

PARS 2026

Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario

CLINICA VILLA PIA

Panoramica S.r.l.

Via B. Ramazzini, 93 – 00151 Roma

	Redazione	Verifica	Approvazione
Data	27/02/2026	27/02/2026	27/02/2026
Funzione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Amministratore Unico
Firma	Dott. Roberto Ferappi	Dott. Diamante Pacchiarini	Sig.ra Daniela Bottari
			

INDICE

1	PREMESSA	3
1.1	Contesto organizzativo	3
1.2	Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	5
1.3	Descrizione della posizione assicurativa	5
1.4	Resoconto delle attività precedenti	5
2	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS	7
3	OBIETTIVI STRATEGICI	7
4	MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS	11
5	RIFERIMENTI NORMATIVI	12
6	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	13

1 PREMESSA

1.1 Contesto organizzativo

Il presente PARS si riferisce alla struttura sanitaria denominata “Clinica Villa Pia”, situata in via B. Ramazzini n. 93 – 00151 Roma e gestita dalla Panoramica S.r.l. con Socio Unico.

La struttura insiste nel territorio dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 3, che svolge la propria attività in un territorio di circa 500 kmq, con un bacino di utenza di oltre 600.000 abitanti. In particolare, la Clinica Villa Pia si trova nell’ambito del XII municipio, che conta circa 142.000 abitanti.

La struttura risulta autorizzata e accreditata con DCA 237/2018, determinazione G04848 del 26/04/2021 Reg. Lazio n. G08916 del 27/06/2023, Determinazione G09724 del 25/07/2025; La struttura è inoltre autorizzata con DCA 41/2019 per la PMA.

Tabella 1 – Presentazione dei dati di attività aggregati

DATI STRUTTURALI (A)			
Estensione territoriale	500 km ²	Popolazione residente	600.000
Distretti sanitari	4	Presidi Ospedalieri Pubblici	4
Posti letto ordinari	189	Medicina	59
		Chirurgia	39
		Ginecologia	7
		Urologia	13
		Cardiologia	3
		Ortopedia	5
		Chirurgia Plastica	2
		Otorinolaringoiatria	2
		Chirurgia Vascolare	2
Lungodegenza M. P.A.	48		
Posti letto diurni	9	Servizi Trasfusionali	1 esterno A.O. San Camillo
Blocchi Operatori	2	Sale Operatorie	6+ 1 sala chirurgica
Terapie Intensive	N.A. (Nuovi posti letto T.I. in fase d'autorizzazione)	UTIC	N.A.
Centri di Dialisi	2	n. reni artificiali	34
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI (A)			
Ricoveri ordinari	3.448	Ricoveri diurni	773

	LDG= 494 ACUTI: 2954		
Accessi PS	NA	Neonati o parti	NA
Branche specialistiche	43 +2 centri dialisi+ Rx, TC, RM e Laboratorio	Prestazioni ambulatoriali erogate	

Ai sensi del DCA 237/2018, DCA 41/2019, determinazione G04848 del 26/04/2021 Reg. Lazio n. G08916 del 27/06/2023, Determinazione G09724 del 25/07/2025; I dati sono aggiornati al 22/02/2026.

Tabella 2 – Presentazione dei dati di attività aggregati per singolo Presidio

DATI DI ATTIVITÀ PER SINGOLO PRESIDIO (A)			
Posti letto ordinari	189	Medicina	59
		Chirurgia	39
		Ginecologia	7
		Urologia	13
		Cardiologia	3
		Ortopedia	5
		Chirurgia Plastica	2
		Otorinolaringoiatria	2
		Chirurgia Vascolare	2
		Lungodegenza M. P.A.	48
Posti letto diurni	9	Servizi Trasfusionali	1 esterno A.O. San Camillo
Numero Blocchi Operatori	2	Numero Sale Operatorie	6
Numero ricoveri ordinari	LDG= 494 ACUTI: 2954	Numero ricoveri diurni	773
Numero accessi PS	N.A.	Numero neonati o parti	N.A.
Ambulatori	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio • Radiologia • TC e RM • 43 branche specialistiche + 2 centri di Dialisi 	Prestazioni ambulatoriali erogate	89.521

Ai sensi del DCA 237/2018, DCA 41/2019, determinazione G04848 del 26/04/2021 Reg. Lazio n. G08916 del 27/06/2023, Determinazione G09724 del 25/07/2025; I dati sono aggiornati al 22/02/2026.

