PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Anno 2026

Perimetro: Strutture del Gruppo San Raffaele (Regioni Lazio, Abruzzo e Basilicata)

Redatto da: Risk Manager San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate

FUNZIONE	NOME	FIRMA	DATA
REDAZIONE	*Risk Manager San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate* Dott.ssa Amalia ALLOCCA		
APPROVAZIONE E VALIDAZIONE	*Legale Rappresentante della Capogruppo San Raffaele S.p.A.* Dott. Carlo Trivelli	Firmato digitalmente da **CARLO TRIVELLI** C = IT	

Indice

1. PREMESSA 4
2. CONTESTO ORGANIZZATIVO 5
2.1. Gestione del rischio infettivo 7
2.1.1. Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza 10
2.1.2. Risorse dedicate al controllo e alla prevenzione delle ICA 12
2.1.3. Isolamento dei pazienti infettivi e dispenser di gel idroalcolico 12
3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI 13
4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA 19
5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE 19
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ 22
7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 23
7.1. Obiettivi 23
7.2. Attività 24
8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 28
8.1. Obiettivi 28
8.2. Attività 28
9. PROGRAMMA di CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI 34
10. PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE delle MANI (PALIM) 35
11. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO 54
12. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI .....
12.1. Riferimenti normativi 55
12.2. Bibliografia e sitografia 57

1. PREMESSA

Nella Regione Lazio l'attenzione nei confronti della qualità e della sicurezza delle cure e della persona assistita ha trovato espressione nella definizione dei contenuti del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA), due documenti che, oltre a rappresentare espressione del commitment regionale, consentono alle Strutture di rendere pubblica la propria policy su questi temi. In coerenza con la Determinazione Regione Lazio del 23/12/2025 n. G17673, al presente PARS è allegato il Piano aziendale per il contrasto all'Antimicrobico-Resistenza (PARCA) 2026–2028. Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, anche alla luce dell'approvazione della Legge n. 24/2017 e dell'esperienza maturata nel corso della pandemia da SARS-CoV-2, a distanza di oltre sei anni dall'emanazione delle prime linee guida per l'elaborazione del PARM, si ritiene opportuno rivedere il contenuto dei due documenti sopra citati, unificandone il contenuto in un unico Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti alla qualità e alla sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR), nonché con i relativi declinati regionali;
- Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani;
- Semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale, supportandole nella cruciale fase del risk assessment.

Questo anche al fine di concentrare l'attenzione e le risorse delle Strutture sugli aspetti qualificanti e rilevanti della gestione del rischio, evitando l'elaborazione di documenti volti più al mero rispetto di un adempimento formale che non alla implementazione di una effettiva politica di miglioramento della sicurezza delle cure e della persona assistita.

Il presente PARS è redatto secondo gli indirizzi e il format previsti dalla Regione Lazio; in un'ottica di governance di Gruppo, esso viene adottato come documento di riferimento anche per le strutture operative in altre Regioni (Abruzzo e Basilicata), ferma restando l'applicazione e l'adeguamento agli eventuali requisiti specifici regionali e alle indicazioni delle Autorità competenti locali.

Per raggiungere questi obiettivi, il presente documento, sentito il CRRC, è stato unificato e ricomprende sia la sezione riguardante le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuzie e post-acuzie, che quella relativa alle strutture che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale e le strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera (Allegati A e B del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)").

Nel primo caso il documento procede sostanzialmente alla semplice fusione dei precedenti PARM e PAICA, definendo in maniera ancora più puntuale i ruoli e le responsabilità. Relativamente alle strutture di assistenza extraospedaliera, invece, il documento tiene conto delle differenze non secondarie relative ai ruoli e alle responsabilità per come previsti dalla normativa di autorizzazione e di accreditamento. Questo ha comportato una semplificazione della matrice dei ruoli e delle responsabilità e la riduzione del numero minimo di attività mandatorie da prevedere ogni anno.

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il Gruppo di Strutture del Gruppo San Raffaele rappresenta da tempo, nel campo della tutela della salute, della ricerca scientifica e dell'assistenza, una realtà leader in continua evoluzione.
Nel corso degli anni il San Raffaele (SR) ha saputo tradurre il concetto di assistenza sanitaria in veri e propri standard di eccellenza realizzando una rete di strutture e di servizi che pongono legittimamente la Holding tra le prime realtà del settore in Italia.
L'obiettivo dell'eccellenza in sanità è stato perseguito dal SR con determinazione fin dagli inizi degli anni Ottanta attraverso la selezione delle più avanzate tecnologie e di una classe di specialisti di assoluta professionalità.
In pochi anni è stato rivoluzionato l'approccio alla riabilitazione in tutti i suoi molteplici aspetti: neuromotorio, cardiovascolare, respiratorio, otorinolaringoiatrico, geriatrico e pediatrico, inserendo in quel contesto un valore aggiunto di notevole interesse scientifico e clinico. A sostegno di tali attività sono presenti anche servizi/prestazioni di Medicina Interna, Cure Psichiatriche e Cure Palliative, volte a garantire la sicurezza delle cure e la centralità del paziente.
Tra le Strutture del Gruppo San Raffaele rientra anche l'IRCCS San Raffaele, struttura sanitaria specializzata in riabilitazione. In data 01/02/2005 ha ottenuto il riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per la disciplina della riabilitazione motoria e sensoriale. La missione dell'Istituto riguarda l'area della riabilitazione motoria e sensoriale in differenti aree (Cardiologia, Pneumologia, Neurologia, Ortopedia, Pediatria/disabilità dello sviluppo).
Le strutture del Gruppo San Raffaele ricomprese nel perimetro del presente PARS 2026 sono collocate prevalentemente nella Regione Lazio, con presenza anche in Regione Abruzzo e (in fase di integrazione nel 2026) in Regione Basilicata. Di seguito l'elenco delle strutture, con indicazione della Regione di esercizio:

- IRCCS San Raffaele Roma (Lazio)
- IRCCS San Raffaele Cassino (Lazio)
- San Raffaele Montecompatri (Lazio)
- San Raffaele Nepi (Lazio)
- San Raffaele Portuense (Lazio)
- San Raffaele Rocca Di Papa (Lazio)
- San Raffaele Viterbo (Lazio)
- Nomentana Hospital (Lazio) *
- International Hospital (già San Raffaele Monte Mario) (Lazio
- San Raffaele Sulmona (Abruzzo)
- RSA San Raffaele Borbona (Lazio)
- RSA San Raffaele Flaminia (Lazio)
- RSA San Raffaele Sabaudia (Lazio)
- RSA San Raffaele Trevignano (Lazio)
- RSA Villa Grazia (Lazio)
- Medica Group (Lazio)
- Centro Geriatrico Matera (Basilicata)

**invia di acquisizione*

Il contesto organizzativo e strutturale del Gruppo San Raffaele è rappresentato in maniera aggregata (Tabella 1).
Le Risorse Umane dedicate all'espletamento delle attività assistenziali e di supporto nel perimetro PARS (Regioni Lazio e Abruzzo) sono complessivamente pari a 3.192 unità (headcount, estrazione al 31/12/2025), con profili professionali diversi che svolgono il loro servizio a vario titolo. Le strutture acquisite e/o in fase di acquisizione nel 2026 (Nomentana Hospital e Centro Geriatrico Matera) saranno incluse nei flussi di rendicontazione nel corso del 2026.

Tabella 1 – Dati di contesto (risorse umane, dotazione strutturale/PPLL e dati di attività 2025) – perimetro flussi Controllo di Gestione (Regioni Lazio e Abruzzo). Fonte: Controllo di gestione, estrazione al 31/12/2025.

GRUPPO SAN RAFFAELE – Dati aggregati (estrazione al 31/12/2025)			
RISORSE UMANE (headcount)		**DOTAZIONE STRUTTURALE – PPLL (n. posti)**	
Profilo	**N.**	**Regime/setting**	**PPLL**
Medici	550	Ordinario	1.615
Infermieri	748	Residenziale	194
Riabilitatori	564	Domiciliare	396
Tecnici sanitari	56	Day hospital	66
Operatori assistenziali	466	Diurno	10
Personale di sostegno	82	Semi-residenziale	35
Ausiliari	89	Non residenziale	53
Amministrativi	253		
Laureati speciali	102		
Altri	282		
Totale	**3.192**	**Totale PPLL**	**2.369**

DOTAZIONE STRUTTURALE (PPLL) E DATI DI ATTIVITÀ – Dettaglio (estrazione al 31/12/2025)			
Regime	**Totale PPLL regime**	**Raggruppamento**	**PPLL**
Ordinario	1.615	Lungodegenza Medica	244
		Medicina Generale	90
		Neuroriabilitazione Alta Intensità (cod.75)	20
		Psichiatria Residenziale	60
		Resid. Sanitaria Assistenziale	606
		Riab. Cardiologica	74
		Riab. Neuromotoria	436
		Riab. Pediatrica	10
		Riab. Respiratoria	50
		Unità Spinale	25
Residenziale	194	Hospice Residenziale	99
		Riab. Ex Art.26 Residenziale	95
Domiciliare	396	Hospice Domiciliare	396
Day hospital	66	Centro Dialisi	7
		Riab. Cardiologica	5
		Riab. Neuromotoria	50
		Riab. Pediatrica	4
Diurno	10	Resid. Sanitaria Assistenziale Semiresidenziale	10
Semi-residenziale	35	Riab. Ex Art.26 Semi Residenziale	35
Non residenziale	53	Riab. Ex Art.26 Non Residenziale	53

DATI DI ATTIVITÀ – Anno 2025 (estrazione al 31/12/2025)			
Giornate di ricovero (ordinario + residenziale)	623.532	Giornate di assistenza domiciliare	141.163
Accessi Day Hospital	35.208	Accessi non residenziali (diurno + semi-residenziale)	11.802
Prestazioni ambulatoriali erogate (escluso laboratorio)	107.795		

Nota metodologica: la dotazione strutturale è espressa in PPLL (posti letto/posti autorizzati per setting assistenziale). I dati di attività 2025 sono espressi in giornate/accessi/prestazioni secondo le definizioni del Controllo di Gestione. I dati riportati in Tabella 1 si riferiscono alle strutture di Regione Lazio e Abruzzo incluse nei flussi al 31/12/2025; le strutture acquisite e/o in fase di acquisizione nel 2026 (Nomentana Hospital e Centro Geriatrico Matera) saranno oggetto di integrazione dei flussi nel corso del 2026.

2.1. Gestione del rischio infettivo

L'effetto della progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, che da una parte garantiscono la sopravvivenza a pazienti ad alto rischio di infezioni e dall'altra consentono l'ingresso dei microrganismi anche in sedi corporee normalmente sterili, assieme all'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici dovuti al largo uso di questi farmaci a scopo profilattico o terapeutico, ha determinato una crescente attenzione verso le infezioni ospedaliere.

Si definiscono tali le infezioni insorte dopo le 48h dal ricovero in ospedale e che al momento dell'ingresso non sono manifeste clinicamente, né sono in incubazione. Esse rientrano tra le complicanze più gravi e frequenti in ambito di assistenza sanitaria.

A partire dagli anni Novanta sono aumentate le prestazioni sanitarie erogate in setting extra-ospedaliero (residenze sanitarie assistite per anziani, assistenza domiciliare, assistenza ambulatoriale). Da qui la necessità di estendere il concetto di infezione ospedaliera a tutti i setting assistenziali, parlando non più di infezioni ospedaliere ma di Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria e sociosanitaria (ICA).

Le persone a rischio di contrarre un'infezione correlata all'assistenza sono innanzitutto i pazienti e, con minore frequenza, il personale ospedaliero, gli assistenti volontari, gli studenti e i tirocinanti. Tra le condizioni che aumentano la suscettibilità alle infezioni ci sono:

- età (neonati, anziani);
- altre infezioni o gravi patologie concomitanti (tumori, immunodeficienza, diabete, anemia, cardiopatie, insufficienza renale);
- malnutrizione;
- traumi e ustioni;
- alterazioni dello stato di coscienza;
- trapianti d'organo.

