Gemelli
Medical Center

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO GMC (PARS) 2026

REV.	Data emissione	N° Pag	Causale modifica documento	Redazione		Verifica SGQ		Approvazione	
				Funz.	Firma	Funz.	Firma	Funz.	Firma
0	24/02/2026	13	Prima emissione	CURM -ICA		RSGQ		RM	

SOMMARIO

1.0 PREMESSA 3
1.1 Contesto organizzativo 4
1.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati 5
1.3 Descrizione della posizione assicurativa 6
1.4 Resoconto delle attività del PARS precedente (2022) 6
2.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS 7
3.0 OBIETTIVI E ATTIVITA' 8
3.1 Obiettivi per la componente rischio clinico 8
3.2 Obiettivi per la gestione del rischio infettivo 8
4.0 ATTIVITA' 9
5.0 RIFERIMENTI NORMATIVI 11
6.0 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA 13

1.0 Premessa

PREMESSA

La gestione del rischio clinico in sanità rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per
migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti. Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, anche alla luce dell'approvazione della Legge n. 24 del 2017, con l'esperienza maturata e l'emanazione dei contenuti del PARM, del PAICA e delle linee guida per l'elaborazione del PARS, al fine di favorire la disponibilità al cambiamento mediante l'utilizzo sinergico e consapevole dei vari strumenti del rischio clinico, viene redatto il presente PARS.

Il Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS) definisce e pianifica le modalità, le responsabilità, i criteri, gli strumenti, gli indicatori e gli obiettivi individuati dall'organizzazione per la prevenzione, contenimento e gestione di eventi avversi, con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Favorire l'attuazione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento strettamente correlati ai requisiti di qualità e sicurezza delle cure;
- Integrare 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);
- Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani.

SCOPO

Il presente documento ha la finalità di:

- Predisporre l'evidenza documentale sulla gestione dei potenziali rischi specifici legati all'erogazione delle attività clinico-assistenziali della struttura;
- Verificare, adeguare, monitorare la documentazione e le attività ad esse correlate per garantire il governo del rischio clinico all'interno della struttura;
- Individuare gli elementi a maggior rischio al fine di orientare le scelte aziendali verso una gestione dei rischi prioritaria, ponderata e razionale secondo le best practices di settore;

- Garantire sicurezza delle cure, prevenzione degli eventi avversi e miglioramento continuo della qualità;
- Favorire la formazione e la cultura della sicurezza delle cure.

1.1 Contesto organizzativo

L'Hospice Gemelli Medical Center è una struttura sanitaria gestita dalla *Società Benefit Gemelli Medical Center S.p.A.*, autorizzata ed accreditata con il Servizio Sanitario Regionale per l'attività di Cure Palliative (Decreto del Commissario ad Acta n. U00115 del 09/04/2013).
L' Hospice Gemelli Medical Center promuove la diffusione della cultura della sicurezza delle cure all'interno della propria struttura. Nel mese di Aprile 2017, in ottemperanza alla normativa vigente, è stato istituito un Comitato Unico per il Risk Management (CURM) che si è occupato da subito anche dei rischi di infezioni correlate all'assistenza (ICA), un gruppo di lavoro dedicato alla valutazione e prevenzione del rischio, all'applicazione e al monitoraggio di buone pratiche per la sicurezza, alla gestione di eventi avversi, alla prevenzione del contenzioso.

Specificità organizzative in relazione al rischio clinico e al rischio infettivo.

Data di costituzione del Comitato per il Rischio Clinico (CURM)	Aprile 2017
Composizione del Comitato Unico (CURM), ora CURM/ICA La composizione del Comitato Unico ha subito variazioni dalla data della sua costituzione. Attualmente è costituito un Comitato Unico per il Rischio Clinico e per il Rischio di Infezioni Correlate all'Assistenza (CURM / ICA). Nelle riunioni del Comitato, qualora vengano affrontati argomenti correlati alle ICA, viene assicurata la presenza di un Medico Infettivologo.	Il Comitato è composto da: • Dott. Manuel Soldato – **Membro Comitato Unico RM / ICA e RISK MANAGER** • Dott. ssa Roberta Toto- **Membro Comitato Unico RM / ICA e ICA MANAGER** • Dott. Stefano Quici – **Membro Comitato Unico RM / ICA** • Dr. Francesco Maria Gemelli – **Membro Comitato Unico RM / ICA**
Risorse dedicate al controllo e alla prevenzione del rischio clinico Risorse dedicate al controllo e alla prevenzione delle ICA	Tutto il personale medico e infermieristico. Responsabile per il rischio ICA: Roberta Totò Caposala setting residenziale
Distribuzione dei presidi per la riduzione delle piaghe da pressione	Tutti i 30 letti sono dotati di materassi antidecubito
Numero di stanze per l'isolamento dei pazienti infettivi	30 stanze. Tutte le stanze della struttura sono stanze singole, pertanto è praticabile l'isolamento di persone eventualmente infette.
Distribuzione dei dispenser di gel idroalcolico	Piano Terra: 1 dispenser all'ingresso, flaconi personali per gli operatori di 4 equipe del domiciliare Piani di degenza 1, 2, 3: 2 dispenser per piano

