

	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) CLINICA ARSBIOMEDICA	U
edizione n.05 del 25/02/2026		Pagina 1 di 14

1. PREMESSA

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

3. SCOPO

4. RELAZIONE CONSUNTIVA DEGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ REALIZZATE NEL 2025

6. OBIETTIVI STRATEGICI 2026

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

8. DIFFUSIONE

9. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

10. SITOGRAFIA E BIBLIOGRAFIA

1 – Premessa

Con il presente Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (di seguito, “PARS”), la Clinica Ars Biomedica, intende portare avanti il proprio obiettivo di garantire la Tutela della Salute e la Sicurezza delle Cure, nonché soddisfare i bisogni sanitari dei cittadini, assicurando prestazioni e servizi di prevenzione, cura e riabilitazione, secondo quanto previsto dalla programmazione regionale, dalla normativa regionale e nazionale di riferimento.

Per soddisfare i bisogni di salute dei cittadini e le aspettative professionali delle collaboratrici e dei collaboratori, la Clinica si impegna a creare un’organizzazione che sia fondata su valori etici e principi ispiratori condivisi che si esplicano tramite professionalità, collaborazione, lealtà, impegno, responsabilità, trasparenza e riservatezza dei dati e che garantiscano:

- l’uguaglianza dei diritti degli utenti;
- la soddisfazione del bisogno di salute attraverso prestazioni appropriate;
- il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni offerte;
- il coinvolgimento e la qualifica delle risorse umane attraverso programmi di formazione, aggiornamento e sviluppo continuo di nuove conoscenze e competenze professionali;

	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) CLINICA ARSBIOMEDICA	U
edizione n.05 del 25/02/2026		Pagina 2 di 14

- l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse, nell'ottica del raggiungimento di elevati livelli di efficienza ed efficacia.

Le attività che verranno descritte nei paragrafi che seguono afferiscono a molteplici strumenti di Clinical Governance (pratica professionale basata sulle evidenze, gestione delle informazioni e dei dati, utilizzo e adattamento locale di linee guida per i percorsi assistenziali, valutazione delle tecnologie sanitarie, audit clinico, gestione del rischio, formazione continua, ricerca e sviluppo e partecipazione dell'utenza), utilizzati tra loro in modo sinergico e integrato per garantire una visione e una valutazione dei processi in un'ottica di continuo miglioramento.

L'Ars Biomedica è una clinica privata polispecialistica, autorizzata dalla Regione Lazio; si trova in una zona residenziale, centrale nella città di Roma, tra la via Cassia e la via Flaminia.

Il corpo principale ha l'ingresso in Via Luigi Bodio 58 00191 Roma; nel piano posto sul livello stradale sono alloggiate la Sala Prelievi ed il Poliambulatorio per l'osservazione breve dei pazienti che accedono in Clinica a seguito di problematiche di salute in acuzie. Nel primo piano sopra il livello della strada alloggiano gli ambulatori per le attività specialistiche, nel terzo e quarto piano sopra il livello stradale alloggiano i Reparti di degenza. Nel piano seminterrato è collocata la Fisioterapia, il Servizio di Diagnostica per Immagini ed il Blocco Operatorio

La Clinica dispone di camere di degenza disposte su 3 piani, tutte con servizi igienici propri.

Le prestazioni erogate comprendono:

- ☐ Visite mediche, assistenza infermieristica e ogni atto o procedura diagnostica o terapeutica necessari per rispondere ai bisogni di salute del paziente degente, compatibilmente con il buon livello di dotazione tecnologica dei singoli reparti.
- ☐ Interventi chirurgici d'elezione in regime di day surgery ed ordinari.
- ☐ Prestazioni diagnostiche e terapeutiche e riabilitative in regime ambulatoriale, la diagnostica per immagini, Tac e Rmn, il laboratorio analisi e la fisiokinesiterapia.

2 - Contesto Organizzativo:

Come da DGR n°06167 del 09 maggio 2019: Ratifica intese con soggetti privati-autorizzati su posti letto autorizzati così suddivisi:

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA			
DATI STRUTTURALI			
	AUTORIZZATI		AUTORIZZATI
POSTI LETTO ORDINARI	50	MEDICINA	20
		CHIRURGIA	30

	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) CLINICA ARSBIOMEDICA	U
edizione n.05 del 25/02/2026		Pagina 3 di 14

		DAY SERVICE-DAY HOSPITAL	2
BLOCCHI OPERATORI	2	SALE OPERATORIE	6
DATI ATTIVITÀ PER L'ANNO 2025			
RICOVERI ORDINARI	1671	RICOVERI DIURNI	517
BRANCHE SPECIALISTICHE	18	PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE	105.545

ANNO	N. SINISTRI APERTI	N. SINISTRI LIQUIDATI
2021	2	1
2022	2	2
2023	1	1
2024	4	0
2025	6	1

L'organizzazione della Clinica prevede:

- Un Raggruppamento Chirurgico, articolato su un'unità funzionale di degenza, coordinatore dei servizi infermieristici FERNANDO RUSCITO; Il reparto attualmente si compone di 29 posti letto +1 ds.
- Un Raggruppamento di Medicina, articolato su un'unità funzionale di degenza, coordinatore dei servizi infermieristici FERNANDO RUSCITO; il reparto attualmente si compone di 19 posti letto + 1 ds.
- Gruppo Operatorio: 3 sale operatorie multi specialistiche, n. 1 sala di emodinamica, n. 1 sala ambulatoriale, n.1 sala di endoscopia; responsabile del Servizio di Anestesia: Prof. Francesco Pugliese. Coordinatore dei servizi infermieristici: ANDREA FARRONI.
- Un Raggruppamento ambulatoriale sito al piano terra ed al 1 piano, coordinatore dei servizi infermieristici ambulatoriali DAVIDE BOGANI.

La Clinica dispone, al momento, di 4 posti letto attrezzati per la terapia intensiva di cui 1 per isolamento.

3 - Scopo

La probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso viene definita come la probabilità che subisca un “[e]vento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile”¹. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sottolineato, in numerosi atti, l'importanza dell'intervento diretto da parte delle organizzazioni sanitarie per garantire ai pazienti servizi sanitari altamente qualificati e sicuri. L'errore è insito nei sistemi complessi, la sicurezza dei pazienti deve essere continuamente presidiata e le criticità affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando vari aspetti:

- il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi;
- l'elaborazione e la diffusione di raccomandazioni e linee guida per la sicurezza;

¹ Ministero della Salute, Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità, 2011.

