

Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario  
2026

*“Merry House”*

**Centro Geriatrico Romano**



	<b>REDAZIONE</b>	<b>VERIFICA</b>	<b>APPROVAZIONE</b>
<b>Data</b>	<b>Febbraio 2026</b>	<b>Febbraio 2027</b>	<b>Febbraio 2026</b>
<b>Funzione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Direttore Sanitario</b>	<b>Amministratore Unico</b>
<b>FIRMA</b>			

**Indice**

1.0	Premessa .....	
1.1	Contesto Organizzativo .....	
1.2	Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati .....	
1.3	Descrizione della posizione assicurativa .....	
1.4	Resoconto delle attività precedenti.....	
2.0	Matrice delle Responsabilità.....	
3.0	Obiettivi .....	
4.0	Attività.....	
5.0	Modalità di diffusione .....	
6.0	Riferimenti Normativi .....	
7.0	Bibliografia e Sitografia .....	

**Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario  
2026**

**Premessa**

**1.1 Contesto Organizzativo**

Il presente PARS si riferisce alla struttura sanitaria denominata “*Merry House*” situata a Roma - Acilia - in via Beduschi n. 28 gestita dalla Società Centro Geriatrico Romano S.p.A con Socio Unico. La struttura insiste nel territorio dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 3, che svolge la propria attività in un territorio di circa 500 kmq, con un bacino d'utenza di oltre 600.000 abitanti nell’ambito del X municipio che conta circa 140.000 abitanti.

<b>Dati Strutturali</b>			
Posti letto ordinari		Geriatria	15 autorizzati e accreditati
		Medicina	15 autorizzati e accreditati
		Lungodegenza medica	41 autorizzati e accreditati
Residenziale		RSA	40 autorizzati e accreditati
		R1	20 autorizzati e accreditati
		Hospice	9 autorizzati e accreditati residenziali + 36 autorizzati e accreditati domiciliare
Servizi	Laboratorio generale di base, diagnostica per immagini tradizionale, chirurgia ambulatoriale.		
Poliambulatorio specialistico	N. 30 branche specialistiche autorizzate di cui 5 accreditati (chirurgia ambulatoriale, fisiatria, ortopedia, urologia, diagnostica per immagini)		

<b>UOOO/SERVIZI</b>	
✓	<b>AREA MEDICA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicina generale: n. 15 p.l. ordinari autorizzati e accreditati</li> <li>- Geriatria: n. 15 p.l. ordinari autorizzati e accreditati</li> </ul>
✓	<b>AREA LUNGODEGENZA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lungodegenza medica: n. 41 p.l. ordinari autorizzati e accreditati</li> </ul>
✓	<b>AREA RESIDENZIALE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RSA: n. 40 p.l. ordinari autorizzati e accreditati</li> <li>- RSA R1: n. 20 p.l. ordinari autorizzati e accreditati</li> <li>- HOSPICE: n. 9 p.l. ordinari autorizzati e accreditati (con 36 posti di assistenza domiciliare)</li> </ul>
✓	<b>POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgia ambulatoriale</li> <li>- Diagnostica per immagini</li> <li>- Laboratorio generale di base</li> <li>- Branche specialistiche ambulatoriali autorizzate e accreditate: chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, urologia, diagnostica di radiologia, medicina fisica, riabilitazione</li> <li>- Branche specialistiche ambulatoriali autorizzate: cardiologia, fisiopatologia respiratoria e cardiovascolare, chirurgia vascolare – angiologia, chirurgia ambulatoriale, dietologia, ecografia, ecodoppler, endocrinologia, diabetologia, fisiopatologia respiratoria e cardiovascolare, gastroenterologia – chirurgia ed endoscopia digestiva, geriatria (con servizio di sorveglianza dei pazienti con terapia anticoagulante orale (TAO) e medicina, laboratorio di analisi, nefrologia, neurologia, oculistica, odontoiatria e odontostomatologia, oncologia, ostetricia e ginecologia,</li> </ul>

**Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario  
2026**

UUOO/SERVIZI
otorinolaringoiatria, psicologia, reumatologia, riabilitazione neurologica, riabilitazione motoria e neuromotoria, terapia fisica.

