatorie	7
Terapie Intensive	1	UTIC	1
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE			
Ricoveri ordinari	7.588	Ricoveri diurni	1.710

Versione n° I

Data di approvazione:
20/02/2026

Pag. 3 di 31

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026”

Accessi PS	50.409	Neonati	762
		Parti	760
Branche specialistiche	25	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici* (dato mancante del recupero del XIV mese (consolidato regionale ancora non disponibile))	1.947.876 (di cui 1.883.634 in convenzione SSN e 62.242 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 (al 01/01/2026)	185	Medicina	64
		Medicina Covid	/
		Chirurgia	22
		Cardiologia	16
		Ortopedia e Traumatologia	16
		Ostetricia e Ginecologia	16
		Pediatria	4
		Psichiatria	16
		Rianimazione	14
		Rianimazione Covid	/
		Nefrologia	8
		UTIC	6
		Neonatologia	3
Posti letto diurni	16	Servizi Trasfusionali	1
Numero Blocchi Operatori	2	Numero Sale Operatorie	6
Numero ricoveri ordinari	7.392	Numero ricoveri diurni	1657
Numero accessi PS	50.409	Numero neonati	762
		Numero parti	760

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026”

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	53
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. G13405 del 16/10/2025 “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 2025 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

TOTALE EVENTI 165

CLASSIFICAZIONE	1° Trimestre 2025	2° Trimestre 2025	3° Trimestre 2025	4° Trimestre 2025
Evento avverso	29	32	43	36
Evento sentinella	1	3	1	0
Near Miss	4	1	0	0
Non evento	5	3	7	0
TOTALE	39	39	51	36
DISTRIBUZIONE PER LUOGO				
TERRITORIO	18	11	18	9
PO	21	28	33	27
TOTALE	39	39	51	36
TIPOLOGIA DI EVENTO				
AGGRESSIONE	13	17	24	14

Versione n° I

Data di approvazione:
20/02/2026

Pag. 5 di 31

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026”

CADUTE	18	19	22	19
ERRORI CLINICI (DIAGNOSI, SOMMINISTRAZIONE, ETICHETTA)	3			1
ALTRO (MALORI, SOFFOCAMENTI, SINCOPE, DILEMMA ETICO INERENTE L'AUTODETERMINAZIONE TC DELLA DONNA PARTORIENTE)	5		3	
ERRORI IN TERAPIA		1	2	1
ALLONTANAMENTO		1		1
RITARDO DI DIAGNOSI		1		
TOTALE	39	39	51	36

2.1 C.V.S.

Il Comitato Valutazione Sinistri è stato aggiornato con Deliberazione n°0000222 del 15/06/2025 “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) - con la quale ha approvato la seguente composizione del Comitato Valutazione Sinistri:

- Coordinatore (Dirigente appartenente alla UOC Qualità Sicurezza e Gestione del Rischio);
- Dirigente Avvocato;
- Medico di Direzione Sanitaria;
- Risk Manager;
- Medico Specialista in Medicina Legale;
- Dirigente Affari Generali;
- Segretario;
- Dipartimento professioni sanitarie e UOC Bilancio (opzionali).

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
2025	38	2	20.770,27
2024	29	8	77.520,92
2023	37	4	43.800,00
2022	28	4	8.413,00
2021	43	0	0
Totale	175	18	150.504,19

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026”

3 Descrizione della posizione assicurativa

Come rappresentato nel PARS 2025, 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
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	//
2025	01/01/2025 - 31/12/2025		Gestione diretta del rischio	0	0	//

4 Resoconto delle attività del PARS 2025

4.1 Sezione RM

Nel PARS 2025 si erano individuate 10 differenti attività specifiche e nella successiva Tabella n° 7 si dettaglia per ciascuna il livello di raggiungimento alla data del 31/12/2025.