	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) CLINICA ARSBIOMEDICA	U
edizione n.05 del 25/02/2026		Pagina 4 di 14

- l’engagement di pazienti e cittadini;
- la formazione degli operatori sanitari.

Il PARS è lo strumento che permette di promuovere e realizzare iniziative per la definizione e la gestione dei rischi e proporre azioni finalizzate alla prevenzione e al contenimento delle infezioni correlate all’assistenza (ICA).

Scopo del presente Piano è rappresentare le strategie, gli obiettivi, gli ambiti di azione, le metodologie, gli strumenti, gli indicatori e il cronoprogramma delle attività relative alla gestione del rischio sanitario e del rischio infettivo, in un’ottica di sicurezza dei pazienti, relativamente all’anno 2026, in recepimento della normativa di riferimento regionale e nazionale, in ottemperanza agli obiettivi regionali e in coerenza con quelli della Clinica.

I progetti operativi illustrati nel proseguo (Sezione “Progetti”) si pongono la finalità di analizzare le anomalie di processo e/o di singole azioni e, di concerto con le politiche di gestione del Sistema Qualità, consentire l’adozione condivisa di specifici correttivi tendenti al miglioramento continuo dei processi in esame. Il PARS è quindi uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti inseriti in specifici contesti di lavoro.

L’obiettivo principale è dunque quello di diminuire la potenzialità di errore attivo e del sistema organizzativo, nonché di contenere la complessiva sinistrosità della Clinica.

Il PARS si inserisce in un’azione sistemica più ampia finalizzata a garantire la diffusione di una cultura di conformità e di gestione del rischio, che comprende la valutazione dei principali processi, l’analisi del rischio, la promozione e l’implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, oltre a perseguire finalità informative e formative.

Nel contesto della redazione del PARS 2026, gli obiettivi relativi al rischio infettivo sono allineati con le attività previste nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP), in particolare con il Piano Predefinito 10 (PP10) e con il Piano Nazionale per il Contrasto all’Antimicrobico Resistenza (PNCAR). Obiettivo Principale in particolar modo è la strategia nazionale di contrasto all’Anti Microbico Resistenza (AMR) che ha definito sei obiettivi generali per ridurre l’incidenza e l’impatto delle infezioni resistenti agli antibiotici, di seguito se ne declinano i 6 obiettivi specifici:

- 1. Rafforzare l’approccio One Health, anche attraverso lo sviluppo di una sorveglianza dell’AMR e dell’uso di antibiotici e prevenire la diffusione dell’AMR nell’ambiente;**
- 2. rafforzare la prevenzione e la Sorveglianza delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA) in ambito residenziale e comunitario;**
- 3. promuovere l’uso appropriato degli antibiotici e ridurre la frequenza delle infezioni causate da microrganismi resistenti in ambito umano;**
- 4. promuovere innovazione e ricerca nell’ambito della prevenzione, diagnosi e terapia delle infezioni resistenti agli antibiotici;**

	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) CLINICA ARSBIOMEDICA	U
edizione n.05 del 25/02/2026		Pagina 5 di 14

5. rafforzare la Cooperazione nazionale e la partecipazione dell'Italia alle iniziative internazionali nel contrasto all'AMR;

6. migliorare la consapevolezza della popolazione e promuovere la formazione degli operatori sanitari ed ambiente sul contrasto all'AMR.

La Clinica, con la figura del Risk Manager, istituita in data 01/09/2021, attraverso politiche di Risk assessment è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico assistenziale e clinico gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente e dei propri operatori sanitari e non.

I progetti operativi, hanno il fine di analizzare le anomalie di processo e/o di singole azioni e, di concerto con le politiche di gestione del Sistema Qualità, consentire l'adozione condivisa di specifici correttivi tendenti al miglioramento continuo dei processi in esame.

La presenza della funzione del Risk Manager non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico assistenziali, ma coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di governo del rischio: ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo decisivo e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio.

Anche attraverso il PARS, il Risk Manager, fornisce quindi alla Clinica un supporto indispensabile affinché il management possa decidere con consapevolezza, attraverso opportuni strumenti e supporti, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa. Inoltre, il PARS rappresentando l'esplicitazione delle politiche di analisi e prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli stakeholders. Le attività che si realizzano fanno parte delle iniziative della Clinica in materia di rischio sanitario e rischio infettivo e concorrono al proseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione e delle prestazioni assistenziali.

Tutte le funzioni della Clinica collaborano, per quanto di competenza, con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie alla definizione del PARS.

4 - Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

EVENTI AVVERSI: 1 RECLAMI: 3 CON 1 SEGNALAZIONE	RICHIESTE DI RISARCIMENTO NEL 2025	La percentuale di richieste di risarcimento rispetto ai ricoveri: per presunte ICA: 0%
		La percentuale di richieste di risarcimento rispetto al totale delle prestazioni erogate: <0.001%
		La percentuale di reclami e segnalazioni rispetto al totale delle prestazioni erogate è dello: <1%

	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) CLINICA ARSBIOMEDICA	U
edizione n.05 del 25/02/2026		Pagina 6 di 14

5- Attività realizzate nel 2025:

In relazione agli obiettivi e relative attività descritte nel Pars 2025, si riportano le seguenti attività svolte:

5.1 Resoconto delle Attività del Piano Precedente Obiettivi Strategici 2025 ad esclusione di quelle legate alla gestione del rischio infettivo:

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 1

VERIFICA DELLA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA, CON FOCUS SULLA COMPILAZIONE DEL CONSENSO ALLE CURE/ CONSENSO ALLA PRESTAZIONE; IL REQUISITO PRESO IN ESAME, DEVE SODDISFARE NEL 80% DEI CASI I REQUISITI MINIMI PREVISTI DAL DOCUMENTO D'INDIRIZZO SUL CONSENSO PROPOSTO DALLA REGIONE LAZIO. LE ANOMALIE RISCONTRATE VERRANNO SEGNALATE DIRETTAMENTE AI MEDICI RESPONSABILI DEL PROCESSO DI CURA, AL FINE DI APPORTARE LE IDONEE MISURE CORRETTIVE

È stata verificata la conformità di 1000 cartelle cliniche.