I principali meccanismi di trasmissione delle ICA sono:

- contatto diretto tra una persona sana e una infetta, soprattutto tramite le mani;
- contatto tramite le goccioline emesse nell'atto del tossire o starnutire da una persona infetta a una suscettibile che si trovi a meno di 50 cm di distanza;
- contatto indiretto attraverso un veicolo contaminato (per esempio endoscopi o strumenti chirurgici);
- trasmissione dell'infezione a più persone contemporaneamente, attraverso un veicolo comune contaminato (cibo, sangue, liquidi di infusione, disinfettanti, ecc.);

- via aerea, attraverso microrganismi che sopravvivono nell'aria e vengono trasmessi a distanza.

Circa l'80% di tutte le ICA riguarda quattro sedi principali: tratto urinario, ferite chirurgiche, apparato respiratorio, infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie). Le più frequenti sono le infezioni urinarie, che da sole rappresentano il 35-40% di tutte le infezioni ospedaliere. Tuttavia, negli ultimi quindici anni si sta assistendo a un calo di questo tipo di infezioni (insieme a quelle della ferita chirurgica) e a un aumento delle batteriemie e delle polmoniti.

I microrganismi principalmente coinvolti variano nel tempo. Fino all'inizio degli anni Ottanta, le infezioni ospedaliere erano dovute principalmente a batteri gram-negativi (per esempio, *E. coli* e *Klebsiella pneumoniae*). Poi, per effetto della pressione antibiotica e del maggiore utilizzo di presidi sanitari di materiale plastico, sono aumentate le infezioni sostenute da gram-positivi (soprattutto Enterococchi e *Staphylococcus epidermidis*) e quelle da miceti (soprattutto Candida), mentre sono diminuite quelle sostenute da gram-negativi.

Tra i batteri gram-positivi, quelli con maggiore resistenza agli antibiotici sono *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina (oxacillina), gli pneumococchi resistenti ai beta-lattamici e multiresistenti, gli enterococchi vancomicina-resistenti. Tra i gram-negativi, le resistenze principali sono le beta-lattamasi a spettro allargato in *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli, Proteus mirabilis*, la resistenza ad alto livello alle cefalosporine di terza generazione tra le specie di Enterobatteri *Citrobacter freundii*, le multi-resistenze osservate in *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* e *Stenotrophomonas smaltophilia*.

L'emergenza mondiale causata dalla rapida diffusione delle Enterobacteriacee resistenti ai carbapenemi (CRE) o, più esattamente, produttrici di carbapenemasi (CPE), rappresenta il problema epidemiologico e di Sanità Pubblica più rilevante degli ultimi anni. I carbapenemi sono infatti i farmaci di riferimento per la gestione della terapia delle infezioni da Enterobatteri Gram negativi multi-resistenti per l'ampio spettro di azione, l'ottima diffusibilità a livello di organi e tessuti e la relativa limitata tossicità; è chiaro quindi come la diffusione della resistenza a queste molecole determini un'emergenza mondiale.

Anche in Italia negli ultimi anni si stanno diffondendo batteri Gram-negativi, appartenenti soprattutto alla famiglia degli Enterobatteri (*Escherichia coli*, *Serratia marcescens*, *Citrobacter spp*., *Enterobacter spp*., ecc.) e alla specie *Klebsiella pneumoniae*, che risultano resistenti ai carbapenemi (es. imipenem e meropenem).

Gli Enterobatteri produttori di carbapenemasi sono frequentemente causa di infezioni, sia in ambito ospedaliero che comunitario e la loro progressiva diffusione rende problematico il trattamento dei pazienti.

Inoltre, a partire dal 1988, sono state segnalate negli Stati Uniti numerose epidemie di tubercolosi multi-resistente in ospedale fra pazienti sieropositivi. Negli anni Novanta segnalazioni simili sono state riportate anche in Europa (Italia, Gran Bretagna, Francia, Spagna), tutte accomunate da una letalità elevatissima (72-90%), da un intervallo breve tra esposizione e sviluppo della malattia e tra diagnosi e decesso. La tubercolosi multi-resistente rappresenta un rischio consistente per gli Operatori sanitari.

Non tutte le infezioni correlate all'assistenza sono prevenibili: è, quindi, opportuno sorvegliare selettivamente quelle che sono attribuibili a problemi nella qualità dell'assistenza. In genere, si possono prevenire le infezioni associate a determinate procedure, attraverso una riduzione delle procedure non necessarie, la scelta di presidi più sicuri, l'adozione di misure di assistenza al paziente che garantiscano condizioni asettiche.

Le ICA hanno un costo sia in termini di salute che economici, sia per il paziente che per la Struttura. Da qui la necessità di adottare pratiche assistenziali sicure, in grado di prevenire o controllare la trasmissione di infezioni ospedaliere ed extraospedaliere. Occorre pianificare e attuare programmi di controllo a diversi livelli (nazionale, regionale, locale) per garantire la messa in opera di quelle misure che si sono dimostrate efficaci nel ridurre al minimo il rischio di complicanze infettive.
Il piano annuale per la gestione del rischio infettivo del Gruppo San Raffaele è conforme alla

Determinazione N.G00643 del 25/01/2022 della Regione Lazio, avente ad oggetto l'adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".
Con il presente PARS 2026 vengono definiti gli obiettivi e le azioni da intraprendere a livello aziendale al fine di garantire la prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e, in definitiva, contribuire al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

2.1.1. Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) del Gruppo San Raffaele ha il compito di vigilare e di presidiare tutti gli aspetti relativi alla sorveglianza e al controllo delle infezioni trasmissibili in ambito assistenziale, nonché di supportare le attività e promuovere le best practice finalizzate al loro contenimento. Le attività si esplicano attraverso la verifica di tutti i casi rilevabili dal sistema di sorveglianza dei Laboratori Analisi, dai sistemi di sorveglianza attiva (messi in essere secondo protocolli specifici presso alcuni settori di ricovero), nonché dai sistemi di sorveglianza obbligatori, previsti da circolari ministeriali, quali la sorveglianza della Tubercolosi, della Legionellosi e delle infezioni causate da alcuni germi multi-resistenti (CRE).
I dati rilevati dai sistemi di sorveglianza vengono periodicamente analizzati dal Comitato per rilevare le criticità esistenti e individuare gli interventi di miglioramento più idonei a contrastare il fenomeno, nonché per valutare gli esiti di eventuali azioni preventive mese in atto nel tempo.
I dati rilevati vengono, inoltre, resi noti ai clinici per mezzo di un'attività di reporting e sono alla base, unitamente alla bibliografia internazionale di settore, della redazione di linee guida, protocolli e procedure aziendali atte al contenimento delle ICA. Il Comitato vaglia e propone azioni di miglioramento, ivi comprese le attività formative, che si rendano necessarie per controllare e ridurre la trasmissione dei microrganismi durante l'attività sanitaria.
Sono ben note le difficoltà relative alla capacità sempre più diffusa dei microrganismi di resistere agli antibiotici, vanificandone l'efficacia. In tale contesto, il CCICA svolge anche una specifica attività di contrasto al fenomeno dell'antibiotico resistenza, con lo scopo di promuovere un corretto uso degli antibiotici nei diversi contesti assistenziali.
Il Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza del Gruppo San Raffaele, costituito formalmente dal 23 marzo 2010, nasce con approvazione del Presidente CCICA, ai sensi della determina della Regione Lazio n. G00163 dell'11 gennaio 2019.
Il CCICA ha la funzione specifica di fornire le linee di indirizzo per garantire un efficace controllo delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le strutture del Gruppo San Raffaele, anche sulla base delle più recenti evidenze scientifiche e Linee Guida in materia. Esso si riunisce con cadenza trimestrale, salvo convocazioni straordinarie per casi urgenti, al fine di analizzare la reportistica pervenuta dalle singole strutture del Gruppo San Raffaele, e di proporre eventuali azioni correttive. Il CCICA collabora, con cadenza annuale, alla redazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS).

Tabella 2 – Composizione del CCICA, Comitato valutazione Sinistri San Raffaele

COMITATO PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	
Data di costituzione	23/03/2010
Composizione del CCICA	Risk Manager (Presidente)
	Medico specialista in Malattie infettive
	Responsabile del servizio Laboratorio Analisi
	Biologo
	Responsabile Logistica centrale
	Farmacista
	Medico Competente
	RSPP di Struttura (in qualità di esperti)
	Direttori Sanitari e Medici Responsabili delle Strutture afferenti (in qualità di esperti)
	Dirigenti Professioni Sanitarie delle Strutture afferenti (in qualità di esperti)

COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI	
Composizione del CVS	Dott. Francesco Monastero, **Presidente del Comitato Valutazione Sinistri**
	Prof. Massimo Fini, **Direttore Scientifico**
	Dott.ssa Amalia Allocca, **Risk Manager**
	Dott. Saverio Celletti, **Direttore Sanitario**
	Dott.ssa Mariateresa Panici, **Medico Legale**
	Dott. Marco Cannavicci, **Medico Legale**
	Prof. Nicola Petrosillo, **Infettivologo**
	Avv. Gianluca Uva, **Responsabile Ufficio**

All'interno di ogni struttura del Gruppo San Raffaele è presente Gruppo Operativo interno per il controllo delle ICA.
Il Gruppo Operativo ha lo scopo di garantire, a livello di singola Struttura, la sorveglianza continua sulle ICA attraverso le indagini di eventi epidemici, l'applicazione delle misure di prevenzione e controllo, l'azione sui comportamenti del personale e la rilevazione periodica dei dati, proponendo eventuali azioni correttive. Esso, inoltre, è responsabile della informazione e educazione del personale di assistenza e della realizzazione di eventi formativi finalizzati al controllo delle infezioni correlate all'assistenza. È compito del Gruppo Operativo fornire al Risk Manager e al CCICA una reportistica su base semestrale dell'attività di sorveglianza svolta.

Tabella 3 – Composizione dei Gruppi Operativi San Raffaele

GRUPPI OPERATIVI PER IL CONTROLLO DELLE ICA	
Composizione dei Gruppi Operativi	Medico di Direzione Sanitaria/Responsabile Medico (Coordinatore)
	Risk Manager
	Medico di area clinica
	RSPP
	Dirigente delle Professioni Sanitarie
	Dirigente del Servizio Tecnico
	Responsabile del laboratorio analisi (ove presente)
	Referente CRE

2.1.2. Risorse dedicate al controllo e alla prevenzione delle ICA

Sono costituite dalla Direzione Sanitaria/Responsabile Medico e dalla Direzione delle Professioni Sanitarie di Struttura che si avvalgono delle risorse logistiche ed economiche necessarie al controllo e alla prevenzione delle ICA, nonché di tutto il personale medico, dei biologi, dei coordinatori infermieristici e dell'ufficio logistica/farmacia. A supporto di tali attività, viene messa a disposizione dei professionisti la piattaforma informatica SR-Digital.

2.1.3. Isolamento dei pazienti infettivi e dispenser di gel idroalcolico

Per ciascuna Struttura è garantita almeno una stanza adibita all'isolamento di pazienti infettivi. I dispenser di gel idroalcolico sono presenti e accessibili in tutte le UU.OO. e gli spazi comuni delle Strutture del Gruppo San Raffaele.

3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 24/2017, tutte le Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto". Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria.

Relativamente all'anno 2025, in relazione agli eventi occorsi, ai sensi della classificazione del Ministero della Salute, sono stati segnalati complessivamente n. 1.122 eventi tramite il sistema informatizzato di incident reporting. Di questi, n. 218 sono segnalazioni riconducibili alle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e vengono gestite nell'ambito del rischio infettivo (sezione dedicata); la Tabella 6 riporta le segnalazioni ICA prive di classificazione di gravità. Gli altri eventi (n. 904) sono ripartiti per tipologia nella Tabella 4. Dall'analisi delle segnalazioni è emerso che i fattori contribuenti all'evento predominante, la caduta, sono prevalentemente da ricondursi al paziente, sovente non collaborativo per mancata adesione al piano assistenziale e/o per presenza di patologie complesse o gravi, che costituiscono esse stesse determinanti di rischio. Un dettaglio degli eventi avversi e dei risarcimenti erogati è illustrato nelle Tabelle 4-5.