Tabella n° 7

Attività RM 2025	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di n. 1 edizioni di “La gestione del rischio clinico e la responsabilità professionale	SI	Obiettivo raggiunto tramite la realizzazione di 1 evento formativo intitolato “La gestione del Rischio Clinico e la Responsabilità Professionale” di 1 edizione con la partecipazione complessiva di 50 discenti.
ATTIVITÀ 2 - Progettazione ed esecuzione di n. 1 edizione del corso “Verso un sistema di gestione integrato della qualità”		Obiettivo raggiunto tramite la realizzazione di 1 evento formativo intitolato “Verso un sistema di gestione integrato della qualità” di 1 edizione con la partecipazione complessiva di 51 discenti.
ATTIVITÀ 3 – Revisione della Documentazione Sanitaria secondo il modello Global Trigger Tool	SI	Revisionate 120 cartelle cliniche relative a 6 mesi della UOC Ortopedia e Chirurgia. Fornito feed back con Nota Prot. n. 73148 del 13/10/2025 e Nota Prot. n. 73144 del

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026”

		13/10/2025
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	SI 90%	<i>Revisione e aggiornamento della - Procedura del SGQ e Revisione procedure inerenti le raccomandazioni ministeriali e i documenti di indirizzo regionali.</i> <i>Sono in corso di revisione i seguenti documenti:</i> <i>-Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i> <i>-Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici</i>
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.	SI 60%	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 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

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026”

4.2 Sezione ICA

ATTIVITA 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 (09/10/2025), sono stati formati N. 49 operatori sanitari</i>
ATTIVITA 2 – Monitoraggio consumi Gel Idroalcolico in riferimento all’indicatore OMS Implementazione del Piano locale Igiene delle mani	SI	<i>relazioni consumo idroalcolico semestrale: Prot. n. 49188 del 04/07/2025 Prot. n. 961 del 08/01/2026</i>
ATTIVITA 3 – Studio di prevalenza puntuale infezione del sito chirurgico (SSI)	NO	<i>Da riprogrammare per il PARS 2026</i>
ATTIVITA 4 – Revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo	SI 100%	<i>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 DPUO POS 260 Misure per sorveglianza e gestione dei pazienti con colonizzazione/infezione da Enterobacteriaceae CPE/CRE presso POU G.B. Grassi-CPO</i> <i>b) Struttura/funzione formalizzata per l'antimicrobial stewardship ASL3 POS 466 La missione ed il programma del gruppo Gruppo Operativo per l'Antimicrobial Stewardship (GOPAS)</i> <i>c) Procedure/istruzioni operative per la sterilizzazione/disinfezione dei dispositivi e dello strumentario chirurgico e degli strumenti endoscopici e di tutto lo strumentario riutilizzabile ASL3 IST 468 Consegna e ritiro dei dispositivi medici processati presso la Centrale di Sterilizzazione</i> <i>d) Procedura/istruzione operativa per l'attuazione delle misure di isolamento DPUO POS 473 Procedura per l'attuazione delle misure di isolamento</i> <i>e) Procedura/istruzione operativa per la sanificazione ambientale DPUO POS 465 Procedura Operativa per la sanificazione ambientale nel POU</i>

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026”

		f) Proceduralistruzione operativa per la gestione della biancheria ASL3 POS 485 Gestione della biancheria g) Proceduralistruzione operativa per la manipolazione dei campioni biologici e per la gestione del rischio infettivo legato al trasporto dei campioni biologici ASL3 POS 365 Trasferimento e Trasporto di Campioni Biologici destinati al Laboratorio Analisi
ATTIVITÀ 5 – Procedura per la prevenzione delle infezioni del sito operatorio e dei mezzi di sintesi nella chirurgia ortopedico-traumatologica	SI	ASL3 IST 497 “Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico e dei mezzi di sintesi nella chirurgia ortopedico-traumatologica”

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.0037825 del 15-01-2026, avente per oggetto Piano Annuale Rischio Sanitario 2026 (PARS), ed in coerenza con la Mission dell'Azienda sono stati identificati per l'anno 2026 i seguenti **OBIETTIVI STRATEGICI**:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- 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;
- Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026”

6.2 Attività

Il Rischio Clinico Aziendale intende proseguire le attività intraprese durante il 2025 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 2026.

