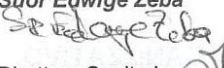
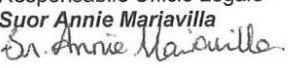
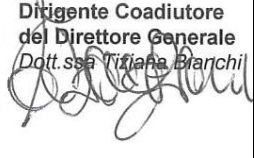


OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
		PIANO
DATA	28/02/2026	TITOLO PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)
REVISIONE	4	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev	
PAGINA	1 di 35	

1. MATRICE DELLE REVISIONI

REV	DATA	DESCRIZIONE	ELABORATO	VERIFICATO	APPROVATO
0	23/02/22	Prima Emissione	Risk manager Dott. Danilo Celleno	Direttore Amministrativo Suor Edwige Zeba Direttore Sanitario Dott.ssa Santina Medaglini Responsabile Ufficio Legale Suor Annie Mariavilla Responsabile Ufficio Qualità Giuseppe Amici	Dirigente Coadiutore del Direttore Generale Dott.ssa Tiziana Bianchi
1	05/02/2023	Seconda Emissione	Risk manager Dott. Danilo Celleno	Direttore Amministrativo Suor Edwige Zeba Direttore Sanitario Dott. Andrea Ianni Responsabile Ufficio Legale Suor Annie Mariavilla Responsabile Ufficio Qualità Giuseppe Amici	Dirigente Coadiutore del Direttore Generale Dott.ssa Tiziana Bianchi
2	19/02/24	Terza emissione	Risk Manager Dott. Danilo Celleno 	Direttore Amministrativo Suor Edwige Zeba  Direttore Sanitario Dott. Andrea Ianni  Responsabile Ufficio Legale Suor Annie Mariavilla 	Dirigente Coadiutore del Direttore Generale Dott.ssa Tiziana Bianchi 
3	2025	Quarta emissione	Risk manager Dott. Danilo Celleno	Direttore Amministrativo Suor Edwige Zeba Direttore Sanitario Dott. Andrea Ianni Responsabile Ufficio Legale Suor Annie Mariavilla	Dirigente Coadiutore del Direttore Generale Dott.ssa Tiziana Bianchi

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	2 di 35		

4	28/02/2026	Quinta emissione	Risk manager Dott.ssa Ilaria Stanca	Direttore Amministrativo Suor Edwige Zeba Direttore Sanitario Dott.Andrea Ianni Responsabile Ufficio Legale Suor Annie Mariavilla	Direttore Generale Dott. Stefano Regondi
---	------------	------------------	---	---	--

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	3 di 35		

2. INTRODUZIONE

Secondo quanto previsto dal Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS), la sua elaborazione, associata all'effettiva implementazione delle attività in esso previste, rappresenta un'evidenza documentale utilizzabile dai competenti uffici aziendali e regionali per la verifica dell'ottemperanza ai requisiti di autorizzazione e accreditamento della Regione Lazio in materia di gestione del rischio sanitario.

3. OBIETTIVI

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario, promuovendo un approccio sistemico alla sicurezza delle cure attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo assistenziale, con il fine ultimo del miglioramento della qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti e degli operatori.
- Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, anche attraverso la promozione di interventi mirati al contenimento degli eventi avversi, in conformità al Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS).
- Diffondere una cultura organizzativa orientata al miglioramento della qualità, alla sicurezza di pazienti e operatori e alla valorizzazione dell'errore come opportunità di apprendimento, secondo i principi della "non colpevolezza".
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR).
- Concorrere al perseguimento della mission aziendale, promuovendo elevati standard di qualità e sicurezza delle prestazioni sanitarie.

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Piano si applica a tutto il personale, a qualsiasi titolo operante presso l'Ospedale Madre Giuseppina Vannini e riguarda tutte le attività assistenziali e organizzative finalizzate alla tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori.

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	4 di 35		

5. SOGGETTI COINVOLTI

Sono coinvolti, per quanto di rispettiva competenza, i seguenti soggetti:

- Procuratore Generale
- Direttore Generale
- Direttore Amministrativo
- Direttore Sanitario
- Risk Manager
- Responsabile dell'Ufficio Legale
- Direttori delle UU.OO.CC.
- Responsabili delle UU.OO.SS.
- Coordinatori dei reparti clinici e dei servizi
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)
- Responsabile dell'Ufficio Qualità
- Coordinatore del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)

6. TERMINI ED ACRONIMI

- ABHR: Alcohol-based hand rub (soluzione idroalcolica per igiene delle mani)
- CCICA: Comitato per la prevenzione e il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza
- CSIA: Sorveglianza del Consumo di Soluzione Idroalcolica (per igiene delle mani)
- CVC: Catetere Venoso Centrale
- CZA-R: Resistenza a ceftazidime/avibactam
- CVS: Comitato Valutazione Sinistri
- DDD: Defined Daily Dose (dose giornaliera definita)
- DEA: Dipartimento di Emergenza e Accettazione
- ICA: Infezioni Correlate all'Assistenza
- MDR: Multi-Drug Resistant (microrganismi multiresistenti)
- MDRO: Microrganismi multi-resistenti (organismi a resistenza multipla)
- Meropenem-R: Resistenza a meropenem
- NTS: Non Technical Skills (competenze non tecniche)
- OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità
- PARS: Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario
- PNCAR: Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza
- PRP: Piano Regionale della Prevenzione
- PS: Pronto Soccorso
- QTA: Quantità (movimentata/erogata – export Farmacia)

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	5 di 35		

- RM: Risk Management / Gestione del Rischio
- RSI: Sensibile / Intermedio / Resistente (pattern di sensibilità antibiotica)
- RSPP: Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
- SEA: Significant Event Audit
- UTIC: Unità di Terapia Intensiva Coronarica
- UU.OO.CC.: Unità Operative Complesse
- UU.OO.SS.: Unità Operative Semplici

7. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Ospedale Madre Giuseppina Vannini è una struttura ospedaliera accreditata con il Servizio Sanitario Regionale che eroga prestazioni sanitarie in regime di ricovero ordinario, day hospital e attività ambulatoriale specialistica.

La struttura è dotata di un Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (DEA) di I livello, che garantisce la gestione delle urgenze ed emergenze sanitarie attraverso un'organizzazione multidisciplinare integrata.

L'Ospedale comprende un Dipartimento di Scienze Chirurgiche, nell'ambito del quale sono attive le principali discipline chirurgiche, tra cui Chirurgia Generale, Urologia, Ortopedia e Ginecologia.

È inoltre presente un Punto Nascita di I livello, dotato di posti letto dedicati alla patologia neonatale, che assicura l'assistenza alla gravidanza, al parto e al neonato secondo gli standard assistenziali previsti dalla normativa vigente.

L'organizzazione assistenziale si articola in Unità Operative Complesse afferenti alle principali aree cliniche e dei servizi, tra cui Medicina Generale, Medicina d'Urgenza, Cardiologia, Chirurgia Generale, Ginecologia e Ostetricia, Ortopedia, Urologia, Anestesia e Rianimazione, nonché le unità dei servizi diagnostici, tra cui Radiodiagnostica per Immagini e Laboratorio Analisi e Patologia Clinica.

La struttura è inoltre dotata di blocco operatorio, unità di terapia intensiva, servizi diagnostici e ambulatoriali, e garantisce la presa in carico globale del paziente attraverso l'integrazione tra le diverse articolazioni organizzative e professionali.

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	6 di 35		

Tabella 1 – Presentazione dei dati di attività Ospedale Madre Giuseppina Vannini -IFSC

Ospedale Madre Giuseppina Vannini			
DATI STRUTTURALI			
Posti letto 227 (a cui aggiungere n°. 8 posti-letto OBI)		Medicina Generale	53
		Medicina d'Urgenza	19
		Cardiologia	18 (+ n°. 4 posti-letto Reparto Week)
		Chirurgia Generale - Urologia	36 + 10
		Ortopedia e Traumatologia	18 (+ n°. 1 posto-letto autorizzato, Solv.)
		Ostetricia e Ginecologia	25
		Nido	18
		Patologia Neonatale	2
Posti letto diurni	Tipologia	Day Hospital Multispecialistico (con Oncologia)	13 (+ 3 posti-letto DH Cardiologia)
		Day Surgery	9
Blocchi Operatori	1 Blocco Operatorio + 1 Blocco Parto (con Camera Operatoria per Ostetricia)	Sale Operatorie	n°. 3: in Blocco Operatorio + n°. 1: in Blocco Parto n°. 1 PC1 (Sala Chirurgia Amb.)
Rete Emergenza - Hub	1 (Emodinamica) Rete Cardiologica		
Terapia Intensiva	1 (8 p.l.)	UTIC	1 (9 p.l.)
DATI DI ATTIVITÀ^(A)			
Ricoveri ordinari	n. 7522	Ricoveri diurni (day surgery + day hospital)	n. 1508 (1324 + 184)
DEA I livello – n°. accessi PS	n. 34.265	n°. totale parti	n. 481
Branche specialistiche	n. 19	Prestazioni ambulatoriali erogate (esclusi esami di laboratorio)	n. 97.178 (SSN) + n. 17.469 (in regime di solvenza, varia tipologia)
Interventi chirurgici^(B)	n. 4317	Procedure di emodinamica	n. 1261
		Procedure di Radiologia Interventistica	n. 586

^(A) (Dati UO ICT - aggiornati a febbraio 2026)

^(B) Interv. Chirurgici (tipologie principali): colecistectomia n. 210; interv. protesi di anca: n. 113; prostatectomia: n. 199

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	7 di 35		

8. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Il presente capitolo riporta l'analisi degli eventi avversi verificatisi presso l'Ospedale Madre Giuseppina Vannini, con particolare riferimento alle cadute dei pazienti e ai sinistri da responsabilità medico-sanitaria, al fine di monitorare il livello di rischio aziendale e individuare eventuali aree di miglioramento.

8.1 CADUTE

Nel 2025 sono state registrate 113 cadute complessive, di cui 96 in degenza e 17 in Pronto Soccorso.

Considerando le giornate di degenza 2025 (somma reparti = 54.965), il tasso di cadute in degenza risulta pari a 1,75 cadute/1.000 giornate di degenza ($96/54.965 \times 1.000$).

In termini di casistica, la popolazione interessata è prevalentemente anziana (età media 76,9; mediana 79; range 28–94) e a prevalenza maschile.

La distribuzione per fascia oraria mostra un lieve incremento nella fascia notturna (20–08) (43,4%), coerente con le evidenze regionali che indicano una quota maggiore di eventi nel turno notturno.

La quasi totalità delle cadute avviene in stanza di degenza e in bagno, con modalità prevalenti “dal letto” e “da posizione eretta”.

Gli esiti risultano nel complesso favorevoli: 95,6% con nessun danno o danno lieve, 4,4% con danno moderato, 0% severi o morte.

Sul piano assistenziale, tutte le cadute determinano valutazione medica e oltre metà richiede diagnostica per immagini (TC e/o RX), evidenziando un impatto organizzativo significativo anche quando l'esito è lieve.

Considerando l'andamento nel tempo, dal PARS 2025 (tabella “andamento cadute ultimi 7 anni”) risultano: 2016: 76, 2017: 65, 2018: 66, 2019: 82, 2020: 56, 2021: 74, 2022: 64, 2023: 83, 2024: 69.

Confrontando il dato 2025 (113 cadute) con gli anni precedenti si osserva un incremento numerico. È opportuno interpretare tale variazione con cautela, distinguendo tra possibile incremento reale e/o aumento della sensibilità di rilevazione (incident reporting più completo).

Per ciò che riguarda gli esiti delle cadute, nel report elaborato dal Centro Regionale del Rischio Clinico e relativo ai dati inerenti le strutture sanitarie della regione Lazio per l'anno 2024 (n=6.956 cadute), la classificazione regionale riporta: nessun danno 52%, danno lieve 39%, danno moderato 8%, danno severo 1%, morte 0%.

L'Ospedale Madre Giuseppina Vannini nel 2025 mostra: nessun danno 46%, lieve 49,6%, moderato 4,4%, severo/morte 0%. Rispetto al benchmark regionale, l'Ospedale Madre

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	8 di 35		

Giuseppina Vannini presenta una quota maggiore di “lieve” e minore di “moderato”, con assenza di severi/morte. Ciò suggerisce un profilo di gravità complessivamente favorevole; tuttavia, la differenza tra “nessuno” e “lieve” può risentire della variabilità di classificazione locale.

Per ciò che attiene il luogo di accadimento, il CRRC riporta, in ambito ospedaliero: reparto 71%, bagni 16%, spazi comuni 8%, ambulatori 2%, spazi esterni 1%, altro 2%. L'Ospedale M.G. Vannini (2025) risulta parimenti concentrato sulla stanza di degenza (85%) e sovrapponibile sul bagno (14,2%), indicando come aree prioritarie gli interventi su mobilitazione/trasferimenti letto–bagno e prevenzione delle “exit attempt” dal letto.

Nel 2025, la presenza di spondine laterali al letto risulta documentata in 56 casi su 113 (49,6%), mentre in 57 casi (50,4%) il dato non risulta riportato in scheda. Nell'analisi qualitativa dei campi a testo libero della scheda, in 21 casi su 113 (18,6%) è riportato che il paziente tentava di scavalcare o ha scavalcato le spondine. Tale dinamica è tipicamente associata a pazienti fragili (es. disorientamento e/o deficit neurocognitivo, agitazione, ridotta consapevolezza del rischio) e identifica un sottogruppo di eventi potenzialmente a maggiore rischio traumatico.

Tutti i risultati sono dettagliatamente rappresentati nelle tabelle di seguito.

Tabella 2 – Cadute anno 2025 (n=113) – Sintesi distribuzioni (sesso, età, UO, luogo, modalità, motivo)

Sezione	Voce	N	%
Sesso	M	71	62,8%
	F	42	37,2%
Età (anni)	0–50	7	6,2%
	51–70	20	17,7%
	71–90	78	69,0%
	>91	8	7,1%
Unità Operativa	Medicina	48	42,5%
	PS	17	15,0%
	Chirurgia	14	12,4%
	Medicina d'Urgenza	10	8,8%
	Urologia	8	7,1%
	Cardiologia	7	6,2%

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	9 di 35		

	Ortopedia	6	5,3%
	UTIC	3	2,7%
Luogo	Stanza di degenza	96	85,0%
	Bagno	16	14,2%
	Corridoio	1	0,9%
Modalità	Caduto dal letto	51	45,1%
	Caduto dalla posizione eretta	42	37,2%
	Caduto da seduto	20	17,7%
Motivo	Perdita di equilibrio	47	41,6%
	Perdita di forza	24	21,2%
	Ignoto	23	20,4%
	ND	11	9,7%
	Perdita di coscienza	8	7,1%

Tabella 3 – Cadute anno 2025 (n=113) – Prestazioni successive ed esito

Sezione	Voce	N	%
Prestazioni successive	Visita medica	113	100,0%
	TC	49	43,4%
	RX	31	27,4%
	TC e/o RX (almeno una)	61	54,0%
	Medicazione ferita	14	12,4%
	Punti di sutura	5	4,4%
Esito	Nessun danno	52	46,0%
	Danno lieve	56	49,6%
	Danno moderato	5	4,4%
	Danno severo	0	0,0%
	Morte	0	0,0%

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	10 di 35		

8.2 SINISTRI DA RESPONSABILITÀ MEDICO-SANITARIA

Con deliberazione del Direttore Generale, nel 2018 è stato istituito il Comitato Valutazione Sinistri (CVS), che si riunisce con cadenza mensile. Il Comitato effettua annualmente la ricognizione, l'analisi e l'aggiornamento della sinistrosità aziendale, con serie storica ricostruita a partire dal 2014.

Nel presente paragrafo si riportano i dati consuntivi relativi all'anno 2025, con confronto rispetto agli anni precedenti e, ove possibile, con benchmark di riferimento. A tal fine, viene utilizzato anche il Report MedMal (Marsh), rapporto annuale di mercato che raccoglie e analizza i dati di medical malpractice (frequenza dei sinistri, tipologie di evento, aree cliniche più coinvolte, dinamiche di gestione e, ove disponibili, impatti economici) su un ampio campione di strutture sanitarie italiane. Il confronto con tali evidenze consente di contestualizzare l'andamento aziendale e orientare le priorità di prevenzione e le azioni di miglioramento, tenendo conto delle differenze di casistica, volumi e criteri di classificazione tra i diversi contesti.

Nel 2025 l'Ospedale Madre Giuseppina Vannini ha registrato n. 14 sinistri per anno di denuncia; il dato risulta in aumento rispetto al 2024 (n. 12) e al 2023 (n. 8), ma si colloca comunque su valori inferiori rispetto al periodo 2014–2017 (range 22–25 sinistri/anno).

In una lettura di trend, la serie storica 2014–2025 evidenzia una riduzione progressiva fino al minimo del 2023 e una successiva risalita nel biennio 2024–2025 (12→14), da monitorare nei prossimi esercizi (Figura 1)

Alla data di dicembre 2025, le pratiche complessivamente censite risultano n. 201. La distribuzione per stato/tipologia di gestione è la seguente: senza seguito 31% (n. 63), stragiudiziali/extragiudiziali 27% (n. 55), in giudizio 16% (n. 32), chiuse con transazione 19% (n. 38), chiuse con sentenza 3% (n. 6) e archiviate 3% (n. 7) (Figura 2).

La presenza di una quota rilevante di pratiche "senza seguito" è coerente con quanto osservato a livello nazionale nel Report MedMal, che sottolinea come tali pratiche, pur non comportando esborso, generino comunque impatto organizzativo e assorbimento di risorse interne.