Tabella 4 – Eventi segnalati nel 2025 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017) – Dati aggregati e per singola struttura (gennaio – dicembre 2025) – esclusi eventi ICA rendicontati separatamente in Tabella 6. Fonte: sistema informatizzato di incident reporting.

Gruppo San Raffaele (Regioni Lazio, Abruzzo e Basilicata)		
Tipo di evento	**N. (e % sul totale degli eventi)**	**N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)**
Near Miss	427 (47,2%)	305 (71,4%)
Eventi Avversi	469 (51,8%)	401 (85,5%)
Eventi Sentinella	8 (0,8%)	6 (75%)

IRCCS San Raffaele – Direttore Sanitario Dott.ssa Amalia Allocca		
Tipo di evento	**N. (e % sul totale degli eventi)**	**N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)**
Near Miss	165 (99.3%)	162 (98.1%)
Eventi Avversi	1 (0.7%)	1 (100%)
Eventi Sentinella	0	0

IRCCS San Raffaele Cassino – Direttore Sanitario Dott. Saverio Celletti		
Tipo di evento	**N. (e % sul totale degli eventi)**	**N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)**
Near Miss	1 (100%)	1 (100%)
Eventi Avversi	0	0
Eventi Sentinella	0	0

International Hospital (già San Raffaele Monte Mario) – Medico Responsabile Dott. Antonio Grassi		
Tipo di evento	**N. (e % sul totale degli eventi)**	**N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)**
Near Miss	5 (83,3%)	2 (40%)
Eventi Avversi	1 (16,6%)	1 (100%)
Eventi Sentinella	0	0

San Raffaele Montecompatri - Direttore Sanitario Dott.ssa Maria Mele		
Tipo di evento	**N. (e % sul totale degli eventi)**	**N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)**
Near Miss	70 (62.5%)	62 (88.5%)
Eventi Avversi	42 (37.5%)	41 (97.6%)
Eventi Sentinella	0	0

San Raffaele Nepi - Direttore Sanitario Dott. Giovanni Macchia		
Tipo di evento	**N. (e % sul totale degli eventi)**	**N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)**
Near Miss	80 (98.7%)	16 (20%)
Eventi Avversi	1 (1.3%)	1 (100%)
Eventi Sentinella	0	0

San Raffaele Portuense - Direttore Sanitario Dott. Stefano De Luca		
Tipo di evento	**N. (e % sul totale degli eventi)**	**N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)**
Near Miss	0	0
Eventi Avversi	3 (4,2%)	2 (66,6%)

San Raffaele Portuense - Direttore Sanitario Dott. Stefano De Luca		
Tipo di evento	**N. (e % sul totale degli eventi)**	**N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)**
Eventi Sentinella	2 (2.8%)	1 (50%)

San Raffaele Rocca Di Papa - Direttore Sanitario Dott. Damiano Tassone		
Tipo di evento	**N. (e % sul totale degli eventi)**	**N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)**
Near Miss	0	0
Eventi Avversi	2 (100%)	2 (100%)
Eventi Sentinella	0	0

San Raffaele Viterbo – Direttore Sanitario Dott. Piergiorgio Guidorzi		
Tipo di evento	**N. (e % sul totale degli eventi)**	**N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)**
Near Miss	28 (56%)	26 (92,8%)
Eventi Avversi	21 (42%)	1 (4,7%)
Eventi Sentinella	1 (2%)	0

RSA San Raffaele Borbona – Medico Responsabile Dott. Bruno Albini		
Tipo di evento	**N. (e % sul totale degli eventi)**	**N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)**
Near Miss	1 (14.2%)	1 (100%)
Eventi Avversi	0	0
Eventi Sentinella	0	0

RSA San Raffaele Flaminia – Medico Responsabile Dott. Mario Romano		
Tipo di evento	**N. (e % sul totale degli eventi)**	**N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)**
Near Miss	2 (28.5%)	2 (100%)
Eventi Avversi	5 (71.5%)	3 (60%)
Eventi Sentinella	0	0

RSA San Raffaele Sabaudia - Medico Responsabile Dott. Massimo Fini		
Tipo di evento	**N. (e % sul totale degli eventi)**	**N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)**
Near Miss	7 (70%)	0
Eventi Avversi	1 (10%)	1 (100%)
Eventi Sentinella	0	0

RSA San Raffaele Trevignano - Medico Responsabile Dott. Giuseppe Aloise		
Tipo di evento	**N. (e % sul totale degli eventi)**	**N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)**
Near Miss	0	0
Eventi Avversi	15 (37.5%)	8 (53.3%)
Eventi Sentinella	0	0

RSA Villa Grazia - Medico Responsabile Dott. Pier Luigi Scapicchio		
Tipo di evento	**N. (e % sul totale degli eventi)**	**N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)**
Near Miss	3 (42,8%)	0
Eventi Avversi	4 (57,1%)	3 (75%)
Eventi Sentinella	0	0

Centro Geriatrico Matera – Medico Responsabile Dott. Giuseppe Nicola Calicchio		
Tipo di evento	**N. (e % sul totale degli eventi)**	**N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)**
Near Miss	NP	NP
Eventi Avversi	NP	NP
Eventi Sentinella	NP	NP

MEDICA GROUP – Direttore Sanitario Dott. Andrea Tamburrano		
Tipo di evento	**N. (e % sul totale degli eventi)**	**N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)**
Near Miss	8 (17.7%)	0
Eventi Avversi	37 (82.3%)	1 (2.7%)
Eventi Sentinella	0	0

San Raffaele Sulmona – Direttore Sanitario Dott. Giovanni Iacutone		
Tipo di evento	**N. (e % sul totale degli eventi)**	**N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)**
Near Miss	49 (55%)	32 (65.3%)
Eventi Avversi	2 (2.2%)	2 (100%)
Eventi Sentinella	0	0

Glossario secondo le definizioni del Ministero della Salute

Evento Evitato (Near Miss-NM o Close Call-CC): errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

Evento Avverso (EA): evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è un evento avverso prevenibile.

Evento Sentinella (ES): evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito, e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre che "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio". Di seguito la tabella riassuntiva relativa ai sinistri occorsi nel quinquennio 2020/2024.

Tabella 5 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quiquennio 2021 – 2025 (art. 4, c. 3 della L. 24/2017) (Fonte: Ufficio affari legali).

GRUPPO SAN RAFFAELE

Anno	N. Sinistri definiti[A]	Risarcimenti erogati[A]	Note
2021	2	24.563,00	
2022	1	400.000,00	
2023	2	81.581,43	
		200.000,00	

Anno	N. Sinistri definiti[A]	Risarcimenti erogati[A]	Note
2024	**5**	40.000,00	
		400.000,00	
		15.000,00	
		135.306,49	
		110.000,00	
2025	**3**	552.073,90	
		911.378,06	
		52.162,45	
Totale	**13**	2.922.065,33	

Tabella 6 – Segnalazioni di Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) prive di classificazione di gravità nel 2025 – Dati per singola struttura (gennaio – dicembre 2025). Fonte: sistema informatizzato di incident reporting.

Struttura	Evento	Numero
IRCCS San Raffaele	Infezioni correlate all'assistenza ICA	0
IRCCS San Raffaele Cassino	Infezioni correlate all'assistenza ICA	0
San Raffaele Montecompatri	Infezioni correlate all'assistenza ICA	1
San Raffaele Nepi	Infezioni correlate all'assistenza ICA	81
San Raffaele Portuense	Infezioni correlate all'assistenza ICA	65
RSA San Raffaele Borbona	Infezioni correlate all'assistenza ICA	6
RSA San Raffaele Flaminia	Infezioni correlate all'assistenza ICA	0
RSA San Raffaele Sabaudia	Infezioni correlate all'assistenza ICA	2
San Raffaele Sulmona	Infezioni correlate all'assistenza ICA	38

4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

L'Azienda è in regime di assicurazione, adotta, per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, misure analoghe alla copertura assicurativa ai sensi dell'art. 27, comma 1-bis del Decreto-legge 24 giugno 2014, n.90, convertito con modificazioni dalla Legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso la Struttura sanitaria *(Fonte: Ufficio Affari Legali)*.
Si segnala, inoltre, che dal 31/10/2024 le seguenti società/strutture sono coperte da Assicurazione con i LLOYD'S per la responsabilità civile per colpa medica (Medmall):

- IRCCS San Raffaele Roma (Lazio)
- San Raffaele Montecompatri (Lazio)
- San Raffaele Rocca di Papa (Lazio)
- San Raffaele Viterbo (Lazio)
- San Raffaele Cassino (Lazio)
- San Raffaele Portuense (Lazio)
- San Raffaele Sulmona (Abruzzo)
- Centro Geriatrico Matera (Basilicata)
- Nomentana Hospital (Lazio) *

Dal 1.11.2025 sono coperte da assicurazione anche le seguenti strutture:

Medica Group (Lazio)
Casa di Cura di Nepi (Lazio)

**in via di acquisizione*

5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Vengono di seguito riportate le attività svolte a livello aziendale nell'anno 2025 relativamente al Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS).

Tabella 7 – Resoconto delle attività pianificate per la gestione del rischio (PARS 2025)

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura e la sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 - Diffusione del report annuale di Incident Reporting commentato e con relative azioni correttive e di miglioramento	SI	Il sistema informatizzato di segnalazione di eventi è alimentato da tutte le strutture. Nel 2025 sono stati segnalati 1122 eventi, di cui 218 ICA. La diffusione avverrà mediante il presente PARS.

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura e la sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 2 – Implementare le nuove strutture del gruppo all'interno della Piattaforma per il monitoraggio del Rischio clinico e infettivo	In corso	Nel 2025 è stata pianificata la migrazione dalla piattaforma UNIQA al portale aziendale SRdigital. La dismissione di UNIQA e l'avvio operativo di SRdigital sono stati attivati dal 01/01/2026 con completamento dell'integrazione delle strutture nel I semestre 2026.

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 3 - Ridurre gli eventi avversi mediante il monitoraggio degli stessi con il sistema di Incident reporting e l'individuazione di azioni correttive con successiva verifica di efficacia	In corso	È stato eseguito un confronto tra le strutture presenti sia nell'anno 2024 sia nell'anno 2025 al fine di garantire un perimetro omogeneo di analisi. In relazione agli eventi avversi, risulta che: gli eventi avversi totali sono passati da 197 a 112; quelli di livello 3 sono passati da 91 a 49; quelli di livello 4 sono passati da 95 a 50; quelli di livello 5 sono passati da 11 a 13. Si osserva una complessiva diminuzione degli eventi avversi registrati.
ATTIVITÀ 4 – Organizzazione di 1 ciclo di Internal Audit sul Rischio clinico	SI	È stato effettuato un ciclo di Internal Audit per l'autovalutazione delle cartelle cliniche nel trimestre aprile – giugno 2025.

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 3- Organizzazione di un corso di formazione per adeguamenti 81/08	SI	Sono state formate circa 2.000 risorse nel Lazio attraverso piattaforma FAD sempre attiva. Si allega il file con i nominativi e le rispettive strutture, per i quali l'Università UNIROMA5 ha rilasciato certificato e attestato di presenza (Allegato 1).

Tabella 8 – Resoconto delle attività pianificate per la gestione del rischio infettivo (PARS 2025)

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 antimicrobial stewardship	SI	Sono state formate circa 176 risorse nel Lazio attraverso piattaforma FAD, con attestato di frequenza "antimicrobial stewardship". Corso fatto nel 2025
ATTIVITÀ 2: Riunire il CCICA almeno 2 volte l'anno	SI	Sono state eseguite due riunioni del CCICA nei mesi di maggio e di novembre 2025.

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 31/12/2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 3: Rilevazione sulla corretta igiene delle mani presso le Strutture Sanitarie attraverso la piattaforma informatizzata UNI-QA e analisi dei dati	SI	Si riscontra dal sistema UNIQA una percentuale di compliance del 98,9% fra gli infermieri e del 100% fra i medici.

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).		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 4: Implementazione del modulo di CRE per l'inserimento dei dati sulle infezioni da parte del laboratorio	SI	Nel 2025 è stata avviata la progettazione della trasmissione dei flussi informativi dal laboratorio alla piattaforma SRdigital; completamento e messa a regime previsti nel I semestre 2026.
Attività 5: Indagine di prevalenza 2025	SI	I dati sono stati raccolti dalla piattaforma UNIQA.