	Piano 4: flaconi personali per gli amministrativi, flaconi personali per gli operatori di 2 equipe del domiciliare
Definizione di un programma di Antimicrobial Stewardship (ottimizzare la terapia antibiotica)	Antibioticoprofilassi correlata alle indicazioni e alle condizioni cliniche del paziente

Di seguito vengono riportati i dati relativi alla complessità del contesto organizzativo, aggiornati al 31 Dicembre 2025.

Tabella 1-Dati di Attività Per Singolo Presidio

DATI DI ATTIVITÀ 2025 (Report Attività 2025, 31/12/25)

STRUTTURA	Hospice Gemelli Medical Center: Via della Pineta Sacchetti n. 235, 00168, Roma		
SETTING ASSISTENZIALI	Hospice Residenziale	Unità di Cure Palliative Domiciliari	Totale
Posti letto	30	120	150
Cartelle Cliniche Aperte	277	519	796
Giornate di Degenza	10.831 (GdC)	42.749 (GEA)	53.580

1.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

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

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti[A]	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0		60% Strutturali 0% Tecnologici 0 % Organizzativi 40% Procedure/ Comunicazione	10 % Strutturali 0% Tecnologici 0% Organizzativi 90% Procedure/ Comunicazione	Sistemi di reporting 100%
Eventi Avversi	7	42,86%			
Eventi Sentinella	0	0%			

A) Legenda:

Near Miss: 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: Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente non intenzionale e non desiderabile

Evento Sentinella: Evento avverso di particolare gravità, che può provocare morte o grave danno al paziente

Nell'ultimo quinquennio non si sono verificati sinistri e non sono stati erogati risarcimenti relativi al rischio clinico.

1.3 Descrizione della posizione assicurativa

POSIZIONE ASSICURATIVA					
ANNO	POLIZZA DATA SCADENZA	COMPAGNIA	PREMIO	BROKER	FRANCHIGIE
2023	POLIZZA N. 32552IQ ASSICURAZIONE R.C.T. E R.C.O	Sara Assicurazioni		/	MASSIMALI R.C.T. 2.000.000,00 per ogni sinistro con il limite di 2.000.000,00 per ogni persona danneggiata e 2.000.000,00 per danni materiali
2024	POLIZZA N. 32552IQ ASSICURAZIONE R.C.T. E R.C.O	Sara Assicurazioni		/	MASSIMALI R.C.T. 2.000.000,00 per ogni sinistro con il limite di 2.000.000,00 per ogni persona danneggiata e 2.000.000,00 per danni materiali
2025	POLIZZA N. 32552IQ ASSICURAZIONE R.C.T. E R.C.O	Sara Assicurazioni		/	MASSIMALI R.C.T. 2.000.000,00 per ogni sinistro con il limite di 2.000.000,00 per ogni persona danneggiata e 2.000.000,00 per danni materiali
2026	POLIZZA HC-00MEM82560 ASSICURAZIONE R.C.T. E R.C.O	Lloyd'S Ins. Company C/o Dual Italia		/	MASSIMALI R.C.T. 2.000.000,00 per ogni sinistro con il limite di 2.000.000,00 per ogni persona danneggiata e 2.000.000,00 per danni materiali

Negli ultimi 5 anni non risultano aperti sinistri, pertanto non sono stati erogati risarcimenti a fronte degli stessi.