Dati attività aggregata complessiva 2025	
Ricoveri ordinari (non diversificati)	➤ 2000
Prestazione ambulatoriali (non diversificate)	➤ 10.000

Risorse umane al 31.12.25	n. unità	Ruolo sanitario: n. 151 Ruolo tecnico: n. 4 Ruolo amministrativo: n. 10
---------------------------	----------	---

**1.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati**

Eventi segnalati nel 2024 (art. 2, c.5 della Legge 24/17)

Tipo evento	N° (% cadute)	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near miss (100% cadute) 16	Tot: 16 100 % cadute	Strutturali (10%)	Strutturali (5%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi avversi (100% cadute) 16 con danno lieve	Tot: 16 100 % cadute	Tecnologici (10%)	Tecnologici (10%)	
Eventi sentinella	Tot: 0	Organizzativi (40%) Procedure/ Comunicazione (40%)	Organizzativi (5%) Procedure/ Comunicazione (80%)	

**Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario  
2026**

**Sinistrosità**

(art. 4 c. 3 della legge 24/17)

Anno	N. Sinistri	Risarcimenti erogati
2020	0	0
2021	0	0
2022	1	0
2023	0	0
2024	0	0
2025	0	0
TOT	1	0

**1.3 Posizione Assicurativa**

Anno	Polizza e Scadenza	Garanzia	Compagnia assicurativa	Premio	Broker	Franchigie
2021/ 2022	n. 390781019 al 21.11.22	RCT/O	GENERALI	71.817,00	Ferrini Ass.ni	€ 10.000 danni a persone - € 1000 danni a cose - € 2500 per ogni lavoratore infortunato
2022/ 2023	n. 390781019 al 21.11.22 al 21.11.23	RCT/O	GENERALI	71.817,00	Ferrini Ass.ni	€ 10.000 danni a persone - € 1000 danni a cose - € 2500 per ogni lavoratore infortunato
2023/ 2024	n. 390781019 al 22.11.23 al 22.11.24	RCT/O	GENERALI	71.817,00	Ferrini Ass.ni	€ 10.000 danni a persone - € 1000 danni a cose - € 2500 per ogni lavoratore infortunato
2024/ 2025	n. 390781019 al 22.11.24 al 22.11.25	RCT/O	GENERALI	71.817,00	Ferrini Ass.ni	€ 10.000 danni a persone - € 1000 danni a cose - € 2500 per ogni lavoratore infortunato
2025/ 2026	n. 390781019 al 22.11.25 al 22.11.26	RCT/O	GENERALI	71.817,00	Ferrini Ass.ni	€ 10.000 danni a persone - € 1000 danni a cose - € 2500 per ogni lavoratore infortunato

**Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario  
2026**

**1.4 Resoconto delle attività precedenti**

<b>Obiettivo A: diffondere la cultura della sicurezza delle cure.</b>		
Attività	Realizzata	Evidenze
1. corso di formazione sulla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico	SI	Verbali presenze operatori
<b>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.</b>		
Attività	Realizzata	Evidenze
2. monitoraggio con studio di prevalenza e incidenza delle infezioni delle ferite chirurgiche	SI	Verbali presenze operatori
3. corso di formazione sul corretto utilizzo dell'Incident Reporting	SI	Verbali presenze operatori
4. corso di formazione sulle corrette modalità di notifica (up date per aggiornamenti normativi)	SI	Verbali presenze operatori
<b>Obiettivo C: favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.</b>		
5. revisione e consolidamento procedure su prevenzione e gestione IVU	SI	Report
<b>Obiettivo D: diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.</b>		
6. corso di aggiornamento sulla prevenzione e gestione delle IVU	SI	Verbali presenze operatori
7. up date corso di formazione degli operatori sanitari medici mirata sulla stewardship antibiotica	SI	Verbali presenze operatori
<b>Obiettivo E: implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico piano di azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività da raggiungere entro il 31.12.23 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.</b>		
8. definizione e monitoraggio piano di intervento igiene delle mani	SI	Verbali/Audit/Verifiche dell'aggiornamento Piano Igiene Mani

**Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario  
2026**

<b>Obiettivo F: migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).</b>		
9. indagine di prevalenza sulle principali ICA	SI	Report
10. Attività formativa e monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica (SIA) secondo standard OMS	SI	Verbali presenze operatori

**2.0 Matrice Responsabilità PARS**

<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Direttore Sanitario</b>	<b>Direzione Generale</b>
Redazione PARS e proposta deliberazione	R	C	C
Adozione PARS con deliberazione	I	R	R
Monitoraggio PARS	R	C	I

**3.0 Obiettivi Strategici**

Il PARS intende proseguire e consolidare le azioni intraprese nell'anno precedente in ambito di prevenzione dei rischi e, in coerenza con la Mission aziendale, sono stati identificati i seguenti obiettivi strategici non legati alla gestione del rischio infettivo:

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.

Obiettivi legati alla gestione del rischio infettivo:

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

**Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario  
2026**

E	Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività da raggiungere entro il 31.12.23 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi
F	Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

**4.0 Attività**

<b>Obiettivo A</b>	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure
<b>Attività 1</b>	Corso di formazione sulla corretta tenuta della documentazione sanitaria (appropriatezza e congruità del ricovero)
Indicatore	Corso di formazione entro il 31.01.27
Standard	<b>PRUO</b>
Fonte	Team Clinical Risk Management

<b>Matrice di Responsabilità</b>			
Azione	Direttore Sanitario e/o Responsabile Sanitario	Risk Manager	Team CRM
Progettazione corso	R	R	C
Accreditamento Corso/Attività	R	C	R
Esecuzione corso	R	R	C

<b>Obiettivo B</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
<b>Attività 2</b>	Corso di formazione con successivo monitoraggio e studio di prevalenza e incidenza delle infezioni delle ferite chirurgiche
Indicatore	Esecuzione di un report entro il 31.01.27 (PNCAR e PRP)
Standard	Protocollo della sorveglianza nazionale delle infezioni del sito chirurgico (SNICH2) e indicatori di prevenzione negli ospedali (versione 1.0- 12 ottobre 2022)
Fonte	Team Clinical Risk Management

**Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario  
2026**

<b>Matrice di Responsabilità</b>			
Azione	Direttore Sanitario e/o Responsabile Sanitario	Risk Manager	Team CRM
Progettazione corso	R	R	C
Accreditamento Corso/Attività	R	C	R
Esecuzione corso	R	R	C

<b>Obiettivo B</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
<b>Attività 3</b>	Corso di formazione sulla terapia antibiotica empirica e sull' Antimicrobial Resistance con studio e monitoraggio consumo antibiotici
Indicatore	Corso di formazione entro il 31.01.27
Standard	Numero totale di operatori sanitari che hanno partecipato > al 65%
Fonte	Team Clinical Risk Management

<b>Matrice di Responsabilità</b>			
Azione	Direttore Sanitario e/o Responsabile Sanitario	Risk Manager	Team CRM
Progettazione corso	R	R	C
Accreditamento Corso	R	C	R
Esecuzione corso	I	R	C

<b>Obiettivo B</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
<b>Attività 4</b>	Analisi degli esiti dei SWR (non meno di 10 SWR per area di degenza) eseguiti dal TCRM
Indicatore	Esecuzione di 10 SWR per area di degenza
Standard	Numero totale di SWR annuo (10 per area di degenza)
Fonte	Team Clinical Risk Management

<b>Matrice di Responsabilità</b>			
Azione	Direttore Sanitario e/o Responsabile Sanitario	Risk Manager	Team CRM
Progettazione corso	R	R	C
Accreditamento Corso/Attività	R	C	R
Esecuzione corso	I	R	C

<b>Obiettivo C</b>	Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
--------------------	---

**Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario  
2026**

<b>Attività 5</b>	Revisione e consolidamento procedure su prevenzione e gestione IVU
Indicatore	Aggiornamento documento entro il 31.01.26 (PNCAR e PRP 21-25)
Standard	Secondo indicazioni Società Italiana di Urologia
Fonte	Team Clinical Risk Management

<b>Matrice di Responsabilità</b>			
Azione	Direttore Sanitario e/o Responsabile Sanitario	Risk Manager	Team CRM
Progettazione corso	R	R	C
Accreditamento Corso/Attività	R	C	R
Esecuzione corso	C	R	C

<b>Obiettivo D</b>	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo
<b>Attività 6</b>	Corso di aggiornamento sulla prevenzione e gestione delle IVU
Indicatore	Esecuzione corso entro il 31.01.2026 (PNCAR e PRP 21-25)
Standard	Numero totale di operatori sanitari che hanno partecipato > al 65%
Fonte	Team Clinical Risk Management

<b>Matrice di Responsabilità</b>			
Azione	Direttore Sanitario e/o Responsabile Sanitario	Risk Manager	Team CRM
Progettazione corso	R	R	C
Accreditamento Corso/Attività	R	C	R
Esecuzione corso	C	R	C

<b>Obiettivo D</b>	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo
<b>Attività 7</b>	Up date corso di formazione degli operatori sanitari medici mirata sulla stewardship antibiotica
Indicatore	Esecuzione corso entro il 31.01.2026 (PNCAR e PRP 21-25)
Standard	Numero totale di operatori sanitari medici che hanno partecipato > al 65%
Fonte	Team Clinical Risk Management

<b>Matrice di Responsabilità</b>			
Azione	Direttore Sanitario e/o Responsabile Sanitario	Risk Manager	Team CRM
Progettazione corso	R	R	C
Accreditamento Corso/Attività	R	C	R
Esecuzione corso	C	R	C

**Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario  
2026**

<b>Obiettivo E</b>	Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani
<b>Attività 8</b>	Definizione e monitoraggio piano di intervento igiene delle mani
Indicatore	Esecuzione attività da cronoprogramma con verifica attività il 31.01.26 (PNCAR e PRP 21-25)
Standard	Documento Regionale: adesione al cronoprogramma regionale
Fonte	Team Clinical Risk Management

<b>Matrice di Responsabilità</b>			
Azione	Direttore Sanitario e/o Responsabile Sanitario	Risk Manager	Team CRM
Progettazione corso	R	R	C
Accreditamento Corso/Attività	R	C	R
Esecuzione corso	C	R	C

<b>Obiettivo F</b>	Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo		
<b>Attività 9</b>	Indagine di prevalenza sulle principali ICA		
Indicatore	Esecuzione del report entro il 31.01.2026		
Standard	PNCAR e PRP 21-25		
Fonte	Team Clinical Risk Management		
<b>Matrice di Responsabilità</b>			
Azione	Direttore Sanitario e/o Responsabile Sanitario	Risk Manager	Team CRM
Progettazione corso	R	R	C
Accreditamento Corso/Attività	R	C	R
Esecuzione corso	C	R	C

<b>Obiettivo F</b>	Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo
<b>Attività 10</b>	Attività formativa e monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica (SIA) secondo standard OMS - report -
Indicatore	Esecuzione corso e report entro il 31.01.2026
Standard	PNCAR e PRP 21-25
Fonte	Team Clinical Risk Management

<b>Matrice di Responsabilità</b>			
Azione	Direttore Sanitario e/o Responsabile Sanitario	Risk Manager	Team CRM
Progettazione corso	R	R	C
Accreditamento Corso/Attività	R	C	R
Esecuzione corso	C	R	C

## **Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2026**

### **5.0 Modalità di diffusione PARS**

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal presente PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, è prevista la sua diffusione con le seguenti modalità:

- trasmissione ai responsabili medici, ai coordinatori e a tutte le funzioni della struttura;
- presentazione a tutti gli operatori in occasione degli eventi formativi;
- pubblicazione su Intranet e Internet (sito web).