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

1. ***Risk Manager***: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
2. **Direttore Sanitario/Presidente del CCICA**: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo;
3. **Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali**: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
4. **Direzione Strategica/Proprietà della Struttura**: si impegna a adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

Tabella 9 –Matrice delle responsabilità

AZIONE	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA	*Risk Manager*	Responsabile UO Affari Legali/Generali	Direttore Generale/Proprietà	Direttore Sanitario (1)	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS (eccetto: Tabella 6 del punto A2; punti A3 e A7)	C	R	C	C	C	C	-
Redazione Tabella 6 del punto A2 e del punto A3	C	C	R	I	C	C	-
Redazione punto A7	R	C	I	I	C	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto il punto A7)	C	R	C	I	C	C	C
Monitoraggio punto A7	R	C	I	I	C	I	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.
(1) Ove non coincida con il Presidente CCICA.

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

7.1. Obiettivi

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.

7.2. Attività

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
ATTIVITÀ 1 - Diffusione del report annuale di Incident Reporting dalla piattaforma SR-Digital commentato e con relative azioni correttive e di miglioramento.		
INDICATORE Emissione e diffusione del report annuale.		
STANDARD Completezza del report e delle azioni con frequenza annuale.		
FONTE Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Risk Manager**	**DS/Medico Responsabile**
Registrazione sulla piattaforma informatica SR-Digital degli eventi	**I**	**R**
Monitoraggio continuo degli eventi tramite "report" disponibili su piattaforma informatica SR-Digital	**R**	**C/I**
Elaborazione di "report" annuale sugli eventi registrati, con commento relativo all'andamento	**R**	**C/I**
In base alle risultanze del monitoraggio, analisi e valutazione degli eventi registrati nel periodo di riferimento, definire pianificare e mettere in atto azioni correttive e di miglioramento anche tramite la piattaforma SR-Digital.	**R**	**C**

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

OBIETTIVO B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
ATTIVITÀ 2 - Ridurre gli eventi avversi mediante il monitoraggio degli stessi con il sistema di Incident reporting e relativa piattaforma SR-Digital e l'individuazione di azioni correttive con successiva verifica di efficacia.
INDICATORE Riduzione percentuale degli eventi avversi.
STANDARD Standard: riduzione almeno del 10%

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.			
FONTE Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Risk Manager**	**DS/Medico Responsabile**	**Referente Sistema gestione Qualità**
Elaborazione di "report" semestrali sugli eventi registrati, con relativo commento	**R**	**C/I**	**I**
In base alle risultanze del monitoraggio, analisi e valutazione degli eventi registrati nel semestre di riferimento, definire pianificare e mettere in atto azioni correttive e di miglioramento. N.B. L'attuazione delle AC avverrà al superamento della soglia regionale da parte della soglia di struttura.	**R**	**C**	**C**
Avvio delle registrazioni delle azioni correttive e di miglioramento anche tramite la piattaforma informatica SR-Digital	**C/I**	**R**	**C**
Messa in atto delle azioni correttive e di miglioramento individuate	**C/I**	**R**	**C**
Verifica di efficacia delle azioni correttive e di miglioramento messe in atto	**R**	**C**	**C**
Tramite il monitoraggio degli eventi e dell'efficacia delle azioni correttive, valutazione dell'efficacia della formazione sul rischio clinico	**R**	**I**	**C**

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 – Organizzazione di 1 ciclo di Internal Audit sul Rischio clinico
INDICATORE Realizzazione di un Internal Audit nel 2026
STANDARD Realizzazione dell'80% degli audit
FONTE

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.		
Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Risk Manager**	**Direttore Sanitario**
Pianificazione 1 ciclo di audit	**R**	**C**
Realizzazione ciclo di internal audit	**R**	**C**
Relazione sugli esiti degli audit	**R**	**C**
Predisposizione azioni correttive	**R**	**C**

OBIETTIVO C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.			
ATTIVITÀ 4 - Organizzazione di un corso di formazione per adeguamenti 81/08			
INDICATORE Organizzazione corso di formazione			
STANDARD SI			
FONTE Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Risk Manager**	**DS/Medico Responsabile**	**Uff. Formazione**
Pianificazione Corso di formazione sulla relazione di aiuto	**C**	**I**	**R**
Realizzazione Corso	**C**	**I**	**R**

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

OBIETTIVO B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
ATTIVITÀ 5 - Verificare mensilmente l'effettiva e costante applicazione delle procedure previste dal piano annuale delle ICA
INDICATORE Presenza di verbali mensili
STANDARD Realizzazione di verbali di monitoraggio per 100%
FONTE Risk Management

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.			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Risk Manager**	**Direttore Sanitario**	**Coordinatori Infermieristici**
Pianificazione attività di controllo mensile	**R**	**C**	**I**
Formazione dei coordinatori al controllo	**R**	**C**	**I**
Redigere format attraverso cui si effettuano i controlli	**R**	**C**	**I**
Verifica mensile	**I**	**C**	**R**
Predisposizione azioni correttive	**I**	**C**	**R**
Verifica trimestrale dei dati	**R**	**C**	**C**

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 6 - Attribuzione coefficiente di rischio rispetto al rischio infezioni: verificare se il codice di rischio della struttura inviante è corretto.
INDICATORE Definizione modalità di verifica del coefficiente di rischio in cc
STANDARD SI/NO
FONTE Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Risk Manager**	**Direttore Sanitario**	**Coordinatori Infermieristici e Medici**
Definizione Modalità di verifica coefficiente di rischi struttura inviante	**R**	**C**	**I**
Formazione dei coordinatori al controllo	**R**	**C**	**I**
Inserimento in cartella clinica dell'evidenza dei controlli			
Redigere format attraverso cui si effettuano i controlli	**R**	**C**	**I**
Predisposizione azioni correttive	**I**	**C**	**R**
Verifica trimestrale dei dati	**R**	**C**	**C**

8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

8.1. Obiettivi

Gli obiettivi strategici regionali sono stati definiti in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) e sono i seguenti:

A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;

B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;

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

8.2. Attività

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo			
ATTIVITÀ 1: Informazione/Formazione personale rispetto alle misure di gestione delle infezioni			
INDICATORE 60% personale informato			
STANDARD SI			
FONTE CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CCICA**	**Uff. Formazione**	**Risk Manager**
Predisposizione materiale Informativo	**R**	**C**	**I**
Organizzazioni sessioni Formative	**C**	**R**	**I**
Verifica apprendimento e nuove necessità formative	**R**	**I**	**I**

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

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo
ATTIVITÀ 2: Riunire il CCICA almeno 2 volte l'anno
INDICATORE Verbali di Riunione
STANDARD SI
FONTE CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CCICA**	**Risk Manager**	**Direzione Sanitaria**
Programmazione Riunioni	**C**	**R**	**C**
Esecuzione 2 riunioni 2026	**C**	**R**	**C**

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

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 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
Attività 3: Rilevazione sulla corretta igiene delle mani presso le Strutture Sanitarie attraverso la piattaforma informatizzata SR-Digital e analisi dei dati
INDICATORE Inserimento delle schede informatizzate corrispondenti alle opportunità rilevate
STANDARD Almeno 200 opportunità per categoria professionale/struttura di piccole dimensioni
FONTE CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**CCICA**	**Personale Sanitario Responsabile del monitoraggio**	**Direzione sanitaria**	**Risk Manager**
Compilazione delle schede di osservazione	**C**	**R**	**I**	**I**
Analisi dei risultati e pianificazione azioni	**R**	**I**	**C**	**I**

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

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).
Attività 4: Implementazione del modulo di SR-Digital per l'inserimento dei dati sulle infezioni da parte del laboratorio
INDICATORE Implementazione modulo

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).		
STANDARD SI		
FONTE CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Risk Manager**	**Direttore Sanitario**
Formazione tecnici di laboratorio sul modulo SR-Digital	**R**	**C**
Monitoraggio Dati	**C**	**R**

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

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).			
Attività 5: Sorveglianza attiva con tamponi rettali, allineata alle linee guida sui ceppi antibiotico resistenti a tutti i pazienti in ingresso			
INDICATORE Implementazione procedura			
STANDARD SI			
FONTE CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Risk Manager**	**Direttore Sanitario**	**Responsabile Laboratorio**
Definizione ceppi antibiotico resistenti	**R**	**C**	**C**
Definizione procedura controlli pazienti in ingresso	**C**	**R**	**C**
Formazione del Personale	**I**	**R**	**C**
Monitoraggio n. tamponi rettali eseguiti	**R**	**R**	**C**

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).
Attività 6: Allineamento sistema SR-Digital con nuovo software laboratorio (MALDI) per verifica pazienti infetti/colonizzati
INDICATORE Implementazione modulo/procedura
STANDARD SI

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).		
FONTE CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	**Risk Manager**	**Direttore Laboratorio**
Analisi funzionale dell'implementazione tra i sistemi	**C**	**R**
Verifica fattibilità	**R**	**C**
Piano di implementazione del modulo/procedura	**C**	**R**

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).			
Attività 7: Indagine di prevalenza 2026			
INDICATORE Indagine di prevalenza dicembre 2026, report tramite piattaforma SRdigital			
STANDARD SI			
FONTE CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CCICA**	**Risk Manager**	**DS/Medico Responsabile**
Programmazione dell'indagine di prevalenza 2026	**R**	**C**	**I**
Esecuzione indagine di prevalenza 2026	**R**	**C**	**I**
Analisi e valutazione dei risultati dello studio	**R**	**C**	**I**
Condivisione delle analisi con le strutture	**R**	**C**	**I**
Definizione e pianificazione di eventuali azioni correttive e/o di miglioramento	**R**	**C**	**I**
Messa in atto delle azioni correttive e/o di miglioramento	**I**	**C**	**R**
Valutazione dell'efficacia delle azioni correttive e/o di miglioramento	**R**	**C**	**I**

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).
Attività 8: Studio osservazionale retrospettivo secondo la AWaRE: campione 3 strutture (Pisana, Cassino, Montecompatri)
INDICATORE Esecuzione studio Osservazionale
STANDARD SI
FONTE CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**CCICA**	**Risk Manager**	**DS/Medico Responsabile**
Programmazione dello studio osservazionale	**R**	**C**	**I**
Esecuzione dello studio	**R**	**C**	**I**
Analisi e valutazione dei risultati dello studio	**R**	**C**	**I**
Condivisione delle analisi con le strutture	**R**	**C**	**I**
Definizione e pianificazione di eventuali azioni correttive e/o di miglioramento	**R**	**C**	**I**
Messa in atto delle azioni correttive e/o di miglioramento	**I**	**C**	**R**
Valutazione dell'efficacia delle azioni correttive e/o di miglioramento	**R**	**C**	**I**

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo
ATTIVITÀ 9: Monitoraggio e prevenzione e controllo ferita chirurgica – prevedere tampone ed emettere specifica istruzione operativa
INDICATORE Emissione aggiornamento procedura
STANDARD SI
FONTE CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**CCICA**	**Risk Manager**	**Direzione Sanitaria**	**Referente sistema di gestione qualità**
Revisione procedura per il monitoraggio della Ferita chirurgica	**C**	**R**	**C**	**I**

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo				
Definizioni strumenti di monitoraggio	**C**	**R**	**C**	**I**
Emissione della procedura	**I**	**I**	**I**	**R**
Formazione del personale	**I**	**C**	**R**	**I**

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).
Attività 7: Analisi dei dati di laboratorio per studiare quali sono le infezioni più presenti nelle analisi effettuate
INDICATORE Relazione al CCICA
STANDARD SI
FONTE CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**CCICA**	**Risk Manager**	**Responsabile laboratorio**	**Direzione Sanitaria**
Programmazione analisi dei dati	**R**	**C**	**I**	**I**
Esecuzione analisi dei dati	**R**	**C**	**I**	**I**
Analisi e valutazione dei risultati dello studio	**R**	**C**	**R**	**I**
Condivisione delle analisi con le strutture	**C**	**C**	**R**	**C**
Definizione e pianificazione di eventuali azioni correttive e/o di miglioramento	**R**	**C**	**I**	**C**
Messa in atto delle azioni correttive e/o di miglioramento	**I**	**C**	**I**	**R**
Valutazione dell'efficacia delle azioni correttive e/o di miglioramento	**R**	**C**	**I**	**I**

9. PROGRAMMA di CONTROLLO della LEGIONELLOSI

Relazione sintetica – Programma di Controllo della Legionellosi (PARS 2026)

d) Costituzione del team

Presso le strutture del Gruppo San Raffaele è operativo il sistema aziendale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), nell'ambito del quale è costituito il Gruppo Operativo per il controllo del rischio legionellosi.