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	11 di 35		

Figura 1 – Numero di sinistri per anno di denuncia: trend storico (2014–2025)

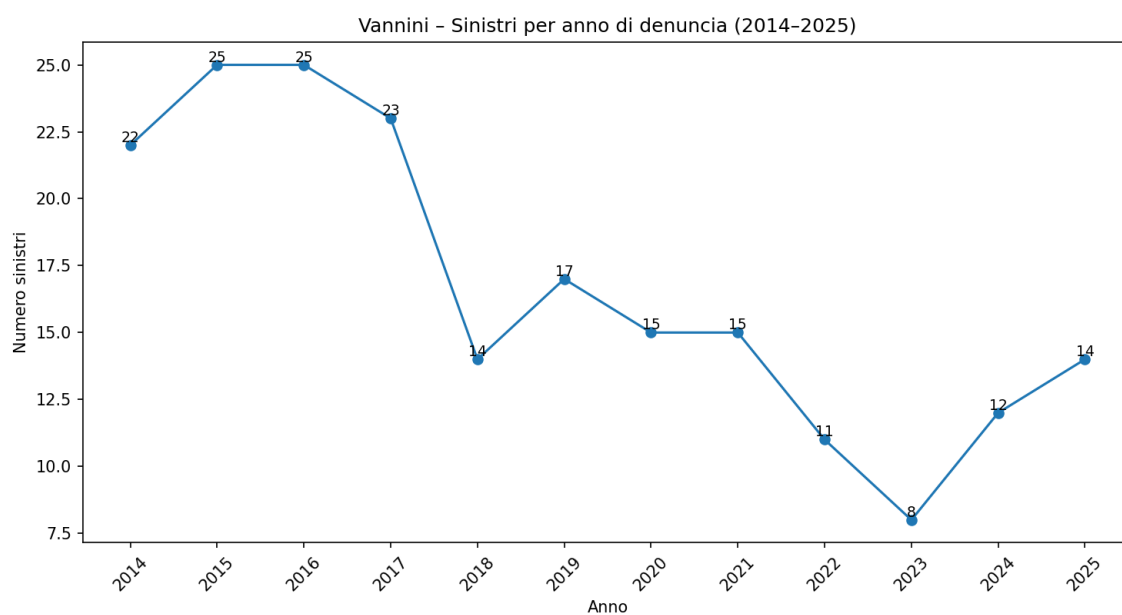
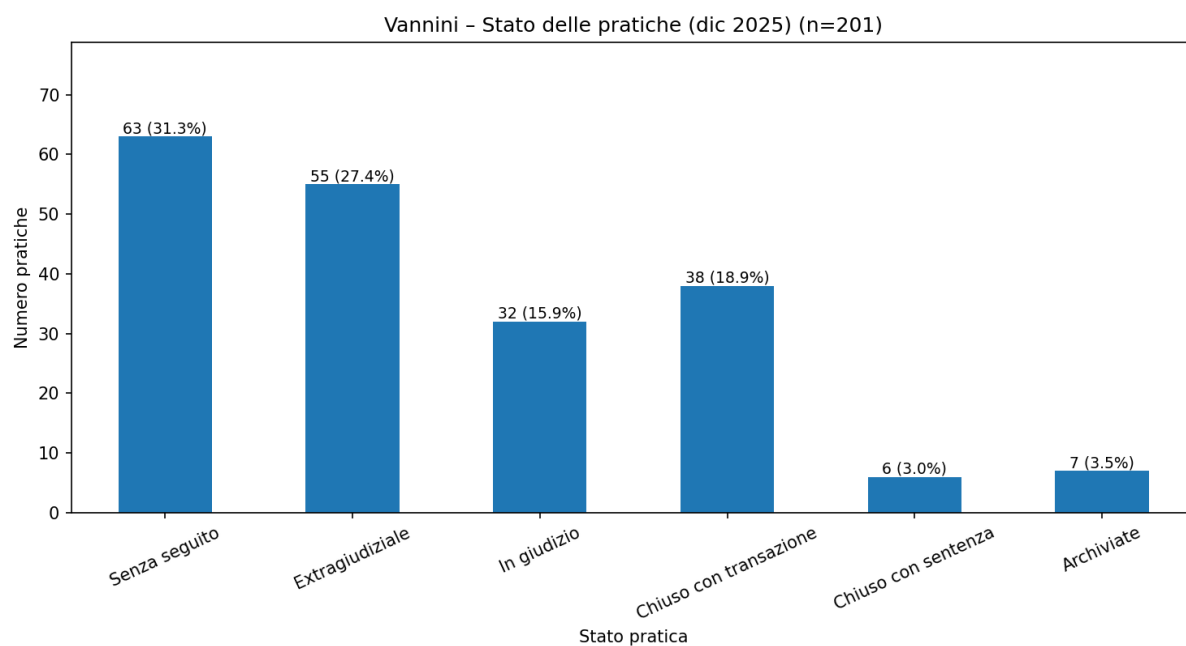


Figura 2 – Stato delle pratiche di sinistri al 31/12/2025 (n=201)



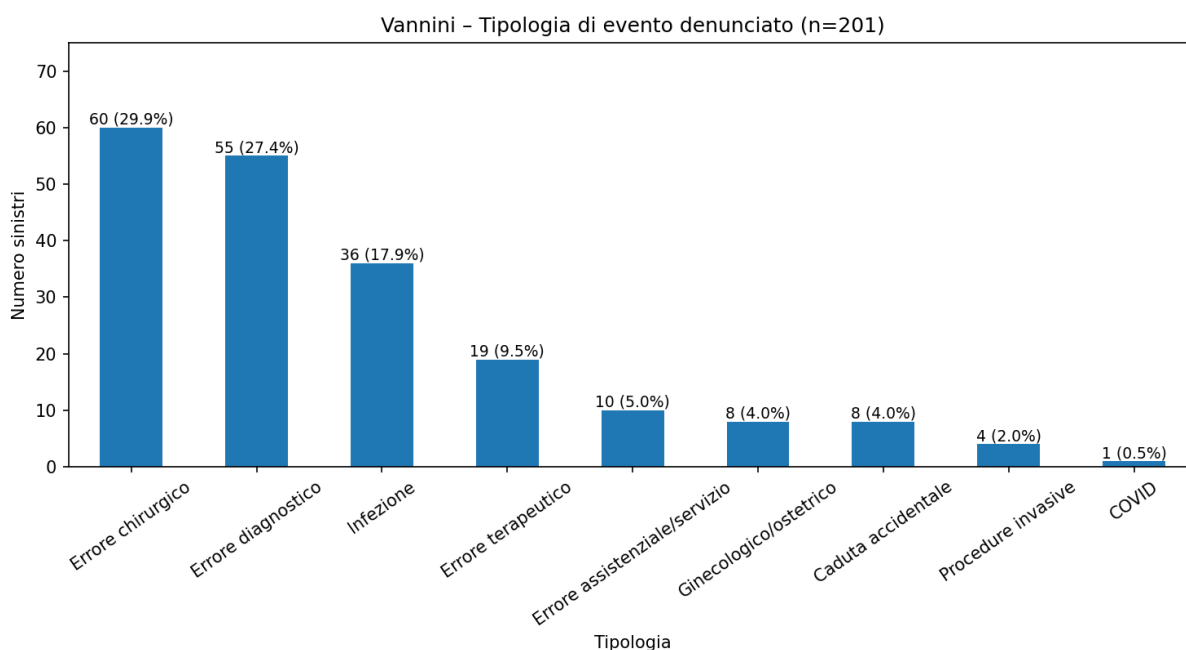
OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	12 di 35		

Tipologie di evento denunciato e aree a maggiore esposizione

Nel campione complessivo dell'Ospedale Madre Giuseppina Vannini (n. 201) le principali tipologie di evento denunciato risultano: errore chirurgico 30% (n. 60), errore diagnostico 27% (n. 55), infezione 18% (n. 36), errore terapeutico 9% (n. 19), seguiti da errore assistenziale/di servizio 5% (n. 10), eventi ginecologico-ostetrici 4% (n. 8), cadute accidentali 4% (n. 8), procedure invasive 2% (n. 4) e COVID 1% (n. 1) (Figura 3)

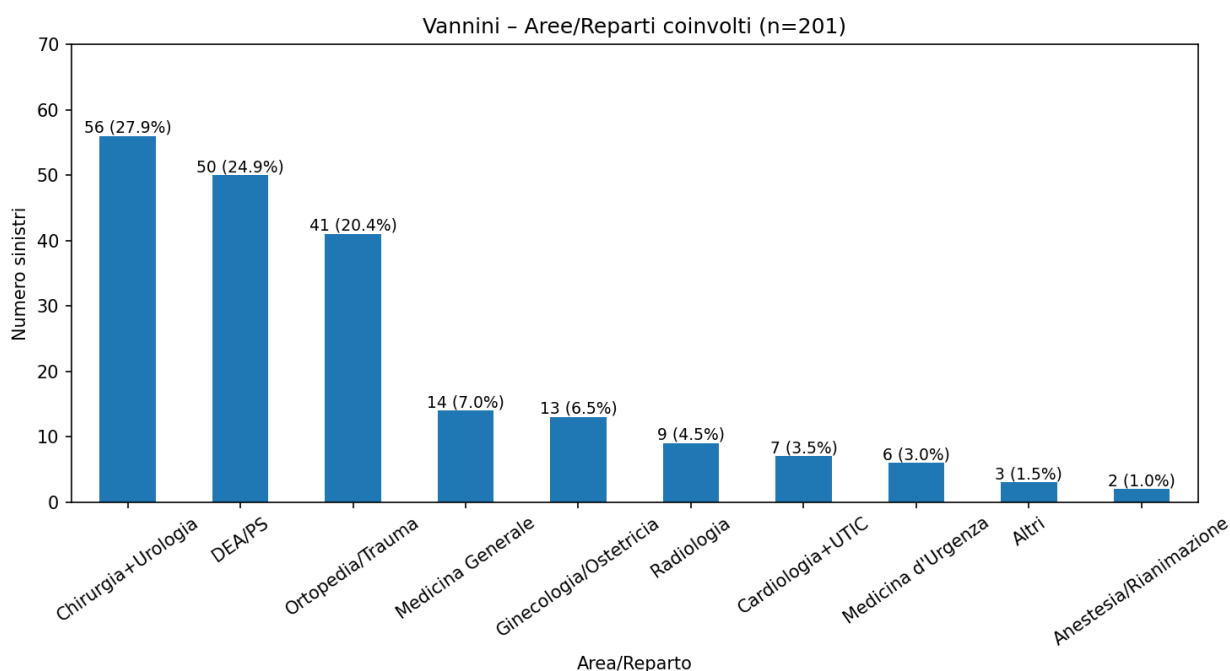
Le aree/reparti maggiormente rappresentati in termini di numerosità di sinistri sono: Chirurgia e Urologia 28% (n. 56), DEA/Pronto Soccorso 25% (n. 50) e Ortopedia e Traumatologia 20% (n. 41) (Figura 4).

Figura 3 – Distribuzione dei sinistri per tipologia di evento (n=201)



OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	13 di 35		

Figura 4 – Aree e reparti maggiormente coinvolti nei sinistri (n=201)



Confronto con benchmark nazionale “Report MedMal”

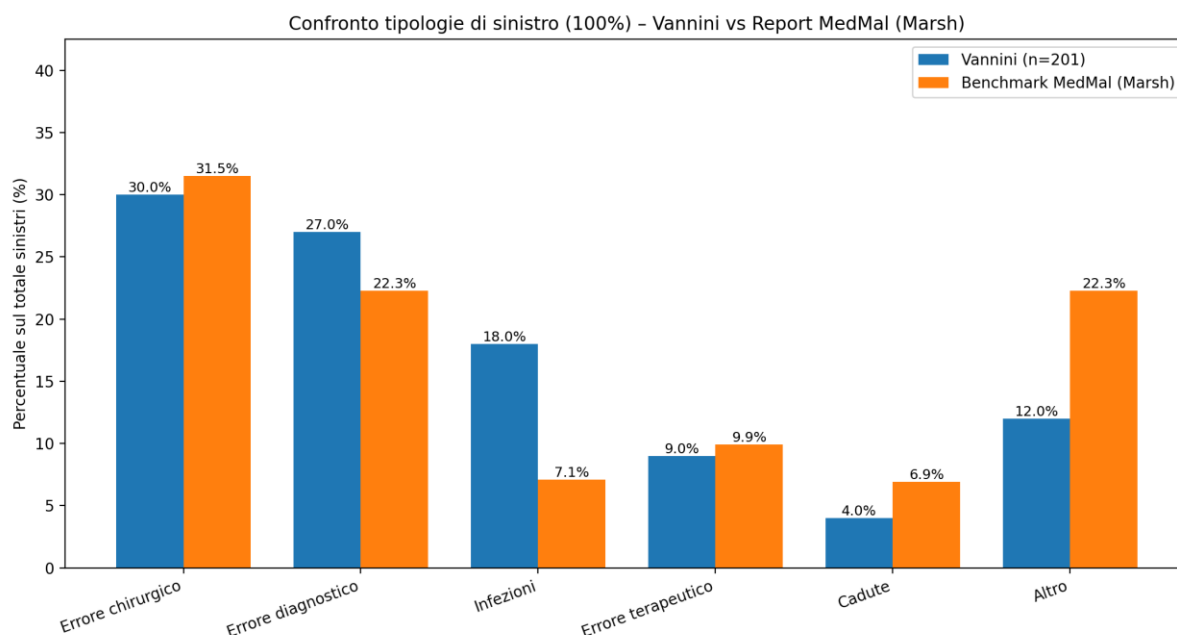
Il Report MedMal è, come detto, uno studio annuale elaborato da Marsh che analizza l’andamento del rischio da medical malpractice su un campione di aziende sanitarie pubbliche e private, con finalità di benchmark e supporto alle politiche di risk management.

Nel campione del Report MedMal, le tipologie di evento più frequenti risultano errore chirurgico (31,5%), errore diagnostico (22,3%), errore terapeutico (9,9%), seguiti da infezioni (7,1%) e cadute accidentali (6,9%).

Rispetto a tale benchmark, la distribuzione del Vannini appare sostanzialmente sovrapponibile sulle prime due categorie (chirurgico/diagnostico), mentre evidenzia una incidenza relativamente più alta del cluster “infezioni” (18% vs ~7% nel campione MedMal) e una incidenza più bassa delle cadute (4% vs ~6,9%). Questo elemento indirizza le priorità di prevenzione e verifica clinica-organizzativa, in coerenza con le linee regionali sulla gestione del rischio infettivo e con gli approfondimenti nazionali dedicati alle ICA.

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	14 di 35		

Figura 5 – Confronto della distribuzione dei sinistri per tipologia di evento: Vannini vs Report MedMal 2025 (Marsh)



Impatto economico (indicatori di sintesi)

In termini economici, stando ai dati aggiornati a dicembre 2025 gli importi totali pagati risultano maggiormente concentrati su errore chirurgico (€ 2.461.199) e infezioni (€ 2.051.916), seguiti da errore diagnostico (€ 430.736) e errore terapeutico (€ 120.314,13) (con valori minori per errore procedurale invasivo ed errore assistenziale).

Tali evidenze confermano che, anche a fronte di frequenze non elevate, alcune categorie di evento possono determinare un impatto economico significativo, rendendo strategica l'integrazione tra analisi dei sinistri, audit clinici e piani di miglioramento mirati.

9. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Per il periodo 2019–2025 la Struttura non risulta coperta da polizza assicurativa RCT/RCO/RC sanitaria, adottando un regime di autogestione della responsabilità medico-sanitaria. Pertanto, l'onere economico dei sinistri è integralmente a carico della Struttura (franchigia/SIR pari al 100% del danno). Per il supporto tecnico-amministrativo, è confermato il servizio di brokeraggio/assistenza alla gestione sinistri affidato a SIGMA Studi Assicurativi Srl (Silea – TV), limitatamente all'assistenza nella gestione dei sinistri.

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
REVISIONE	4		
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	15 di 35		

Tabella 4 – Posizione assicurativa RCT/RCO e RC sanitaria (2019–2025)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Polizza (scadenza)	Nessuna (autogestione)	Nessuna (autogestione)	Nessuna (autogestione)	Nessuna (autogestione)	Nessuna (autogestione)	Nessuna (autogestione)	Nessuna (autogestione)
Compagnia	Nessuna	Nessuna	Nessuna	Nessuna	Nessuna	Nessuna	Nessuna
Premio (€)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Franchigia/SIR	100% del danno a carico dell'assicurato	100% del danno a carico dell'assicurato	100% del danno a carico dell'assicurato	100% del danno a carico dell'assicurato	100% del danno a carico dell'assicurato	100% del danno a carico dell'assicurato	100% del danno a carico dell'assicurato
Brokeraggio/assistenza gestione sinistri	SIGMA Studi Assicurativi Srl (Silea – TV) – limitatamente al servizio di assistenza gestione sinistri	SIGMA Studi Assicurativi Srl (Silea – TV) – limitatamente al servizio di assistenza gestione sinistri	SIGMA Studi Assicurativi Srl (Silea – TV) – limitatamente al servizio di assistenza gestione sinistri	SIGMA Studi Assicurativi Srl (Silea – TV) – limitatamente al servizio di assistenza gestione sinistri	SIGMA Studi Assicurativi Srl (Silea – TV) – limitatamente al servizio di assistenza gestione sinistri	SIGMA Studi Assicurativi Srl (Silea – TV) – limitatamente al servizio di assistenza gestione sinistri	SIGMA Studi Assicurativi Srl (Silea – TV) – limitatamente al servizio di assistenza gestione sinistri

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	16 di 35		

10. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Nel corso del 2025 sono state attuate le principali attività previste dal PARS 2025 finalizzate alla diffusione della cultura della sicurezza delle cure e al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa.