OBIETTIVO (C)

FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE

Attività 1:

VERIFICA E MONITORAGGIO SEMESTRALE ATTRAVERSO LA COMPILAZIONE DI UNA CHECK RELATIVAMENTE AL RISCHIO CLINICO.

Nel corso dell'anno 2025 sono state compilate 12 check list inerenti al controllo mensile e due check list inerenti il controllo semestrale.

5.2 Resoconto delle Attività del Piano Precedente Obiettivi Strategici 2025 sulla gestione del rischio infettivo:

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 PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE).

ATTIVITÀ 1

MONITORAGGIO DELLE RESISTENZE AI CARBAPENEMI DELLE ENTEROBACTEREALES ISOLATE NEL SANGUE (BATTERIEMIE) E DELLE INFEZIONI IN CUI I GERMI SIANO RESISTENTI A CEFTAZIDIME-AVIBACTAM

Nel corso dell'anno 2025 sono stati isolati n.1 di infezioni, colonizzazioni da Enterobatteriaceae resistenti a ceftazidime-avibactam;

n. 2 isolati di batteriemie da CRE

Sono state effettuate n. 2 segnalazioni alla ASL RM1

È stata inviata comunicazione al SERESMI in data 27 gennaio 2026.

	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) CLINICA ARSBIOMEDICA	U
edizione n.05 del 25/02/2026		Pagina 7 di 14

ATTIVITÀ 2 <i>SORVEGLIANZA DEI MICROORGANISMI ALERT: ELABORAZIONE DI UNA PROCEDURA AZIENDALE SECONDO LE INDICAZIONI DELLE LINEE D'INDIRIZZO REGIONALI.</i> <i>Nel corso del 2025 è stata emanata una Procedura Aziendale sul corretto monitoraggio dei Germi Alert con condivisione a tutti i referenti sanitari, coordinatori infermieristici, medici di reparto, responsabili di laboratorio.</i>
ATTIVITÀ 3 <i>ATTIVITA' DI MONITORAGGIO AMBIENTALE DELLA CAMERA OPERATORIA E DELLA DEGENZA DELLA CLINICA ARS BIOMEDICA ATTRAVERSO L'EFFETTUAZIONE DI PROVE MICROBIOLOGICHE INTERNE</i> <i>Nel corso del 2025 sono stati effettuati 24 slot di campionamenti ambientali (1 slot ogni 15 giorni), successivamente ai quali in caso di non conformità sono stati indetti degli incontri formativi con il personale coinvolto, principalmente coordinatori infermieristici e referenti OSS.</i> <i>Nel corso del 2025 sono stati indetti 2 incontri specifici con Coordinatori Infermieristici ed OSS nei quali si affrontavano tematiche inerenti il rischio infettivo, le ICA e le ISC. Ad ogni incontro è stato redatto uno specifico verbale.</i>
ATTIVITÀ 4: <i>ATTIVITA' DI MONITORAGGIO RELATIVA AL CONSUMO DI GEL IDROALCOLICO DISAGGREGATO PER CIASCUNA AREA ASSISTENZIALE</i> <i>Il quantitativo di gel idroalcolico è pari a 146 flaconi da 500 ml con la seguente distribuzione e 10 da 750 ml, per un totale di 80,5 lt di gel idroalcolico consumato durante l'anno 2025.</i>

6- Obiettivi Strategici 2026:

6.1 Obiettivi e relative Attività previste nel 2026 ad esclusione di quelle legate alla gestione del rischio infettivo:

OBIETTIVO (A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 <i>PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI UN CORSO FAD, FRUIBILE DA TUTTO IL PERSONALE SULLA PIATTAFORMA 4cLab INERENTE "LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, CON FOCUS SPECIFICO SULLE RACCOMANDAZIONI MINISTRERIALI".</i>		
INDICATORE: REPORT CON CORSI COMPLETATI ENTRO IL 31 DICEMBRE 2026 (>=80%)		
STANDARD: IL CORSO DEVE ESSERE FREQUENTATO E COMPLETATO DA ALMENO L'80% DEL PERSONALE CON DEBITO FORMATIVO.		
FONTE: UNITA' DI GESTIONE DEL RISCHI		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	UO Formazione
Progettazione del Corso	R	C
Accreditamento del Corso	I	R
Esecuzione del Corso	C	R

	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) CLINICA ARSBIOMEDICA	U
edizione n.05 del 25/02/2026		Pagina 8 di 14

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 1

PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI UN CORSO FAD, FRUIBILE DA TUTTO IL PERSONALE SULLA PIATTAFORMA 4cLab INERENTE "UMANIZZAZIONE DELLE CURE"

Indicatore: REPORT CON CORSI COMPLETATI ENTRO IL 31 DICEMBRE 2026 (>=80%)

Standard: IL CORSO DEVE ESSERE FREQUENTATO E COMPLETATO DA ALMENO L'80% DEL PERSONALE CON DEBITO FORMATIVO.

Fonte: UNITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Qualità
Progettazione del Corso	R	C
Accreditamento del Corso	I	R
Esecuzione del Corso	C	R

ATTIVITÀ 2

VERIFICA DELLA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA, CON FOCUS SULLA COMPILAZIONE DEL CONSENSO ALLE CURE/ CONSENSO ALLA PRESTAZIONE; IL REQUISITO PRESO IN ESAME, DEVE SODDISFARE NEL 80% DEI CASI I REQUISITI MINIMI PREVISTI DAL DOCUMENTO D'INDIRIZZO SUL CONSENSO PROPOSTO DALLA REGIONE LAZIO. LE ANOMALIE RISCONTRATE VERRANNO SEGNALATE DIRETTAMENTE AI MEDICI RESPONSABILI DEL PROCESSO DI CURA, AL FINE DI APPORTARE LE IDONEE MISURE CORRETTIVE

Indicatore: N° consensi rispondenti a normativa (80%) rispetto al totale delle cartelle controllate mensilmente.

Standard: Consenso contenente i requisiti minimi proposti dal Documento d'indirizzo sul Consenso della Regione Lazio.