Il gruppo è composto da Direzione Sanitaria, Risk Manager/Presidente CCICA, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, Dirigente delle Professioni Sanitarie, Responsabile del Servizio Tecnico, referenti clinici e infermieristici e responsabili del laboratorio analisi.

Il team multidisciplinare garantisce la sorveglianza del rischio legionellosi, l'analisi dei dati microbiologici e ambientali, la verifica dell'applicazione delle procedure aziendali e la definizione di eventuali azioni correttive e di miglioramento.

e) Realizzazione della piattaforma documentale

È in corso di implementazione la piattaforma documentale aziendale "SR Digital", finalizzata alla gestione centralizzata della documentazione sanitaria e tecnica delle strutture del Gruppo.

La piattaforma consente l'archiviazione e la consultazione delle procedure aziendali, della modulistica, dei registri di manutenzione e delle check-list operative, nonché il monitoraggio delle attività di prevenzione e controllo della legionellosi (campionamenti, verifiche tecniche, interventi manutentivi).

Tale sistema garantisce tracciabilità delle attività, condivisione delle informazioni tra Direzione Sanitaria, Ufficio Tecnico e Risk Management e supporta le attività di audit e compliance.

f) Modalità di esecuzione e tempi della valutazione del rischio e misure di controllo

La valutazione del rischio legionellosi è effettuata mediante Documento di Valutazione del Rischio Legionella (DVR), redatto e aggiornato con periodicità almeno annuale o a seguito di modifiche impiantistiche rilevanti.

Il documento è elaborato in conformità alle Linee guida nazionali per la prevenzione e il controllo della legionellosi (Accordo Stato-Regioni 2015 e s.m.i.), alle Linee di indirizzo regionali di cui alla DGR Lazio n. 460 del 28 giugno 2024 e al D.Lgs. 18/2023 relativo alla qualità delle acque destinate al consumo umano.

La valutazione comprende:

- analisi documentale degli impianti idrici e aeraulici;
- sopralluoghi tecnici e identificazione dei punti critici;
- definizione del piano di monitoraggio microbiologico e delle attività manutentive.

Le principali misure di controllo adottate comprendono:

- flussaggio periodico dei punti terminali dell'acqua;
- pulizia e sanificazione periodica di rompigetto e soffioni;
- campionamenti microbiologici programmati delle acque sanitarie;
- manutenzione programmata degli impianti idrici e aeraulici;
- sanificazione annuale dei serbatoi di accumulo e degli impianti di distribuzione.

g) Risultato sintetico degli esiti del monitoraggio operativo

Il monitoraggio microbiologico delle acque viene effettuato con campionamenti periodici sui punti di prelievo individuati sulla base della valutazione del rischio.

Gli esiti dei controlli effettuati negli ultimi monitoraggi evidenziano condizioni complessivamente sotto controllo e coerenti con le misure di prevenzione adottate.

I parametri rilevati risultano generalmente conformi ai limiti previsti dalla normativa vigente e non sono emerse criticità significative.

Le attività di monitoraggio e manutenzione sono registrate nei registri di controllo impiantistico e nelle schede di manutenzione delle singole strutture.

h) Piano di miglioramento e azioni correttive

Alla luce dei risultati dei monitoraggi e delle verifiche effettuate, non risultano criticità tali da richiedere interventi straordinari.
Il sistema di prevenzione è pertanto orientato al mantenimento e consolidamento delle misure di controllo attraverso:
- continuità del monitoraggio microbiologico periodico;
- aggiornamento annuale della valutazione del rischio;
- manutenzione programmata degli impianti idrici;
- verifica periodica dell'applicazione delle procedure operative.

Eventuali criticità puntuali vengono gestite mediante interventi mirati di sanificazione o manutenzione impiantistica.

i) *Pianificazione delle azioni di supporto (formazione)*

Sono previste attività di informazione e formazione rivolte al personale sanitario, tecnico e ausiliario coinvolto nella gestione del rischio legionellosi.
Le iniziative formative riguardano:
- modalità di trasmissione della legionella e sorveglianza clinica;
- corretta applicazione delle procedure di prevenzione;
- gestione dei flussaggi e delle attività di sanificazione;
- monitoraggio ambientale e manutenzione degli impianti.

Le attività formative sono prevalentemente erogate in modalità interna e integrate nei programmi di aggiornamento del personale delle strutture.

10. Piano di Azione Locale per l'Igiene delle Mani (PALIM)

Il presente Piano di Azione Locale per l'Igiene delle Mani (PALIM) è redatto in conformità al Piano regionale di intervento sull'igiene delle mani (Determinazione Regione Lazio n. G02044 del 26 febbraio 2021).

Il documento riporta per ciascuna struttura:
a) risultati dell'autovalutazione secondo il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework;
b) risultati del monitoraggio del consumo di soluzioni idroalcoliche (SIA);
c) risultati del monitoraggio della compliance all'igiene delle mani.

Indicatori regionali utilizzati:
- utilizzo del WHO Hand Hygiene Framework per l'autovalutazione;
- monitoraggio del consumo di SIA con target ≥ 20 litri per 1000 giorni-paziente;
- monitoraggio della compliance all'igiene delle mani con target minimo ≥ 31%.

IRCCS SAN RAFFAELE ROMA

a) Risultati dell'autovalutazione secondo il WHO Hand Hygiene Framework

La struttura ha effettuato l'autovalutazione utilizzando il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework, strumento raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per valutare il livello di implementazione
della strategia multimodale per l'igiene delle mani.

Le cinque sezioni valutate riguardano:
- cambiamento del sistema
- formazione e istruzione
- valutazione e feedback
- promemoria sul posto di lavoro
- clima istituzionale di sicurezza

L'analisi conferma il mantenimento di un livello intermedio di implementazione della strategia multimodale, in linea con gli obiettivi regionali.

Azioni previste:
- mantenimento della disponibilità di soluzioni idroalcoliche nei punti di assistenza
- diffusione di poster e materiale informativo
- rafforzamento delle attività formative e di sensibilizzazione del personale
- restituzione periodica dei risultati delle osservazioni agli operatori sanitari.

b) Risultati del monitoraggio del consumo di SIA

Il consumo di soluzioni idroalcoliche (SIA) viene monitorato secondo le indicazioni del SERESMI – Regione Lazio.

La struttura effettua il monitoraggio dei quantitativi utilizzati rapportati ai giorni-paziente.
I dati raccolti evidenziano un consumo complessivamente coerente con gli standard regionali, con il mantenimento dell'obiettivo minimo pari a ≥ 20 litri per 1000 giorni-paziente.

Il monitoraggio viene effettuato con periodicità trimestrale e i risultati vengono condivisi con la Direzione Sanitaria e con i responsabili delle unità operative.

c) Monitoraggio della compliance all'igiene delle mani

La compliance all'igiene delle mani viene monitorata mediante osservazione diretta degli operatori sanitari, utilizzando la scheda prevista dal Piano regionale di intervento.

Le osservazioni vengono effettuate da personale formato secondo le indicazioni regionali.
I risultati evidenziano livelli di adesione complessivamente superiori al target minimo regionale pari a ≥ 31%.

Al termine delle sessioni di osservazione viene fornito feedback immediato agli operatori, mentre i dati aggregati vengono condivisi semestralmente con la Direzione della struttura.

Azioni di miglioramento previste:
- consolidamento delle attività di monitoraggio della compliance
- rafforzamento dei feedback agli operatori sanitari
- promozione di campagne di sensibilizzazione interne
- partecipazione alla Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani (5 maggio).

IRCCS SAN RAFFAELE CASSINO

a) Risultati dell'autovalutazione secondo il WHO Hand Hygiene Framework

La struttura ha effettuato l'autovalutazione utilizzando il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework, strumento raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per valutare il livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani.

Le cinque sezioni valutate riguardano:
- cambiamento del sistema
- formazione e istruzione
- valutazione e feedback
- promemoria sul posto di lavoro
- clima istituzionale di sicurezza

L'analisi conferma il mantenimento di un livello intermedio di implementazione della strategia multimodale, in linea con gli obiettivi regionali.

Azioni previste:
- mantenimento della disponibilità di soluzioni idroalcoliche nei punti di assistenza
- diffusione di poster e materiale informativo
- rafforzamento delle attività formative e di sensibilizzazione del personale
- restituzione periodica dei risultati delle osservazioni agli operatori sanitari.

b) Risultati del monitoraggio del consumo di SIA

Il consumo di soluzioni idroalcoliche (SIA) viene monitorato secondo le indicazioni del SERESMI – Regione Lazio.

La struttura effettua il monitoraggio dei quantitativi utilizzati rapportati ai giorni-paziente.
I dati raccolti evidenziano un consumo complessivamente coerente con gli standard regionali, con il mantenimento dell'obiettivo minimo pari a ≥ 20 litri per 1000 giorni-paziente.

Il monitoraggio viene effettuato con periodicità trimestrale e i risultati vengono condivisi con la Direzione Sanitaria e con i responsabili delle unità operative.

c) Monitoraggio della compliance all'igiene delle mani

La compliance all'igiene delle mani viene monitorata mediante osservazione diretta degli operatori sanitari,
utilizzando la scheda prevista dal Piano regionale di intervento.

Le osservazioni vengono effettuate da personale formato secondo le indicazioni regionali.
I risultati evidenziano livelli di adesione complessivamente superiori al target minimo regionale pari a ≥ 31%.

Al termine delle sessioni di osservazione viene fornito feedback immediato agli operatori, mentre i dati aggregati vengono condivisi semestralmente con la Direzione della struttura.

Azioni di miglioramento previste:
- consolidamento delle attività di monitoraggio della compliance
- rafforzamento dei feedback agli operatori sanitari
- promozione di campagne di sensibilizzazione interne
- partecipazione alla Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani (5 maggio).

SAN RAFFAELE MONTECOMPATRI

a) Risultati dell'autovalutazione secondo il WHO Hand Hygiene Framework

La struttura ha effettuato l'autovalutazione utilizzando il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework, strumento raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per valutare il livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani.

Le cinque sezioni valutate riguardano:
- cambiamento del sistema
- formazione e istruzione
- valutazione e feedback
- promemoria sul posto di lavoro
- clima istituzionale di sicurezza

L'analisi conferma il mantenimento di un livello intermedio di implementazione della strategia multimodale, in linea con gli obiettivi regionali.

Azioni previste:
- mantenimento della disponibilità di soluzioni idroalcoliche nei punti di assistenza
- diffusione di poster e materiale informativo
- rafforzamento delle attività formative e di sensibilizzazione del personale
- restituzione periodica dei risultati delle osservazioni agli operatori sanitari.

b) Risultati del monitoraggio del consumo di SIA

Il consumo di soluzioni idroalcoliche (SIA) viene monitorato secondo le indicazioni del SERESMI – Regione Lazio.

La struttura effettua il monitoraggio dei quantitativi utilizzati rapportati ai giorni-paziente.
I dati raccolti evidenziano un consumo complessivamente coerente con gli standard regionali, con il mantenimento dell'obiettivo minimo pari a ≥ 20 litri per 1000 giorni-paziente.

Il monitoraggio viene effettuato con periodicità trimestrale e i risultati vengono condivisi con la Direzione Sanitaria e con i responsabili delle unità operative.

c) Monitoraggio della compliance all'igiene delle mani

La compliance all'igiene delle mani viene monitorata mediante osservazione diretta degli operatori sanitari, utilizzando la scheda prevista dal Piano regionale di intervento.

Le osservazioni vengono effettuate da personale formato secondo le indicazioni regionali.
I risultati evidenziano livelli di adesione complessivamente superiori al target minimo regionale

pari a ≥ 31%.