1.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Tabella 4 – Eventi segnalati nel 2025 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ^(B)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss^(A)	0	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/Comunicazione (0%)	Strutturali (0%) Tecnologiche (0%) Organizzative (0%) Procedure/Comunicazione (0%)	Sistemi di reporting (100%) Sinistri (0%) Emovigilanza (0%) Farmacovig. (0%) Dispositivovig. (0%) ICA (0%) Ecc.
Eventi Avversi^(A)	0			
Eventi Sentinella^(A)	0			

(A): riportare le definizioni secondo il glossario del Ministero della Salute o come nota alla tabella o all'interno della narrativa.

(B): I fattori causali/contribuenti fanno ovviamente riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi. Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi si rimanda al documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" adottato con Determinazione n. G12355 del 25 ottobre 2016 e disponibile sul *cloud* regionale.

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

Anno	N. Sinistri ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2021	4	0
2022	7	0
2023	9	0
2024	7	3
2025	4	2

(A): vanno 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.).

1.3 Descrizione della posizione assicurativa

La Panoramica srl, che gestisce la Clinica Villa Pia, fin dal 2011 ha previsto lo stanziamento di fondi per la gestione diretta di sinistri assicurativi come indicato nella nota integrativa al bilancio al 31/12/2024 approvato in data 16/05/2025.

1.4 Resoconto delle attività precedenti

OBIETTIVO A) PARS: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività 1	Realizzata	Stato di attuazione
1. Corso di formazione sulla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico	SI	Attestati- verbali di formazione

OBIETTIVO B) PARS:

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

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
2. Monitoraggio con studio di prevalenza e incidenza delle infezioni delle ferite chirurgiche	si	Verbale CCICA
3. Corso di aggiornamento / formazione sul corretto utilizzo dell'Incident Reporting- rischio clinico	SI	Attestati- verbali di formazione
4. Corso di formazione sulle corrette modalità di notifica (up date per aggiornamenti normativi)	In corso	In corso

OBIETTIVO C) PARS:

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

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
5. Revisione e consolidamento procedure su prevenzione e gestione infezioni sito chirurgico	Si	Procedura aggiornata

OBIETTIVO D) PARS:

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

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
6. Corso di aggiornamento sulla prevenzione e gestione infezioni sito chirurgico	SI	Attestati- verbali di formazione
7. Up date corso di formazione degli operatori sanitari medici mirata sulla stewardship antibiotica	In corso	In corso

OBIETTIVO E) PARS:

Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
8. Definizione e monitoraggio Piano di Intervento igiene delle mani	SI	Adesione al cronoprogramma regionale

OBIETTIVO F) PARS:

Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
9. Indagine di prevalenza sulle principali ICA	SI	Report dati 2025
10. Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica (SIA) secondo standard OMS	SI	Report dati 2025

2 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

Di seguito l'esempio di una possibile matrice delle responsabilità, modificabile sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati:

Azione	Risk Manager	Direttore Generale	Direttore Sanitario
Redazione PARS e proposta di deliberazione	R	C	C
Adozione PARS con deliberazione	I	C/R	R
Monitoraggio PARS	R	I	C

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

3 OBIETTIVI STRATEGICI

Gli obiettivi strategici che l'azienda intende perseguire coerentemente con la mission aziendale, non legati alla gestione del rischio infettivo sono i seguenti:

- 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 monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

Gli obiettivi legati alla gestione del rischio infettivo invece sono i seguenti:

- D) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.
- E) 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 da raggiungere entro il 31.12.26 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi
- F) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE), in aderenza e attuazione a quanto previsto nel Piano attuativo regionale per il contrasto all'antibiotico resistenza (PARCA -2026-2028).