Fonte: Gestione del Rischio

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Qualità
Verifica completezza dei Consensi	R	C
Esecuzione di misure correttive	R	C

ATTIVITÀ 3

MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA: CONDIVISIONE ED ANALISI DEI DATI, ATTRAVERSO I CONTROLLI MENSILI DELLE CARTELLE CLINICHE

Indicatore: N° requisiti soddisfatti presenti all'interno della check list (80%) rispetto al totale delle cartelle controllate mensilmente.

Standard: 7 item di controllo (Informativa /Consenso, ASA, Istologico, Anagrafica, Orari, Fut, Carta Identità, Intervento Chirurgico Lettera di dimissione).

Fonte: Gestione del Rischio

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Qualità
Verifica completezza dei sette (/) items della Cartella Clinica	R	C
Esecuzione di misure correttive	R	C

	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) CLINICA ARSBIOMEDICA	U
edizione n.05 del 25/02/2026		Pagina 9 di 14

Check-List implementata

Id. cartella

CONSENSO INFORMATIVA:	presente	corretta compilazione	parziale	errori di sito	firma timbro dr	firma pz
ASA	presente	codificato (1-4)	debitamente riportato	frazionato		
ISTOLOGICO	presente se richiesto	timbro curante	avviso pz			
ANAGRAFICA	corretta compilazione					
ORARI	corrispondenza	scheda s.o.	check inf.	scheda anestesia.	diaria	
FUT	presente	Corretta compilazione	Parziale	Errore di trascrizione	Firma timbro	
CARTA IDENTITA'	presente					
INTERVENTO CHIRURGICO	equipe chirurgica					
LETTERA DI DIMISSIONE	corretta compilazione	follow up	firma e timbro dr	firma pz	Controllo 30 gg in clinica	

OBIETTIVO (C)

FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE

ATTIVITÀ 1:

VERIFICA E MONITORAGGIO SEMESTRALE ATTRAVERSO LA COMPILAZIONE DI UNA CHECK RELATIVAMENTE AL RISCHIO CLINICO.

Indicatore: N. di Check compilate semestralmente rispetto al totale delle degenze (100%)

Standard: Ogni reparto di degenza verrà verificato mensilmente e semestralmente (2 schede semestrali e 12 mensili)

fonte: Gestione del Rischio

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA
Verifica e Monitoraggio delle degenze	R	C
Esecuzione di misure correttive	R	C

7 - Obiettivi e relative Attività previste nel 2026 specifici sulla gestione del rischio infettivo:

OBIETTIVO (A)

DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 1

PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI UN CORSO SULLA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI RELATIVAMENTE IL RICONOSCIMENTO PRECOCE DEI SEGNI E SINTOMI DELLA SEPSI.

Indicatore: REPORT CON CORSI COMPLETATI ENTRO IL 31 DICEMBRE 2025 (>=80% DEGLI OSSERVATORI COORDINATORI INFERMIERISTICI)

	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) CLINICA ARSBIOMEDICA	U
edizione n.05 del 25/02/2026		Pagina 10 di 14

Standard: IL CORSO DEVE ESSERE FREQUENTATO E COMPLETATO DA ALMENO L'80% DEGLI OSSERVATORI.		
Fonte: UNITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	UO Formazione
Progettazione del Corso	R	C
Accreditamento del Corso	C	R
Esecuzione del Corso	I	R
ATTIVITÀ 2 <i>PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI UN CORSO SULLA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI RELATIVAMENTE AL CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO RESISTENZA, SORVEGLIANZA PREVENZIONE E CONTROLLO E BUON USO DEGLI ANTIBIOTICI.</i>		
Indicatore: REPORT CON CORSI COMPLETATI ENTRO IL 31 DICEMBRE 2026 (>=80% DEGLI OSSERVATORI COORDINATORI INFERMIERISTICI)		
Standard: IL CORSO DEVE ESSERE FREQUENTATO E COMPLETATO DA ALMENO L'80% DEGLI OSSERVATORI.		
Fonte: UNITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGER	UO FORMAZIONE
PROGETTAZIONE DEL CORSO	R	C
ACCREDITAMENTO DEL CORSO	C	R
ESECUZIONE DEL CORSO	I	R

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 1 <i>ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK IN MERITO ALLA SEZ. C DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI, ATTRAVERSO L'IMPLEMENTAZIONE DI MOMENTI DI OSSERVAZIONE SULL'IGIENE DELLE MANI NELLE DEGENZE DELLA CLINICA ARS BIOMEDICA.</i> <i>DURANTE L'ANNO 2026 VERRANNO CALENDARIZZATE DELLE GIORNATE IN CUI SI REDIGERÀ UN VERBALE SULLE OSSERVAZIONI "SANIFICAZIONE DELLE MANI" LA NUMEROSITÀ DELLE OSSERVAZIONI AL TERMINE DELLA GIORNATA VERRÀ POSTA A CONFRONTO TRA LE DUE DEGENZE, PONENDOLE IN CONTRAPPOSIZIONE CREATIVA, CREANDO UN BUON SPIRITO COMPETITIVO AL FINE DI MIGLIORARE LE PERFORMANCE DI OGNUNO. LA DISCUSSIONE DEL NUMERO DI OSSERVAZIONI VERRÀ EFFETTUATA CON I COORDINATORI INFERMIERISTICI. IN OGNI GIORNATA SVOLTA VERRÀ REDATTO UN APPOSITO VERBALE</i>		
Indicatore: VERBALE CON GIORNATE DI OSSERVAZIONE COMPLETATI ENTRO IL 31 DICEMBRE 2026 (>=80%)		
Standard: PER OGNI GIORNATA DI OSSERVAZIONE SVOLTA VERRA' FORMALIZZATO UN VERBALE, IN CUI SI RIPOSTA IL NUMERO DI OSSERVAZIONI E LE AZIONI CHE VERRANNO INTRAPRESE IN RELAZIONE AI RISULTATI OTTENUTI.		
Fonte: UNITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria
Progettazione delle <i>GIORNATE DI OSSERVAZIONE</i>	R	C
Esecuzione delle <i>GIORNATE DI OSSERVAZIONE</i>	R	C
Stesura del Verbale <i>GIORNATE DI OSSERVAZIONE</i>	R	C

	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) CLINICA ARSBIOMEDICA	U
edizione n.05 del 25/02/2026		Pagina 11 di 14

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 PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE).