Al termine delle sessioni di osservazione viene fornito feedback immediato agli operatori, mentre i dati aggregati vengono condivisi semestralmente con la Direzione della struttura.

Azioni di miglioramento previste:
- consolidamento delle attività di monitoraggio della compliance
- rafforzamento dei feedback agli operatori sanitari
- promozione di campagne di sensibilizzazione interne
- partecipazione alla Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani (5 maggio).

SAN RAFFAELE NEPI

a) Risultati dell'autovalutazione secondo il WHO Hand Hygiene Framework

La struttura ha effettuato l'autovalutazione utilizzando il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework, strumento raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per valutare il livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani.

Le cinque sezioni valutate riguardano:
- cambiamento del sistema
- formazione e istruzione
- valutazione e feedback
- promemoria sul posto di lavoro
- clima istituzionale di sicurezza

Il confronto con i risultati dell'autovalutazione condotta nell'anno precedente evidenzia il mantenimento complessivo del livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani secondo il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework. Non si osservano riduzioni nei livelli di implementazione delle cinque sezioni valutate; le azioni previste per l'anno in corso sono pertanto orientate al consolidamento dei risultati raggiunti e al progressivo miglioramento delle aree con maggiori margini di sviluppo.

Azioni previste:
- mantenimento della disponibilità di soluzioni idroalcoliche nei punti di assistenza
- diffusione di poster e materiale informativo
- rafforzamento delle attività formative e di sensibilizzazione del personale
- restituzione periodica dei risultati delle osservazioni agli operatori sanitari.

b) Risultati del monitoraggio del consumo di SIA

Il consumo di soluzioni idroalcoliche (SIA) viene monitorato secondo le indicazioni del SERESMI – Regione Lazio.

La struttura effettua il monitoraggio dei quantitativi utilizzati rapportati ai giorni-paziente.
I dati raccolti evidenziano un consumo complessivamente coerente con gli standard regionali, con il mantenimento dell'obiettivo minimo pari a ≥ 20 litri per 1000 giorni-paziente.

Il monitoraggio viene effettuato con periodicità trimestrale e i risultati vengono condivisi con la Direzione Sanitaria e con i responsabili delle unità operative.

c) Monitoraggio della compliance all'igiene delle mani

La compliance all'igiene delle mani viene monitorata mediante osservazione diretta degli operatori sanitari, utilizzando la scheda prevista dal Piano regionale di intervento.

Le osservazioni vengono effettuate da personale formato secondo le indicazioni regionali.
I risultati evidenziano livelli di adesione complessivamente superiori al target minimo regionale pari a ≥ 31%.

Al termine delle sessioni di osservazione viene fornito feedback immediato agli operatori, mentre i dati aggregati vengono condivisi semestralmente con la Direzione della struttura.

Azioni di miglioramento previste:
- consolidamento delle attività di monitoraggio della compliance
- rafforzamento dei feedback agli operatori sanitari
- promozione di campagne di sensibilizzazione interne
- partecipazione alla Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani (5 maggio).

SAN RAFFAELE PORTUENSE

a) Risultati dell'autovalutazione secondo il WHO Hand Hygiene Framework

La struttura ha effettuato l'autovalutazione utilizzando il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework, strumento raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per valutare il livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani.

Le cinque sezioni valutate riguardano:
- cambiamento del sistema
- formazione e istruzione
- valutazione e feedback
- promemoria sul posto di lavoro
- clima istituzionale di sicurezza

Il confronto con i risultati dell'autovalutazione condotta nell'anno precedente evidenzia il mantenimento complessivo del livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani secondo il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework. Non si osservano riduzioni nei livelli di implementazione delle cinque sezioni valutate; le azioni previste per l'anno in corso sono pertanto orientate al consolidamento dei risultati raggiunti e al progressivo miglioramento delle aree con maggiori margini di sviluppo.

Azioni previste:
- mantenimento della disponibilità di soluzioni idroalcoliche nei punti di assistenza
- diffusione di poster e materiale informativo
- rafforzamento delle attività formative e di sensibilizzazione del personale
- restituzione periodica dei risultati delle osservazioni agli operatori sanitari.

b) Risultati del monitoraggio del consumo di SIA

Il consumo di soluzioni idroalcoliche (SIA) viene monitorato secondo le indicazioni del SERESMI – Regione Lazio.

La struttura effettua il monitoraggio dei quantitativi utilizzati rapportati ai giorni-paziente.
I dati raccolti evidenziano un consumo complessivamente coerente con gli standard regionali, con il mantenimento dell'obiettivo minimo pari a ≥ 20 litri per 1000 giorni-paziente.

Il monitoraggio viene effettuato con periodicità trimestrale e i risultati vengono condivisi con la Direzione Sanitaria e con i responsabili delle unità operative.

c) Monitoraggio della compliance all'igiene delle mani

La compliance all'igiene delle mani viene monitorata mediante osservazione diretta degli operatori sanitari, utilizzando la scheda prevista dal Piano regionale di intervento.

Le osservazioni vengono effettuate da personale formato secondo le indicazioni regionali.
I risultati evidenziano livelli di adesione complessivamente superiori al target minimo regionale pari a ≥ 31%.

Al termine delle sessioni di osservazione viene fornito feedback immediato agli operatori, mentre i dati aggregati vengono condivisi semestralmente con la Direzione della struttura.

Azioni di miglioramento previste:
- consolidamento delle attività di monitoraggio della compliance
- rafforzamento dei feedback agli operatori sanitari
- promozione di campagne di sensibilizzazione interne
- partecipazione alla Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani (5 maggio).

SAN RAFFAELE ROCCA DI PAPA

a) Risultati dell'autovalutazione secondo il WHO Hand Hygiene Framework

La struttura ha effettuato l'autovalutazione utilizzando il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework, strumento raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per valutare il livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani.

Le cinque sezioni valutate riguardano:
- cambiamento del sistema
- formazione e istruzione
- valutazione e feedback
- promemoria sul posto di lavoro
- clima istituzionale di sicurezza

Il confronto con i risultati dell'autovalutazione condotta nell'anno precedente evidenzia il mantenimento complessivo del livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani secondo il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework. Non si osservano riduzioni nei livelli di implementazione delle cinque sezioni valutate; le azioni previste per l'anno in corso sono pertanto orientate al consolidamento dei risultati raggiunti e al progressivo miglioramento delle aree con maggiori margini di sviluppo.

Azioni previste:
- mantenimento della disponibilità di soluzioni idroalcoliche nei punti di assistenza
- diffusione di poster e materiale informativo
- rafforzamento delle attività formative e di sensibilizzazione del personale
- restituzione periodica dei risultati delle osservazioni agli operatori sanitari.

b) Risultati del monitoraggio del consumo di SIA

Il consumo di soluzioni idroalcoliche (SIA) viene monitorato secondo le indicazioni del SERESMI – Regione Lazio.

La struttura effettua il monitoraggio dei quantitativi utilizzati rapportati ai giorni-paziente.
I dati raccolti evidenziano un consumo complessivamente coerente con gli standard regionali, con il mantenimento dell'obiettivo minimo pari a ≥ 20 litri per 1000 giorni-paziente.

Il monitoraggio viene effettuato con periodicità trimestrale e i risultati vengono condivisi con la Direzione Sanitaria e con i responsabili delle unità operative.

c) Monitoraggio della compliance all'igiene delle mani

La compliance all'igiene delle mani viene monitorata mediante osservazione diretta degli operatori sanitari, utilizzando la scheda prevista dal Piano regionale di intervento.

Le osservazioni vengono effettuate da personale formato secondo le indicazioni regionali.
I risultati evidenziano livelli di adesione complessivamente superiori al target minimo regionale pari a ≥ 31%.

Al termine delle sessioni di osservazione viene fornito feedback immediato agli operatori, mentre i dati aggregati vengono condivisi semestralmente con la Direzione della struttura.

Azioni di miglioramento previste:
- consolidamento delle attività di monitoraggio della compliance
- rafforzamento dei feedback agli operatori sanitari
- promozione di campagne di sensibilizzazione interne
- partecipazione alla Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani (5 maggio).

RSA SAN RAFFAELE BORBONA

a) Risultati dell'autovalutazione secondo il WHO Hand Hygiene Framework

La struttura ha effettuato l'autovalutazione utilizzando il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework, strumento raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per valutare il livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani.

Le cinque sezioni valutate riguardano:
- cambiamento del sistema
- formazione e istruzione
- valutazione e feedback

- promemoria sul posto di lavoro
- clima istituzionale di sicurezza

Il confronto con i risultati dell'autovalutazione condotta nell'anno precedente evidenzia il mantenimento complessivo del livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani secondo il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework. Non si osservano riduzioni nei livelli di implementazione delle cinque sezioni valutate; le azioni previste per l'anno in corso sono pertanto orientate al consolidamento dei risultati raggiunti e al progressivo miglioramento delle aree con maggiori margini di sviluppo.

Azioni previste:
- mantenimento della disponibilità di soluzioni idroalcoliche nei punti di assistenza
- diffusione di poster e materiale informativo
- rafforzamento delle attività formative e di sensibilizzazione del personale
- restituzione periodica dei risultati delle osservazioni agli operatori sanitari.

b) Risultati del monitoraggio del consumo di SIA

Il consumo di soluzioni idroalcoliche (SIA) viene monitorato secondo le indicazioni del SERESMI – Regione Lazio.

La struttura effettua il monitoraggio dei quantitativi utilizzati rapportati ai giorni-paziente.
I dati raccolti evidenziano un consumo complessivamente coerente con gli standard regionali, con il mantenimento dell'obiettivo minimo pari a ≥ 20 litri per 1000 giorni-paziente.

Il monitoraggio viene effettuato con periodicità trimestrale e i risultati vengono condivisi con la Direzione Sanitaria e con i responsabili delle unità operative.

c) Monitoraggio della compliance all'igiene delle mani

La compliance all'igiene delle mani viene monitorata mediante osservazione diretta degli operatori sanitari, utilizzando la scheda prevista dal Piano regionale di intervento.

Le osservazioni vengono effettuate da personale formato secondo le indicazioni regionali.
I risultati evidenziano livelli di adesione complessivamente superiori al target minimo regionale pari a ≥ 31%.

Al termine delle sessioni di osservazione viene fornito feedback immediato agli operatori, mentre i dati aggregati vengono condivisi semestralmente con la Direzione della struttura.

Azioni di miglioramento previste:
- consolidamento delle attività di monitoraggio della compliance
- rafforzamento dei feedback agli operatori sanitari
- promozione di campagne di sensibilizzazione interne
- partecipazione alla Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani (5 maggio).

RSA SAN RAFFAELE FLAMINIA

a) Risultati dell'autovalutazione secondo il WHO Hand Hygiene Framework

La struttura ha effettuato l'autovalutazione utilizzando il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework,

strumento raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per valutare il livello di implementazione
della strategia multimodale per l'igiene delle mani.

Le cinque sezioni valutate riguardano:
- cambiamento del sistema
- formazione e istruzione
- valutazione e feedback
- promemoria sul posto di lavoro
- clima istituzionale di sicurezza

Il confronto con i risultati dell'autovalutazione condotta nell'anno precedente evidenzia il mantenimento complessivo del livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani secondo il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework. Non si osservano riduzioni nei livelli di implementazione delle cinque sezioni valutate; le azioni previste per l'anno in corso sono pertanto orientate al consolidamento dei risultati raggiunti e al progressivo miglioramento delle aree con maggiori margini di sviluppo.

Azioni previste:
- mantenimento della disponibilità di soluzioni idroalcoliche nei punti di assistenza
- diffusione di poster e materiale informativo
- rafforzamento delle attività formative e di sensibilizzazione del personale
- restituzione periodica dei risultati delle osservazioni agli operatori sanitari.

b) Risultati del monitoraggio del consumo di SIA

Il consumo di soluzioni idroalcoliche (SIA) viene monitorato secondo le indicazioni del SERESMI – Regione Lazio.