ATTIVITÀ
OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

ATTIVITÀ 1 – Corso di formazione sulla corretta tenuta della documentazione sanitaria – (appropriatezza e congruità)

INDICATORE

Corso di formazione entro il 31.01.27

STANDARD

PRUO

FONTE

Team Clinical Risk Management e Direzione Sanitaria

Azione	Clinical Risk manager	Direzione Sanitaria
Progettazione corso	R	R
Esecuzione corso	R	R

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

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

ATTIVITÀ 2 – Aggiornamento Procedura Gestione Rischio Clinico

INDICATORE

Procedura Gestione Rischio Clinico aggiornata entro il 31.01.27

STANDARD

Aggiornamento Procedura Gestione Rischio Clinico

FONTE

Team Risk Management e Direzione Sanitaria

Azione	Risk manager	Direzione sanitaria
Revisione procedura	R	R
Approvazione procedura	C	R

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

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

ATTIVITÀ 3 – Corso di formazione sull'antibiotico terapia – resistenza antibiotici- monitoraggio consumo antibiotici

Corso di formazione entro il 31.01.27

STANDARD

Numero totale di operatori sanitari che hanno partecipato > al 65%

FONTE

Team Risk Management e Direzione Sanitaria

Azione	Risk manager	Direzione sanitaria
Progettazione delle sessioni formative	R	R
Esecuzione del corso	C	R

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

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

ATTIVITÀ 4 – Corso di formazione sulle corrette modalità di notifica (up date per aggiornamenti normativi)

INDICATORE

Esecuzione corso entro il 31.01.2027

(PNCAR e PRP 21 – 25)

STANDARD

Numero totale di operatori medico che hanno partecipato > al 65%

FONTE

Team Risk Management e Direzione Sanitaria

Azione	Risk manager	Direzione sanitaria
Progettazione delle sessioni formative	R	C
Esecuzione del corso	R	C

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

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

ATTIVITÀ 5 – Revisione e consolidamento procedure su prevenzione e gestione infezioni da Clostridium

INDICATORE

Aggiornamento documento entro il 31.01.27

STANDARD

Secondo indicazioni Linee guida delle società scientifiche di riferimento

FONTE

Team Risk Management e Direzione Sanitaria

Azione	Risk manager	Direzione sanitario
Revisione procedura	R	R
Approvazione procedura	C	R

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

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

ATTIVITÀ 6 – Corso di aggiornamento sulla prevenzione e gestione infezioni da Clostridium

INDICATORE

Esecuzione corso entro il 31.01.2027

STANDARD

Diffusione /formazione del 65% degli operatori sanitari

FONTE Team Risk Management e Direzione Sanitaria		
Azione	Risk manager	Direzione sanitario
Progettazione delle sessioni formative	R	C
Esecuzione del corso	R	C

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

OBIETTIVO D) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.		
ATTIVITÀ 7 – Up date corso di formazione degli operatori sanitari medici mirata sulla stewardship antibiotica		
INDICATORE Esecuzione corso entro il 31.01.2027 (PNCAR e PRP 21-25)		
STANDARD Diffusione /formazione del 65% degli operatori medici		
FONTE Team Risk Management e Direzione Sanitaria		
Azione	Risk manager	Direzione sanitario
Progettazione delle sessioni formative	R	C
Esecuzione del corso	R	C

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

OBIETTIVO E) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani		
ATTIVITÀ 8 - Definizione e monitoraggio Piano di Intervento igiene delle mani		
INDICATORE Esecuzione attività da cronoprogramma con verifica entro 31/01/2027		
STANDARD Documento regionale: adesione al cronoprogramma regionale		
FONTE Direzione Sanitaria e Risk Manager		
Azione	Risk manager	Direzione sanitario
Progettazione delle sessioni formative	R	C
Esecuzione del corso	R	C