Tabella n. 8.1

OBIETTIVO A - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di I edizione di “L’ASL SI DESCRIVE: RESTITUZIONE DEI DATI RELATIVI AL MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA’ INERENTI ALLA SICUREZZA DELLE CURE”		
INDICATORE		
Esecuzione di I edizione del Corso entro il 31/12/2026		
STANDARD		
I Corso realizzato entro il 31/12/2026 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 I edizioni del corso “formazione on the job” per audit clinico area ortopedico-traumatologica		
INDICATORE		
Esecuzione di I edizioni del Corso entro il 31/12/2026		
STANDARD		
I Corsi realizzati entro il 31/12/2026 Almeno 50% del personale presente nel percorso chirurgico ortopedico		
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
Organizzazione del corso	R	I

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 tre mesi della documentazione della UU.OO. Ortopedia secondo il protocollo Global Trigger Tool (GTT)		
STANDARD		
Restituzione del Rapporto entro il 31/12/2026		
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 delle procedure inerenti le raccomandazioni ministeriali e i documenti di indirizzo regionale:		
a) Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto b) Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero) c) Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici d) Trasporto sicuro del paziente all'interno della struttura e) Pianificazione della continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del follow up) f) Dimissione protetta e/o assistita in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post-acuta g) Attività strutturata/periodica per il monitoraggio della qualità della cartella clinica (compresa la lettera di dimissione) h) Esecuzione di intubazione endotracheale i) Ecofast j) Gestione dei risultati critici di laboratorio		

Versione n° I

Data di approvazione:
20/02/2026

Pag. 12 di 31

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026”

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 C - Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.		
ATTIVITÀ 5 – Realizzazione, in coerenza con l’attivazione delle articolazioni previste dal DM77/22, dei Percorsi Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PPDTA) relativi alle tre cronicità:		
BPCO		
DIABETE		
SCOMPENSO CARDIACO		
INDICATORE		
Numero PPDTA attivati		
STANDARD		
Valore atteso n.3		
FONTE		
UOC Qualità Sicurezza e Gestione del Rischio		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Area territoriale	Risk Manager
Redazione dei PPDTA	C	R
Pubblicazione PPDTA su sito intranet	I	R

7 Obiettivi e attività per la gestione del Rischio Infettivo

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- 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;
- 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 1 - Progettazione ed esecuzione di I edizione di un corso sulla Prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico (ISS) con presentazione dei dati di prevalenza, di appropriatezza della profilassi antibiotica e del rispetto dei requisiti previsti dalla procedura aziendale			
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2025			
STANDARD SI			
FONTE CC-ICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	CCICA	UOS Formazione	DMPOU
Progettazione e organizzazione del corso	R	C	C
Responsabile del corso	C	I	R
Accreditamento del corso	I	R	I

Tabella 9.2

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE			
ATTIVITÀ 2 – Monitoraggio implementazione del Piano locale Igiene delle mani			
INDICATORE Rilevazione degli indicatori inclusi nella Piattaforma NOMOS e previsti nel Piano Locale di attuazione dell'igiene delle mani			
STANDARD Report del Piano di azione locale Igiene delle Mani (PALIM da allegare al PARS 2027)			
FONTE UOC DMPOU – Area Igiene Ospedaliera			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	UOC Farmacia	UOC DMPOU
Dati di consumo	I	R	I
Giorni degenza ordinaria	I	I	R
Analisi dati	I	I	R
Diffusione dati	I	I	R

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 QUALITA' 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, Ostetricia e ginecologia, Ortopedia e traumatologia		
STANDARD SI		
FONTE DMPOU		
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 QUALITA' 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:		
a) Aggiornamento 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) Aggiornamento 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. interessate
Stesura procedure	R	I
Diffusione procedure	R	I
Attuazione procedure	C	R

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 – Analisi retrospettiva del grado di appropriatezza dell'utilizzo della profilassi antibiotica preoperatoria		
INDICATORE Redazione report conclusivo		
STANDARD Redazione entro il 31/12/2026		
FONTE UOC ESIS e UOC Farmacia		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	DMPOU	Risk Manager
Predisposizione modello di analisi	R	C
Analisi dati	R	C
Presentazione Dati	R	C

8 Modalità di diffusione del PARS

Il PARS 2026, 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 28/02/2026 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° I 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;
- **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”;

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026”

- **Determinazione Regionale n° GI6829 del 6 dicembre 2017** recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
- **Determinazione regionale n. GI3505 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° GI6501 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. GI2356 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;
- 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.