In particolare, la Direzione Sanitaria ha promosso percorsi formativi strutturati, tra cui il corso multiprofessionale “Standard igienico-sanitari: prevenzione nelle cure” (7 edizioni, aprile – giugno 2025), di taglio multiprofessionale, finalizzato a rafforzare l'applicazione degli standard igienico-sanitari e dei requisiti di accreditamento nelle attività assistenziali, evidenziandone le ricadute operative nei diversi setting (reparti e servizi) e il contributo integrato delle diverse figure professionali alla qualità e sicurezza delle cure.

È stato inoltre realizzato il corso “Cure pulite e sicure in azione”, rivolto al personale medico, che viene ricondotto all'Obiettivo A – “Diffondere la cultura della sicurezza delle cure” in quanto finalizzato a potenziare competenze trasversali ad alto impatto sulla sicurezza: riconoscimento precoce di condizioni tempo-dipendenti, appropriatezza decisionale e terapeutica, standardizzazione dei comportamenti clinico-assistenziali e allineamento alle procedure rilevanti ai fini dell'accreditamento. Tali elementi contribuiscono direttamente alla prevenzione di eventi avversi correlati all'assistenza (in particolare ritardi diagnostico-terapeutici e inappropriatazza terapeutica), promuovendo una cultura professionale orientata a tracciabilità e miglioramento continuo. Il dettaglio dei contenuti specifici inerenti la prevenzione e gestione delle ICA viene riportato nella sezione dedicata alla gestione del rischio infettivo, al fine di evitare duplicazioni.

È stata inoltre erogata formazione di sistema sulla qualità (“La norma ISO 9001:2015 in sanità”).

L'attività formativa specifica sulle lesioni da pressione non è stata ripetuta nel 2025 in quanto già svolta nel 2024 ed è stata rinviata in attesa dell'aggiornamento della procedura aziendale in recepimento del nuovo documento di indirizzo del CRRC Lazio.

Per quanto riguarda le riunioni interdisciplinari tra UOC, l'attività non risulta rendicontabile per assenza di verbali disponibili; nel 2026 verrà implementato un sistema di tracciabilità (calendario e verbali standardizzati con archiviazione centralizzata) per garantire evidenza documentale.

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	17 di 35		

Tabella 5 – Resoconto delle attività del piano precedente

Obiettivo A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: Corso di formazione sul rischio ed infettivo	Sì	Corso “Cure pulite e sicure in azione”
Attività 2: Corso di formazione su gestione dell’igiene e sicurezza in assistenza	Sì	Corso “Standard igienico – sanitari”
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	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: Corso di formazione sulla qualità delle cure	Sì	Corso “La norma ISO 9001:2015 in sanità”
Attività 2: Corso di formazione su gestione e prevenzione delle lesioni da pressione in assistenza	NO	Formazione specifica svolta nel 2024 (evento già rendicontato nel PARS precedente). Nel 2025 non ripetuto poiché la procedura aziendale è in corso di aggiornamento per recepire il nuovo documento di indirizzo del CRRC Lazio.
Obiettivo C: 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
Attività 1: Implementare delle riunioni interdisciplinari tra UOC	parziale	L’attività di riunioni interdisciplinari tra UOC non è stata rendicontata nel 2025 per assenza di verbali disponibili. Nel 2026 verrà implementato un sistema di tracciabilità (calendario e verbali standardizzati con archiviazione centralizzata) per garantire evidenza documentale.

Audit interni Ufficio Qualità (anno 2025)

Nel corso del 2025 l’Ufficio Qualità ha effettuato un programma strutturato di audit interni, formalizzati mediante verbale, presso Unità Operative e Servizi aziendali (totale n. 27 audit; cfr. Tabella 6). Gli audit hanno avuto la finalità di verificare la conformità dei processi organizzativi e

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	18 di 35		

assistenziali rispetto a procedure e requisiti applicabili, nonché di supportare il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure.

Gli esiti degli audit sono stati classificati secondo la metodologia adottata in “non conformità maggiori”, “non conformità minori” e “opportunità di miglioramento”. Le azioni correttive e di miglioramento indicate nei verbali sono state assegnate alle strutture competenti e vengono monitorate nei successivi cicli di verifica.

Tabella 6 – Audit interni eseguiti dall’Ufficio Qualità con verbale (anno 2025)

Area / Unità Operativa / Servizio	Data audit
Ufficio Personale	09/04/2025
Ufficio Ricoveri	24/04/2025
Medicina Generale	21/03/2025
Anestesia e Rianimazione	26/03/2025
Radiologia	04/04/2025
Servizi Sociali e Bed Management	21/05/2025
Istologia	08/05/2025
Deposito preliminare rifiuti	07/05/2025
Sicurezza sul lavoro	09/05/2025
Ginecologia e Ostetricia	09/06/2025
Nido e Neonatologia	09/06/2025
Ambulatorio	18/06/2025
Ortopedia	03/07/2025
Chirurgia	22/07/2025
Urologia	22/07/2025
Ingegneria clinica	20/08/2025
Farmacia	27/08/2025
Endoscopia	08/09/2025
Ufficio Formazione	10/09/2025
Blocco operatorio	19/09/2025
Laboratorio Analisi	17/09/2025

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	19 di 35		

Cardiologia con UTIC ed Emodinamica	23/09/2025
Medicina d'Urgenza	24/09/2025
Ufficio Tecnico	25/09/2025
Servizio ristorazione/cucina	26/09/2025
Pronto Soccorso	27/09/2025
Ufficio Legale	23/12/2025

10.1 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Sorveglianza del consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani in ambito ospedaliero

L'igiene delle mani è riconosciuta come una delle misure più efficaci per prevenire la trasmissione di microrganismi in ambito sanitario e ridurre le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA). In tale ambito, l'uso di soluzione idroalcolica (alcohol-based hand rub, ABHR) rappresenta un indicatore indiretto utile a monitorare l'implementazione delle buone pratiche e a orientare interventi di miglioramento.

A livello nazionale, l'ISS ha strutturato la sorveglianza del consumo di soluzione idroalcolica (CSIA) e ha pubblicato un protocollo aggiornato (versione 13 settembre 2024), con raccolta e analisi periodica dei dati e produzione di report annuali. A livello regionale, la Regione Lazio ha promosso programmi e piani di azione locali per l'igiene delle mani, basati su approccio multimodale (formazione, monitoraggio, feedback, comunicazione e commitment organizzativo), in coerenza con le indicazioni OMS.

L'indicatore comunemente utilizzato è il consumo di soluzione idroalcolica espresso in litri per 1.000 giornate/paziente (o giornate di degenza). Come riferimento, l'OMS include, tra gli indicatori di implementazione, il valore soglia di ≥ 20 L/1.000 giornate/paziente nell'ambito dei propri strumenti di autovalutazione.

Sono state revisionate le procedure interne per la gestione dei dati, insieme alla Direzione Amministrativa, al fine di garantire un aggiornamento della raccolta e messa a disposizione dei suddetti dati; in corso le verifiche di stabilità e di affidabilità dei dati (ref. Direzione Amministrativa). Per l'anno 2025 il dato riepilogativo, per l'Ospedale MG Vannini (incluso Poli-Ambulatorio di Via Arce) è pari a 11.3 L/1000 giornate di degenza: è avviato il progetto di adeguamento, capillarmente esteso ad ogni UO e Reparto/Servizio, per il miglioramento conseguente. In tale ambito, viene programmato l'approfondimento per l'analisi del dato per singola UO, Reparto e Servizio.

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	20 di 35		

Sorveglianza microbiologica delle ICA

La sorveglianza microbiologica supporta il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) monitorando sia indicatori di infezione invasiva (emocolture) sia la circolazione di microrganismi a profilo multiresistente (MDR) e "alert" attraverso i pattern di sensibilità agli antibiotici (RSI: Sensibile/Intermedio/Resistente). Questo tipo di sorveglianza non coincide con il conteggio delle ICA, ma costituisce un "termometro" del rischio infettivo e della pressione selettiva antibiotica, orientando azioni di prevenzione, isolamento e antimicrobial stewardship.

Nel 2025 risultano eseguite n. 3.403 emocolture, con n.898 positive ($\approx 26,4\%$) e n. 2.505 negative (Figura 6).

L'indicatore è utile per monitorare batteriemie e sepsi (eventi ad alto impatto clinico), ma la positività non è automaticamente riconducibile a ICA, poiché può includere pazienti che accedono già con infezione/sepsi di comunità o proveniente da altri contesti assistenziali; pertanto l'interpretazione richiede integrazione con timing rispetto al ricovero e valutazione clinico-assistenziale dei casi. A confronto, nel PARS 2025 per il 1° semestre 2024 erano riportate n. 1.867 emocolture con n. 488 positive ($\approx 26,1\%$): pur con differenza di periodo (semestre vs anno), la percentuale appare complessivamente sovrapponibile.

Sul versante dell'antimicrobico-resistenza, nel 2024 il PARS 2025 riportava n. 22.700 test microbiologici e n. 3.302 microrganismi MDR ($\approx 14,54\%$), con maggiore incidenza attribuita ad *Acinetobacter baumannii*, *Escherichia coli* e *Klebsiella pneumoniae* spp, seguiti da *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa*.

Nel 2025, il report RSI conferma la rilevanza dei patogeni ospedalieri principali e documenta profili di resistenza clinicamente significativi, tra cui: *Acinetobacter baumannii* con elevata resistenza ai carbapenemi (es. Meropenem R $\approx 98\%$) e *Pseudomonas aeruginosa* con resistenze non trascurabili verso antibiotici di uso frequente (es. Meropenem e Piperacillina/Tazobactam).

Nel 2025 sono inoltre disponibili due indicatori sentinella ad alta criticità (Figura 7): (i) il focus su Enterobatteriacee resistenti a Ceftazidime/Avibactam, con 111 isolati complessivi nel periodo (prevalentemente *Klebsiella pneumoniae* ssp *pneumoniae*, Figura 7b), e (ii) il focus su emocolture con Meropenem=R, con 38 isolati filtrati (principalmente *Klebsiella pneumoniae* ssp *pneumoniae*, Figura 7a). Tali evidenze, pur necessitando di contestualizzazione clinica caso per caso (comunitario vs correlato all'assistenza), supportano la programmazione di azioni integrate con CCICA e Direzione Sanitaria: tracciabilità per setting/reparto, verifica di eventuali cluster, rafforzamento delle precauzioni e feedback di stewardship.

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	21 di 35		

Figura 6 – Emocolture 2025: esiti (positive vs negative) (n=3.403)

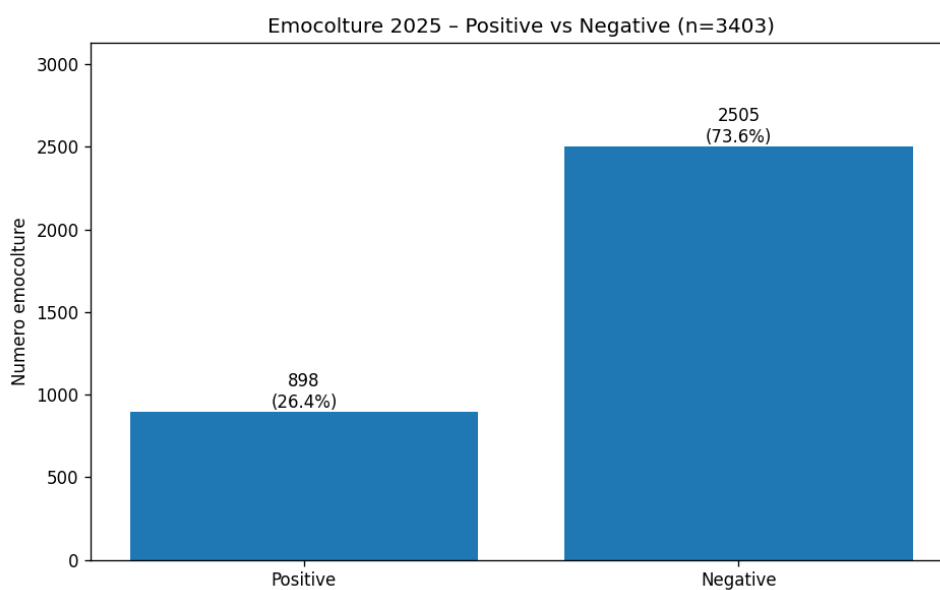
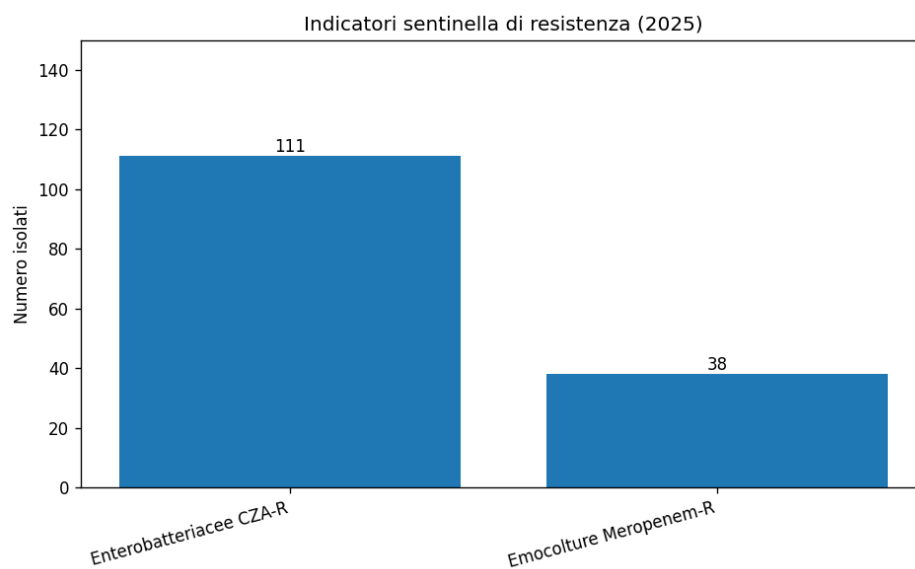


Figura 7 – Indicatori sentinella di resistenza antimicrobica (2025): Enterobatteriacee CZA-R e isolati da emocoltura Meropenem-R



OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	22 di 35		

Figura 7a – Approfondimento indicatore sentinella (2025): isolati da emocoltura Meropenem-R per specie (n=38)

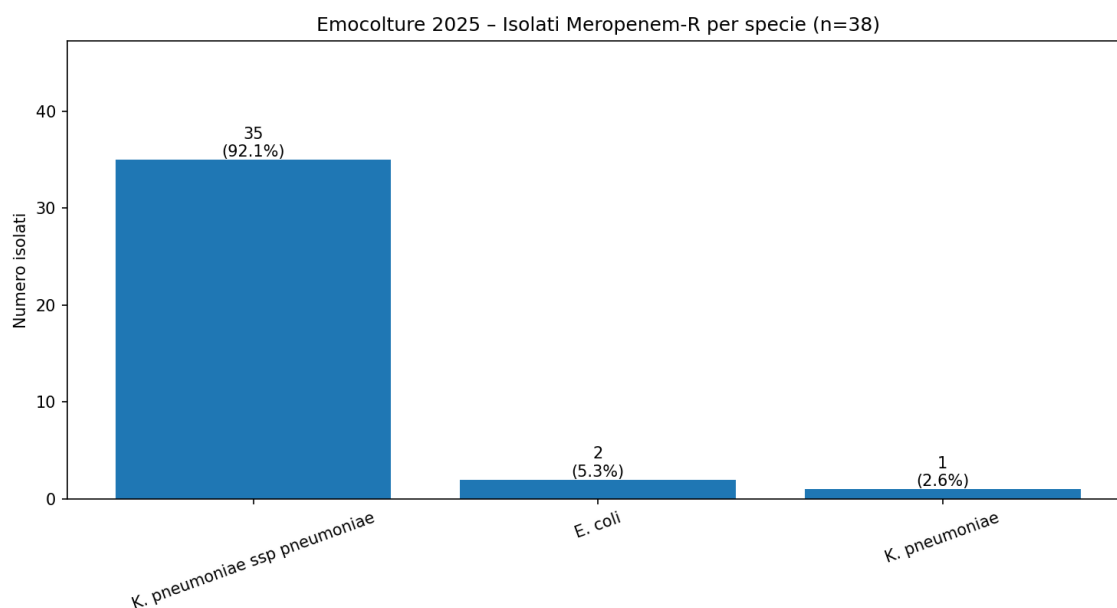
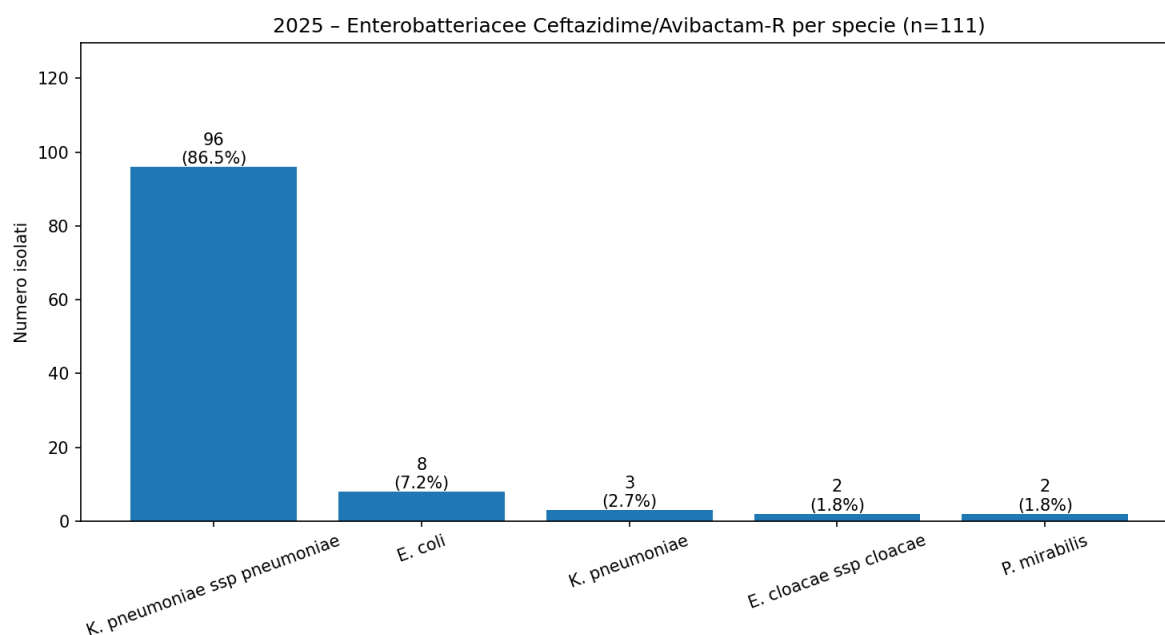


Figura 7b – Approfondimento indicatore sentinella (2025): Enterobatteriacee Ceftazidime/Avibactam-R (CZA-R) per specie (n=111)



OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	23 di 35		

Sorveglianza del consumo di antibiotici e uso appropriato degli antimicrobici

La sorveglianza del consumo di antibiotici e l'implementazione di programmi di uso appropriato degli antimicrobici (antimicrobial stewardship) costituiscono strumenti fondamentali per il controllo del rischio infettivo e per il contrasto all'antimicrobico-resistenza. Il monitoraggio periodico dei consumi, integrato con i dati microbiologici e con l'analisi dei casi clinici, consente di orientare interventi mirati di miglioramento (es. revisione delle terapie, definizione di protocolli e percorsi, feedback ai reparti) e di promuovere la prescrizione appropriata per indicazione, scelta della molecola, dose e durata.