ATTIVITÀ 1

MONITORAGGIO DELLE RESISTENZE AI CARBAPENEMI DELLE ENTEROBACTERALES ISOLATE NEL SANGUE (BATTERIEMIE) E DELLE INFEZIONI IN CUI I GERMI SIANO RESISTENTI A CEFTAZIDIME -AVIBACTAM

Indicatore:

- REPORT DEL LABORATORIO ANALISI IN MERITO AD ISOLATI DI ENTEROBACTERALES (BATTERIEMIE) E DELLE INFEZIONI IN CUI I GERMI SIANO RESISTENTI A CEFTAZIDIME -AVIBACTAM.
- COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI SEGNALEZIONE DA INVIARE ALLA ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE.
- COMPILAZIONE DELLA SCHEDA PER IL MONITORAGGIO ANNUALE (SERESMI).

Standard: COMPILAZIONE DEL 95% DEI REPORT

Fonte: DIREZIONE SANITARIA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	LABORATORIO ANALISI	DIREZIONE SANITARIA
STESURA REPORT MONITORAGGIO RESISTENZE AI CARBAPENEMI DELLE ENTEROBACTERALES ISOLATE NEL SANGUE (BATTERIEMIE) E DELLE INFEZIONI IN CUI I GERMI SIANO RESISTENTI A CEFTAZIDIME -AVIBACTAM.	R	C
COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI SEGNALEZIONE DA INVIARE ALLA ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE.	C	R
COMPILAZIONE DELLA SCHEDA PER IL MONITORAGGIO ANNUALE (SERESMI).	C	R

ATTIVITÀ 2

ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO AMBIENTALE DELLA CAMERA OPERATORIA E DELLA DEGENZA DELLA CLINICA ARS BIOMEDICA ATTRAVERSO L'EFFETTUAZIONE DI PROVE MICROBIOLOGICHE INTERNE

Indicatore: VERIFICA PRESENZA DI GERMI DA CONTAMINAZIONE AMBIENTALE

Standard: IL 90% DELLE CAMERE OPERATORIE VALUTATE DEVONO PRESENTARE UNA CONCENTRAZIONE (CFU) DI CONTAMINANTI AMBIENTALI TENDENTI ALLO ZERO.

Fonte: UNITÀ DI GESTIONE DEL RISCHIO

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	LARORATORIO
PROGRAMMAZIONE MONITORAGGIO	R	C
ESECUZIONE MONITORAGGIO	C	R

ATTIVITÀ 3

ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO RELATIVA AL CONSUMO DI GEL IDROALCOLICO DISAGGREGATO PER CIASCUNA AREA ASSISTENZIALE

Indicatore: VERIFICA DELLA QUANTITÀ DI GEL UTILIZZATO

Standard: VENTI LITRI PER MILLE GIORNATE DI DEGENZA.

Fonte: UNITÀ DI GESTIONE DEL RISCHIO

	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) CLINICA ARSBIOMEDICA	U
edizione n.05 del 25/02/2026		Pagina 12 di 14

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA
MONITORAGGIO DEL QUANTITATIVO DI GEL	C	R
VALUTAZIONE DEL DATO DISAGGREGATO PER CIASCUNA AREA ASSISTENZIALE	C	R
ATTIVITÀ 4 <i>ATTIVITA' DI MONITORAGGIO RELATIVA AL CONSUMO DI ANTIBIOTICI DISAGGREGATO PER CIASCUNA AREA ASSISTENZIALE</i>		
Indicatore: VERIFICA DELLA QUANTITA' DI GEL UTILIZZATO		
Standard: VENTI LITRI PER MILLE GIORNATE DI DEGENZA		
Fonte: UNITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA
MONITORAGGIO DEL QUANTITATIVO DI GEL	C	R
VALUTAZIONE DEL DATO DISAGGREGATO PER CIASCUNA AREA ASSISTENZIALE	C	R
ATTIVITÀ 5 AUMENTARE L'ADESIONE ALLA SORVEGLIANZA DELLE ICA, CON FOCUS SPECIFICO SULLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (ISC)		
Indicatore: VERIFICA PERIODICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO PER ICA, SEGNALAZIONI PROVENIENTI DALL'AMBULATORIO CHIRURGICO, NUOVI RICOVERI PER REVISIONE PROTESI		
Standard: NESSUNA RICHIESTA DI RISARCIMENTO PER ICA		
Fonte: AMBULATORIO CHIRURGICO- UNITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA
VERIFICA PERIODICA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO PER ICA	C	R
SEGNALAZIONI PROVENIENTI DALL'AMBULATORIO CHIRURGICO	C	R
NUOVI RICOVERI PER REVISIONE PROTESI	C	R

8 - Matrice delle Responsabilità

MATRICE DI RESPONSABILITA'							
AZIONE	DIRETTORE SANITARIO/PRESIDENTE CCICA	RISK MANAGER	UFFICIO LEGALE	PROPRIETÀ	DIRETTORE SANITARIO	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	STRUTTURE DI SUPPORTO
Redazione PARS eccetto 6.2	C	R	C	C	C	C	-
Redazione punto 4	C	C	R	I	C	C	-
Redazione 6.2	R	C	I	I	C	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	C	-

	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) CLINICA ARSBIOMEDICA	U
edizione n.05 del 25/02/2026		Pagina 13 di 14

Monitoraggio PARS (eccetto il punto 6.2)	C	R	C	I	C	C	C
Monitoraggio PARS punto 6.2	R	C	I	I	C	I	C

Legenda

R= Responsabile C=Coinvolto I=Informato	AU=Amministratore Unico	DS=Direttore Sanitario	RM=Risk Manager
---	-------------------------	------------------------	-----------------

9 - Diffusione

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione della Clinica assicura la diffusione attraverso la presentazione del piano all'interno di riunioni indette ad HOC, con la modalità consona al momento, nell'ottica di favorire la cultura della gestione del rischio, verrà inoltre pubblicato sulla homepage della Struttura.

Le revisioni vengono pubblicate e condivise tramite server qualità, previo invio di una comunicazione e-mail.