1.4 Resoconto delle attività del PARS precedente (2025)

OBIETTIVI		
Descrizione	Realizzata Si/No (*)	Stato di attuazione
Revisione della mappatura dei rischi dei processi sanitari	SI	Stato al 31/12/2025
Organizzazione di attività di informazione/formazione sul buon uso degli antibiotici per la prevenzione del rischio infettivo	SI	Stato al 31/12/2025 Erogato corso di formazione Fon.Ter

OBIETTIVI		
Descrizione	Realizzata Si/No (*)	Stato di attuazione
Segnalazione, analisi e gestione degli eventi avversi	SI	Stato al 31/12/2025
Organizzazione Audit interni sui principali processi	SI	Stato al 31/12/2025 - svolti e programmati anche per il 2026
Implementazione dei Piani di Azione Locale Igiene delle Mani	NO	.Stato al 31/12/2025
Implementazione piano annuale monitoraggio rischio legionella	SI	Stato al 31/12/2025

(*) Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività

2.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS

Azione	Direttore Sanitario	RM	RICA	Responsabile Medico Dirigente	RSGQ
Redazione PARS e proposta di deliberazione	C	R	C	C	C
Adozione PARS con deliberazione	C	R	I	C	-
Diffusione PARS popolazione aziendale	I	I	I	-	R
Comunicazione PARS organi preposti (scad.28/02)	-	R	-	-	R
Monitoraggio PARS	C	R	I	R	I

R = RESPONSABILE: operatore che decide, dispone, esegue, verifica
C = COINVOLTO: operatore che informato, esegue, verifica
I= Informato: operatore informato

3.0 OBIETTIVI E ATTIVITA'

3.1 Obiettivi per la componente rischio clinico

Gli obiettivi strategici individuati sono i seguenti:

A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
B. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e/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;

3.2 Obiettivi per la gestione del rischio infettivo

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).
   Le Strutture potranno definire ulteriori obiettivi sulla base delle specifiche esigenze.

4.0 ATTIVITA'

OBIETTIVI PER IL 2026

a) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
ATTIVITÀ 1 - Informazione/formazione/sensibilizzazione sul buon uso degli antibiotici per la prevenzione del rischio infettivo		
INDICATORE Realizzazione di materiale di formazione/informazione sull'uso di antibiotici nel contesto specifico delle cure palliative		
STANDARD Organizzazione di un momento di formazione per medici e coordinatori		
FONTE RSGQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	RSGQ	DS
Pianificazione di un momento di formazione sul buon uso degli antibiotici nel contesto specifico delle Cure Palliative	R	C/I
Realizzazione	R	C/I
Verifica di efficacia	R	I

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 – Segnalazione, analisi e gestione degli eventi avversi			
INDICATORE 1. Segnalazione degli eventi tramite apposita modulistica di incident reporting			
STANDARD 1. N. eventi segnalati (monitoraggio) 2. Almeno un audit per analisi degli eventi			
FONTE RSGQ			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RSGQ	CURM	DS
Raccolta dati	C	I	R
Analisi Dei Dati relativi agli eventi	C	I	R
Presentazione relazione	C	I	R

c) 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 – Organizzazione Audit interni sui principali processi			
INDICATORE Organizzazione Audit			
STANDARD Svolgimento audit ed attuazione delle azioni correttive e delle opportunità di miglioramento			
FONTE RSGQ			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RSGQ	CURM	DS

Organizzazione audit	R	I	C
Esecuzione degli audit interni	R	I	C
Diffusione del Verbale	R	I	C

d) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;		
ATTIVITÀ 1 –Implementazione dei Piani di Azione Locale Igiene delle Mani		
INDICATORE Attuazione e monitoraggio delle attività previste dai Piani di Azione Locale		
STANDARD Raggiungimento degli obiettivi entro il 31/12/2026		
FONTE RSGQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	RSGQ	DS
Autovalutazione	R	C/I
Monitoraggio	R	C/I
Verifica di efficacia	R	I

e) OBIETTIVO 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 1 – Implementazione piano annuale monitoraggio rischio legionella				
INDICATORE attuazione piano annuale legionella e piano di sicurezza acque				
STANDARD Raggiungimento obiettivi entro il 31/12/2026				
FONTE RSGQ				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	CURM	Personale Sanitario	RSGQ	DS
Implementazione azioni piano annuale per il monitoraggio rischio legionella e Piano Sicurezza acque	R	C	I	C
Monitoraggio	R	I	I	I
Verifica di efficacia e definizione azioni correttive	R	I	C	C

5.0 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 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).
22. Determinazione 28 novembre 2022, n. G16501 "Approvazione del Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)";
23. D.Lgs. n° 18 del 23 febbraio 2023 " Piano di sicurezza dell'acqua" in attuazione della Direttiva UE nà 2184/2020
24. DGR n. 460 del 28 giugno 2024 "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi"
25. Determina G17673 del 18 dicembre 2025 " Piano Attuativo Regionale per il contrasto all'antibiotico resistenza (PARCA 2026-2028)

6.0 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 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.
13. D.lgs. 81/2008 (per valutazione rischio biologico)
14. D.M. 15/12/90 e le Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi del 2015.