Nel 2025 la sorveglianza è stata condotta sulla base delle movimentazioni ed erogazioni registrate dalla Farmacia (export gestionale), utilizzando come metrica la quantità movimentata (QTA). I principali antibiotici per consumo complessivo nel 2025 sono riportati in Figura 8. L'analisi evidenzia un utilizzo rilevante di molecole ad ampio spettro, in particolare piperacillina/tazobactam e meropenem, che risultano maggiormente distribuite nelle UU.OO. a più elevata complessità assistenziale e intensità di cura (aree mediche, urgenza e setting critici), in coerenza con la gestione di pazienti fragili e con il ricorso a dispositivi invasivi; la distribuzione per Unità Operativa di piperacillina/tazobactam e meropenem è riportata rispettivamente in Figura 8.1 e Figura 8.2.

Si osserva inoltre un consumo significativo di cefazolina, con distribuzione prevalente nelle UU.OO. chirurgiche (Chirurgia, Ortopedia e Traumatologia, Urologia, Ginecologia/Ostetricia), dato coerente con l'impiego della molecola in profilassi peri-operatoria e con i volumi di attività operatoria aziendale (cfr. dati di attività riportati nelle prime sezioni del PARS).

Nel 2025 si osserva inoltre un consumo rilevante di ampicillina/sulbactam prevalentemente nelle aree mediche e di urgenza, coerente con l'impiego in terapia empirica; tale dato sarà oggetto di approfondimento nell'ambito delle attività di stewardship

Per quanto riguarda gli antibiotici "critici" o di riserva, la presenza di consumi di molecole utilizzate in contesti selezionati e ad alta complessità clinica (es. antibiotici di seconda linea per Gram-negativi MDR e/o per infezioni severe) risulta maggiormente concentrata nei setting critici; in tale contesto, la distribuzione della vancomicina per Unità Operativa è riportata in Figura 8.3. L'interpretazione complessiva dei consumi deve essere integrata con i risultati della sorveglianza microbiologica descritta nel paragrafo dedicato (indicatori sentinella CZA-R e Meropenem-R), al fine di orientare in modo coordinato le azioni di stewardship (revisione terapeutica, de-escalation quando possibile, criteri prescrittivi e feedback ai reparti) e le misure di prevenzione/controllo (precauzioni e tracciabilità per setting).

Si evidenzia infine che il dato 2025 disponibile è basato su quantità movimentate (QTA) e non

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	24 di 35		

risulta ancora normalizzato per attività assistenziale (es. DDD/1.000 giornate di degenza); pertanto, nei prossimi anni si prevede di integrare la sorveglianza con indicatori standardizzati per consentire confronti più robusti nel tempo e tra UU.OO.

Figura 8 – Consumo antibiotici 2025: principali molecole per quantità (QTA)

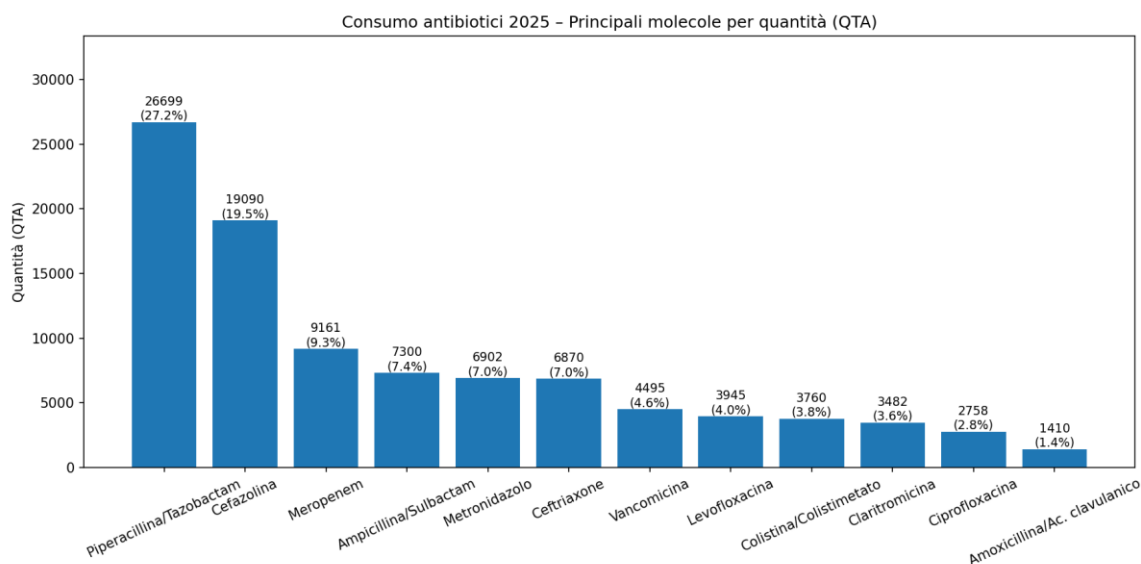
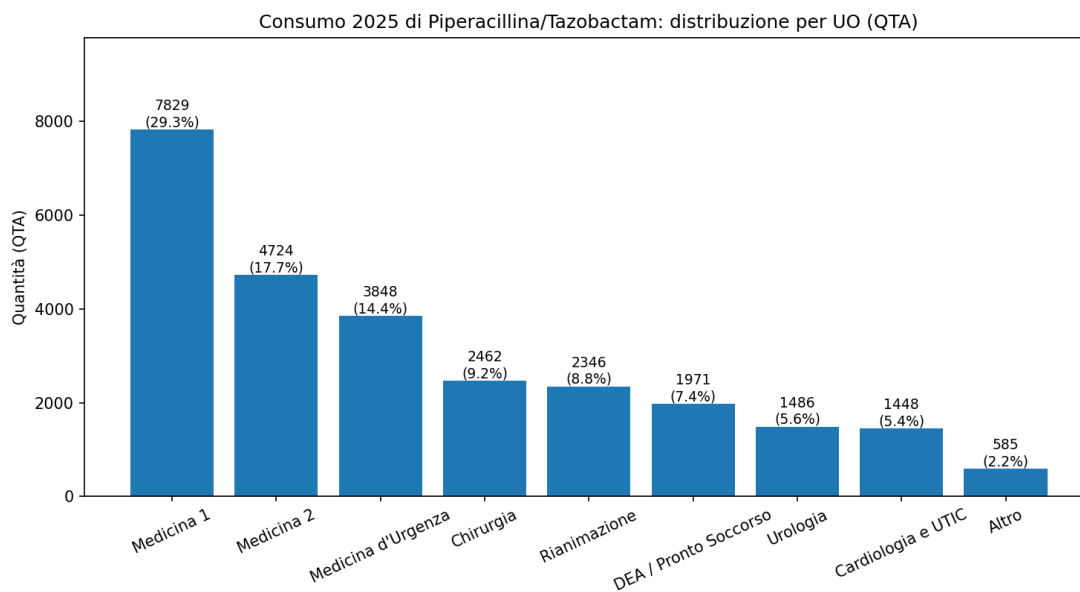


Figura 8.1 – Consumo 2025 di Piperacillina/Tazobactam: distribuzione per Unità Operativa (QTA)



OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	25 di 35		

Figura 8.2 – Consumo 2025 di Meropenem: distribuzione per Unità Operativa (QTA)

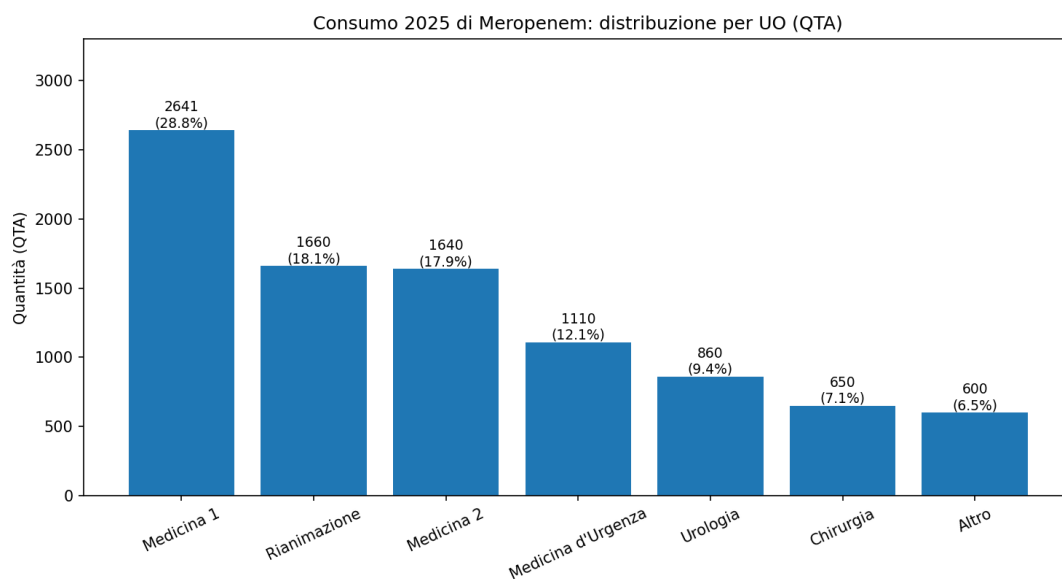
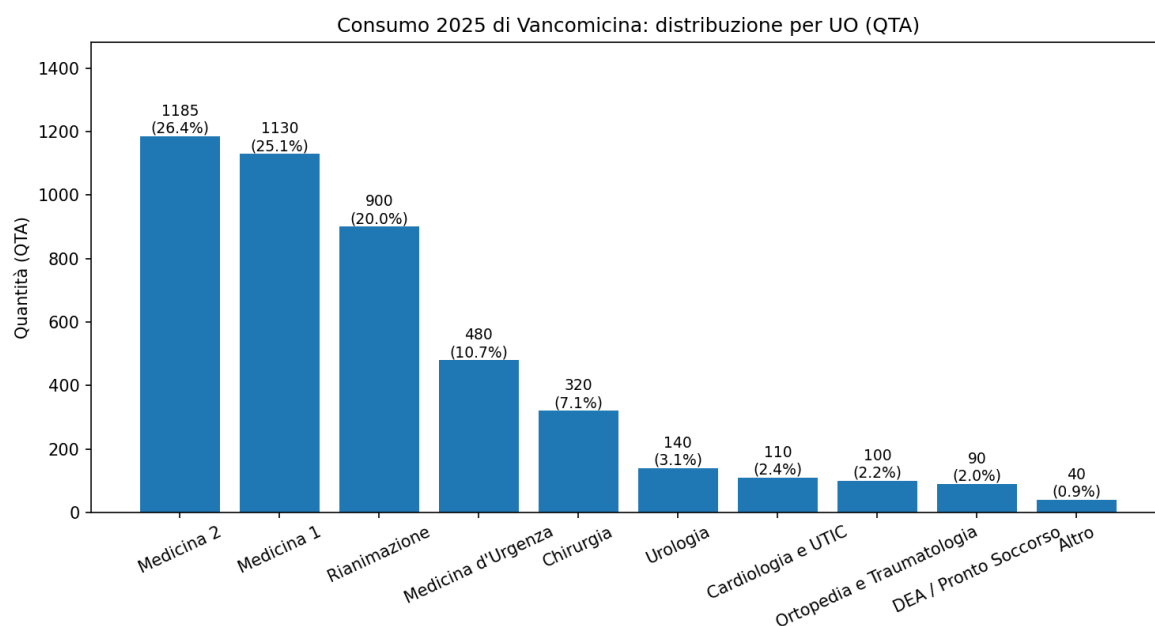


Figura 8.3 – Consumo 2025 di Vancomicina: distribuzione per Unità Operativa (QTA)



Controllo aria ambiente e superfici

Le attività di monitoraggio ambientale sono svolte periodicamente, all'interno di un programma inter-professionale, gestito direttamente dalla Direzione Sanitaria insieme alla Direzione

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	26 di 35		

Amministrativa (pieno coinvolgimento Commitment), con le azioni di un Gruppo di Lavoro dedicato, stabile, a cui afferisce il Risk Manager di Istituto, l'Area Tecnica, il Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP), con l'Addetto alle attività ASPP. Tale Gruppo di Lavoro si interfaccia direttamente e stabilmente con le Coordinatrici Infermieristiche, in una attività costante di gestione completa della sicurezza igienico-sanitaria ambientale.

Sono programmate attività ispettive interne (sul modello dei "Safety Walk-Around" periodici) e sono direttamente seguite le attività di monitoraggio tecnico degli ambienti (per i diversi aspetti oggetto di campionamento periodico e relative analisi chimico-fisiche e microbiologiche, svolte da Ente esterno certificato).

Controllo rischi da Legionella

Il programma di gestione e controllo dei rischi da Legionella spp. è direttamente gestito all'interno di un programma più ampio di gestione dei rischi ambientali, come indicato al punto precedente. Le attività sono specificamente gestite dalla Direzione Sanitaria insieme alla Direzione Amministrativa (pieno coinvolgimento Commitment), con il coinvolgimento diretto del Gruppo di Lavoro dedicato alla gestione dei rischi ambientali, a cui afferisce il Risk Manager di Istituto, l'Area Tecnica, il Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP), con l'Addetto alle attività ASPP. Tale Gruppo di Lavoro si interfaccia direttamente e stabilmente con le Coordinatrici Infermieristiche, in una attività costante di gestione completa della sicurezza igienico-sanitaria ambientale.

Sono programmate attività di monitoraggio delle azioni tecniche direttamente attuate (sistema di disinfezione impianto idrico; azioni periodiche di bonifica e gestione del rischio di contaminazione) ed attività periodiche di monitoraggio microbiologico, con accurata analisi dei risultati ottenuti, con adeguati confronti dei trend temporali.

Resoconto delle attività per la gestione del rischio infettivo del piano precedente

Nel corso del 2025 sono state realizzate le attività previste dal piano precedente per la gestione del rischio infettivo, con particolare attenzione alla diffusione della cultura della sicurezza delle cure in ambito infettivologico, al monitoraggio dei principali indicatori microbiologici e del consumo di antibiotici e al mantenimento delle iniziative regionali sull'igiene delle mani. Le azioni svolte hanno integrato componenti formative e di sorveglianza, in linea con il modello regionale e con l'approccio multimodale alla prevenzione delle ICA.

In ambito formativo, il corso "Cure pulite e sicure in azione" ha rappresentato una principale evidenza di attuazione degli obiettivi, in quanto orientato a rafforzare comportamenti e pratiche operative legate alla prevenzione delle ICA e del rischio biologico in assistenza. In

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	27 di 35		

particolare, il percorso ha richiamato l'importanza della corretta applicazione di procedure e standard assistenziali con ricadute dirette su: igiene e sicurezza nelle pratiche clinico-assistenziali, adozione delle precauzioni standard e aggiuntive quando indicate, gestione corretta dei percorsi e dei comportamenti a rischio (con attenzione ai pazienti fragili e ai setting complessi), e promozione di una cultura professionale orientata a appropriatezza, tracciabilità e miglioramento continuo. Il dettaglio dei contenuti specifici inerenti ICA/sepsi e appropriatezza antimicrobica è riportato nei paragrafi dedicati alla sorveglianza microbiologica e alla stewardship antibiotica.

Per quanto concerne l'igiene delle mani, le attività si inseriscono nel mantenimento del Piano di intervento regionale attraverso l'adozione/aggiornamento del piano locale e il monitoraggio degli indicatori disponibili; è previsto un ampliamento delle iniziative di promozione e sensibilizzazione (con il passaggio dalla "Giornata dedicata alla procedura di Igiene Mani" al "Mese dedicato all'Igiene delle Mani" ed alla campagna di sensibilizzazione "itinerante" per Visitatori e Caregiver).