La struttura effettua il monitoraggio dei quantitativi utilizzati rapportati ai giorni-paziente.
I dati raccolti evidenziano un consumo complessivamente coerente con gli standard regionali,
con il mantenimento dell'obiettivo minimo pari a ≥ 20 litri per 1000 giorni-paziente.

Il monitoraggio viene effettuato con periodicità trimestrale e i risultati vengono condivisi
con la Direzione Sanitaria e con i responsabili delle unità operative.

c) Monitoraggio della compliance all'igiene delle mani

La compliance all'igiene delle mani viene monitorata mediante osservazione diretta degli operatori sanitari, utilizzando la scheda prevista dal Piano regionale di intervento.

Le osservazioni vengono effettuate da personale formato secondo le indicazioni regionali.
I risultati evidenziano livelli di adesione complessivamente superiori al target minimo regionale
pari a ≥ 31%.

Al termine delle sessioni di osservazione viene fornito feedback immediato agli operatori,
mentre i dati aggregati vengono condivisi semestralmente con la Direzione della struttura.

Azioni di miglioramento previste:
- consolidamento delle attività di monitoraggio della compliance
- rafforzamento dei feedback agli operatori sanitari
- promozione di campagne di sensibilizzazione interne
- partecipazione alla Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani (5 maggio).

RSA SAN RAFFAELE SABAUDIA

a) Risultati dell'autovalutazione secondo il WHO Hand Hygiene Framework

La struttura ha effettuato l'autovalutazione utilizzando il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework, strumento raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per valutare il livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani.

Le cinque sezioni valutate riguardano:
- cambiamento del sistema
- formazione e istruzione
- valutazione e feedback
- promemoria sul posto di lavoro
- clima istituzionale di sicurezza

Il confronto con i risultati dell'autovalutazione condotta nell'anno precedente evidenzia il mantenimento complessivo del livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani secondo il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework. Non si osservano riduzioni nei livelli di implementazione delle cinque sezioni valutate; le azioni previste per l'anno in corso sono pertanto orientate al consolidamento dei risultati raggiunti e al progressivo miglioramento delle aree con maggiori margini di sviluppo.

Azioni previste:
- mantenimento della disponibilità di soluzioni idroalcoliche nei punti di assistenza
- diffusione di poster e materiale informativo
- rafforzamento delle attività formative e di sensibilizzazione del personale
- restituzione periodica dei risultati delle osservazioni agli operatori sanitari.

b) Risultati del monitoraggio del consumo di SIA

Il consumo di soluzioni idroalcoliche (SIA) viene monitorato secondo le indicazioni del SERESMI – Regione Lazio.

La struttura effettua il monitoraggio dei quantitativi utilizzati rapportati ai giorni-paziente.
I dati raccolti evidenziano un consumo complessivamente coerente con gli standard regionali, con il mantenimento dell'obiettivo minimo pari a ≥ 20 litri per 1000 giorni-paziente.

Il monitoraggio viene effettuato con periodicità trimestrale e i risultati vengono condivisi con la Direzione Sanitaria e con i responsabili delle unità operative.

c) Monitoraggio della compliance all'igiene delle mani

La compliance all'igiene delle mani viene monitorata mediante osservazione diretta degli operatori sanitari, utilizzando la scheda prevista dal Piano regionale di intervento.

Le osservazioni vengono effettuate da personale formato secondo le indicazioni regionali.
I risultati evidenziano livelli di adesione complessivamente superiori al target minimo regionale pari a ≥ 31%.

Al termine delle sessioni di osservazione viene fornito feedback immediato agli operatori, mentre i dati aggregati vengono condivisi semestralmente con la Direzione della struttura.

Azioni di miglioramento previste:
- consolidamento delle attività di monitoraggio della compliance
- rafforzamento dei feedback agli operatori sanitari
- promozione di campagne di sensibilizzazione interne
- partecipazione alla Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani (5 maggio).

RSA SAN RAFFAELE TREVIGNANO

a) Risultati dell'autovalutazione secondo il WHO Hand Hygiene Framework

La struttura ha effettuato l'autovalutazione utilizzando il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework, strumento raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per valutare il livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani.

Le cinque sezioni valutate riguardano:
- cambiamento del sistema
- formazione e istruzione
- valutazione e feedback
- promemoria sul posto di lavoro
- clima istituzionale di sicurezza

Il confronto con i risultati dell'autovalutazione condotta nell'anno precedente evidenzia il mantenimento complessivo del livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani secondo il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework. Non si osservano riduzioni nei livelli di implementazione delle cinque sezioni valutate; le azioni previste per l'anno in corso sono pertanto orientate al consolidamento dei risultati raggiunti e al progressivo miglioramento delle aree con maggiori margini di sviluppo.

Azioni previste:
- mantenimento della disponibilità di soluzioni idroalcoliche nei punti di assistenza
- diffusione di poster e materiale informativo
- rafforzamento delle attività formative e di sensibilizzazione del personale
- restituzione periodica dei risultati delle osservazioni agli operatori sanitari.

b) Risultati del monitoraggio del consumo di SIA

Il consumo di soluzioni idroalcoliche (SIA) viene monitorato secondo le indicazioni del SERESMI – Regione Lazio.

La struttura effettua il monitoraggio dei quantitativi utilizzati rapportati ai giorni-paziente.
I dati raccolti evidenziano un consumo complessivamente coerente con gli standard regionali, con il mantenimento dell'obiettivo minimo pari a ≥ 20 litri per 1000 giorni-paziente.

Il monitoraggio viene effettuato con periodicità trimestrale e i risultati vengono condivisi con la Direzione Sanitaria e con i responsabili delle unità operative

c) Monitoraggio della compliance all'igiene delle mani

La compliance all'igiene delle mani viene monitorata mediante osservazione diretta degli operatori sanitari utilizzando la scheda prevista dal Piano regionale di intervento.

Le osservazioni vengono effettuate da personale formato secondo le indicazioni regionali.
I risultati evidenziano livelli di adesione complessivamente superiori al target minimo regionale pari a ≥ 31%.

Al termine delle sessioni di osservazione viene fornito feedback immediato agli operatori, mentre i dati aggregati vengono condivisi semestralmente con la Direzione della struttura.

Azioni di miglioramento previste:
- consolidamento delle attività di monitoraggio della compliance
- rafforzamento dei feedback agli operatori sanitari
- promozione di campagne di sensibilizzazione interne
- partecipazione alla Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani (5 maggio).

MEDICA GROUP

a) Risultati dell'autovalutazione secondo il WHO Hand Hygiene Framework

La struttura ha effettuato l'autovalutazione utilizzando il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework, strumento raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per valutare il livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani.

Le cinque sezioni valutate riguardano:
- cambiamento del sistema
- formazione e istruzione
- valutazione e feedback
- promemoria sul posto di lavoro
- clima istituzionale di sicurezza

Il confronto con i risultati dell'autovalutazione condotta nell'anno precedente evidenzia il mantenimento complessivo del livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani secondo il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework. Non si osservano riduzioni nei livelli di implementazione delle cinque sezioni valutate; le azioni previste per l'anno in corso sono pertanto orientate al consolidamento dei risultati raggiunti e al progressivo miglioramento delle aree con maggiori margini di sviluppo.

Azioni previste:
- mantenimento della disponibilità di soluzioni idroalcoliche nei punti di assistenza
- diffusione di poster e materiale informativo
- rafforzamento delle attività formative e di sensibilizzazione del personale

- restituzione periodica dei risultati delle osservazioni agli operatori sanitari.

b) Risultati del monitoraggio del consumo di SIA

Il consumo di soluzioni idroalcoliche (SIA) viene monitorato secondo le indicazioni del SERESMI – Regione Lazio.

La struttura effettua il monitoraggio dei quantitativi utilizzati rapportati ai giorni-paziente.
I dati raccolti evidenziano un consumo complessivamente coerente con gli standard regionali, con il mantenimento dell'obiettivo minimo pari a ≥ 20 litri per 1000 giorni-paziente.

Il monitoraggio viene effettuato con periodicità trimestrale e i risultati vengono condivisi con la Direzione Sanitaria e con i responsabili delle unità operative.

c) Monitoraggio della compliance all'igiene delle mani

La compliance all'igiene delle mani viene monitorata mediante osservazione diretta degli operatori sanitari, utilizzando la scheda prevista dal Piano regionale di intervento.

Le osservazioni vengono effettuate da personale formato secondo le indicazioni regionali.
I risultati evidenziano livelli di adesione complessivamente superiori al target minimo regionale pari a ≥ 31%.

Al termine delle sessioni di osservazione viene fornito feedback immediato agli operatori, mentre i dati aggregati vengono condivisi semestralmente con la Direzione della struttura.

Azioni di miglioramento previste:
- consolidamento delle attività di monitoraggio della compliance
- rafforzamento dei feedback agli operatori sanitari
- promozione di campagne di sensibilizzazione interne
- partecipazione alla Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani (5 maggio).

SAN RAFFAELE VITERBO

a) Risultati dell'autovalutazione secondo il WHO Hand Hygiene Framework

La struttura ha effettuato l'autovalutazione utilizzando il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework, strumento raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per valutare il livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani.

Le cinque sezioni valutate riguardano:
- cambiamento del sistema
- formazione e istruzione
- valutazione e feedback
- promemoria sul posto di lavoro
- clima istituzionale di sicurezza

Il confronto con i risultati dell'autovalutazione condotta nell'anno precedente evidenzia il mantenimento complessivo del livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani secondo il

WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework. Non si osservano riduzioni nei livelli di implementazione delle cinque sezioni valutate; le azioni previste per l'anno in corso sono pertanto orientate al consolidamento dei risultati raggiunti e al progressivo miglioramento delle aree con maggiori margini di sviluppo.

Azioni previste:
- mantenimento della disponibilità di soluzioni idroalcoliche nei punti di assistenza
- diffusione di poster e materiale informativo
- rafforzamento delle attività formative e di sensibilizzazione del personale
- restituzione periodica dei risultati delle osservazioni agli operatori sanitari.

b) Risultati del monitoraggio del consumo di SIA

Il consumo di soluzioni idroalcoliche (SIA) viene monitorato secondo le indicazioni del SERESMI – Regione Lazio.

La struttura effettua il monitoraggio dei quantitativi utilizzati rapportati ai giorni-paziente.
I dati raccolti evidenziano un consumo complessivamente coerente con gli standard regionali, con il mantenimento dell'obiettivo minimo pari a ≥ 20 litri per 1000 giorni-paziente.

Il monitoraggio viene effettuato con periodicità trimestrale e i risultati vengono condivisi con la Direzione Sanitaria e con i responsabili delle unità operative.

c) Monitoraggio della compliance all'igiene delle mani

La compliance all'igiene delle mani viene monitorata mediante osservazione diretta degli operatori sanitari, utilizzando la scheda prevista dal Piano regionale di intervento.

Le osservazioni vengono effettuate da personale formato secondo le indicazioni regionali.
I risultati evidenziano livelli di adesione complessivamente superiori al target minimo regionale pari a ≥ 31%.

Al termine delle sessioni di osservazione viene fornito feedback immediato agli operatori, mentre i dati aggregati vengono condivisi semestralmente con la Direzione della struttura.

Azioni di miglioramento previste:
- consolidamento delle attività di monitoraggio della compliance
- rafforzamento dei feedback agli operatori sanitari
- promozione di campagne di sensibilizzazione interne
- partecipazione alla Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani (5 maggio).

INTERNATIONAL HOSPITAL (SAN RAFFAELE MONTEMARIO)

a) Risultati dell'autovalutazione secondo il WHO Hand Hygiene Framework

La struttura ha effettuato l'autovalutazione utilizzando il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework, strumento raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per valutare il livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani.

Le cinque sezioni valutate riguardano:
- cambiamento del sistema
- formazione e istruzione
- valutazione e feedback
- promemoria sul posto di lavoro
- clima istituzionale di sicurezza

Il confronto con i risultati dell'autovalutazione condotta nell'anno precedente evidenzia il mantenimento complessivo del livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani secondo il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework. Non si osservano riduzioni nei livelli di implementazione delle cinque sezioni valutate; le azioni previste per l'anno in corso sono pertanto orientate al consolidamento dei risultati raggiunti e al progressivo miglioramento delle aree con maggiori margini di sviluppo.