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

OBIETTIVO F) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e		
---	--	--

monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

ATTIVITÀ 9- Indagine di prevalenza sulle principali ICA

INDICATORE

Esecuzione del report dati 2026 raccolti entro il 31/01/2027

STANDARD

Tabella

FONTE

Team Risk Management e Direzione Sanitaria

Azione	Risk manager	Direzione sanitario
Raccolta dati indagine ICA	R	C

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

OBIETTIVO F) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

ATTIVITÀ 10 – Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica (SIA) secondo standard OMS

INDICATORE

Esecuzione di report

STANDARD

Report

FONTE

Team Risk Management e Direzione Sanitaria

Azione	Risk manager	Direzione sanitario
Raccolta dati	R	C
Elaborazione report	R	C

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

4 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

In questa sezione andranno elencate le modalità con cui il documento verrà diffuso a livello della struttura. Ricordando che **la pubblicazione sul sito internet della struttura è obbligatoria**, si elencano altre modalità di diffusione del documento, a mero titolo di esempio:

- trasmissione del PARS ai responsabili medici, ai coordinatori e a tutte le funzioni della struttura;
- presentazione del PARS a tutti gli operatori in occasione degli eventi formativi;
- pubblicazione del PARS su intranet.

5 RIFERIMENTI NORMATIVI

In questa sezione andranno elencati i riferimenti alla normativa regionale e nazionale, nonché quelli scientifici, inerenti alla gestione del rischio clinico. Se ne elencano alcuni a mero titolo di esempio:

- Nota regionale numero U 0037825 del 15/01/2026
- Nota regionale numero U 0091714 del 22.01.24.
- Nota regionale numero U 00124752 del 02.02.23.
- Determinazione Regione Lazio G00643 del 25.01.22 - Adozione documento indirizzo per elaborazione Piano Annuale Gestione Rischio Sanitario (PARS) - Pubblicazione sul BURL n. 11 del 01.02.2022.
- Comunicazioni relative all'elaborazione del PARM 2021 trasmesso con Nota Regionale n. U0884417 del 15.10.2020
- Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio del 4 Novembre del 2016 n. U00328 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"
- Nota regione Lazio U. 0884417 del 15.10.20
- Determinazione della Regione Lazio n° G04112 del 1/04/ 2014 – Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di Risk management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)"
- Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12355, Regione Lazio "Approvazione del documento recante Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella".
- Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio del 21 ottobre del 2016 n. 15848 "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie.
- Legge 8 marzo 2017, n. 24
- D. Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
- D.P.R. 14/01/97 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"
- D. Lgs. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- D. Lgs. 254/00 "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari"
- D. Lgs. 81/08 "Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro."
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità"
- Circolare Ministeriale n.52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
- DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995
- Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento
- PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena
- PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria

- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008
- Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"
- DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private
- Libro bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013"
- Determinazione Regione Lazio n. G01226 del 02/02/18.

6 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

In questa sezione andranno elencati i riferimenti bibliografici e sitografici consultati per la redazione del documento. Se ne elencano alcuni a mero titolo di esempio:

- 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"
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997
- Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del 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
- Legge 24/2017 Gelli /Bianco
- Sorveglianza del consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani in ambito ospedaliero (CSIA): <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza/ica/sorveglianza-consumo-soluzione-idroalcolica-igiene-mani>
- WHO HAND Hygiene Self-Assessment Framwork(HSAF) 2010.
- Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani (adottato con Det. N G02044 del 26/2/2021
- D.Lgs. 19/06/2025 n. 102
- Decreto 15/12/2023 N. 232
- Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella – luglio 2024
- Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi (adottato con DGR n. 460 del 28/06/2024)
- Piano Attuativo Regionale per il contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PARCA 2026-2028) adottato con Det. N. G17673 del 23/12/2025).