Tabella 7 – Resoconto delle attività per la gestione del rischio infettivo del piano precedente

Obiettivo A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: Corso di formazione sul buon uso degli antibiotici	Sì	Cfr. paragrafo "Sorveglianza del consumo di antibiotici e uso appropriato degli antimicrobici"
Attività 2: Controllo e monitoraggio emocolture, antibiotico terapia	Sì	Cfr. paragrafi "Sorveglianza del consumo di antibiotici e uso appropriato degli antimicrobici" e "Sorveglianza microbiologica delle ICA"
Attività 3: Corso di formazione sulle attività di sorveglianza attiva in assistenza delle ICA (infezioni ferita chirurgica; infezioni vie urinarie; infezioni app. respiratorio; sepsi)	Sì	Corso "Cure pulite e sicure in azione"
Attività 4: Corso di formazione sulle buone pratiche per la	Sì	Corso "Cure pulite e sicure in azione"

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	28 di 35		

prevenzione del rischio biologico tra gli operatori sanitari – e potenziamento dei comportamenti attivi per la sicurezza in assistenza		
Obiettivo B: Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31.12.2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: Piano locale di azione sull’igiene delle mani – revisione, adattamento ed estensione delle attività	Sì	Crf. paragrafo “Sorveglianza del consumo di soluzione idroalcolica per l’igiene delle mani in ambito ospedaliero” + “Mese dedicato all’igiene delle Mani”

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	29 di 35		

11. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

L'attuazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) prevede il coinvolgimento attivo delle diverse figure aziendali, ciascuna per quanto di rispettiva competenza, secondo il seguente assetto di responsabilità:

- L'Alta Direzione garantisce le risorse necessarie per l'elaborazione, l'attuazione e il monitoraggio del PARS, ne assicura l'adozione formale e promuove l'integrazione delle politiche di gestione del rischio sanitario nei processi organizzativi e assistenziali della Struttura.
- Il Direttore Sanitario sovrintende alle attività di gestione del rischio sanitario e del rischio infettivo, promuove l'attuazione delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), anche attraverso il coordinamento del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA), e favorisce l'integrazione delle azioni previste dal PARS nei processi assistenziali e organizzativi della Struttura.
- Il Risk Manager elabora, aggiorna e monitora il PARS e le procedure ad esso correlate, in accordo con gli organi aziendali competenti, ciascuno per le rispettive responsabilità istituzionali, e promuove iniziative finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio sanitario.
- Il Risk Manager verifica la corretta applicazione del PARS e l'aderenza ai requisiti in esso previsti, promuovendo le azioni necessarie al miglioramento continuo della sicurezza delle cure e collaborando con le diverse articolazioni aziendali nella gestione degli eventi avversi e nell'implementazione delle misure correttive e preventive.
- I Direttori delle Unità Operative Complesse (UU.OO.CC.) e i Responsabili delle Unità Operative Semplici (UU.OO.SS.), per quanto di rispettiva competenza, garantiscono l'attuazione delle misure previste dal PARS nelle rispettive unità operative, collaborano con il Risk Manager nella segnalazione, analisi e gestione degli eventi avversi e promuovono la diffusione della cultura della sicurezza tra gli operatori.
- Tutto il personale sanitario e non sanitario è tenuto a contribuire, per quanto di competenza, all'attuazione delle politiche di gestione del rischio sanitario, partecipando attivamente alle attività di prevenzione, segnalazione e gestione degli eventi avversi, nel rispetto delle procedure e delle disposizioni aziendali vigenti.

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	30 di 35		

Tabella 8 – Matrice delle responsabilità

Azione	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA	<i>Risk Manager</i>	Responsabile UO Ufficio Legale	Direttore Generale	Direttore Amministrativo
Redazione PARS (eccetto punto 10.2 SINISTRI DA RESPONSABILITÀ MEDICO- SANITARIA; punto 11. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA; punto 15. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO)	C	R	C	C	C
Redazione punto 10.2 e punto 11	C	C	R	I	C
Redazione punto 15	R	C	I	I	I
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C
Monitoraggio PARS (eccetto il punto 15)	C	R	C	I	C
Monitoraggio punto 15	R	C	I	I	I

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	31 di 35		

12. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico”
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2026
STANDARD SI (≥1 edizione)
FONTE UO Risk Management; Direzione Sanitaria; UO Ufficio Formazione
ATTIVITÀ 2 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso CVS e gestione del sinistro”
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2026
STANDARD SI (≥1 edizione)
FONTE UO Risk Management; UO Ufficio Legale; UO Ufficio Formazione
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 - Campionamento periodico di cartelle cliniche su tutte le UU.OO. per verifica completezza documentale (checklist “minima”)
INDICATORE Esecuzione di 4 campionamenti trimestrali nel 2026 su tutte le UU.OO., con verifica di n. ≥10 cartelle cliniche per trimestre (per ciascun ciclo) e produzione di report di sintesi
STANDARD ≥80% cartelle conformi ai criteri della checklist “minima”
FONTE UO Controllo Interno Cartelle Cliniche; Direzione Sanitaria
ATTIVITÀ 4 - Campionamento periodico delle schede di segnalazione caduta per verifica della completezza di compilazione
INDICATORE Esecuzione di 2 verifiche semestrali nel 2026 su n. ≥20 schede caduta per verifica, con report di sintesi (1° verifica entro 30/06/2026; 2° verifica entro 31/12/2026)
STANDARD nel 2° semestre 2026 ≥90% schede con campi essenziali compilati
FONTE UO Risk Management; Direzione Sanitaria
OBIETTIVO C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.
ATTIVITÀ 5 - Riunioni interdisciplinari tra UU.OO. su temi di rischio clinico, con verbale standardizzato e archiviazione centralizzata
INDICATORE Esecuzione di ≥4 riunioni nel 2026 con verbale standardizzato archiviato
STANDARD Si (≥4/anno) e 100% riunioni con verbale standardizzato archiviato
FONTE UO Risk Management; Direzione Sanitaria

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	32 di 35		

13. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo
ATTIVITÀ 1 – Corso di formazione sulla sorveglianza attiva delle ICA in assistenza
INDICATORE Effettuazione di un intervento formativo a cadenza quindicinale per almeno n°. 6 mesi totali
STANDARD Realizzazione intervento (100%) – partecipazione stabile di gruppi multi-professionali a rotazione su tutte le UO e Reparti/Servizi – e presenza a rotazione delle Coordinatrici Infermieristiche (verifica composizione)
FONTE UO Risk Management; Direzione Sanitaria; UO Formazione
ATTIVITÀ 2 – Corso di formazione su riconoscimento precoce della sepsi e gestione efficace
INDICATORE Effettuazione di un intervento formativo a cadenza quindicinale per almeno n°. 6 mesi totali
STANDARD Realizzazione intervento (100%) – partecipazione stabile di gruppi multi-professionali a rotazione su tutte le UO e Reparti/Servizi – e presenza a rotazione delle Coordinatrici Infermieristiche (verifica composizione)
FONTE Direzione Sanitaria; UO Risk Management; UO Formazione
OBIETTIVO B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi
ATTIVITÀ 3 – Progetto di estensione delle azioni di osservazione e di restituzione dei dati relativi all'adesione alla buona pratica di igiene delle mani
INDICATORE indice di adesione misurato secondo la procedura regionale
STANDARD dimostrazione di un incremento di adesione, per il singolo ambito osservato
FONTE Direzione Sanitaria – Gruppo Tecnico-Operativo Prevenzione ICA – UO Risk Management
ATTIVITÀ 4 – Intervento di revisione sulla distribuzione nei vari ambienti sanitari della Struttura dei prodotti per igiene mani
INDICATORE individuazione di punti di distribuzione sulle planimetrie ufficiali (Planimetrie Iter ASL)
STANDARD dimostrazione di un incremento dei punti di distribuzione
FONTE Direzione Sanitaria – Gruppo Tecnico-Operativo Prevenzione ICA – Direzione Amministrativa
OBIETTIVO C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	33 di 35		

ATTIVITÀ 5 – Intervento di valutazione attiva in merito all'utilizzo delle precauzioni aggiuntive alle standard
INDICATORE indice di adesione alle procedure oggetto della verifica
STANDARD dimostrazione di un incremento di adesione, per il singolo ambito osservato
Fonte Direzione Sanitaria – Gruppo Tecnico-Operativo Prevenzione ICA – UO Risk Management

14. MODALITÀ DI DIFFUSIONE E REVISIONE DEL PARS

Il PARS, una volta approvato dall'Alta Direzione, viene reso disponibile al personale tramite i canali aziendali (es. rete intranet/documentazione qualità), al fine di garantirne la consultazione e favorire la partecipazione attiva ai programmi di sicurezza delle cure.

I risultati del monitoraggio degli indicatori e lo stato di avanzamento delle attività previste dal Piano vengono periodicamente condivisi con i principali attori aziendali (UU.OO., Servizi e funzioni di staff) attraverso incontri programmati e momenti di restituzione coordinati dalla Direzione Sanitaria/Direzione Clinica, in collaborazione con il Risk Manager, così da orientare eventuali azioni correttive e di miglioramento.

Il PARS è oggetto di revisione annuale. La revisione tiene conto dei risultati di monitoraggio degli indicatori, dell'andamento degli eventi avversi/segnalazioni e dei sinistri, degli esiti di audit e verifiche interne, di eventuali aggiornamenti normativi e/o regionali.

15. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

Normativa nazionale

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, recante "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";
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale";
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e successive modifiche e integrazioni, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
- Decreto del Ministero della Salute 11 dicembre 2009, recante "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità (SIMES)";
- Circolare Ministeriale n. 52 del 20 dicembre 1985, recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere";

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	34 di 35		

- Circolare Ministeriale n. 8 del 30 gennaio 1988, recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
- Conferenza Stato-Regioni, Intesa del 20 marzo 2008, recante “Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure”;
- 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”.

Normativa e provvedimenti Regione Lazio

- Regione Lazio, Determinazione n. G16829 del 6 dicembre 2017, recante “Istituzione del Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della Legge n. 24/2017”;
- Decreto del Commissario ad Acta Regione Lazio 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”;
- Regione Lazio, Determinazione n. G00164 del 11 gennaio 2019;
- Regione Lazio, Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021, recante “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”;
- Regione Lazio, Determinazione n. G00643 del 25 gennaio 2022, recante “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”.

Documenti del Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) – Regione Lazio

- Regione Lazio, Centro Regionale Rischio Clinico, “Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle Mani”, 2021;
- Regione Lazio, Centro Regionale Rischio Clinico, “Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all’assistenza (ICA)”, 2022;
- Regione Lazio, Centro Regionale Rischio Clinico, “Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita”, 2022;
- Regione Lazio, Centro Regionale Rischio Clinico, “Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)”, 2023;
- Regione Lazio, Centro Regionale Rischio Clinico, “Documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica”, 2020;
- Regione Lazio, Centro Regionale Rischio Clinico, “Documento di indirizzo per la corretta identificazione della persona assistita”, 2020;
- Regione Lazio, Centro Regionale Rischio Clinico, “Documento di indirizzo sul consenso informato”, 2022;

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (NR 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026)	
CODICE	PQ/ARM/46 - rev		
PAGINA	35 di 35		

- Regione Lazio, Centro Regionale Rischio Clinico, “Documento di indirizzo per la prevenzione e la gestione delle lesioni da pressione”, 2024;
- Regione Lazio, Centro Regionale Rischio Clinico, “Documento di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e della morte o disabilità permanente del neonato sano”, 2025;
- Regione Lazio, Centro Regionale Rischio Clinico, “Documento di indirizzo per la prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”, 2021;
- Regione Lazio, Centro Regionale Rischio Clinico, “Manuale per la classificazione degli eventi e l’alimentazione del flusso SIRES-eventi”, 2025.

Documenti ISS e organismi istituzionali

- Istituto Superiore di Sanità, “Protocollo della Sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica per l’igiene delle mani in ambito ospedaliero”, versione 25 novembre 2021.

16. ALLEGATI

- ***Allegato 1 Piano Azione Igiene Mani***
- ***Allegato 2 Procedura “Prevenzione e controllo del rischio da esposizione a Legionella”***

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PIANO AZIONE IGIENE MANI	
CODICE	PQ/ARM/46		
PAGINA	1 di 13		

ALLEGATO – PIANO AZIONE IGIENE MANI

PIANO DI INTERVENTO LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI

Tra gli interventi disponibili, come noto la corretta procedura per l'igiene delle mani rappresenta la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmettere microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro.

La corretta pratica dell'igiene delle mani contribuisce a prevenire o ridurre:

- la colonizzazione ed infezione del paziente da parte di microrganismi potenzialmente patogeni compresi quelli multiresistenti;
- la diffusione di microrganismi potenzialmente patogeni, compresi quelli multi-resistenti nell'ambito sanitario;
- le infezioni causate da microrganismi endogeni;
- la colonizzazione ed infezione degli operatori sanitari.

Sulla scorta di queste premesse – e delle indicazioni dei documenti tecnici del Centro Regionale Rischio Clinico (CRR) – si è proceduto, ormai da diversi anni, a revisionare, integrare ed aggiornare il piano di intervento locale per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell'igiene delle mani.

Per gli scopi di questo documento, gli ambiti vanno intesi come di seguito specificato:

Ambito strutturale tecnologico: requisiti di cui il sistema ha materialmente bisogno per il raggiungimento dello standard di qualità prefissato;

Ambito organizzativo misure finalizzate a mantenere uno standard formativo costantemente elevato e interventi finalizzati al monitoraggio della implementazione delle buone pratiche degli indicatori di processo.

Ambito professionale insieme di azioni ripetute finalizzate alla implementazione delle buone pratiche nella pratica clinico assistenziale.

STRUTTURA DEL PIANO DI INTERVENTO LOCALE

Il piano di intervento è stato costruito – sulla base delle indicazioni contenute nel documento regionale – con cinque sezioni, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento della pratica di igiene delle mani:

- SEZIONE A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI
- SEZIONE B: FORMAZIONE DEL PERSONALE
- SEZIONE C: VALUTAZIONE MONITORAGGIO E FEEDBACK

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PIANO AZIONE IGIENE MANI	
CODICE	PQ/ARM/46		
PAGINA	2 di 13		

- SEZIONE D: COMUNICAZIONE PERMANENTE
- SEZIONE E: CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Ogni sezione è corredata da un questionario specifico di auto-valutazione, al fine di consentire periodicamente di determinare il livello locale di implementazione delle misure necessarie.

Si è proceduto a confrontare, periodicamente, il risultato in termini di assegnazione del punteggio per ogni sezione, in modo da consentire al Gruppo Tecnico-Operativo, con Direzione Sanitaria ed UO Risk Management, di evidenziare al meglio le eventuali criticità e soprattutto i margini di miglioramento riscontrabili per ogni ambito.

Sulla base del punteggio ottenuto in ogni singola sezione, si è proceduto ad elaborare un piano di azione specifico, di cui si è tenuto conto nel processo di elaborazione annuale delle revisioni del PARS, nella sezione dedicata specificamente alla prevenzione e controllo delle ICA. In particolare, sono state elaborate le azioni necessarie, come attività correttive ed anche come azioni di miglioramento, poi confluite come base per la rielaborazione delle sezioni dedicate al Resoconto delle attività ed alla Pianificazione annuale.

Non sono state riscontrate sezioni in cui l'autovalutazione abbia raggiunto il livello INADEGUATO (nel qual caso si renderebbe necessario elaborare un piano di azione straordinario con azioni da implementare entro un termine massimo di tre mesi per la/le sezione/i che abbia/abbiano evidenziato tale criticità).

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PIANO AZIONE IGIENE MANI	
CODICE	PQ/ARM/46		
PAGINA	3 di 13		

SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

AUTOVALUTAZIONE = 65 INTERMEDIO

SEZIONE A REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
ATTIVITÀ 2025	REALIZZATA	STATO ATTUAZIONE
Approvvigionamento gel idroalcolico	Sì	Acquisto regolare da parte della Farmacia Ospedaliera – attività condivisa con (e monitorata da) Direzione Sanitaria - gestione centralizzata per ricezione richieste e successive consegne a Reparti e Servizi
Elaborazione report periodico	Sì	Semestrale – Direzione Sanitaria con Farmacia
Osservazione aderenza igiene mani	parzialmente	Alcuni Reparti e Servizi – avvio formulazione progetto formazione interna Osservatori
Registrazione dati	parzialmente	Progetto sperimentale limitato ad alcuni brevi intervalli temporali (ripetuti) e ad alcuni Reparti e Servizi (studio-pilota)
Elaborazione dati	parzialmente	Progetto sperimentale (al punto precedente)
Azioni correttive	Sì	Per i Reparti e Servizi monitorati

Essendo da tempo noto che tra i metodi di prima scelta per l'igiene delle mani in assistenza sia riconosciuta la pratica di frizione con soluzione a base alcolica, si procede ad una verifica periodica sui dispenser di soluzione alcolica: obiettivi della revisione periodica, all'interno della Struttura (ivi inclusi i Poli-Ambulatori) è verificare che siano disponibili in modo efficace e proporzionato ad i vari punti di assistenza (stanze di degenza, medicheria, locali di preparazione dei farmaci, carrelli attività assistenziale; all'ingresso dei reparti e dei servizi diagnostici; nelle zone comuni; nei poli-ambulatori; nei locali del Personale Sanitario (inclusi eventuali punti ristoro/relax). Tra i criteri utilizzati, come noto il fatto che, per consentire un facile utilizzo del prodotto, il dispenser dovrebbe essere accessibile senza doversi allontanare dalla zona in cui si effettuano le prestazioni clinico assistenziali e comunque entro 2 m dall'operatore sanitario.