Programma di controllo della Legionellosi



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.
Documento a cura del

Presidente CCICA

Dott. Salvatore Antonio Miglietta

Premessa e inquadramento

Il presente Programma aziendale di controllo della legionellosi è elaborato in conformità alle *Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza e controllo della legionellosi* (DGR Regione Lazio n. 460 del 28 giugno 2024) e al *Piano di Sicurezza dell'Acqua* di cui al D. Lgs. 18/2023, di recepimento della Direttiva UE 2020/2184.

Il Programma ha finalità di **governo, coordinamento e monitoraggio strategico** delle attività di prevenzione e controllo del rischio Legionella nelle strutture aziendali e **si integra** con le procedure e i documenti tecnici già adottati dall'ASL Roma 3, senza sovrapporsi ad essi.

a) Costituzione del Team aziendale per il controllo della legionellosi

L'ASL Roma 3 ha avviato la costituzione di un **Team multidisciplinare aziendale** dedicato al governo del rischio legionellosi, composto da figure con competenze sanitarie, tecniche e di prevenzione, tra cui:

- Servizio di Igiene e Sanità Pubblica / Prevenzione
- Direzione Medica di Presidio
- Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)
- Area Tecnica / Manutenzioni
- Ingegneria clinica (ove pertinente)
- Microbiologia
- Altri professionisti individuati in relazione alle specificità strutturali

Il Team opera con funzioni di **indirizzo, coordinamento e verifica** delle attività previste dal presente Programma.

b) Realizzazione della piattaforma documentale

È in fase di valutazione l'adozione di una **piattaforma software cloud dedicata alla gestione del rischio Legionella**, finalizzata a:

1. mappare e monitorare in modo centralizzato e in tempo reale gli impianti idrici delle strutture sanitarie aziendali;
2. garantire una valutazione del rischio costantemente aggiornata per ciascuna sede;
3. fornire al RSPP e agli organi competenti un quadro integrato e tempestivo della situazione aziendale, a supporto delle attività di controllo, pianificazione e miglioramento.

La piattaforma rappresenta uno strumento strategico di **governo del rischio**, in linea con i principi del Piano di Sicurezza dell'Acqua.

c) Modalità di esecuzione e tempi della valutazione del rischio

La valutazione del rischio legionellosi viene effettuata secondo quanto previsto dal **Documento di Valutazione del Rischio Legionellosi dell'ASL Roma 3**, elaborato dal Servizio di Prevenzione e Protezione, con i seguenti obiettivi:

- identificare e valutare i rischi legati alla proliferazione della Legionella negli impianti idrici e aeraulici;
- adottare misure preventive e correttive adeguate;
- garantire il rispetto della normativa vigente.

La valutazione del rischio è programmata con **cadenza periodica** e aggiornata in occasione di modifiche strutturali, impiantistiche o organizzative rilevanti.

d) Risultato sintetico degli esiti di monitoraggio operativo

Il monitoraggio operativo dell'efficacia delle misure di controllo è effettuato secondo quanto previsto dalla **Procedura aziendale POS ASL RM3 n. 438 del 05/02/2025**, che disciplina:

- le modalità di prevenzione e controllo della Legionella;
- la gestione delle notifiche di casi di legionellosi, sia in ambito ospedaliero che domiciliare;
- le azioni di sanità pubblica conseguenti.

Gli esiti del monitoraggio sono oggetto di **valutazione periodica sintetica** da parte del Team aziendale, al fine di verificare l'efficacia complessiva delle misure in atto.

e) Piano di miglioramento e azioni correttive

Qualora emergano criticità o aree di miglioramento, il Team aziendale definisce un **piano di miglioramento**, che può includere:

- adeguamenti impiantistici;
- rafforzamento delle misure di controllo;
- revisione delle modalità operative;
- implementazione di strumenti digitali di supporto.