PANORAMICA S.R.L. - CASA DI CURA VILLA PIA

VIA BERNARDINO RAMAZZINI, 93 - 00151- ROMA (RM)

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

ELABORATO AI SENSI DELLA DGR LAZIO N. 460/2024

DATA 27 GENNAIO 2026 -- REV. 00

APPROVATO DA

Direttore Sanitario

Presidente CCICA

Risk Manager

RSPP



SOMMARIO

Introduzione	3
1 Costituzione del Team per la prevenzione e il controllo della legionellosi	3
1.1 Matrice delle responsabilità	3
2 Sistema documentale e tracciabilità delle attività.....	4
3 Valutazione del rischio legionellosi	4
4 Misure di prevenzione e controllo	5
5 Monitoraggio operativo e verifica dell'efficacia	5
6 Piano di miglioramento e gestione delle non conformità.....	5
7 Formazione, informazione e sensibilizzazione del personale	6
8 Pianificazione annuale delle attività di controllo	6
8.1 Controlli gestionali e impiantistici.....	6
8.2 Verifica documentale e riesame.....	10
8.3 Formazione e informazione	10



Introduzione

Il presente documento costituisce parte integrante del sistema di gestione del rischio clinico della Struttura Sanitaria ed è redatto in conformità alla DGR Lazio 460/2024.

Il Programma è trasmesso come allegato al Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario (PARS) secondo le modalità previste.

1 Costituzione del Team per la prevenzione e il controllo della legionellosi

La Direzione della Struttura Sanitaria istituisce formalmente un Gruppo di Lavoro multidisciplinare per la prevenzione e il controllo della legionellosi, integrato nel sistema di gestione del rischio clinico e operante in raccordo con il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA).

Il Gruppo di Lavoro è composto da figure con competenze sanitarie, tecniche e organizzative, tra cui il Direttore Sanitario o suo delegato, il referente del CCICA, il Risk Manager, il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, il Medico Competente, il Responsabile della Gestione Patrimoniale, il Responsabile del Laboratorio e i referenti delle aree cliniche a maggiore rischio.

Il Gruppo di Lavoro ha il compito di pianificare, attuare, monitorare e riesaminare il presente Programma, nonché di valutare gli esiti delle attività di controllo e di proporre eventuali azioni correttive o di miglioramento. Il Gruppo si riunisce con periodicità almeno annuale e, comunque, ogni qualvolta si rendano necessarie valutazioni straordinarie a seguito di eventi sentinella, modifiche impiantistiche o criticità rilevate.

1.1 Matrice delle responsabilità

La gestione del rischio legionellosi è così articolata:

Attività	Direzione Sanitaria	CCICA	Servizio Manutenzione	RSPP	Risk Manager	Laboratorio incaricato ai monitoraggi
Approvazione Programma	R	C	C	C	C	I
Valutazione del rischio	C	C	R	R	C	I
Manutenzione impianti	I	I	R	C	I	I
Campionamenti	I	C	R	I	I	R
Gestione positività	R	C	C	C	C	C



Attività	Direzione Sanitaria	CCICA	Servizio Manutenzione	RSPP	Risk Manager	Laboratorio incaricato ai monitoraggi
Riesame annuale	R	R	C	C	C	I
Formazione	R	C	I	R	C	I

Legenda:

R = Responsabile

C = Coinvolto

I = Informato

2 Sistema documentale e tracciabilità delle attività

La Struttura Sanitaria garantisce l'istituzione e il mantenimento di un sistema documentale strutturato, dedicato alla gestione del rischio legionellosi e integrato nella documentazione aziendale per la sicurezza e il rischio clinico.

Il sistema documentale comprende la valutazione del rischio legionellosi, il presente Programma di controllo, i registri delle attività di manutenzione e controllo, i rapporti di prova delle analisi microbiologiche, i verbali delle riunioni del Gruppo di Lavoro e del CCICA, nonché la documentazione relativa alla formazione del personale e alle azioni correttive intraprese.