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PIANO AZIONE IGIENE MANI	
CODICE	PQ/ARM/46		
PAGINA	4 di 13		

ATTIVITÀ 2026	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
Monitoraggio periodico efficace sulla messa a disposizione di gel idroalcolico	FARMACIA – Gruppo Tecnico-Operativo	Direzione Sanitaria con FARMACIA e Gruppo Tecnico-Operativo: trimestrale
Elaborazione report periodico	Direzione Sanitaria con FARMACIA	Direzione Sanitaria con FARMACIA e Gruppo Tecnico-Operativo: semestrale
Osservazione aderenza igiene mani	Direzione Sanitaria – Infermiera Controllo Infezioni - con COORDINATRICI Infermieristiche – Infermiere Referente (per ogni Reparto e Servizio)	Direzione Sanitaria - Gruppo Tecnico-Operativo - con UO Qualità e Accreditamento - resoconto periodico CCICA
Registrazione dati	Direzione Sanitaria – Infermiera Controllo Infezioni	Direzione Sanitaria - Gruppo Tecnico-Operativo - con UO Qualità e Accreditamento - resoconto periodico CCICA
Elaborazione dati	Direzione Sanitaria – Infermiera Controllo Infezioni	Direzione Sanitaria - Gruppo Tecnico-Operativo - con UO Qualità e Accreditamento - resoconto periodico CCICA
Azioni correttive	Direzione Sanitaria – Gruppo Tecnico-Operativo	Direzione Sanitaria – resoconto a Direzione Generale e Direzione Amministrativa

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PIANO AZIONE IGIENE MANI	
CODICE	PQ/ARM/46		
PAGINA	5 di 13		

SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE

AUTOVALUTAZIONE = 70 INTERMEDIO

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE		
ATTIVITÀ 2025	REALIZZATA	STATO ATTUAZIONE
Formazione sull'argomento	Sì	Corso interno
Progetto programma di formazione e informazione	Sì	Corso e materiale informativo – azioni periodiche sul campo
Procedura per lavaggio mani	Sì	Revisione della procedura: procedura generale – e procedura “dedicata” presente in loco (specificità Reparto/Servizio/UO)
Identificare osservatori e formatori	Sì - parzialmente	(in corso) intervento formazione per estensione Osservatori
Verifica lavoro osservatori	Sì - parzialmente	(in corso) progetto sperimentale

Le attività formative specifiche sono declinate all'interno di un piano formativo che sia esteso, progressivamente (con la logica “dei cerchi concentrici”) a tutto il Personale.

Il piano, progressivamente, può prevedere anche obiettivi formativi differenziati per le principali categorie di Personale: osservatori, operatori sanitari (in studio: collaborazione con Enti esterni per avvio Formatori interni).

I contenuti principali della formazione sono stati identificati come segue:

- definizione e impatto delle ICA
- principali modalità di trasmissione delle infezioni
- prevenzione delle ICA e il ruolo fondamentale dell'igiene delle mani
- approccio secondo i cinque momenti dell'igiene delle mani
- strategie e strumenti di implementazione delle misure di prevenzione, monitoraggio e controllo delle ICA.

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PIANO AZIONE IGIENE MANI	
CODICE	PQ/ARM/46		
PAGINA	6 di 13		

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

ATTIVITÀ 2026	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
Requisiti nuovo progetto formazione (consolidamento) e informazione	Direzione Sanitaria - Risk Manager	UO Formazione
Progetto programma di formazione (estensione) – nuovo progetto formazione (consolidamento) e informazione	Direzione Sanitaria - Risk Manager - Gruppo Tecnico-Operativo	CCICA – Direzione Amministrativa
Progetto azioni sul campo	Direzione Sanitaria - Risk Manager - Gruppo Tecnico-Operativo	CCICA
Verifica efficacia formazione ed azioni ripetute	Direzione Sanitaria - Risk Manager - Gruppo Tecnico-Operativo - UO Formazione	CCICA

SEZIONE C - VALUTAZIONE MONITORAGGIO E FEEDBACK

AUTOVALUTAZIONE = 54 INTERMEDIO

SEZIONE C - VALUTAZIONE MONITORAGGIO E FEEDBACK

ATTIVITÀ 2025	REALIZZATA	STATO ATTUAZIONE
Valutazione disponibilità prodotti per procedura igiene mani	Sì	Direzione Sanitaria con FARMACIA e Gruppo Tecnico-Operativo: trimestrale
Diffusione delle informazioni su buone pratiche tra gli Operatori sanitari	Sì	Strumenti valutazione Corso formazione interno – indagini sul campo
Valutazione disponibilità prodotti per procedura igiene mani	Sì	Direzione Sanitaria con FARMACIA e Gruppo Tecnico-Operativo: trimestrale
Restituzione risultati sorveglianza microbiologica	Sì	CCICA

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PIANO AZIONE IGIENE MANI	
CODICE	PQ/ARM/46		
PAGINA	7 di 13		

L'osservazione diretta rappresenta il *gold standard* per il monitoraggio. Si programma l'estensione e potenziamento di tale attività. Accanto a ciò, è stato progettato un sistema per la verifica e valutazione dell'adesione alle corrette procedure per attuazione di precauzioni aggiuntive alle standard.

Per entrambi gli aspetti, il feedback dei risultati del monitoraggio rappresenta un momento essenziale per la crescita della cultura della qualità e della sicurezza, motivo per il quale viene

SEZIONE C - VALUTAZIONE MONITORAGGIO E FEEDBACK		
ATTIVITÀ 2026	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
Progetto di sviluppo attività di valutazione sulle buone pratiche attuate (procedura igiene mani; precauzioni aggiuntive alle standard; appropriatezza uso antibiotici)	Risk Manager – Direzione Sanitaria	CCICA
Monitoraggio e valutazione del grado di adesione alle procedure aziendali	Risk Manager – Direzione Sanitaria - RSPP, UO Qualità e Accreditamento – Gruppo Tecnico- Operativo	Direzione Sanitaria e Risk Manager – restituzione a CCICA
Progetto di valutazione e verifica sulle pratiche di sanificazione ambientale	Risk Manager – Direzione Sanitaria - RSPP, UO Qualità e Accreditamento – Gruppo Tecnico- Operativo	Direzione Sanitaria e Risk Manager – restituzione a CCICA – restituzione a Direzione Generale e Direzione Amministrativa
Analisi e monitoraggio consumo disinfettanti e prodotti sanificazione ambientale	Direzione Sanitaria con Gruppo di Lavoro Coordinatrici Infermieristiche - Gruppo Tecnico- Operativo	Direzione Sanitaria e Risk Manager – restituzione a CCICA – restituzione a Direzione Generale e Direzione Amministrativa

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PIANO AZIONE IGIENE MANI	
CODICE	PQ/ARM/46		
PAGINA	8 di 13		

SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE

AUTOVALUTAZIONE = 62.5 INTERMEDIO

SEZIONE D COMUNICAZIONE PERMANENTE		
ATTIVITÀ 2025	REALIZZATA	STATO ATTUAZIONE
Analisi e verifica strumenti utilizzati negli anni precedenti	Sì	Revisione completa
Valutazione strumenti disponibili (letteratura scientifica – norme tecniche – esperienze Enti certificati)	Sì	Analisi completa e dettagliata
Progettazione integrazione strumenti di comunicazione, informazione e formazione da utilizzare	Sì	Progetto aggiornato – partecipazione alle iniziative Enti regolatori

Sono stati revisionati gli strumenti di provata efficacia da dedicare alla comunicazione del rischio ed alla promozione di buone pratiche in tale ambito specifico.

È sviluppato un programma di estensione della formazione specifica e di aggiornamento delle modalità di informazione e formazione, ivi incluse ulteriori modalità, rispetto a quanto svolto nelle edizioni precedenti del presente Piano di Azione (altre modalità: Sito Web; Intranet aziendale; e-mail aziendale; campagna informativa periodica).

SEZIONE D COMUNICAZIONE PERMANENTE		
ATTIVITÀ 2026	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
Aggiornamento contenuti	Direzione Sanitaria – RSPP – Gruppo Tecnico-Operativo	CCICA
Ampliamento e differenziazione del materiale informativo	Direzione Sanitaria - Gruppo Tecnico-Operativo	Direzione Sanitaria - CCICA
Distribuzione/pubblicazione materiale informativo aggiornato	Direzione Sanitaria - Gruppo Tecnico-Operativo – RSPP - ASPP	Direzione Sanitaria - CCICA
Valutazione dell'efficacia della campagna informativa	Direzione Sanitaria - Gruppo Tecnico-	Direzione Sanitaria – UO Risk Management – con restituzione a

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PIANO AZIONE IGIENE MANI	
CODICE	PQ/ARM/46		
PAGINA	9 di 13		

stabile ed aggiornata	Operativo – UO Qualità e Accreditamento – UO Formazione	Direzione Generale e Direzione Amministrativa
------------------------------	--	--

SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

AUTOVALUTAZIONE = 55 INTERMEDIO

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
ATTIVITÀ 2025	REALIZZATA	STATO ATTUAZIONE
Autovalutazione periodica	Sì	Effettuata revisione ed aggiornamento strumenti di auto-valutazione
Coinvolgimento Direttori UO e Coordinatrici Infermieristiche	Sì	Effettuati incontri periodici Gruppo Tecnico-Operativo con Direttori UO e Coordinatrici Inferm.
Coinvolgimento Personale Sanitario nelle attività - diffusione livello di conoscenza delle azioni intraprese	Sì	Ampliata interazione Gruppo Tecnico-Operativo con Personale Sanitario (azioni sul campo)

Il *Commitment* deve far leva anche su azioni esplicite che stimolino gli operatori ad un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani e più in generale nelle attività multi-modalità di prevenzione e controllo infezioni.

Si ritiene particolarmente utile che sia ampliata e mantenuta nel tempo la comunicazione della *politica* dell'Istituto Figlie di S. Camillo IFSC sul tema delle ICA e delle responsabilità nella corretta gestione ed efficace prevenzione.

Viene programmato anche l'avvio di azioni mirate a rinforzare il ruolo del paziente e dei caregiver attraverso opportune iniziative per il loro *empowerment*.

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
ATTIVITÀ 2026	RESPONSABILE	MONITORAGGIO

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PIANO AZIONE IGIENE MANI	
CODICE	PQ/ARM/46		
PAGINA	10 di 13		

Auto-valutazione periodica – restituzione dati	Risk Manager – Gruppo Tecnico-Operativo	CCICA
Ampliamento del coinvolgimento di Direttori UO e Coordinatrici Infermieristiche	Direzione Sanitaria - Risk Manager	Direzione Sanitaria - Risk Manager – Gruppo Tecnico-Operativo – azioni sul campo (Medico Referente ed Infermiere Referente per UO e Reparto/Servizio)
Effettuazione di risk assessment secondo criteri di provata validità	Direzione Sanitaria - Risk Manager - Ufficio Qualità - e Gruppo di Lavoro Coordinatrici Infermieristiche	Direzione Sanitaria con Risk Manager - restituzione periodica a Direzione Generale e Direzione Amministrativa
Revisione del materiale informativo e materiale educativo per Pazienti e Caregiver – ampliamento canali comunicazione istituzionali	Direzione Sanitaria – UO Qualità e Accredimento – Ufficio Formazione	CCICA - restituzione periodica a Direzione Generale e Direzione Amministrativa
Estensione del progetto relativo a “Giornata Igiene Mani” – “Mese dedicato a Igiene Mani”	Gruppo Tecnico-Operativo – Ufficio Formazione	Direzione Sanitaria – Gruppo di Lavoro Coordinatrici Infermieristiche – Direzione Amministrativa

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PIANO AZIONE IGIENE MANI	
CODICE	PQ/ARM/46		
PAGINA	11 di 13		

Allegato 1 – Scheda di osservazione



**PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI
SCHEDA DI OSSERVAZIONE**

Ospedale/Struttura		Periodo n.		Sessione n.	
Dipartimento		Data (GG/MM/AAAA)	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Osservatore (Iniziali)	
Reparto		Inizio/Fine (HH/MM)	<u> </u> : <u> </u> / <u> </u> : <u> </u>	Scheda n.	
Servizio		Durata Sessione (minuti)		Città	

Prof.cat	Codice	Num.	Opp.	Indicazione	Azione	
1			pr-cont	frizione		
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
			dp-cont	guanti		
			dp-circ			
			2	pr-cont	frizione	
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
3			pr-cont	frizione		
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
			dp-cont	guanti		
			dp-circ			
			4	pr-cont	frizione	
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
5			pr-cont	frizione		
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
			dp-cont	guanti		
			dp-circ			
			6	pr-cont	frizione	
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
7			pr-cont	frizione		
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
			dp-cont	guanti		
			dp-circ			
			8	pr-cont	frizione	
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
8			pr-cont	frizione		
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
			dp-cont	guanti		
			dp-circ			
			2	pr-cont	frizione	
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
3			pr-cont	frizione		
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
			dp-cont	guanti		
			dp-circ			
			4	pr-cont	frizione	
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
5			pr-cont	frizione		
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
			dp-cont	guanti		
			dp-circ			
			6	pr-cont	frizione	
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
7			pr-cont	frizione		
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
			dp-cont	guanti		
			dp-circ			
			8	pr-cont	frizione	
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
8			pr-cont	frizione		
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
			dp-cont	guanti		
			dp-circ			
			2	pr-cont	frizione	
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
3			pr-cont	frizione		
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
			dp-cont	guanti		
			dp-circ			
			4	pr-cont	frizione	
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
5			pr-cont	frizione		
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
			dp-cont	guanti		
			dp-circ			
			6	pr-cont	frizione	
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
7			pr-cont	frizione		
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
			dp-cont	guanti		
			dp-circ			
			8	pr-cont	frizione	
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
8			pr-cont	frizione		
			pr-aseps	lavaggio		
			dp-fluido	nulla		
			dp-cont	guanti		
			dp-circ			

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
		PIANO
DATA	28/02/2026	TITOLO
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PIANO AZIONE IGIENE MANI
CODICE	PQ/ARM/46	
PAGINA	12 di 13	

Allegato 1 – Scheda di osservazione (continua)

Regole generali

1. Presentati agli operatori sanitari ed ai pazienti che verranno osservati e spiega i motivi della tua presenza.
2. Puoi osservare fino a 3 operatori sanitari contemporaneamente, se il tipo di attività lo consente.
3. Puoi includere più operatori sanitari in modo sequenziale durante ciascuna sessione di osservazione.
4. Posizionati in un luogo adeguato, per poter osservare senza disturbare le attività assistenziali; puoi anche muoverti per seguire gli operatori, senza, però, mai interferire con il loro lavoro. Alla fine della sessione, comunque, puoi informare gli operatori su ciò che hai osservato.

Come usare la scheda

1. Usa una matita per compilare la scheda e una gomma per cancellare; usa un supporto rigido per la scheda (durante le osservazioni).
2. Per prima cosa compila l'intestazione della scheda (ad eccezione dell'orario di fine e della durata della sessione).
3. Quando registri la prima opportunità per l'igiene delle mani, riporta l'informazione corrispondente (indicazione/i, azione) nella prima delle caselle numerate delle opportunità, che trovi procedendo dall'alto verso il basso. Registra le informazioni nella colonna corrispondente alla categoria professionale alla quale appartiene l'operatore che stai osservando in quel momento.
4. Ogni opportunità di igiene delle mani deve essere registrata in una riga di ciascuna colonna; le colonne sono indipendenti le une dalle altre.
5. Indica l'opzione corretta barrando il piccolo quadrato o il piccolo cerchio corrispondente (barrando il quadrato puoi scegliere più di una opzione, barrando il cerchio solo una).
6. Nel caso in cui una opportunità di igiene delle mani risponda a più di una indicazione, barra ciascuno dei quadrati corrispondenti alle indicazioni corrispondenti.
7. Per ciascuna opportunità, registra sempre quale azione è stata eseguita o se non è stato fatto nulla.
8. Non dimenticare di indicare l'ora di fine della sessione di osservazione, la durata di questa e di controllare la scheda prima di restituirla.