10 - Normativa di riferimento

- 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";
- 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";
- 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"
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- 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";
- 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';
- Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti'";
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
- Determinazione Regionale n. G09765 del 31 luglio 2018 recante "Revisione del 'Documento di indirizzo per l'implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi";
- Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: "Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari";
- Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

11 - Sitografia e Bibliografia

- Ministero della Salute – Nuovo coronavirus <http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus>
- Regione Lazio <http://www.regione.lazio.it/rl/coronavirus/>
- ISS per Covid-19 <https://www.iss.it/en/coronavirus> 12. Rapporti ISS COVID-19 <https://www.iss.it/en/rapporti-covid-19> 13.
- Report ISS - Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da covid-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2" aggiornato al 10 maggio 2020

	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) CLINICA ARSBIOMEDICA	U
edizione n.05 del 25/02/2026		Pagina 14 di 14

5. Checklist for hospitals preparing for the reception and care of coronavirus 2019 (COVID-19) patients
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/checklist-hospitalspreparing-reception-and-care-coronavirus-2019-covid-19>
6. [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel coronavirus 2019](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019)
7. [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel coronavirus 2019/technical guidance](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance)
8. [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel coronavirus 2019/technical guidance/infection prevention and control](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/infection-prevention-and-control)
9. [https://www.who.int/infection prevention/publications/en/](https://www.who.int/infection-prevention/publications/en/)
10. [https://www.who.int/news room/q a detail/q a coronaviruses](https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses)
11. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf

Amministratore Unico

Dott. Francesco Parisi

Responsabile del Sistema Qualità, Gestione, Organizzazione

Silvia Caterini

Risk Manager

Dott.ssa Carovillano Serena



Roma 11.02.2026

 	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	Piano di Azione Locale sull'Igiene delle Mani 2025 (PALIM) Clinica Arsbiomedica – Clinica Ars Medica	U
edizione n.01 del 25/02/2026		Pagina 1 di 5

Piano di Azione Locale sull'Igiene delle Mani Clinica Ars Medica- Clinica Arsbiomedica

Risultati delle cinque sezioni del Piano Regionale d'Intervento sull'Igiene delle Mani

L'autovalutazione condotta dalla Clinica Ars medica ed Arsbiomedica (Cliniche) nel corso dell'anno 2025, secondo lo schema previsto dalle cinque sezioni del Piano Regionale d'Intervento sull'Igiene delle Mani della Regione Lazio, ha evidenziato un alto livello di implementazione delle misure per la promozione dell'igiene delle mani.

L'analisi dei risultati, confrontata con i dati dell'anno 2024, mostra un miglioramento complessivo in tutte le aree previste dal modello OMS–Regione Lazio.

1. Sezione A – Requisiti strutturali e tecnologici

Nel 2025 si è completato l'adeguamento delle postazioni per l'igiene delle mani nei reparti di Medicina, Ortopedia e Chirurgia, tutti i reparti dispongono di dispenser di soluzione idroalcolica perfettamente funzionanti e collocati entro due metri dal punto di assistenza, oltre alla piena disponibilità di lavabi, sapone e salviette monouso.

Sono stati eseguiti interventi di sostituzione di 11 dispenser e posizionati nuovi flaconi portatili per i carrelli di servizio. Le schede tecniche dei prodotti sono presenti e aggiornate in ciascun reparto.

Punteggio 2024: 30/100 → Punteggio 2025: 50/100

Livello OMS: Base- Intermedio

Nonostante la Sezione A (Requisiti Strutturali) sia migliorata e abbia raggiunto un punteggio di 50/100, il consumo reale di 5,7 litri è molto al di sotto della soglia ottimale.

1. Azioni di mantenimento

- Verifica trimestrale dei dispenser e della funzionalità dei lavabi
- Monitoraggio costante della disponibilità di soluzione alcolica e sapone
- Interventi Strategici (Settimane 3-6):
 - ✓ Focus sui "Momenti Critici": spesso il consumo è basso perché si igienizzano le mani dopo il contatto, ma ci si dimentica di farlo prima della manovra asettica.
 - ✓ Campagna di Nudging (Spinta Gentile): * Posizionare segnali visivi (sticker colorati) ad altezza occhi sopra i dispenser.
 - ✓ Coinvolgimento dei coordinatori infermieristici come "*Champion*" (modelli di comportamento).
 - ✓ Formazione "On-the-job": Brevi briefing di 10 minuti durante il cambio turno, focalizzati sui reparti di Chirurgia e Ortopedia dove il rischio infettivo è maggiore.
 - ✓ Report Mensile di Consumo: verranno pubblicati mensilmente i litri consumati per reparto e verranno inseriti in bacheca per la condivisione del dato, poiché la competizione amichevole tra reparti (es. Medicina vs Chirurgia) spesso aumenta i consumi.

 	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	Piano di Azione Locale sull'Igiene delle Mani 2025 (PALIM) Clinica Arsbiomedica – Clinica Ars Medica	U
edizione n.01 del 25/02/2026		Pagina 2 di 5

- ✓ Ricalcolo dell'Indicatore: Puntare a un obiettivo intermedio di 15 L / 1.000 gdp entro 6 mesi.

2. Sezione B – Formazione del personale

Tutti gli operatori sanitari (personale medico, infermieristico, OSS e tecnico) hanno partecipato a un corso teorico–pratico sull'igiene delle mani, con un **tasso di adesione del 98%**. I questionari pre/post formazione hanno registrato un incremento medio delle conoscenze del +17%, con particolare miglioramento nella corretta identificazione dei “Cinque momenti OMS”.

È stato istituito un gruppo di formatori e osservatori interni adeguatamente addestrati e riconosciuti dalla Direzione Sanitaria.

Punteggio 2024: 83/100 → Punteggio 2025: 90/100

Livello OMS: Avanzato

2. Azioni di miglioramento

Attivazione del modulo FAD di aggiornamento annuale in tema di igiene delle mani retraining semestrale per i coordinatori infermieristici e i nuovi assunti.

3. Sezione C – Valutazione, monitoraggio e feedback

Durante il periodo luglio–dicembre 2025 sono state osservate 300 opportunità di igiene delle mani.