Tutta la documentazione è aggiornata, datata, firmata dai responsabili competenti e resa prontamente disponibile in caso di verifiche da parte degli organi di vigilanza.

3 Valutazione del rischio legionellosi

La valutazione del rischio legionellosi costituisce parte integrante del presente Programma ed è effettuata secondo le Linee Guida nazionali e regionali vigenti, tenendo conto delle specificità strutturali, impiantistiche e assistenziali della Struttura Sanitaria.

La valutazione comprende l'analisi dell'intera rete idrico-sanitaria e degli eventuali impianti aeraulici, l'individuazione dei punti critici (serbatoi, accumuli, terminali), la verifica delle modalità di utilizzo dell'acqua negli impianti della struttura e la valutazione della tipologia di pazienti assistiti, con particolare riferimento ai soggetti fragili o immunocompromessi.

La valutazione del rischio è effettuata quale documento specifico di rischio in allegato al DVR della Struttura ed è riesaminata con periodicità almeno annuale, nonché ogni qualvolta intervengano modifiche impiantistiche rilevanti, variazioni nella destinazione d'uso degli ambienti o in caso di sospetto o conferma di casi di legionellosi.



4 Misure di prevenzione e controllo

Sulla base degli esiti della valutazione del rischio, la Struttura Sanitaria attua un insieme coordinato di misure di prevenzione e controllo finalizzate a limitare la proliferazione e la diffusione di *Legionella* spp.

In particolare, è assicurato il mantenimento delle condizioni di esercizio degli impianti idrico-sanitari, con controllo delle temperature dell'acqua calda e fredda ai punti d'uso, la riduzione dei ristagni idrici mediante flussaggi programmati dei terminali, la pulizia e disinfezione periodica di serbatoi e accumuli, nonché la corretta gestione e manutenzione degli impianti aerulici e di climatizzazione.

Nei reparti che ospitano pazienti a maggiore suscettibilità al rischio infettivo sono adottate misure di attenzione rafforzate, anche mediante limitazioni temporanee dell'uso di docce o terminali qualora emergano criticità.

5 Monitoraggio operativo e verifica dell'efficacia

La Struttura Sanitaria attua un monitoraggio operativo continuativo finalizzato a verificare la corretta applicazione e l'efficacia delle misure di prevenzione e controllo previste dal presente Programma.

Il monitoraggio comprende controlli periodici dei parametri di esercizio degli impianti idrico-sanitari, la verifica della regolare esecuzione delle attività di manutenzione e flussaggio, nonché l'esecuzione di campionamenti microbiologici programmati dell'acqua, con frequenza definita in funzione del livello di rischio e con particolare attenzione alle aree assistenziali più sensibili.

Gli esiti dei controlli e delle analisi sono registrati e periodicamente riesaminati dal Gruppo di Lavoro e dal CCICA. Eventuali scostamenti dai parametri attesi o risultati microbiologici non conformi comportano l'attivazione tempestiva delle procedure di gestione delle non conformità e l'adozione delle necessarie azioni correttive, con successiva verifica della loro efficacia.

6 Piano di miglioramento e gestione delle non conformità

Sulla base degli esiti della valutazione del rischio e del monitoraggio operativo, il Gruppo di Lavoro definisce e aggiorna un Piano di Miglioramento, finalizzato al progressivo incremento dei livelli di sicurezza degli impianti e dei processi gestionali.



Il Piano può prevedere interventi di adeguamento impiantistico, la revisione delle procedure operative, l'incremento della frequenza dei controlli in specifiche aree, nonché azioni formative mirate. Le azioni correttive sono pianificate, assegnate a responsabili individuati e monitorate fino alla verifica documentata della loro efficacia.

7 Formazione, informazione e sensibilizzazione del personale

La Struttura Sanitaria garantisce un programma strutturato di formazione e informazione in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro all'interno del quale, affrontando il rischio biologico, vengono condivise anche le procedure di prevenzione e controllo della legionellosi, rivolte al personale sanitario, tecnico e di supporto, con particolare attenzione agli operatori dei reparti a maggiore rischio.