Breve descrizione dei campi

Città	Indicare per esteso, (non utilizzare abbreviazioni)	
Ospedale	Indicare per esteso, (non utilizzare abbreviazioni)	
Osservatore	Iniziali (Cognome e Nome).	
Data	2 numeri per giorno e mese, 4 numeri per l'anno	
Inizio/Fine	2 numeri per ora e minuti	
Durata Sessione	Calcolare la differenza in minuti tra ora di inizio e ora di fine della sessione di osservazione.	
Periodo n.	In accordo con la propria numerazione	
Sessione n.	In accordo con la propria numerazione	
Scheda n.	Numero di pagina.	
Dipartimento	Registrare secondo la seguente classificazione: • Medico (include dermatologia, neurologia, ematologia, ecc.) • Mistro (medico & chirurgo) • Pediatrico (inclusa la chirurgia pediatrica), • Pronto Soccorso • Ambulatorio • Chirurgico (incluso ORL, oculistica, neurochirurgia, ecc.) • Ostetrico-ginecologico • Terapia intensiva • Lungodegenza, riabilitazione • Altro (specificare)	
Servizio e Reparto	In accordo con la denominazione della struttura	
Prof. cat.	Registrare secondo la seguente classificazione: 1. Infermiere-ostetrico-a 1.1 Infermiere-a; 1.2 Ostetrico-a; 1.3 Studente. 2. Operatore di supporto all'assistenza (operatore sanitario specializzato -OSS; operatore tecnico dell'assistenza-OTA; operatore socio-sanitario specializzato-OSSS) 3. Medico 3.1 Medico; 3.2 Chirurgo; 3.3 Anestesista; 3.4 Pediatra; 3.5 Altro; 3.6 Studente. 4. Altro operatore sanitario 4.1 terapeuta (fisioterapista, terapeuta occupazionale, tecnico di audiometria, logopedista); 4.2 tecnico (radiologo, tecnico di cardiologia, di sala operatoria, di laboratorio); 4.3 altro (dietista, odontotecnico, dentista, operatore sociale e qualsiasi altro operatore sanitario coinvolto in attività assistenziali).	
Num.	Registra il numero di operatori sanitari osservati, appartenenti ad una stessa categoria professionale (codice uguale), man mano che entrano nel campo di osservazione.	
Opp.	Viene definita come presenza di almeno un'indicazione all'igiene delle mani.	
Indicazione	pr-cont: prima di un contatto con il paziente pr-aseps: prima di una manovra pulita/asettica dp-fluido: dopo esposizione a liquidi biologici	dp-cont.: dopo un contatto con il paziente dp-circ.: dopo un contatto con l'ambiente che circonda il paziente
Azione	Indica cosa è stato fatto in risposta ad un'indicazione all'igiene delle mani: Frizione: quando l'igiene delle mani viene effettuata mediante frizione con un prodotto a base alcolica, Lavaggio: quando l'igiene delle mani viene effettuata mediante il lavaggio con acqua e sapone, Nulla: quando non viene effettuata nessuna azione Guanti: l'operatore indossa i guanti	

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	28/02/2026	TITOLO	
REVISIONE	4	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PIANO AZIONE IGIENE MANI	
CODICE	PQ/ARM/46		
PAGINA	13 di 13		

SCHEDA DI CALCOLO

Ospedale/Struttura		Periodo n.	
Dipartimento		Data (GG/MM/AAAA)	/ /
Reparto		Inizio/Fine (HH:MM)	: / :
Servizio		Durata Sessione (minuti)	
		Osservatore (iniziali)	
		Scheda n.	
		Città	

Sessione n.	Categorie professionali								Totale delle sessioni	
	Prof.cat.		Prof.cat.		Prof.cat.		Prof.cat.			
	Codice		Codice		Codice		Codice		OPP.	AZIONE
	OPP.	AZIONE	OPP.	AZIONE	OPP.	AZIONE	OPP.	AZIONE	OPP.	AZIONE
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
Totale per categoria										
Adesione (%) totale azioni/totale opportunità*100										

Istruzioni per l'uso

1. Verifica i dati raccolti nella scheda di osservazione. Calcola la somma delle opportunità e delle azioni per ogni categoria professionale da ogni sessione di osservazione e copia il risultato sulla riga corrispondente al numero della sessione.
2. Calcola la somma delle opportunità e la somma delle azioni lungo la riga per ottenere la somma totale per ogni sessione.
3. Calcola la somma delle opportunità e la somma delle azioni di tutte le sessioni e calcola l'adesione complessiva applicando la formula qui sopra esposta.
4. Calcola la somma delle opportunità e delle azioni di ogni categoria professionale e calcola l'adesione per categoria applicando la formula dell'adesione. Completa i risultati della riga "adesione" e di ogni colonna "totale per categoria".

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	20/03/2026	TITOLO	
REVISIONE	0	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	
CODICE	PROG-03-26		
PAGINA	1 di 16		

Programma di controllo della Legionellosi

Indice

1	OBIETTIVI E RIFERIMENTI NORMATIVI/DOCUMENTALI.....	2
1.1.	OBIETTIVI	2
1.2.	RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI	2
2	COSTITUZIONE DEL TEAM LEGIONELLOSI.....	4
2.1	CARATTERISTICHE DEL GRUPPO DI LAVORO (TEAM LEGIONELLOSI).....	4
2.2	COMPOSIZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO (TEAM LEGIONELLOSI)	4
3	PIATTAFORMA DOCUMENTALE E SISTEMA DI TRACCIABILITÀ.....	5
4	VALUTAZIONE DEL RISCHIO E MISURE DI CONTROLLO	7
5	ESITI DEL MONITORAGGIO, GESTIONE DELLE CRITICITÀ E VERIFICA DELL'EFFICACIA DELLE MISURE DI CONTROLLO	9
6	PIANO DI MIGLIORAMENTO	12
7	AZIONI DI SUPPORTO E FORMAZIONE	13
7.1	AZIONI PREVISTE	14
8	INDICATORI, STANDARD E RESPONSABILITÀ.....	14
8.1	INDICATORI E STANDARD	14
8.2	RESPONSABILITÀ	15
8.3	VERIFICA PERIODICA.....	15
9	CONCLUSIONI.....	16

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	20/03/2026	TITOLO	
REVISIONE	0	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	
CODICE	PROG-03-26		
PAGINA	2 di 16		

1 OBIETTIVI E RIFERIMENTI NORMATIVI/DOCUMENTALI

1.1. OBIETTIVI

Il presente documento disciplina il sistema di prevenzione e controllo del rischio di legionellosi presso l'Ospedale M.G. Vannini di Roma – Istituto Figlie di S. Camillo (inclusi gli ambienti dedicati alle attività ambulatoriali per Esterni), quale presidio sanitario (inclusi i poli-ambulatori) caratterizzato dalla presenza di impianti idrici e tecnologici che richiedono una gestione strutturata del rischio correlato alla possibile proliferazione e diffusione di *Legionella spp.*, con la conseguente predisposizione (e revisione) del Programma di Controllo (**Programma**).

Il **Programma** è redatto in coerenza con la normativa vigente, con gli indirizzi regionali in materia e con la documentazione tecnica e organizzativa adottata dalla Struttura, ivi compresa la procedura aziendale in materia di prevenzione e controllo del rischio da esposizione a *Legionella spp.* e l'attività sistematica di valutazione del rischio da legionellosi formalizzata nello specifico Documento di Valutazione del Rischio DVR da *Legionella spp.*

In conformità alle linee di indirizzo regionali, il **Programma** si inserisce nel sistema aziendale di gestione del rischio infettivologico, nel sistema di prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) ed in quello per la tutela della sicurezza di pazienti, operatori e utenti della struttura. Esso definisce l'assetto organizzativo e operativo adottato dall'Ospedale per la prevenzione e il controllo del rischio legionellosi, con riferimento ai soggetti coinvolti, alla gestione documentale, alla valutazione del rischio, alle misure di controllo, al monitoraggio, alle azioni di miglioramento e alle iniziative di supporto.

1.2. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

Il presente Programma è redatto tenendo conto dei seguenti principali riferimenti normativi e documentali:

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	20/03/2026	TITOLO	
REVISIONE	0	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	
CODICE	PROG-03-26		
PAGINA	3 di 16		

- Conferenza Stato-Regioni. Accordo 07 Maggio 2015 - Linee Guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi
- DCA n. U00495 del 05/12/2019. Presa d'atto dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (rep. n. 79 CSR) del 7 maggio 2015 sul documento recante "Linee guida per la prevenzione e il controllo della Legionella"
- Istituto Superiore di Sanità (ISS). Linee guida per la valutazione e la gestione del rischio per la sicurezza dell'acqua nei sistemi di distribuzione interni degli edifici prioritari e non prioritari e in talune navi ai sensi della Direttiva (UE) 2020/2184. Gruppo di lavoro *ad hoc* sulla sicurezza dell'acqua nei sistemi di distribuzione idrica interni degli edifici e di talune navi. ISTISAN Rapporti 22/32, 2022
- D.Lgs. n. 18/2023. Attuazione della Direttiva (UE) 2020/2184 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 2020, concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano (23G00025) - documentazione attuativa in materia di qualità delle acque destinate al consumo umano, con particolare riferimento all'approccio basato sul rischio e al Piano di Sicurezza dell'Acqua
- DGR Lazio n. 460 del 28/06/2024. Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi
- Procedura aziendale. Prevenzione e controllo del rischio da esposizione a legionella – cod. PR/ASL/121, rev. 1 del 13/01/2023
- Documento di Valutazione del Rischio DVR da Legionella - Ospedale M.G. Vannini Ifsc, rev. 02 del 21/12/2025
- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. (APIC). Legionella pneumophila. APIC, 2026
- US Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Controlling Legionella. Healthcare facilities. CDC, 2024

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	20/03/2026	TITOLO	
REVISIONE	0	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	
CODICE	PROG-03-26		
PAGINA	4 di 16		

2 COSTITUZIONE DEL TEAM LEGIONELLOSI

2.1 CARATTERISTICHE DEL GRUPPO DI LAVORO (TEAM LEGIONELLOSI)

L'Ospedale M.G. Vannini IFSC individua un gruppo di lavoro multidisciplinare per la prevenzione e il controllo del rischio legionellosi.

Il gruppo di lavoro cura la gestione integrata del rischio legionellosi, assicurando il coordinamento delle attività di valutazione e rivalutazione del rischio, delle misure di prevenzione e controllo, del monitoraggio, della gestione delle eventuali criticità e delle conseguenti azioni correttive, nonché della tracciabilità documentale delle attività svolte. Il gruppo di lavoro si riunisce con periodicità semestrale e, comunque, ogniqualvolta si renda necessaria una rivalutazione del rischio, anche in relazione a modifiche impiantistiche, interventi strutturali nei diversi ambienti di assistenza e di lavoro, cambiamenti legati alle Ditte di affidamento della manutenzione (e del monitoraggio); si riunisce in oltre in occasione della trasmissione dei risultati dei controlli microbiologici (in particolare, in caso di eventuali *trend* significativi o in caso di franca positività microbiologica), ovvero di ulteriori eventi che richiedano una revisione delle misure di controllo del rischio da legionellosi.

2.2 COMPOSIZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO (TEAM LEGIONELLOSI)

In coerenza con le Linee di indirizzo regionali, il Gruppo di Lavoro (Team Legionellosi) è composto dalle seguenti figure:

- direttore sanitario, Presidente del Comitato per la prevenzione e Controllo ICA (CCICA)
- Medico specialista in Igiene e Medicina preventiva, Dir. Medico della Direzione Sanitaria
- Risk Manager di Istituto IFSC
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) di Istituto IFSC
- Responsabile del Servizio Tecnico di Istituto IFSC

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	20/03/2026	TITOLO	
REVISIONE	0	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	
CODICE	PROG-03-26		
PAGINA	5 di 16		

- Direttore dell'Unità Op. Complessa di Laboratorio Analisi e Patologia Clinica – Sez. Microbiologia
- Dirigente del Laboratorio – Sez. Microbiologia
- Direttore dell'Unità Op. Complessa di Medicina Generale – con competenze specifiche in prevenzione del rischio infettivologico e gestione delle malattie infettive
- Infermiera addetta alla Prevenzione e Controllo ICA.

Il Team Legionellosi lavora in stretto coordinamento con il Gruppo Tecnico-Operativo per la Prevenzione e Controllo ICA e, negli incontri periodici programmati (ed anche in quelli straordinari), convoca motivatamente altre figure della Struttura, con competenze specifiche per affrontare le tematiche di gestione del rischio infettivologico ambientale o direttamente coinvolte nelle attività preventive o formative (tra cui: Addetto al Servizio Prevenzione e Protezione, ASPP dell'Ospedale; Coordinatrici Infermieristiche referenti per il rischio ICA dell'Ospedale; Farmacista ospedaliero; Coordinatrice Infermieristica della Farmacia ospedaliera; Referente Ditta Manutenzione; Coordinatrice Infermieristica del Personale addetto alla Manutenzione; Personale tecnico di Manutenzione).

La composizione del Team Legionellosi e l'attribuzione dei relativi compiti operativi sono definiti (ed aggiornati) a cura della Direzione Sanitaria, in coerenza con l'assetto organizzativo della Struttura, su motivata proposta formulata alla Direzione Amministrativa ed alla Direzione Generale, al fine di garantire l'opportuno livello di coinvolgimento del management aziendale.

3 PIATTAFORMA DOCUMENTALE E SISTEMA DI TRACCIABILITÀ

La Struttura assicura la gestione documentale delle attività di prevenzione e controllo del rischio legionellosi mediante conservazione ordinata e tracciabile della documentazione tecnica, sanitaria e organizzativa relativa agli impianti a rischio, alla valutazione del

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	20/03/2026	TITOLO	
REVISIONE	0	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	
CODICE	PROG-03-26		
PAGINA	6 di 16		

rischio, al monitoraggio, agli interventi manutentivi, ai campionamenti (ed alle altre azioni di controllo), oltre alle conseguenti azioni correttive.

La conservazione della relativa documentazione è predisposta a cura dei Servizi coinvolti:

- Direzione Sanitaria
- Servizio Prevenzione e Protezione (SPP) di Istituto IFSC
- Servizio Tecnico di Istituto IFSC

e mantenuta in modo tale da realizzare una efficace condivisione e consultazione, utilizzando risorse condivise della rete informatica dell'Ospedale.

La documentazione di riferimento comprende, tra i principali documenti: il Documento dedicato alla valutazione del rischio da legionellosi DVR, la Procedura aziendale vigente, i documenti tecnici, ivi inclusi gli schemi (o le informazioni) disponibili sugli impianti – con particolare riguardo ai tratti dell'impianto a maggior rischio – insieme al registro di manutenzione e controllo, alla raccolta documentale relativa ai campionamenti (ivi incluse le metodiche utilizzate per il campionamento ambientale) ed alle analisi microbiologiche; la raccolta della documentazione gestionale relativa a: rapporti di prova; registrazioni del monitoraggio operativo (schede di monitoraggio), nonché la documentazione relativa alle eventuali non conformità e alle azioni correttive adottate.

La tracciabilità delle attività svolte è assicurata mediante registrazioni periodiche ed aggiornamento della suddetta documentazione, sotto la responsabilità delle diverse figure del Team Legionellosi, competenti per ciascun ambito di attività, specificamente coordinate dalla Direzione Sanitaria.

La documentazione è conservata secondo le modalità organizzative adottate dalla Struttura per il settore della Gestione del Rischio, per il settore della Gestione degli ambienti (e dell'Infrastruttura) e per il settore dell'Assicurazione di Qualità (ed Accredimento), quindi in formato misto ed integrato (cartaceo e digitale), in modo da garantirne reperibilità, aggiornamento e disponibilità ai fini delle verifiche interne, delle attività di *audit* e di eventuali controlli da parte delle Autorità competenti. Il coordinamento

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	20/03/2026	TITOLO	
REVISIONE	0	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	
CODICE	PROG-03-26		
PAGINA	7 di 16		

in merito alla tenuta documentale è in capo al Responsabile del Servizio Tecnico di Istituto IFSC, coadiuvato dalla Direzione Sanitaria.

In particolare, l'attuazione delle misure di gestione degli impianti a rischio e delle conseguenti azioni preventive e di controllo è appositamente documentata (ed annotata) nello specifico registro di manutenzione e tenuta impianti, riservato alla prevenzione e controllo del rischio da legionellosi, da parte del Responsabile del Servizio Tecnico di Istituto IFSC insieme con il Referente della Ditta affidataria per la conduzione degli impianti (Ditta affidataria di riferimento di Istituto IFSC), coadiuvati dalla Direzione Sanitaria.

4 VALUTAZIONE DEL RISCHIO E MISURE DI CONTROLLO

La Struttura dispone di una apposita e sistematica attività di valutazione del rischio da legionellosi, formalizzata, che costituisce il riferimento per la programmazione delle attività di prevenzione, controllo e monitoraggio.

La valutazione del rischio viene effettuata applicando una metodologia integrata di *risk assessment* - a cura del Team Legionellosi e del Gruppo Tecnico-Operativo per la prevenzione e controllo ICA - basata sulle indicazioni nazionali e regionali, con periodiche revisioni basate su linee-guida internazionali di Enti di riferimento nel settore (a cura della Direzione Sanitaria). La suddetta valutazione del rischio da legionellosi viene eseguita principalmente mediante analisi tecnico-documentale dei sistemi impiantistici rilevanti, verifica delle caratteristiche strutturali, delle condizioni di esercizio e manutenzione, nonché esame della documentazione disponibile, inclusi gli eventuali esiti di campionamenti precedenti, al fine di individuare i principali fattori di rischio ed i punti critici dell'impianto.

La valutazione prende in considerazione i principali sistemi impiantistici rilevanti ai fini del rischio, con particolare riferimento alla rete idrico-sanitaria ed agli ulteriori impianti

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	20/03/2026	TITOLO	
REVISIONE	0	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	
CODICE	PROG-03-26		
PAGINA	8 di 16		

individuati - sulla base della documentazione tecnica della Struttura - come “rilevanti” ai fini della prevenzione della legionellosi.

La revisione della valutazione del rischio è effettuata almeno annualmente e, comunque, in occasione di eventi significativi, quali: rilevanti modifiche impiantistiche, strutturali o organizzative; ristrutturazioni straordinarie che interessino gli impianti a rischio; variazioni delle condizioni di esercizio degli impianti; in presenza di casi clinici rilevati di legionellosi; ovvero in presenza di reiterata o anomala positività microbiologica tra i risultati del campionamento programmato, tutte condizioni che richiedono una accurata rivalutazione del rischio.

Sulla base degli esiti della medesima attività di valutazione del rischio, la Struttura definisce e attua le misure di controllo ritenute necessarie ai fini della prevenzione e del contenimento del rischio legionellosi.

Per gli impianti idrico-sanitari, le misure di controllo previste comprendono il monitoraggio delle temperature, la manutenzione ed il controllo periodico degli impianti, la pulizia e gestione dei terminali di erogazione, il monitoraggio microbiologico dei punti critici e l’attivazione di interventi di disinfezione in relazione agli esiti dei controlli.

In particolare, risultano previste:

- il monitoraggio delle temperature dell’acqua fredda, con obiettivo di mantenimento inferiore a +20°C;
- la pulizia/decalcificazione dei diffusori e dei rompigetto con periodicità almeno semestrale;
- la sostituzione delle parti terminali usurate all’occorrenza;
- il monitoraggio biologico dei punti critici con periodicità semestrale;
- la disinfezione chimica dell’impianto in relazione agli esiti dei monitoraggi periodici.

Le attività di controllo e le misure attuate sono registrate sull’apposito registro, oltre che sulle schede di monitoraggio, al fine di garantirne la tracciabilità e consentire la successiva verifica di efficacia.