Le azioni correttive sono pianificate, monitorate e rivalutate nel tempo.

f) Pianificazione delle azioni di supporto

Il Programma prevede specifiche **azioni di supporto**, tra cui:

Versione n° I

Data di approvazione:
20/02/2026

Pag. 20 di 31

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026”

- formazione e aggiornamento degli operatori coinvolti nella gestione degli impianti idrici e nelle attività di prevenzione;
- diffusione della cultura della prevenzione del rischio Legionella;
- supporto tecnico-specialistico alle strutture aziendali.

Il presente Programma costituisce il riferimento aziendale per il **governo integrato del rischio legionellosi** ed è parte integrante delle azioni previste dal PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (**PARS**) 2026.

Il presente Programma aziendale di controllo della legionellosi è stato predisposto a seguito della richiesta pervenuta in data 19 gennaio 2026 e si colloca, pertanto, nella fase di programmazione delle attività previste nell'ambito del Piano annuale per la gestione del rischio Sanitario (PARS) 2026.

Il documento definisce il quadro di riferimento strategico e organizzativo entro cui si inseriscono le azioni di prevenzione, sorveglianza e controllo del rischio Legionella già avviate dall'ASL Roma 3 e rappresenta una base strutturata e dinamica, suscettibile di progressiva integrazione.

Nel corso dell'attuazione del Programma, lo stesso potrà essere ulteriormente implementato e aggiornato sulla base del completamento della costituzione del Team aziendale, dell'adozione degli strumenti informatici di supporto e degli esiti delle attività di monitoraggio e valutazione del rischio, in un'ottica di miglioramento continuo e di piena coerenza con l'evoluzione del quadro normativo e organizzativo.

PALIM 2026 (Piano Annuale Locale Igiene mani)



Versione n° I

Data di approvazione:
20/02/2026

Pag. 22 di 31

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026”

A) Risultati delle cinque sezioni del questionario di autovalutazione OMS

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
A.1 - Nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani?	Non disponibile	
	Disponibile solo in alcuni reparti o in modo discontinuo	
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo	
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza nella maggior parte dei reparti	30
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo in ogni punto di assistenza	
A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?	Meno di 1:10	
	Almeno 1:10 nella maggior parte dei reparti (almeno il 75 % dei reparti)	
	Almeno 1:10 nell'intera Struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento e in terapia intensiva	10
A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?	NO	
	Sì	10
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	NO	
	Sì	15
A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	NO	
	Sì	15
TOTALE		80
AVANZATO (punteggio: 76-100)		
• Valutazione: valutare la tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso; • Prodotti per l'igiene delle mani: rendere disponibili più tipi di dispenser (ad esempio flaconi tascabili, dispenser a muro, dispenser su carrelli e guide del letto) per soddisfare al meglio le esigenze al punto di assistenza; • Sostegno da parte della Direzione: effettuare un'analisi costo-beneficio del cambiamento del sistema nella propria Struttura e condividerla con i dirigenti apicali.		

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
B.1 Formazione degli operatori sanitari		
B.1.1 Nella Struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull'igiene delle mani?	Mai	
	Una tantum	
	Formazione continua per il personale infermieristico e medico o per tutte le categorie professionali almeno una volta all'anno	10

Versione n° I

Data di approvazione:
20/02/2026

Pag. 23 di 31

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026”

	Formazione obbligatoria per tutte le categorie professionali di neoassunti e successive formazione continua periodica almeno una volta all'anno	
B.1.2 - Esiste un Sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	NO	
	Sì	20
B.2 - Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali		
B.2.1 Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	NO	
	Sì	5
B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale	NO	
	Sì	5
B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani: quando, come e perchè	NO	
	Sì	5
B.2.4 Poster informativi	NO	
	Sì	5
B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?	NO	
	Sì	15
B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	NO	
	Sì	15
B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	
TOTALE		80

AVANZATO (punteggio: 76-100)

- **Formazione:** formazione obbligatoria sull'igiene delle mani per i nuovi dipendenti e formazione continua per tutto il personale utilizzando metodi differenziati e innovativi;
- **Integrazione e allineamento:** prevedere un rimando specifico all'igiene delle mani in tutti i protocolli, procedure, istruzioni operative, ove applicabile;
- **Valutazione:** valutare regolarmente le conoscenze degli operatori sanitari sull'igiene delle mani e utilizzare i risultati per perfezionare ulteriormente la formazione;