ALLEGATO 1: PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Con la Determinazione G02044 del 26/02/2021 la Regione Lazio ha adottato il documento "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" ai fini dell'attuazione in tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie di un Piano di azione Locale per l'Igiene delle mani.
Il presente documento viene redatto al fine di rappresentare quanto programmato per mantenere il livello INTERMEDIO che "*Rappresenta il livello minimo da garantire, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura*" (Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani).

Ai fini della elaborazione del Piano locale sono (auto)valute le condizioni esistenti nella struttura riferite ai seguenti ambiti:

- ambito dei *requisiti strutturali e tecnologici*: con riferimento, ad esempio, alla esistenza di percorsi sporco/pulito, di stanze di isolamento, al rapporto lavandini/letti, alla presenza di procedure specifiche per la sanificazione, alla disponibilità di dispenser per soluzione idroalcolica nei punti di assistenza;
- ambito della *formazione del personale*: con riferimento alla esistenza di programmi di formazione del personale, della verifica e monitoraggio della formazione, alla disponibilità di materiale formativo;
- ambito del *monitoraggio e feedback*: con riferimento ai seguenti principali aspetti:
  a) corretta pratica dell'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta;

  b) quantità e qualità dei dispenser di soluzione alcolica e dei lavandini all'interno della Struttura;

  c) formazione degli operatori sanitari in materia di igiene delle mani e ICA;

  d) consumo di soluzione alcolica e di sapone all'interno della Struttura

- ambito della *comunicazione permanente*: con riferimento alla disponibilità di materiale informativo come locandine e brochure a disposizione del personale e dei visitatori ed all'aggiornamento dello stesso;
- ambito del *clima organizzativo e committment*: con riferimento alla esistenza di un Team per la promozione e l'implementazione della pratica dell'igiene delle mani ed al coinvolgimento della direzione della Struttura sull'argomento.

Al fine di determinare il proprio livello di implementazione delle misure necessarie per ogni ambito sopra descritto, sono utilizzati dei questionari specifici di autovalutazione, da compilare almeno una volta l'anno.

La struttura è consapevole che il monitoraggio dell'implementazione della corretta igiene delle mani nella pratica clinica assistenziale, mediante l'osservazione diretta, rappresenta lo strumento principale per la verifica dell'adesione degli operatori alle indicazioni del presente Piano pertanto, per il 2026 si implementeranno i momenti di osservazione diretta con l'attuazione delle necessarie azioni correttive o di miglioramento, così come la sensibilizzazione relativa ai momenti di autovalutazione attraverso i questionari previsti dal Piano Regionale.

Il consumo complessivo di soluzione idroalcolica per l'anno 2025 è stato di 500 ML

ATTIVITÀ 2026	OBIETTIVO	RESPONSABILE	DATA
Implementazione del proprio livello di stato relativamente ævarie sezioni del Piano, in considerazione dei miglioramenti ottenuti e programmazione Attività al fine di raggiungere l'obiettivo proposto	INTERMEDIO / AVANZATO in tutte le Sezioni del Piano	Direzione Sanitaria	31/12/2026
Verifica con la Direzione Strategica del mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici – mappare la collocazione dei dispenser di soluzione idroalcolica	AVANZATO	Direzione strategica	31/12/2026
Monitoraggio consumo gel idroalcolico	trimestralmente	Responsabile magazzino	31/12/2026
Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani	3 osservazioni	Caposala	31/12/2026
Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per Ipersonale e per Pazienti/Ospiti e familiari	1 evento	Direzione sanitaria Caposala Ufficio qualità	31/12/2026
Valutare l'ambito Clima Organizzativo con somministrazione questionari di autovalutazione e condivisione dei risultati per la definizione delle azioni correttive e di miglioramento	Almeno 1 volta/anno	Direzione Sanitaria e caposala	31/12/2026