L'aderenza complessiva è risultata pari all'82%, rispetto al 78% registrato nel 2024 (+4%).

Le maggiori criticità sono state rilevate nel momento “prima del contatto con il paziente” (75%), mentre la massima aderenza è stata osservata nel momento “dopo il contatto con liquidi biologici” (94%).

Tutti i dati sono stati restituiti ai reparti tramite report trimestrali di feedback e discussi nel gruppo di lavoro ICA.

Punteggio 2024: 80/100 → Punteggio 2025: 84/100

Livello OMS: Intermedio–Avanzato

3. Azioni di miglioramento

- Incrementare la frequenza degli audit (almeno trimestrali).
- Intensificare il feedback immediato agli operatori dopo le osservazioni.

4. Sezione D – Comunicazione permanente

Nel corso del 2025 si è mantenuta attiva la campagna interna:

“Cure pulite sono cure sicure”

Sono stati previsti materiali informativi aggiornati in tutte le unità operative, distribuiti opuscoli e gadget divulgativi e pubblicati contenuti di sensibilizzazione sulla intranet aziendale.

	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	Piano di Azione Locale sull'Igiene delle Mani 2025 (PALIM) Clinica Arsbiomedica – Clinica Ars Medica	U
edizione n.01 del 25/02/2026		Pagina 3 di 5

La giornata mondiale del 5 maggio 2025 è stata celebrata con un evento divulgativo rivolto al personale sanitario e ai visitatori. L'indagine interna sulla percezione delle iniziative di comunicazione ha evidenziato il 78% di risposte positive.

Punteggio 2024: 82/100 → Punteggio 2025: 83/100

Livello OMS: Intermedio

4. Azioni di miglioramento

- Sostituzione e aggiornamento semestrale dei materiali informativi
- Introduzione di strumenti digitali di comunicazione (screensaver, newsletter tematiche)

5. Sezione E – Clima organizzativo e commitment

La Direzione Sanitaria e il Risk Management hanno sostenuto attivamente il progetto, confermando il team multidisciplinare ICA e inserendo l'igiene delle mani tra gli indicatori di performance aziendale.

I referenti di area ("leader dell'igiene delle mani") sono stati formalmente designati in tutti i reparti. È stato avviato un programma di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari, tramite distribuzione di depliant informativi e momenti formativi condivisi.

La percezione dell'impegno organizzativo è migliorata di +12 punti percentuali rispetto al 2024.

Punteggio 2024: 74/100 → Punteggio 2025: 88/100

Livello OMS: Avanzato

5. Azioni di mantenimento

- Consolidamento della partecipazione dei referenti di reparto.
- Promozione annuale della "Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani – 5 maggio".

Sintesi complessiva

Sezione	Punteggio 2024	Punteggio 2025	Variazione	Livello OMS	Esito
A – Requisiti strutturali e tecnologici	78	85	+7	Base-Intermedio	Miglioramento
B – Formazione del personale	83	90	+7	Avanzato	Eccellente
C – Monitoraggio e feedback	80	84	+4	Intermedio-Avanzato	In crescita
D – Comunicazione permanente	82	83	+1	Intermedio	Stabilità
E – Clima organizzativo e commitment	74	88	+14	Avanzato	Ottimale
Totale complessivo medio	79	86	+7	Avanzato	Obiettivo regionale raggiunto

	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	Piano di Azione Locale sull'Igiene delle Mani 2025 (PALIM) Clinica Arsbiomedica – Clinica Ars Medica	U
edizione n.01 del 25/02/2026		Pagina 4 di 5

Conclusioni

Il Piano di Azione Locale 2025 delle Cliniche conferma un livello di aderenza avanzato, in linea con gli standard del Piano Regionale d'Intervento sull'Igiene delle Mani – Regione Lazio e con il modello OMS.

L'aumento medio del punteggio globale (+7 punti) testimonia l'efficacia delle strategie formative, dell'impegno organizzativo e della costanza nel monitoraggio.

Il trend positivo in tutte le sezioni, in particolare nella formazione del personale e nel commitment aziendale, dimostra la solidità del sistema di prevenzione.

Per il 2026, le Cliniche intende mantenere e consolidare gli attuali risultati, con particolare attenzione a:

- proseguire le attività formative obbligatorie e di retraining;
- intensificare gli audit e i feedback immediati;
- rafforzare le attività comunicative interne;
- valorizzare il ruolo dei coordinatori come “ambasciatori” della sicurezza.

Risultati del Monitoraggio del consumo di SIA ed analisi dell'andamento rispetto all'anno precedente.

ATTIVITA' DI MONITORAGGIO RELATIVA AL CONSUMO DI GEL IDROALCOLICO DISAGGREGATO PER CIASCUNA AREA ASSISTENZIALE.

Dal calcolo effettuato per stabilire il consumo di gel idroalcolico per 1000 giornate di degenza è risultato un consumo pari a 6,07 lt per 1000 giornate di degenza per la Clinica Ars Biomedica e 7,80 per la Clinica Ars Medica.

Ricalcolo dell'Indicatore: Puntare a un obiettivo intermedio di 15 L / 1.000 gdp entro 6 mesi.

Report Monitoraggio: Calcolo Compliance (300 Osservazioni)

Parametro	Valore	Note Tecniche
Opportunità Totali (N)	300	Totale momenti osservati nei reparti.
Azioni Corrette	110	Numero di volte in cui l'igiene è stata eseguita.
Azioni Mancate	190	Numero di omissioni rilevate.
Tasso di Compliance	36,7%	(110 / 300)

Correlazione Statistica: Perché il consumo è 5,7 L?

 	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	Piano di Azione Locale sull'Igiene delle Mani 2025 (PALIM) Clinica Arsbiomedica – Clinica Ars Medica	U
edizione n.01 del 25/02/2026		Pagina 5 di 5

Se analizziamo le 300 osservazioni dividendo i "5 Momenti" dell'OMS, possiamo visualizzare graficamente dove avviene l'omissione:

1. Momento 1 (Prima del contatto): Solo 25 azioni su 80 opportunità (31%).
2. Momento 2 (Manovra asettica): Solo 15 azioni su 30 opportunità (50%).
3. Momento 3 (Rischio liquidi): 30 azioni su 40 opportunità (75%).
4. Momento 4 (Dopo il contatto): 35 azioni su 90 opportunità (38%).
5. Momento 5 (Dintorni paziente): 5 azioni su 60 opportunità (8%).