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE

SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)	NO	0
	Sì	
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	
	Sì	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	
	Sì	5

Versione n° I

Data di approvazione:
20/02/2026

Pag. 24 di 31

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026”

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)?	NO	
	Sì	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	
	Sì	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
	Sì	
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani		
NB: Rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale		
C.4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai	
	Irregolarmente	
	Annualmente	
	Ogni 3 mesi o meno	15
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≤ 30%	
	31-40%	
	41-50%	
	51-60%	
	61-70%	
	71-80%	
	≥ 81%	30
C.5 Feedback		
C.5.1 <u>Feedback immediato</u> : al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	0
	Sì	
C.5.2 <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	
	Sì	7.5
C.5.3 <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	NO	
	Sì	7.5
TOTALE		80
AVANZATO (punteggio: 76-100)		
• Monitoraggio regolare: condurre il monitoraggio della compliance all'igiene delle mani almeno ogni 3 mesi in aree ad alto rischio e possibilmente in tutta la Struttura. Effettuare un monitoraggio continuo del consumo di soluzione alcolica; • Interpretazione dei risultati: condurre la sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e correlare l'osservanza dell'igiene delle mani e il consumo di soluzione alcolica con i dati sui risultati, identificando i fattori di successo e gli ostacoli al miglioramento continuo; • Feedback: organizzare sessioni interattive per restituire l'interpretazione dei risultati della vostra struttura ai dirigenti e al personale; • Comunicazione: comunicare apertamente i risultati attraverso più canali, sia internamente che all'esterno, incoraggiando un clima costruttivo e trasparente.		

Versione n° I

Data di approvazione:
20/02/2026

Pag. 25 di 31

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026”

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE		
DOMANDE	RISPOSTE	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	Non esposti	
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	20
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	
D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	Non esposti	
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	10
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	
D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	Non esposti	
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	7.5
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	
D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	Mai	
	Almeno una volta all'anno	10
	Ogni 2-3 mesi	
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
	Sì	
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	0
	NO	
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	Sì	0
	NO	15

TOTALE

62.5

INTERMEDIO (punteggio: 51-75)
Risorse: definire un piano di aggiornamento regolare dei materiali e della loro sostituzione se obsoleti o danneggiati; Consegna dei messaggi: fornire ed esporre poster, opuscoli e altri promemoria in tutti gli ambienti clinici; Sostenibilità: pianificare l'aggiornamento e la produzione di promemoria, compresi strumenti innovativi diversi da poster e opuscoli.

Versione n° I

Data di approvazione:
20/02/2026

Pag. 26 di 31

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026”

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:		
E.1.1 - Esiste un team definito?	NO	
	Sì	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	
	Sì	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	NO	
	Sì	5
E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?		
E.2.1 - Direzione generale?	NO	0
	Sì	
E.2.2 - Direzione sanitaria?	NO	
	Sì	5
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	NO	
	Sì	5

E.3 - Esiste un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio?	NO	
	Sì	10
E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i “leader” per l'igiene delle mani in tutte le discipline?		
E.4.1 - Designazione dei “promotori” dell'igiene delle mani?	NO	
	Sì	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:		
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	
	Sì	5
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
	Sì	
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:		
E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	NO	0
	Sì	
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani	NO	
	Sì	5
E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	
	Sì	5
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0
	Sì	
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	
	Sì	5

Versione n° I

Data di approvazione:
20/02/2026

Pag. 27 di 31

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026”

E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	NO	0
	Sì	

TOTALE

60

INTERMEDIO (punteggio: 51-75)

- **Approccio multimodale:** proseguire con l'autovalutazione periodica (almeno annualmente) e descrivere i cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti;
- **Budget:** assicurare un budget regolare e adeguato per le attività di promozione e sostegno dell'igiene delle mani e per le attività di miglioramento;
- **Ruoli e Capacità:** riconoscere il ruolo dei professionisti incaricati delle attività di igiene delle mani e stimolare il personale a diventare un modello di comportamento;
- **Comunicazione:** oltre alla comunicazione sui progressi e i risultati ottenuti, diffondere il messaggio attraverso altri canali (ad esempio rivista interna, pagine web, eventi);
- **Coinvolgimento dei pazienti:** sviluppare materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori

B) Risultati del monitoraggio del consumo di SIA

Il report è stato ottenuto tramite la richiesta al Gestionale della UOC Farmacia dei consumi in litri delle Soluzioni di Gel idroalcolico erogato alle UU.OO. di degenza dell'Ospedale GB. Grassi e, ai Sistemi Informativi, il numero delle giornate di degenza delle stesse strutture di ricovero. Sulla base del numero di giornate di degenza è stato calcolato il valore atteso. È stato quindi calcolato il valore percentuale del valore dei consumi reali rispetto allo standard atteso.

I° semestre 2025	<i>Compliance rispetto al valore atteso</i>
PEDIATRIA	193%
NEFROLOGIA	109%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	102%
CHIRURGIA GENERALE	79%
UNITA CORONARICA	48%
CARDIOLOGIA	23%
MEDICINA GENERALE	20%
PSICOPATOLOGIA	12%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA *	0%
ANESTESIA E RIANIMAZIONE *	0%

*Consumo scorte di reparto anno precedente

2° semestre 2025	<i>Compliance rispetto al valore atteso</i>
TERAPIA INTENSIVA	309,8%
PEDIATRIA	196,9%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	71,4%
NEFROLOGIA	70,7%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	41,5%
SPDC	32,8%
UNITA' CORONARICA	31,8%
MEDICINA GENERALE	30,3%
CHIRURGIA	29,9%
CARDIOLOGIA	28,6%
NIDO	18,8%

C) Risultati del monitoraggio delle osservazioni della *compliance* dell'igiene delle mani

Sono state eseguite un totale di 225 osservazioni dettagliate nei due semestri come da tabelle seguenti

1° semestre	
	n. osservaz.
Ospedale Grassi	100
PS	9
Area intensiva	6
altro	3
Area medica	48
Area chirurgica	34
Media compliance	93%
Ospedale CPO	36
Media compliance	86%

2° semestre	
	n. osservaz.
Ospedale Grassi	68
PS	8
Area intensiva	7
Area medica	23
Area chirurgica	23
media compliance	94%
Ospedale CPO	21
Media compliance	92%

AZIONI DI MIGLIORAMENTO PER LA PROMOZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI

Il Piano Aziendale di Miglioramento individua e organizza in modo sistematico le azioni volte a rafforzare l'adesione alle corrette pratiche di igiene delle mani, riconosciute come intervento prioritario nella prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). Le strategie adottate sono coerenti con il modello multimodale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e con le disposizioni regionali, nell'ottica del miglioramento continuo della sicurezza e della qualità delle cure.

Il Piano si inserisce nel Programma Aziendale e viene allegato PARS 2026 come richiesto e rappresenta uno degli assi portanti delle politiche di sicurezza delle cure della ASL Roma 3.

SCOPO

Il presente Piano ha lo scopo di:

- programmare e coordinare le azioni aziendali di promozione dell'igiene delle mani per l'anno 2026;
- incrementare l'adesione del personale sanitario alle corrette pratiche secondo i “5 momenti OMS”;
- contribuire alla riduzione delle infezioni correlate all'assistenza;
- consolidare una cultura organizzativa orientata alla sicurezza delle cure.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il Piano si applica a tutte le Unità Operative e Servizi del Presidio Ospedaliero Unico della ASL Roma 3 – ospedale Grassi e Centro Paraplegici / Ostia – ed è rivolto a tutto il personale sanitario, tecnico e di supporto, nonché agli studenti, volontari e operatori di ditte esterne.

RISULTATI DELLE ATTIVITÀ 2025

Nel corso del 2025 è stato attuato un programma strutturato di sorveglianza dell'igiene delle mani mediante osservazione diretta secondo metodologia OMS, effettuata mensilmente da personale sanitario formato afferente al Servizio di Igiene Sanitaria Ospedaliera.

Le osservazioni sono state condotte nel rispetto della privacy degli operatori e dei pazienti, in postazioni che consentissero la visione completa delle opportunità di igiene delle mani. I dati sono stati raccolti in forma anonima, analizzati e diffusi con cadenza trimestrale alla Direzione Medica di Presidio e al Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA).