### **6.0 Riferimenti Normativi**

Determinazione Regione Lazio G00643 del 25.01.22 - Adozione documento indirizzo per elaborazione Piano Annuale Gestione Rischio Sanitario (PARS) - Pubblicazione sul BURL n. 11 del 01.02.2022.

Nota regionale numero U. 0091714 del 22.01.24.

Nota regionale numero U. 0079798 del 22.01.25.

Nota regionale numero U. 0037825 del 15.01.26.

### **7.0 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 organizational accidents, 1997;
- 5 Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
- 6 Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute: <http://www.salute.gov.it>;
- 7 Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella Luglio 2009.



## PALIM - CDC MERRY HOUSE

### Questionario di autovalutazione

Sezione	Punteggio Anno 2024	Punteggio Anno 2025	Analisi dell'andamento ed elenco delle azioni previste per il miglioramento dei risultati
A. Requisiti strutturali e tecnologici	85	85	Dai risultati del questionario di autovalutazione 2025, le sezioni C ed E hanno registrato un aumento. Le sezioni A, B e D risultano invariate rispetto all'anno precedente. Al fine di mantenere e, ove possibile, implementare i risultati ottenuti, per l'anno 2026 sono previste le seguenti azioni di miglioramento: <ul style="list-style-type: none"><li>• Realizzazione di campagne di sensibilizzazione mirate;</li><li>• Formazione e aggiornamento rivolti a tutto il personale coinvolto.</li></ul>
B. Formazione del personale	80	80	
C. Valutazione, monitoraggio e Feedback	65	75	
D. Comunicazione permanente	75	75	
E. Clima organizzativo e Commitment	55	70	

### Monitoraggio consumo SIA

Consumo I semestre 2024	Consumo II semestre 2024	Consumo I semestre 2025	Consumo II semestre 2025	Analisi dell'andamento
19.7 L/1000 GDO	19.8 L/1000 GDO	18.9 L/1000 GDO	18.9 L/1000 GDO	Dalla sorveglianza sul consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani è emerso un leggero decremento del consumo nel corso del 2025, il continuo monitoraggio ci permetterà di ottenere e mantenere i valori ottimali. Il minor consumo è imputabile alle aree comuni di attesa degli ambulatori, nonostante la presenza di dispenser adeguata e/o alle unità operative con minor complessità assistenziale.

### Monitoraggio osservazioni compliance igiene mani

Osservazioni compliance I semestre 2024	Osservazioni compliance II semestre 2024	Osservazioni compliance I semestre 2025	Osservazioni compliance II semestre 2025	Analisi dell'andamento <sup>9</sup>
<b>77%</b>	<b>81 %</b>	<b>80,8%</b>	<b>79,2%</b>	Per l'anno 2025 il trend mostra un lieve decremento, che non risulta comunque critico, si programmano momenti di sensibilizzazione al fine di avere un nuovo incremento a partire dal primo semestre 2026.

# CASA DI CURA " MERRY HOUSE"

## PIANO DI MONITORAGGIO E CONTROLLO LEGIONELLOSI 2025

CONTESTO	RESPONSABILI ATTIVITA'	ATTIVITA'	EVIDENZA/VERIFICA	MONITORAGGIO	NOTE
<b>COSTITUZIONE GRUPPO DI LAVORO PREVENZIONE LEGIONELLOSI</b>	CCICA	Predisposizione riunione nell'ambito delle attività del CCICA	Verbale di costituzione e firma del 28 giu. 2024	ANNUALE	Il gruppo si occuperà delle attività di prevenzione e aggiornamento riportate nel Protocollo aziendale. Le evidenze documentali saranno inserite nella Piattaforma documentale condivisa sull'intranet aziendale
<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	Rappresentante Legale	Documento di valutazione del Rischio	DVR aggiornato	edizione 15° del 07.11.25	Il documento è stato condiviso
<b>MANUTENZIONE</b>	Gruppo di lavoro	Controllo interventi tecnici	Registro Manutenzione compilato e aggiornato	Registro 2025	Registro conforme
<b>IMPIANTO IDRICO</b>	Referente uff. Tecnico	Temperatura all'uscita del bollitore	Lettura termometro a display/sonda	copie interventi	Conforme
		Temperature all'uscita terminali	Misurazione a campione (punti critici)	copie interventi	Conforme
		Manutenzione serbatoio	Registro	mensile	Manutenzioni verificate
		clorazione	Registro	copie interventi (FIROTEK)	Conforme