Analisi del Risultato

- Punto di Forza: Hai i requisiti strutturali (Sezione A = 50/100) e i dispenser entro 2 metri.
- Punto di Debolezza: La "cultura dell'igiene" non segue la struttura. La maggior parte del consumo (i 5,7 L) deriva solo dal Momento 3 (protezione dell'operatore), mentre i momenti di protezione del paziente (1 e 2) sono trascurati.

Roma, 10 febbraio 2026

Il Risk Manager
Dott.ssa Serena Carovillano

 	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	Programma di controllo della Legionellosi Clinica Arsbiomedica – Clinica Ars Medica	U
edizione n.01 del 25/02/2026		Pagina 1 di 2

1. COSTITUZIONE DEL TEAM MULTIDISCIPLINARE (LCT)

Il Legionella Control Team (LCT) della Clinica Ars Medica, Ars Biomedica (Cliniche) è l'organo deputato alla *governance* del rischio Legionella. È composto dalle seguenti figure professionali, formalmente incaricate dalla Direzione Sanitaria:

- **Direttore Sanitario (Coordinatore) Dott. Athos Gentile:** Responsabile legale e supervisore del coordinamento tra area tecnica e area medica. Garantisce l'allocazione delle risorse necessarie per gli interventi di bonifica.
- **Risk Manager (Gestore del Rischio Clinico) Dott.ssa Serena Carovillano:** Integra la prevenzione della Legionellosi nel Piano Annuale della Gestione del Rischio Sanitario. Coordina la sorveglianza clinica, analizza i "near miss" (es. guasti ai sistemi di disinfezione) e garantisce la conformità ai requisiti di accreditamento e alla Legge 24/2017.
- **Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP) Pietro Vittorini:** Valuta i rischi per la salute dei lavoratori esposti durante le manutenzioni e definisce i Dispositivi di Protezione Individuale (DPI).
- **Responsabile Tecnico e delle Manutenzioni:** Gestore operativo della rete idrica e aeraulica. Monitora le temperature, i livelli di disinfettante e coordina gli interventi sugli impianti.
- **Medico Igienista Dott. Daniele Palumbo:** Responsabile della sorveglianza epidemiologica e della redazione del piano di campionamento microbiologico.
- **Coordinatore Infermieristico Dott. Fernando Ruscito:** Responsabile dell'attuazione pratica delle misure preventive nei reparti di Medicina, Ortopedia e Chirurgia (es. flussaggi e decalcificazioni).

2. PIATTAFORMA DOCUMENTALE

Le Cliniche, adottano una piattaforma digitale di autocontrollo per la tracciabilità delle azioni, organizzata in:

- **Registro di Autocontrollo:** Documento tecnico contenente schemi d'impianto, planimetrie e storico degli interventi.
- **Protocolli Operativi (SOP):** Procedure scritte per il flussaggio, la disinfezione e la gestione delle emergenze.

Archivio Analitico: Raccolta dei rapporti di prova dei campionamenti semestrali.

Dashboard del Risk Manager: Sistema di monitoraggio degli indicatori di processo (es. % di flussaggi eseguiti).

3. VALUTAZIONE DEL RISCHIO (DVR)

La Valutazione del Rischio viene revisionata con cadenza annuale o in caso di variazioni impiantistiche/cliniche significative.

3.1 Analisi Tecnica e Impiantistica:

- Mappatura dei punti di accumulo (bollitori, serbatoi) e verifica dell'assenza di bio-film.

 	Codice – Titolo Procedura	Confidenzialità
	Programma di controllo della Legionellosi Clinica Arsbiomedica – Clinica Ars Medica	U
edizione n.01 del 25/02/2026		Pagina 2 di 2

- Identificazione e censimento dei rami morti o tratti a basso utilizzo, con particolare attenzione alle aree ristrutturare dei reparti di Chirurgia e Ortopedia.
- Controllo delle Unità di Trattamento Aria (UTA) e delle vasche di condensa.

3.2 Analisi Ambientale (Campionamento)

- Punti Critici: Monitoraggio semestrale su punti distali (i più lontani dalla centrale), docce e rubinetti nei reparti di chirurgia e sala operatoria.
- Parametri: Verifica contestuale della temperatura (target 50°C) e della concentrazione del disinfettante residuo.

3.3 Analisi della Vulnerabilità

Sotto la supervisione del Risk Manager, viene definita la mappa della vulnerabilità dei pazienti. I reparti di Chirurgia ed Ortopedia sono classificati ad "Alto Rischio" per la presenza di pazienti fragili esposti a procedure che generano aerosol.

4. MODALITÀ DI ESECUZIONE E MISURE DI CONTROLLO

Per mitigare il rischio, le Cliniche attuano le seguenti misure:

- Manutenzione dei Terminali: Decalcificazione trimestrale e sostituzione semestrale di rompigetto e soffioni doccia.
- Flussaggio Sistemico: Apertura settimanale (per 5 minuti) di tutti i punti di erogazione nelle stanze di degenza non occupate.
- Trattamento dell'Acqua: Sistema di disinfezione in continuo (es. Biossido di Cloro) con monitoraggio automatico dei livelli.

5. ESITI DEL MONITORAGGIO E VERIFICA EFFICACIA

I risultati dell'ultimo monitoraggio operativo indicano:

- Compliance Microbiologica: 95% dei campioni con carica < 100 UFC/L.
- Stabilità Parametrica: Temperature e livelli di cloro costanti nel 98% delle rilevazioni automatiche.

Audit Interno: L'analisi del Risk Manager conferma l'aderenza ai protocolli di flussaggio da parte del personale di reparto.

6. PIANO DI MIGLIORAMENTO

Sulla base della valutazione corrente, si programmano per l'anno 2026:

- Interventi Idraulici: Rimozione definitiva dei rami morti censiti nel DVR 2025.
- Protezione Terminale: Installazione di filtri assoluti antibatterici sui punti di erogazione nei locali di preparazione dei pazienti chirurgici.
- Formazione Avanzata: Sessioni di addestramento specifico per i coordinatori di reparto sulla gestione del rischio Legionella.