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	20/03/2026	TITOLO	
REVISIONE	0	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	
CODICE	PROG-03-26		
PAGINA	9 di 16		

5 ESITI DEL MONITORAGGIO, GESTIONE DELLE CRITICITÀ E VERIFICA DELL'EFFICACIA DELLE MISURE DI CONTROLLO

L'efficacia delle misure di controllo adottate dalla Struttura è verificata da parte del Team Legionellosi mediante valutazione periodica degli esiti dei campionamenti microbiologici effettuati sui punti di controllo individuati come critici o sensibili, nonché attraverso il riesame delle criticità emerse e delle azioni correttive attivate, al fine di confermare l'adeguatezza delle misure in atto o definire ulteriori interventi di miglioramento.

In particolare, il Team Legionellosi fa riferimento – nelle valutazioni operative – ai livelli di riferimento, espressi sulla base della normativa e dei documenti tecnici di riferimento, che si riportano qui di seguito (oltre che nella Procedura aziendale vigente):

Concentrazione UFC/litro	AZIONI DA INTRAPRENDERE
1° Livello concentrazione inferiore a 100 UFC/litro	Si tratta di situazione normale. Il Responsabile ufficio tecnico si assicura che i soggetti coinvolti proseguano con gli interventi ordinari secondo la periodicità già programmata (vedi allegati n°1, n°2 e n°3)
2° Livello concentrazione fra 101 e 1.000 UFC/litro	<u>in ASSENZA di casi di LEGIONELLOSI all'interno della Struttura</u> Se MENO DEL 20% dei campioni prelevati risulta positivo: il Responsabile ufficio tecnico deve: a) verificare che tutti gli interventi ordinari siano correttamente eseguiti (allegati n°1, n°2 e n°3); b) informare dei risultati la ditta che esegue l'attività B e richiedere di eseguire gli interventi ordinari di prevenzione (vedi all.1); c) informare dei risultati la ditta che esegue l'attività A e richiedere di eseguire gli interventi ordinari di manutenzione (vedi all.2); d) informare il Direttore Amministrativo affinché sensibilizzi il Servizio Interno di pulizia ad eseguire regolarmente gli interventi ordinari (vedi all.3); e) richiedere un intervento di manutenzione per sostituire tutti i componenti rimovibili in corrispondenza dei punti di erogazione in questione, quali rompigitto, flessibili, soffioni di docce e simili; f) richiedere al laboratorio che effettua l'Attività C, dopo il completamento dei punti precedenti, di procedere a nuove analisi su campioni prelevati almeno nei medesimi punti risultati positivi. Se i risultati sono tutti di concentrazione inferiore al 2° livello, l'ESITO E' POSITIVO. * * * <u>SE I RISULTATI CONFERMANO</u> concentrazioni di 2° livello Il Responsabile dell' ufficio tecnico informa il Direttore Sanitario, il Risk Manager e l'RSPP e congiuntamente effettuano una revisione della valutazione del rischio per identificare le necessarie ulteriori azioni da intraprendere. * * * Se OLTRE IL 20% dei campioni prelevati risulta positivo, il Responsabile dell'ufficio tecnico deve: a) adottare tutte le misure indicate ai punti a), b), c), d), e) ed f) precedenti. <u>SE I RISULTATI CONFERMANO</u> concentrazioni di 2° livello per oltre il 30% dei campioni, il Responsabile dell'ufficio tecnico deve: a) informare dei risultati la ditta che esegue l'attività B e richiedere la disinfezione immediata dell'impianto (vedi all.4) b) informare il Direttore Sanitario, il Risk Manager e l'RSPP ed effettuare una revisione della valutazione del rischio per identificare le necessarie ulteriori azioni da intraprendere;

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	20/03/2026	TITOLO	
REVISIONE	0	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	
CODICE	PROG-03-26		
PAGINA	10 di 16		

3° Livello concentrazione fra 1001 e 10.000 UFC/litro	<u>in PRESENZA di casi di LEGIONELLOSI all'interno della Struttura</u> Il Responsabile dell'ufficio tecnico, indipendentemente dal numero di campioni positivi, deve: a) informare il Direttore Sanitario, il Risk Manager e l'RSPP ed effettuare congiuntamente una revisione della valutazione del rischio per identificare le necessarie ulteriori azioni da intraprendere; b) informare dei risultati la ditta che esegue l'attività B e richiedere la disinfezione immediata dell'impianto (vedi all.4); c) richiedere un intervento di manutenzione per sostituire tutti i componenti rimovibili in corrispondenza dei punti di erogazione in questione, quali rompigitto, flessibili, soffioni di docce e simili; d) dopo il completamento delle attività precedenti, deve richiedere al Laboratorio che esegue l'attività C di procedere a nuove analisi su campioni prelevati almeno nei medesimi punti risultati positivi. I risultati delle analisi verranno esaminati congiuntamente dal Direttore Sanitario, dal Responsabile dell'ufficio tecnico, dal Risk Manager e dal RSPP per la individuazione delle ulteriori azioni da intraprendere.
	<u>in ASSENZA di casi di LEGIONELLOSI all'interno della struttura</u> Se MENO DEL 20% dei campioni prelevati risulta positivo: il <u>Responsabile dell'ufficio tecnico</u> deve: a) verificare che tutti gli interventi ordinari siano correttamente eseguiti (allegati n°1, n°2 e n°3); b) informare il Direttore Sanitario, il Risk Manager e l'RSPP; c) informare dei risultati la ditta che esegue l'attività B e richiedere di eseguire gli interventi ordinari di prevenzione(vedi all.1); d) informare dei risultati la ditta che esegue l'attività A e richiedere di eseguire gli interventi ordinari di manutenzione(vedi all.2); e) informare il Direttore Amministrativo affinché sensibilizzi il Servizio Interno di pulizia ad eseguire regolarmente gli interventi ordinari (vedi all.3); f) richiedere un intervento di manutenzione straordinaria per sostituire tutti i componenti rimovibili in corrispondenza dei punti di erogazione in questione, quali rompigitto, flessibili, soffioni di docce e simili; g) dopo il completamento delle attività precedenti, deve richiedere al Laboratorio che esegue l'attività C di procedere a nuove analisi su campioni prelevati almeno nei medesimi punti risultati positivi. SE VIENE CONFERMATO IL RISULTATO di 3° livello il Responsabile dell'ufficio tecnico deve: - richiedere alla impresa B la disinfezione dell'impianto (vedi all.2) - informare RISK MANAGER e RSPP ed effettuare congiuntamente una revisione della individuazione dei fattori rischio per identificare le ulteriori azioni correttive. * * *
	<u>Se oltre il 20% dei campioni analizzati risulta con concentrazione di 3° livello:</u> Il <u>Responsabile ufficio tecnico</u> deve: a) informare dei risultati la ditta che esegue l'attività B e richiedere la disinfezione dell'impianto (vedi all.4) b) informare il Direttore Sanitario, il Risk Manager e ed effettuare congiuntamente una revisione della valutazione del rischio per identificare le necessarie ulteriori azioni da intraprendere e le eventuali indicazioni sulle modalità di utilizzo dell'acqua calda sanitaria; c) procedere a nuove analisi prelevando campioni almeno nei medesimi punti risultati positivi. Il <u>Direttore Sanitario</u> deve aumentare la sorveglianza clinica in particolare per eventuali pazienti a rischio.
	<u>in PRESENZA di casi di LEGIONELLOSI all'interno della struttura</u> Il Responsabile ufficio tecnico, a prescindere dal numero di campioni positivi, deve: a) informare dei risultati la ditta che esegue l'attività B e richiedere la disinfezione dell'impianto (vedi all.4); b) informare il Direttore Sanitario, il Risk Manager e l'RSPP ed effettuare congiuntamente una revisione della valutazione del rischio per identificare le necessarie ulteriori azioni da intraprendere e le eventuali indicazioni sulle modalità di utilizzo dell'acqua calda sanitaria; c) procedere a nuove analisi prelevando campioni almeno nei medesimi punti risultati positivi. Il <u>Direttore Sanitario</u> deve aumentare la sorveglianza clinica in particolare per eventuali pazienti a rischio. * * * Nota: Si ricorda che gli aspetti prettamente medici e le comunicazioni da inoltrare alle Autorità Sanitarie non rientrano negli argomenti trattati dalla presente procedura.

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	20/03/2026	TITOLO	
REVISIONE	0	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	
CODICE	PROG-03-26		
PAGINA	11 di 16		

4° Livello concentrazione oltre 10.000 UFC/litro	Sia in PRESENZA, sia in ASSENZA di casi di LEGIONELLOSI all'interno della struttura
	Il Responsabile dell' ufficio tecnico deve: a) informare dei risultati la ditta che esegue l'attività B e richiedere la disinfezione dell'impianto (vedi all.4); b) informare il Direttore Sanitario, il Risk Manager e l'RSPP ed effettuare congiuntamente una revisione della valutazione del rischio per identificare le necessarie ulteriori azioni da intraprendere e le eventuali indicazioni sulle modalità di utilizzo dell'acqua calda sanitaria; c) richiedere un intervento di manutenzione straordinaria per sostituire tutti i componenti rimovibili in corrispondenza dei punti di erogazione in questione, quali rompigitto, flessibili, soffioni di docce e simili; d) richiedere al Laboratorio che esegue l'attività C, dopo il completamento dei punti precedenti, di procedere a nuove analisi su campioni prelevati almeno nei medesimi punti risultati positivi. NOTA BENE: Come detto in premessa le comunicazioni da inoltrare alle Autorità Sanitarie non rientrano negli scopi e negli argomenti trattati dalla presente procedura.

Nel corso dell'anno 2025 le attività di controllo ed in particolare il campionamento ambientale e conseguente monitoraggio microbiologico della rete idrica presso l'Ospedale M.G. Vannini IFSC hanno evidenziato positività in n°. 3 punti di erogazione, sul totale (di cui n°. 2 punti idrici in servizi igienici secondari e scarsamente utilizzati; e n°. 1 punto idrico in un servizio igienico secondario, situato in una zona ad attività ambulatoriale h6).

A seguito di tali esiti è stata effettuata una attività di revisione ed approfondimento, da parte del Team Legionellosi, con l'adozione immediata dei previsti interventi correttivi:

- attività di flussaggio
- pulizia/decalcificazione dei diffusori e dei rompigitto;

seguita da:

- revisione dell'impianto di clorazione ("a monte" dell'impianto idrico)
- ulteriore attività di flussaggio
- sostituzione completa delle parti terminali nei punti idrici oggetto di intervento.

Le conseguenti verifiche di campionamento ambientale e di controllo analitico hanno evidenziato il pieno rientro del quadro microbiologico ambientale nei punti oggetto di approfondimento e di intervento.

Si osserva quindi come gli esiti del monitoraggio ambientale periodico abbiano comportato la gestione delle criticità riscontrate mediante attivazione del Team

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	20/03/2026	TITOLO	
REVISIONE	0	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	
CODICE	PROG-03-26		
PAGINA	12 di 16		

Legionellosi, approfondimento delle caratteristiche dei punti oggetto di verifica, pianificazione e realizzazione di azioni correttive – sotto la diretta supervisione del Team Legionellosi – fino ai successivi nuovi campionamenti, consentendo di documentare il miglioramento del quadro microbiologico nei punti oggetto di intervento.

Quanto descritto costituisce quindi uno degli approcci del **Programma** (Programma di Controllo Legionellosi) di questa Struttura: la verifica dell'efficacia operativa delle misure di controllo attuate è basata sul confronto tra gli esiti dei campionamenti successivi, sulla valutazione dell'andamento delle positività rilevate nel tempo e sul riesame delle eventuali criticità residue, ai fini dell'aggiornamento delle stesse misure di prevenzione e controllo.

6 PIANO DI MIGLIORAMENTO

Alla luce degli esiti del monitoraggio microbiologico effettuato nel corso dell'ultimo anno (2025), con una rivalutazione da parte del Team Legionellosi estesa agli anni precedenti, la Struttura prevede il mantenimento e il rafforzamento delle attività di prevenzione e controllo del rischio legionellosi, con particolare riferimento ai punti della rete idrica che hanno evidenziato criticità e ai conseguenti interventi di verifica e aggiornamento del sistema di controllo.

In particolare, il piano di miglioramento è orientato:

- alla verifica dell'eventuale aggiornamento formale della valutazione del rischio legionellosi;
- al mantenimento del monitoraggio microbiologico periodico dei punti critici o sensibili della rete idrica;
- alla verifica della corretta attuazione delle misure manutentive e di controllo previste dalla documentazione aziendale;

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	20/03/2026	TITOLO	
REVISIONE	0	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	
CODICE	PROG-03-26		
PAGINA	13 di 16		

- all'eventuale aggiornamento del piano di controllo in relazione agli esiti dei successivi monitoraggi;
- alla tracciabilità degli interventi tecnici e delle attività di controllo effettuate sugli impianti.

7 AZIONI DI SUPPORTO E FORMAZIONE

La Struttura garantisce azioni di supporto al presente **Programma**, al fine di migliorare l'efficacia delle diverse attività destinate al controllo della legionellosi, mediante diffusione della procedura e delle diverse indicazioni operative ai soggetti coinvolti. Il Team Legionellosi ha previsto la programmazione di interventi di informazione e di momenti formativi, rivolti al personale interessato.

Le attività di informazione e formazione sono gestite, per quanto di competenza, dai componenti del Team Legionellosi e rivolte principalmente: al Personale di Manutenzione; al Personale della Ditta affidataria; alle Coordinatrici Infermieristiche, responsabili della corretta conduzione degli ambienti dell'Ospedale; al Personale Ausiliario della Struttura; al Personale Medico ed Infermieristico individuati come Referenti per le attività di prevenzione e controllo ICA; nonché agli eventuali soggetti esterni (altre Ditte) coinvolti nelle attività di verifica impianti, manutenzioni straordinarie, adeguamenti impiantistici, oltre che nelle stesse attività di monitoraggio e supporto tecnico.

Le attività svolte sono oggetto di registrazione specifica; è prevista idonea conservazione delle relative evidenze documentali, a cura dell'Ufficio Formazione della Struttura.

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	20/03/2026	TITOLO	
REVISIONE	0	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	
CODICE	PROG-03-26		
PAGINA	14 di 16		

7.1 AZIONI PREVISTE

Ambito	Azione prevista	Stato
Informazione interna	Diffusione del Programma e delle indicazioni operative ai soggetti coinvolti	Da mantenere
Formazione	Attività formative rivolte al personale interessato	Da programmare
Tracciabilità	Conservazione delle evidenze formative e delle comunicazioni rilevanti	Da mantenere

8 INDICATORI, STANDARD E RESPONSABILITÀ

Al fine di garantire il monitoraggio dell'attuazione del presente Programma, la Struttura individua specifici indicatori di controllo, con relativi standard di riferimento, da utilizzare ai fini della verifica periodica delle attività previste e dell'eventuale adozione di ulteriori azioni di miglioramento.

8.1 INDICATORI E STANDARD

Indicatore	Standard
Esecuzione dei campionamenti microbiologici programmati	100% dei campionamenti programmati
Esecuzione delle attività di controllo/manutenzione previste	100% delle attività programmate
Tracciabilità delle registrazioni di controllo, campionamento e intervento	100% delle attività registrate
Attivazione di ricampionamenti o ulteriori verifiche in caso di criticità	100% dei casi che lo richiedono
Diffusione delle indicazioni operative/formative ai soggetti coinvolti	100% dei destinatari individuati

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr 501007901/3)
DATA	20/03/2026	TITOLO	
REVISIONE	0	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	
CODICE	PROG-03-26		
PAGINA	15 di 16		

8.2 RESPONSABILITÀ

L'attuazione del Programma è assicurata, per quanto di competenza, dai componenti del Team Legionellosi di cui al precedente capitolo 2, secondo l'assetto organizzativo della Struttura.

In particolare:

- la Direzione Sanitaria assicura il coordinamento generale e la validazione del Programma;
- il Risk Manager cura il raccordo del processo di gestione del rischio;
- il RSPP contribuisce per gli aspetti di competenza in materia di prevenzione e sicurezza;
- il Responsabile del Servizio Tecnico di Istituto IFSC, coordinandosi con il Personale addetto alla Manutenzione ed alla Ditta affidataria della conduzione impianti di Istituto IFSC - con il coinvolgimento diretto della Coordinatrice del Personale addetto alla Manutenzione - assicurano la gestione tecnica degli impianti e degli interventi di competenza;
- i referenti clinico-assistenziali e i referenti ICA/CCICA collaborano alla diffusione delle misure organizzative e alla gestione delle criticità;
- il laboratorio di microbiologia o il referente individuato supporta l'interpretazione degli esiti microbiologici.

8.3 VERIFICA PERIODICA

La verifica periodica dell'attuazione del Programma è effettuata dal gruppo di lavoro mediante riesame degli indicatori sopra individuati, degli esiti del monitoraggio microbiologico, delle eventuali criticità emerse e dello stato di attuazione delle azioni di miglioramento.

OSPEDALE M.G. VANNINI ROMA 		PIANO	 Sistema Gestione Qualità Certificato UNI EN ISO 9001:2015 (nr. 501007901/3)
DATA	20/03/2026	TITOLO	
REVISIONE	0	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 (PARS 2026) – ALLEGATO: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	
CODICE	PROG-03-26		
PAGINA	16 di 16		

9 CONCLUSIONI

Il presente **Programma** (Programma di Controllo del rischio da Legionellosi) costituisce il riferimento organizzativo e operativo per la prevenzione ed il controllo del rischio da *Legionella spp.* presso l'Ospedale M.G. Vannini IFSC. È oggetto di revisione ed aggiornamento in relazione ad eventuali aggiornamenti normativi e tecnici, a modifiche impiantistiche e strutturali dell'Ospedale, alle valutazioni tecniche del Team Legionellosi, agli esiti del campionamento e conseguente monitoraggio, alle eventuali criticità emerse ed alla periodicità intrinseca, nel sistema aziendale di gestione della documentazione di maggior rilievo per la prevenzione e controllo dei rischi.