Parallelamente è stato monitorato il consumo di soluzione alcolica espresso in litri per 1.000 giornate di degenza quale indicatore indiretto di adesione.

“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026”

Nel corso dell'anno sono state inoltre realizzate attività di sensibilizzazione rivolte a operatori e utenti, in particolare in occasione della Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani del 5 maggio 2025, con dimostrazioni pratiche mediante utilizzo di scanner con fluoresceina.

I risultati complessivi hanno evidenziato un progressivo miglioramento dell'adesione, pur con persistenti margini di miglioramento in specifici momenti assistenziali e categorie professionali, orientando la programmazione delle azioni per il 2026.

PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ 2026

Le azioni previste per il 2026 sono finalizzate al consolidamento e al miglioramento continuo delle performance aziendali attraverso l'applicazione integrale della strategia multimodale OMS.

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Obiettivo: garantire la disponibilità continua e l'accessibilità dei presidi per l'igiene delle mani.

Azioni principali:

- approvvigionamento mensile/trimestrale dei prodotti per l'igiene delle mani in diversi formati;
- installazione e manutenzione dei dispenser a parete e sui carrelli;
- monitoraggio periodico dei supporti e delle forniture;
- segnalazione e risoluzione tempestiva delle criticità.

Indicatori:

- percentuale di postazioni assistenziali dotate di dispenser funzionanti (target $\geq 95\%$);
- numero di segnalazioni risolte entro 48 ore.

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

Obiettivo: incrementare le competenze e la consapevolezza degli operatori sanitari.

Azioni principali:

- formazione obbligatoria sull'igiene delle mani per tutto il nuovo personale;
- corsi annuali aziendali sul rischio infettivo;
- verifica periodica delle competenze degli osservatori;
- indagini conoscitive sul livello di conoscenza delle pratiche corrette.

Indicatori:

- copertura formativa nuovo personale (target 100%);
- percentuale di operatori formati annualmente (target $\geq 85\%$).

SEZIONE C – MONITORAGGIO, FEEDBACK E PROMOZIONE

Obiettivo: garantire il miglioramento continuo attraverso sorveglianza sistematica e restituzione dei risultati.

Azioni principali:

- osservazioni dirette mensili in tutte le Unità Operative;
- analisi delle adesioni per momento OMS e categoria professionale;
- produzione di report trimestrali;
- condivisione in sede CCICA e con la Direzione;
- monitoraggio del consumo di soluzione alcolica;
- attività di sensibilizzazione in occasione della Giornata Mondiale 2026;
- diffusione di materiale informativo sulla intranet aziendale.

Indicatori:

- adesione complessiva all'igiene delle mani (target $\geq 85\%$);
- aumento del consumo di soluzione alcolica rispetto al 2025 (+10–15%);
- numero di report prodotti e condivisi.

Il presente Piano di Azione Locale rappresenta uno strumento operativo fondamentale per il rafforzamento delle politiche aziendali di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e per la promozione della sicurezza delle cure. L'attuazione sistematica delle azioni previste, unitamente al monitoraggio continuo degli indicatori di processo e di esito, consentirà di consolidare comportamenti assistenziali appropriati e di migliorare progressivamente la qualità dell'assistenza erogata.

Il Piano si configura pertanto come parte integrante delle strategie aziendali di governo clinico e di gestione del rischio sanitario per l'anno 2026.

RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA

- Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani. Determinazione Regione Lazio G02044 26/2/2021.
- Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). Determinazione Regione Lazio G16501 28/11/2022
- World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005. Geneva WHO 2005:1–27.
- World Health Organization 2009. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care 2009.
- World Health Organization. Hand Hygiene Technical Reference Manual 2009.
- WHO: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy: 2009
- Tartari E, Kilpatrick C, Allegranzi B, Pittet D. WHO SAVE LIVES: Clean Your Hands campaign. Lancet Infect Dis 2022;22:577–9. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00211-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00211-0).
- Allegranzi B, Pittet D. Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. Journal of Hospital Infection 2009;73:305–15. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2009.04.019>.