La formazione riguarda i principi di prevenzione della legionellosi, le corrette pratiche di utilizzo dell'acqua in ambito assistenziale, la gestione degli impianti e le procedure da adottare in caso di criticità o positività microbiologica. Le procedure vengono valutate ed aggiornate periodicamente e nel caso in cui emergano necessità, a seguito dei risultati di campionamento o in caso di sospetto o conferma di casi di legionellosi, nuovamente condivise con i lavoratori appartenenti alle aree interessate.

8 Pianificazione annuale delle attività di controllo

Le attività di controllo previste dal presente Programma sono pianificate secondo un cronoprogramma annuale, che definisce frequenze, responsabilità e modalità operative per i controlli impiantistici, il monitoraggio microbiologico, il riesame documentale e le attività formative.

Il rispetto del cronoprogramma è oggetto di verifica da parte del Gruppo di Lavoro; eventuali scostamenti sono analizzati e gestiti nell'ambito del sistema di gestione delle non conformità, al fine di garantire la continuità e l'efficacia del Programma.

8.1 Controlli gestionali e impiantistici

INTERVENTO	FREQUENZA
Flussaggio adduzioni idriche	OGNI 3 GIORNI
Pulizia e decontaminazione dei serbatoi di accumulo idrico AF	ANNUALE
Pulizia rompigetto	IN FUNZIONE DELL'UTILIZZO E DELL'OCCUPAZIONE



INTERVENTO	FREQUENZA
Decontaminazione rompigetto	ANNUALE
Sostituzione rompigetto	A NECESSITÀ
Pulizia e decontaminazione soffioni doccia e tubi in gomma normalmente non in pressione	IN FUNZIONE DELL'UTILIZZO E DELL'OCCUPAZIONE
Sostituzione soffioni doccia e tubi in gomma normalmente non in pressione	A NECESSITÀ
Verifica temperatura di esercizio ACS	MENSILE
Analisi Batteriologiche	ANNUALE

* la frequenza dei campionamenti potrà essere aumentata in funzione degli esiti dei risultati dei monitoraggi svolti e delle azioni richieste degli Enti di controllo.

Componente/Descrizione intervento	Misure da prendere	Frequenza prevista da scheda informativa
UTA, RECUPERATORI DI CALORE E VENTILATORI DI IMMISSIONE		
<i>Prese d'aria esterne e griglie di espulsione</i>		
Pulizia o riparazione intesa come intervento per riportare il/i componenti a condizioni stabilite di operatività;		ANNUALE
Controllo, sanificazione (pulizia, disinfezione, sterilizzazione, disinfestazione) e sostituzione se necessario.		ANNUALE
<i>Filtri e sezione filtrante</i>		
Controllo dello stato di efficienza.		MENSILE
<u>Sostituzione dei filtri nel rispetto delle indicazioni fornite dal produttore o pulizia a fondo di quelli rigenerabili</u>		
Primo stadio – a celle;	pulizia	MENSILE
Secondo Stadio – a tasche;	verifica	MENSILE



Componente/Descrizione intervento	Misure da prendere	Frequenza prevista da scheda informativa
Terzo Stadio – assoluti;	verifica	TRIMESTRALE
Primo stadio – a celle;	sostituzione	ANNUALE o al bisogno
Secondo Stadio – a tasche;	sostituzione	ANNUALE o al bisogno
Terzo Stadio – assoluti;	sostituzione	ANNUALE o al bisogno
Controllo della sezione filtrante e delle condizioni igieniche.		MENSILE
<i>Batterie di scambio termico</i>		
Eliminazione aria dalle batterie;	Manutenzione	TRMESTRALE
Ispezioni di Valutazione dello stato di conservazione e presenza di sporcizia, contaminazione microbiologica, incrostazioni corrosione o rotture e delle condizioni igieniche;	verifica	SEMESTRALE
Ispezione delle batterie fredde, delle vasche di raccolta e dei separatori di gocce (contaminazione, corrosione, funzionamento);	pulizia ed eventuale riparazione	SEMESTRALE
Test funzionale sifoni;		SEMESTRALE
Pulizia delle vasche e dei separatori di gocce;		SEMESTRALE
Ispezione delle superfici alettate e delle vaschette di raccolta della condensa;		non prevista; attuata dalla struttura SEMESTRALE
Verifica della presenza di eventuali ristagni.		non prevista; attuata dalla struttura MENSILE
<i>Ventilatori</i>		