CONTESTO	RESPONSABILI ATTIVITA'	ATTIVITA'	EVIDENZA/VERIFICA	MONITORAGGIO	NOTE
TERMINALI	Coordinatori	Pulizia e decalcificazione e disinfezione soffioni/rompigetto	M.CL-1	trimestrale	Nessuna criticità
	Uff. Tecnico	Sostituzione perlatori	Registro Manutenzione compilato e aggiornato	semestrale o a richiesta	Nessuna criticità
FILTRI	Uff. Tecnico	Manutenzione/Sostituzione filtri unità trattamento aria	schede verifica Rapporto intervento MIFRA	semestrale	nessuna criticità
CAMPIONAMENTI	Direzione	Campionamenti microbiologici semestrali eseguiti	Rapporti di Verifica Prova Laboratorio esterno (FARM)	06.05.24 - 16.12.24 06.06.25 - 15.12.25	nessuna criticità I doc. firmati sono depositati presso l'ufficio tecnico
	Direzione	Analisi esiti analitici	Risultati campionamenti	campionamento ARPA	nessuna criticità, il verbale è depositato presso la Direzione
CLINICA	Responsabile Lab Analisi	Test antigeni urinari disponibili	Verifica scorte/disponibilità Laboratorio	Report Lab analisi	Conforme
	Gruppo di lavoro/Unità Operative	Applicazione del Protocollo di diagnosi per sospetta legionella e Terapia	Notifiche e sorveglianza		nessuna criticità
	Referenti medici	Indagine epidemiologica e misure per interrompere la diffusione	Audit clinici		nessuna criticità

CONTESTO	RESPONSABILI ATTIVITA'	ATTIVITA'	EVIDENZA/VERIFICA	MONITORAGGIO	NOTE
FORMAZIONE	Direzione	Verifica dell'applicazione Protocollo Legionellosi	Schede di verifica su campo	trimestrali	nessuna criticità
	Direzione	HACCP	Piano aziendale di formazione	Annuale	effettuata
REVISIONE PIANO /PIANIFICAZIONE AZIONI CORRETTIVE	Gruppo di lavoro	Riunioni del team	verbali	Annuale	Verifica piano di miglioramento

## Azioni di miglioramento intraprese legionellosi 2025

Trattamento Acque	12 (3x4)	Iperclorazione annuale boyler Iperclorazione annuale rete idrica	4 (1x4)	Riduzione drastica della probabilità di crescita batterica grazie al dosaggio costante.
Distribuzione (acqua calda)	12 (3x4)	Monitoraggio temperature e manutenzione serbatoio	8 (2x4)	Controllo della stabilità termica, mitigazione della proliferazione nei boiler.
Terminali (Perlatori/Docce)	9 (3x3)	Pulizia/decalcificazione trimestrale M.CL-1	3 (1x3)	Eliminazione del biofilm e del calcare che favoriscono la proliferazione.
Aeraulica (filtri)	6 (2x3)	Verifica schede intervento MIFRA	3 (1x3)	Gestione programmata degli interventi e assenza di criticità rilevate.
Diagnostica	8 (2x4)	Disponibilità costante Test Antigeni (Report Lab)	4 (1x4)	Riduzione del rischio clinico grazie alla diagnosi precoce (Lead time ridotto).

L'**Indice di Rischio (R)** è calcolato come  $P \times G$  (Probabilità X Gravità), con valori da 1 a 16.

Firma

Direttore Sanitario

Risk Manager