ALLEGATO 2: PROGRAMMA DI CONTROLLO LEGIONELLOSI

Relazione sintetica relativa al

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI ANNO 2026

Indice

1. *Programma di controllo*..... *pag. 3*
2. *Costituzione del Gruppo di lavoro*..... *pag. 3*
3. *Valutazione del Rischio*..... *pag. 3*
4. *Documentazione – Realizzazione piattaforma documentale*..... *pag. 3*
5. *Attività svolta nel corso del 2025*..... *pag. 4*
6. *Attività programmata 2026*..... *pag. 4*
7. *Risultati sintetici del monitoraggio sull'efficacia delle misure di controllo attuate e del piano di miglioramento*..... *pag. 6*

1. *Programma di controllo*

Con DGR Lazio n. 460 del 28.06.2024 è stato adottato il documento "Linee di indirizzo regionale per la Prevenzione, sorveglianza e il controllo della Legionellosi". Il Programma di controllo è fondamentale per garantire la sicurezza degli utenti, degli ospiti degenti presso le strutture socio-sanitarie e degli operatori.

Nel presente documento viene rappresentato in forma sintetica quanto già posto in essere dalla Struttura nell'ambito della prevenzione, sorveglianza e controllo della Legionellosi nel corso dell'anno 2025 e quanto in programma per l'anno 2026.

2. Costituzione del Gruppo di lavoro

I compiti previsti dalle Linee di Indirizzo in tema di Legionellosi per quanto riguarda il gruppo di lavoro multidisciplinare sono assolti dal

- Dott. Manuel Soldato – RISK MANAGER
- Dott.ssa Roberta Toto- Caposala residenziale
- Dott. Stefano Quici – Responsabile Medico Hospice residenziale
- Dr. Francesco Maria Gemelli – Responsabile qualità, accreditamento e formazione
- Dr. Gianluca Fazi - RSPP

3. Valutazione del rischio

Per quanto riguarda la Valutazione del rischio legionellosi presso la struttura sanitaria Gemelli Medical Center (Roma) si rimanda al Documento di Valutazione dei Rischi redatto in base al Testo unico della sicurezza del lavoro, secondo il D. lgs. 81/2008 e s.m.i. e all'Istruzione Operativa.

4. Documentazione – realizzazione di una piattaforma documentale

Non esiste una piatta documenta, ma tutta la documentazione relativa al piano di controllo è contenuta nei server aziendali con accessi tracciati che assicurano la segregazione dei ruoli.

5. Attività svolta nell'anno 2025

ATTIVITA'	*OBIETTIVO*	*Entro il*
Riunioni del gruppo di lavoro	Almeno 1 riunioni anno	31.12.2025
Valutazione del rischio	DVR come da D.lgs. 81/08	Biennale/a meno di intervenute modifiche di impianti e/o in caso di reteirato ri scontro di Legionellosi
Ispezione della Struttura	Almeno 1 sopralluogo per individuazione/conferma fonti di rischio	31.12.2025
Misure di prevenzione	Manuale di autocontrollo Legionella	31.12.2025
Misure di controllo	Campioni microbiologici: se Negativi: controllo semestrale Se Positivi: campioni continui dopo Azioni Correttive fino a negativizzazione	31.12.2025
Procedure specifiche di gesti one del rischio Legionellosi	Redazione: Piano di autocontrollo per la prevenzione della Legionellosi	31.12.2025
Procedure di segnalazione e notifica	Piano di autocontrollo per la prevenzione della Legionellosi	31.12.2025
Procedure in caso di ICA	Redazione	31.12.2025

6. Attività programmata 2026

ATTIVITA'	*OBIETTIVO*	*Entro il*
Riunioni del gruppo di lavoro	Almeno 2 riunioni anno	31.12.2026
Valutazione del rischio	DVR come da D.lgs. 81/08	Biennale/a meno di intervenute modifiche di impianti e/o in caso di reteirato riscontro di Legionellosi
Ispezione della Struttura	Almeno 1 sopralluogo per individuazione/conferma fonti di rischio	31.12.2026
Misure di prevenzione	Manuale autocontrollo Legionella	31.12.2026
Misure di controllo	Campionamenti microbiologici: aumento dei controlli da 1 a 2 controlli	31.12.2026
Formazione del personale	Corso mirato	31.12.2026
Procedure specifiche di gestione del rischio Legionellosi	Revisione: Piano di autocontrollo per la prevenzione della Legionellosi	31.12.2026
Iniziative di sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per gli ospiti e familiari	Informazione attraverso brochure, locandine ed espositori	31.12.2026