Componente/Descrizione intervento	Misure da prendere	Frequenza prevista da scheda informativa
Ispezione periodica dei motori e dei ventilatori e riparazione di eventuali danneggiamenti o mal funzionamenti.	Pulizia e correzioni	SEMESTRALE
IMPIANTI		
<i>Condotte dell'aria</i>		
Valutazione delle serrande, dei leverismi.	Lubrificazione/Riparazione/sostituzione	non prevista; attuata dalla struttura SEMESTRALE
<i>Terminali di mandata dell'aria</i>		
Valutazioni delle condizioni igieniche, la presenza di sporcizia, di residui fibrosi, di accumuli di polvere, di tracce di sporco sulle pareti immediatamente circostanti.	Pulizia	non prevista; attuata dalla struttura TRIMESTRALE
<i>Presa aria esterna</i>		
Pulizia della griglia di Presa Aria Esterna – PAE	Pulizia	SEMESTRALE
<i>Unità di trattamento aria</i>		
Verifica e controllo di tutte le parti delle unità, come riportato in precedenza per i vari elementi (ventilatori, batterie di scambio termico, vaschette di raccolta condensa).		In funzione delle attività TRIMESTRALE o SEMESTRALE
CONDIZIONATORI A PARETE E A SOFFITTO (CASSETTE)		
<i>Apparecchi terminali quali condizionatori a parete e a soffitto (cassette)</i>		
Pulizia dei locali di installazione;	Pulizia	non prevista; attuata dalla struttura MENSILE



Componente/Descrizione intervento	Misure da prendere	Frequenza prevista da scheda informativa
Pulizia di: filtro, batteria, carcassa, vaschetta di condensa, ventola Controllo dell'operatività funzionale degli apparecchi e dei componenti interni;	Pulizia e Verifica	non prevista; attuata dalla struttura MENSILE
CONDIZIONATORI CANALIZZATI		
<i>Apparecchi terminali quali condizionatori canalizzati</i>		
Pulizia dei locali di installazione;	Pulizia	non prevista; attuata dalla struttura SEMESTRALE
Pulizia di: filtro, batteria, carcassa, vaschetta di condensa, ventola Controllo dell'operatività funzionale degli apparecchi e dei componenti interni;	Pulizia e Verifica	non prevista; attuata dalla struttura MENSILE

* Frequenza definita in base alla valutazione del rischio.

8.2 Verifica documentale e riesame

Attività	Frequenza	Responsabile	Output
Riesame valutazione del rischio	Annuale	Gruppo di Lavoro	Documento aggiornato
Riesame esiti monitoraggi	Annuale	CCICA	Verbale CCICA
Aggiornamento Programma controllo	Annuale	Direzione Sanitaria	Piano di campionamento
Verifica chiusura azioni correttive	Straordinaria	Direzione Sanitaria, Risk Manager, RSPP	Stato azioni

8.3 Formazione e informazione

Attività	Frequenza	Destinatari	Responsabile
Formazione personale sanitario	Quinquennale	Operatori sanitari	Direzione Sanitaria, Direzione, Ufficio del Personale e RSPP
Informazione nuovi assunti	All'ingresso	Tutto il personale	Direzione, Ufficio del Personale e RSPP
Aggiornamento in caso di evento	Straordinaria	Aree coinvolte	Direzione sanitaria, Direzione, Ufficio del personale e RSPP