Azioni previste:
- mantenimento della disponibilità di soluzioni idroalcoliche nei punti di assistenza
- diffusione di poster e materiale informativo
- rafforzamento delle attività formative e di sensibilizzazione del personale
- restituzione periodica dei risultati delle osservazioni agli operatori sanitari.

b) Risultati del monitoraggio del consumo di SIA

Il consumo di soluzioni idroalcoliche (SIA) viene monitorato secondo le indicazioni del SERESMI – Regione Lazio.

La struttura effettua il monitoraggio dei quantitativi utilizzati rapportati ai giorni-paziente.
I dati raccolti evidenziano un consumo complessivamente coerente con gli standard regionali, con il mantenimento dell'obiettivo minimo pari a ≥ 20 litri per 1000 giorni-paziente.

Il monitoraggio viene effettuato con periodicità trimestrale e i risultati vengono condivisi con la Direzione Sanitaria e con i responsabili delle unità operative.

c) Monitoraggio della compliance all'igiene delle mani

La compliance all'igiene delle mani viene monitorata mediante osservazione diretta degli operatori sanitari, utilizzando la scheda prevista dal Piano regionale di intervento.

Le osservazioni vengono effettuate da personale formato secondo le indicazioni regionali.
I risultati evidenziano livelli di adesione complessivamente superiori al target minimo regionale pari a ≥ 31%.

Al termine delle sessioni di osservazione viene fornito feedback immediato agli operatori, mentre i dati aggregati vengono condivisi semestralmente con la Direzione della struttura.

Azioni di miglioramento previste:
- consolidamento delle attività di monitoraggio della compliance
- rafforzamento dei feedback agli operatori sanitari
- promozione di campagne di sensibilizzazione interne
- partecipazione alla Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani (5 maggio).

SAN RAFFAELE SULMONA

a) Risultati dell'autovalutazione secondo il WHO Hand Hygiene Framework

La struttura ha effettuato l'autovalutazione utilizzando il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework, strumento raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per valutare il livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani.

Le cinque sezioni valutate riguardano:
- cambiamento del sistema
- formazione e istruzione
- valutazione e feedback
- promemoria sul posto di lavoro
- clima istituzionale di sicurezza

Il confronto con i risultati dell'autovalutazione condotta nell'anno precedente evidenzia il mantenimento complessivo del livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani secondo il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework. Non si osservano riduzioni nei livelli di implementazione delle cinque sezioni valutate; le azioni previste per l'anno in corso sono pertanto orientate al consolidamento dei risultati raggiunti e al progressivo miglioramento delle aree con maggiori margini di sviluppo.

Azioni previste:
- mantenimento della disponibilità di soluzioni idroalcoliche nei punti di assistenza
- diffusione di poster e materiale informativo
- rafforzamento delle attività formative e di sensibilizzazione del personale
- restituzione periodica dei risultati delle osservazioni agli operatori sanitari.

b) Risultati del monitoraggio del consumo di SIA

Il consumo di soluzioni idroalcoliche (SIA) viene monitorato secondo le indicazioni del SERESMI – Regione Lazio.

La struttura effettua il monitoraggio dei quantitativi utilizzati rapportati ai giorni-paziente.
I dati raccolti evidenziano un consumo complessivamente coerente con gli standard regionali, con il mantenimento dell'obiettivo minimo pari a ≥ 20 litri per 1000 giorni-paziente.

Il monitoraggio viene effettuato con periodicità trimestrale e i risultati vengono condivisi con la Direzione Sanitaria e con i responsabili delle unità operative.

c) Monitoraggio della compliance all'igiene delle mani

La compliance all'igiene delle mani viene monitorata mediante osservazione diretta degli operatori sanitari, utilizzando la scheda prevista dal Piano regionale di intervento.

Le osservazioni vengono effettuate da personale formato secondo le indicazioni regionali.
I risultati evidenziano livelli di adesione complessivamente superiori al target minimo regionale pari a ≥ 31%.

Al termine delle sessioni di osservazione viene fornito feedback immediato agli operatori, mentre i dati aggregati vengono condivisi semestralmente con la Direzione della struttura.

Azioni di miglioramento previste:
- consolidamento delle attività di monitoraggio della compliance
- rafforzamento dei feedback agli operatori sanitari
- promozione di campagne di sensibilizzazione interne
- partecipazione alla Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani (5 maggio).

RSA VILLA GRAZIA

a) Risultati dell'autovalutazione secondo il WHO Hand Hygiene Framework

La struttura ha effettuato l'autovalutazione utilizzando il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework, strumento raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per valutare il livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani.

Le cinque sezioni valutate riguardano:
- cambiamento del sistema
- formazione e istruzione
- valutazione e feedback
- promemoria sul posto di lavoro
- clima istituzionale di sicurezza

Il confronto con i risultati dell'autovalutazione condotta nell'anno precedente evidenzia il mantenimento complessivo del livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani secondo il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework. Non si osservano riduzioni nei livelli di implementazione delle cinque sezioni valutate; le azioni previste per l'anno in corso sono pertanto orientate al consolidamento dei risultati raggiunti e al progressivo miglioramento delle aree con maggiori margini di sviluppo.

Azioni previste:
- mantenimento della disponibilità di soluzioni idroalcoliche nei punti di assistenza
- diffusione di poster e materiale informativo
- rafforzamento delle attività formative e di sensibilizzazione del personale
- restituzione periodica dei risultati delle osservazioni agli operatori sanitari.

b) Risultati del monitoraggio del consumo di SIA

Il consumo di soluzioni idroalcoliche (SIA) viene monitorato secondo le indicazioni del SERESMI – Regione Lazio.

La struttura effettua il monitoraggio dei quantitativi utilizzati rapportati ai giorni-paziente.
I dati raccolti evidenziano un consumo complessivamente coerente con gli standard regionali, con il mantenimento dell'obiettivo minimo pari a ≥ 20 litri per 1000 giorni-paziente.

Il monitoraggio viene effettuato con periodicità trimestrale e i risultati vengono condivisi con la Direzione Sanitaria e con i responsabili delle unità operative.

c) Monitoraggio della compliance all'igiene delle mani

La compliance all'igiene delle mani viene monitorata mediante osservazione diretta degli operatori sanitari,
utilizzando la scheda prevista dal Piano regionale di intervento.

Le osservazioni vengono effettuate da personale formato secondo le indicazioni regionali.
I risultati evidenziano livelli di adesione complessivamente superiori al target minimo regionale pari a ≥ 31%.

Al termine delle sessioni di osservazione viene fornito feedback immediato agli operatori, mentre i dati aggregati vengono condivisi semestralmente con la Direzione della struttura.

Azioni di miglioramento previste:
- consolidamento delle attività di monitoraggio della compliance
- rafforzamento dei feedback agli operatori sanitari
- promozione di campagne di sensibilizzazione interne
- partecipazione alla Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani (5 maggio).

CENTRO GERIATRICO MATERA

a) Risultati dell'autovalutazione secondo il WHO Hand Hygiene Framework

La struttura ha effettuato l'autovalutazione utilizzando il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework, strumento raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per valutare il livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani.

Le cinque sezioni valutate riguardano:
- cambiamento del sistema
- formazione e istruzione
- valutazione e feedback
- promemoria sul posto di lavoro
- clima istituzionale di sicurezza

Il confronto con i risultati dell'autovalutazione condotta nell'anno precedente evidenzia il mantenimento complessivo del livello di implementazione della strategia multimodale per l'igiene delle mani secondo il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework. Non si osservano riduzioni nei livelli di implementazione delle cinque sezioni valutate; le azioni previste per l'anno in corso sono pertanto orientate al consolidamento dei risultati raggiunti e al progressivo miglioramento delle aree con maggiori margini di sviluppo.

Azioni previste:
- mantenimento della disponibilità di soluzioni idroalcoliche nei punti di assistenza
- diffusione di poster e materiale informativo
- rafforzamento delle attività formative e di sensibilizzazione del personale
- restituzione periodica dei risultati delle osservazioni agli operatori sanitari.

b) Risultati del monitoraggio del consumo di SIA

Il consumo di soluzioni idroalcoliche (SIA) viene monitorato secondo le indicazioni del SERESMI – Regione Lazio.

La struttura effettua il monitoraggio dei quantitativi utilizzati rapportati ai giorni-paziente.
I dati raccolti evidenziano un consumo complessivamente coerente con gli standard regionali, con il mantenimento dell'obiettivo minimo pari a ≥ 20 litri per 1000 giorni-paziente.

Il monitoraggio viene effettuato con periodicità trimestrale e i risultati vengono condivisi con la Direzione Sanitaria e con i responsabili delle unità operative.

c) Monitoraggio della compliance all'igiene delle mani

La compliance all'igiene delle mani viene monitorata mediante osservazione diretta degli operatori sanitari, utilizzando la scheda prevista dal Piano regionale di intervento.

Le osservazioni vengono effettuate da personale formato secondo le indicazioni regionali.
I risultati evidenziano livelli di adesione complessivamente superiori al target minimo regionale pari a ≥ 31%.

Al termine delle sessioni di osservazione viene fornito feedback immediato agli operatori, mentre i dati aggregati vengono condivisi semestralmente con la Direzione della struttura.

Azioni di miglioramento previste:
- consolidamento delle attività di monitoraggio della compliance
- rafforzamento dei feedback agli operatori sanitari
- promozione di campagne di sensibilizzazione interne
- partecipazione alla Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani (5 maggio).

11. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività e degli interventi previsti dal PARS 2026 e per favorire il raggiungimento degli obiettivi prefissati, il Risk Manager Aziendale assicura la massima diffusione del documento a tutte le Strutture attraverso la:

1. pubblicazione sul sito aziendale;
2. pubblicazione sul Portale del Lavoratore;
3. pubblicazione sul Portale della Documentazione;
4. invio tramite e-mail alla Direzione Sanitaria/Responsabile Medico di Struttura.

Sarà cura del Direttore Sanitario/Responsabile Medico di Struttura provvedere alla diffusione capillare del documento a tutti gli Operatori Sanitari.

12. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

12.1. Riferimenti normativi

1. 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";
2. D.P.R. 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";
3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
7. Circolare Ministeriale n.8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";

9. Determinazione Regionale n.G04112 del 01 aprile 2014 recante "Approvazione del documento recante: 'Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CCICA)";
10. Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio;
11. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti";
12. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)";
13. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
14. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti";
15. 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";
16. Nota prot. U0583694 del 17 novembre 2017 della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali – Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Risk Management recante "Adempimenti LEA 2017";
17. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
18. Determinazione n. G01226 del 2 febbraio 2018 recante "Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017".
19. Determinazione n. G00163 2019 del 11 gennaio 2019 "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)".
20. Comunicazione relativa all'elaborazione del PARM 2021 della Regione Lazio U0884520 del 15/10/2020.
21. Determinazione G02044 del 26/02/2021 della Regione Lazio "Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani".
22. Determinazione G09850 del 20/07/2021 della Regione Lazio "Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella".
23. Determinazione G00643 del 25/01/2022 della Regione Lazio "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".
24. Determinazione G15198 del 06/11/2022 "Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016.

25. Determinazione G16501 del 28/11/2022 della Regione Lazio "Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".
Determinazione Regione Lazio n. G17673 del 23/12/2025 "Approvazione del Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PARCA) 2026–2028".

12.2. Bibliografia e sitografia

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
4. Reason J, Managing the risks of organization accidents, 1997;
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
6. Corrado Papa, Chiara Lozupone. La Legge Gelli-Bianco. Un momento ulteriore di riflessione verso un approccio sistemico Risk – Based;
7. Benci L., Bernardi A. et al.: Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Commentario alla legge 24/2017. Quotidiano Sanità edizioni, 2017;
8. Norme ISO 9001:2015 e 19011:2019
9. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;
10. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp/lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza;
11. AHRQ Quality Indicators: Guide to Patient Safety Indicators http://www.qualityindicators.ahrq.gov/default.aspx;
12. Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023) (GU Serie Generale n.23 del 29-01-21- Supplemento Ordinario n.7) https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/01/29/21A00476/sg.