7. Risultati sintetici del monitoraggio sull'efficacia delle misure di controllo attuate e del piano di miglioramento

Nel corso dell'anno è stato effettuato il campionamento ambientale cosi come descritto da protocollo, al fine di verificare la presenza di Legionella all'interno dello stabile di via Bogliasco. Il campionamento ha riguardato il prelievo presso 5 punti differenti distribuiti sull'intera area e sui piani presenti.
I risultati hanno dato esito negativo su tutti i campioni

Al fine di elevare il livello di sicurezza della struttura la Direzione Sanitaria ha deciso comunque di attuare le seguenti attività:

- distribuzione di brochure dedicate
- Incontri formativi specifici rivolti al personale dipendente
- Sensibilizzazione degli operatori della ditta esterna dedicata alla pulizia
- Aumento delle riunioni dei gruppi di lavoro
- Aumento dei campionamenti microbiologici

Da: Francesco Maria Gemelli
A: "Centro Regionale Rischio Clinico"
Cc: Direzione Sanitaria
Oggetto: GMC SPA: invio PARS 2026
Data: sabato 28 febbraio 2026 18:56:00
Allegati: PARS_GMC_2026.pdf
image001.png

Buongiorno, in allegato il file nativo PARS 2026 del Gemelli Medical Center Spa S.B.

Come da indicazione nella comunicazione REGISTRO UFFICIALE.U.0037825.15-01-2026, alleghiamo la tabella dei referenti:

Richiesta	**Contatto**
Mail della struttura da utilizzare per comunicazioni da parte del CRRC	direzionesanitaria@gemellimedicalcenter.it francescomaria.gemelli@gemellimedicalcenter.it (se possibile aggiungere una seconda email)
Mail della Unità Operativa/Funzione di Risk Management (non la mail personale del risk manager)	direzionesanitaria@gemellimedicalcenter.it
Nominativo e indirizzo mail del risk manager	Manuel Soldato – manuel.soldato@gemellimedicalcenter.it
Nominativo e indirizzo mail del contributor cloud	Angela Fernandez – angela.fernandez@gemellimedicalcenter.it Francesco Maria Gemelli francescomaria.gemelli@gemellimedicalcenter.it (se possibile aggiungere una seconda email)
Nominativo e indirizzo mail del referente per l'alimentazione del SIRÈS eventi	Manuel Soldato – manuel.soldato@gemellimedicalcenter.it
Nominativo e indirizzo mail del referente per l'alimentazione del SIRÈS sinistri	Marco Toreti – marco.toreti@gemellimedicalcenter.it
Nominativo e indirizzo mail dell'utente compilatore per la partecipazione al monitoraggio AGENAS sull'implementazione delle raccomandazioni ministeriali	Francesco Maria Gemelli francescomaria.gemelli@gemellimedicalcenter.it

Rimaniamo a disposizione per ogni altro eventuale chiarimento
Cordiali saluti

Francesco Maria Gemelli
Accreditamento, Sistema di Gestione e Formazione

Gemelli
Medical Center

Responsabile
Mail: francescomaria.gemelli@gemellimedicalcenter.it
Cell: +39 340 54 65 116
Tel: (+39) 06 400 85100

Via Bogliasco, 33 - 00165 ROMA
www.gemellimedicalcenter.it

Società Benefit Gemelli Medical Center S.p.A. S.B.
P. IVA: 00989051008 – C.F.: 01362580589

Informativa Privacy - Ai sensi dell'art.13 Regolamento UE 2016/679, le informazioni contenute in questo messaggio sono riservate e ad uso esclusivo del destinatario. Qualora il messaggio in parola Le fosse pervenuto per errore, La preghiamo di eliminarlo senza copiarlo e di non inoltrarlo a terzi, dandocene gentilmente comunicazione. Grazie.

Privacy Information - This message, for the art.13 GDPR - UE 2016/679, may contain confidential and/or privileged information. If you are not the addressee or authorized to receive this for the addressee, you must not use, copy, disclose or take any action based on this message or any information herein. If you have received this message in error, please advise the sender immediately by reply e-mail and delete this message. Thank you for your cooperation.