

PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026

AI SENSI DELLA LEGGE 08/03/2017, n. 24,
ELABORATO NEL RISPETTO DELLE ISTRUZIONI STABILITE DALLA DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO
n. G00643 del 25/01/2022 e della NOTA DELLA REGIONE LAZIO prot. n. R.U. U.0037825 del 15/01/2026.

Con riferimento agli obiettivi di gestione del rischio infettivo, si precisa che le attività individuate nel presente Piano risultano coerenti e allineate con quelle previste dal *Piano Regionale della Prevenzione* (PRP – Piano predefinito 10, PP10), dal *Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza* (PNCAR) e dal *Piano Attuativo Regionale per il Contrasto all'Antibiotico-Resistenza* (PARCA), di cui alla Determinazione n. G17673 del 25/12/2025.



DATA EMISSIONE	REDATTO DA	APPROVATO DA
18/02/2026	CLINICAL RISK MANAGER (Dr. Enrico Rosati)	CC-ICA (si veda Verbale della Seduta del 06/02/2026) Per il CC-ICA

INDICE

PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS), anno 2026	4
A.0. INTRODUZIONE E AMBITO DI APPLICAZIONE	4
A.1. CONTESTO ORGANIZZATIVO	6
A.1.1. IL COMITATO CLINICO DI CONTROLLO DEL S.G.Q., DEL RISCHIO CLINICO E DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA)	7
A.2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	11
A.3. DESCRIZIONE SINTETICA DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	13
A.4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE	14
A.5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	22
A.6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ	23
A6.1. OBIETTIVI	23
A.6.2. ATTIVITÀ	23
A7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	27
A7.1. OBIETTIVI (RISCHIO INFETTIVO)	27
A7.2. ATTIVITÀ (RISCHIO INFETTIVO)	28
A.8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	33
A.9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI	34
APPENDICE N. 1. PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI (PALIM) 2026	38
1. PREMESSA E OBIETTIVI	39
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	40
3. SEZIONE A. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	40
4. SEZIONE B. FORMAZIONE DEL PERSONALE	43
5. SEZIONE C. VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E <i>FEED-BACK</i>	46
6. SEZIONE D. COMUNICAZIONE PERMANENTE	48
7. SEZIONE E. CLIMA ORGANIZZATIVO E <i>COMMITMENT</i>	49
APPENDICE N. 2. PROGRAMMA ANNUALE DI CONTROLLO LOCALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO DI LEGIONELLOSI 2026	50
1. COSTITUZIONE DEL TEAM	51
2. REALIZZAZIONE DELLA PIATTAFORMA DOCUMENTALE	51
3. MODALITÀ DI ESECUZIONE E TEMPI DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO E INDICAZIONE SINTETICA DELLE MISURE DI CONTROLLO PREVISTE	52
3.1 PREMESSA	52

3.2. VALUTAZIONE DEL RISCHIO BASATA SULLE CARATTERISTICHE DELLA STRUTTURA SANITARIA 2026.	53
3.3. INDICAZIONE SINTETICA DELLE MISURE DI CONTROLLO PREVISTE	55
4. RISULTATO SINTETICO DEGLI ESITI DEL MONITORAGGIO OPERATIVO DI VERIFICA SULL'EFFICACIA DELLE MISURE DI CONTROLLO IN ATTO.....	56
5. SINTESI DEL PIANO DI MIGLIORAMENTO EVENTUALMENTE PREVISTO E INDICAZIONE SINTETICA DELLE AZIONI CORRETTIVE.....	57
6. PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI DI SUPPORTO PREVISTE	57

PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS), anno 2026

A.0. INTRODUZIONE E AMBITO DI APPLICAZIONE

I dati disponibili nella letteratura scientifica internazionale evidenziano come gli errori e gli eventi avversi in ambito sanitario costituiscano una significativa emergenza, con impatti rilevanti sia in termini di vite umane sia di costi economici.

La probabilità che un paziente sia coinvolto in un evento avverso è definita come la possibilità che questi subisca un *“evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile”*¹.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in numerosi documenti ufficiali, sottolinea la necessità che le stesse organizzazioni sanitarie intervengano attivamente per garantire prestazioni cliniche altamente qualificate e sicure. L'errore è intrinseco ai sistemi complessi; pertanto, la sicurezza dei pazienti richiede una sorveglianza continua e un approccio multidimensionale che integri molteplici aspetti, tra cui: monitoraggio e analisi degli eventi avversi, sviluppo e diffusione di raccomandazioni e protocolli di sicurezza, coinvolgimento di pazienti e cittadini, e formazione continua degli operatori sanitari.

Tale approccio è definito **Gestione del Rischio Clinico**, elemento fondamentale del **Governo Clinico**, inteso come *“il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo dei servizi, garantendo elevati standard di performance assistenziale e creando le condizioni ottimali per promuovere l'eccellenza clinica”*.

4

Il **Ministero della Salute**, quale fulcro strategico delle politiche di miglioramento continuo della qualità, individua nella gestione del rischio clinico un cardine fondamentale, formalizzato nel documento istituzionale *Risk Management in Sanità*, che raccomanda:

1. Definire un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
2. Elaborare direttive e linee guida per la rilevazione standardizzata di errori e rischi associati;
3. Promuovere iniziative formative per diffondere la cultura della prevenzione dell'errore;
4. Incentivare la segnalazione dei near misses;
5. Sperimentare strumenti e metodologie aziendali per la raccolta e l'analisi dei dati sugli errori e sulle procedure ad alto rischio;
6. Monitorare periodicamente i risultati e garantire un feedback informativo;
7. Avviare la creazione di un network e di un database nazionale finalizzato alla raccolta sistematica di dati sulla sicurezza dei pazienti, con possibilità di istituire un Osservatorio centrale;
8. Definire misure organizzative e tecnologie adeguate alla riduzione degli errori evitabili;
9. Favorire lo sviluppo di modelli organizzativi e strumenti tecnologici innovativi per incrementare la sicurezza clinica.

La **Regione Lazio**, con la Determinazione n. G04112 del 01/04/2014 (*“Linee guida di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management – PARM: gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza, CC-ICA”*) e, successivamente, con la Determinazione n. G00643 del 25/01/2022, ha fornito indicazioni operative precise per elevare i livelli di sicurezza dei pazienti in ambito ospedaliero e socio-sanitario.

¹ Fonte: Glossario del Ministero della Salute.

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza.

Le strutture ospedaliere e le residenze sanitarie assistenziali rappresentano realtà complesse, caratterizzate dall'interazione di molteplici fattori eterogenei e dinamici: pluralità di prestazioni, competenze professionali diversificate, processi articolati e obiettivi clinici eterogenei. In tale contesto, il rischio di incidenti e eventi avversi risulta particolarmente elevato. Pur non essendo eliminabile nella totalità, tale rischio può essere efficacemente gestito mediante azioni preventive e correttive mirate, finalizzate alla rimozione dei fattori causali e alla progettazione di sistemi organizzativi, assistenziali e clinici intrinsecamente resilienti agli errori.

La gestione del rischio sanitario costituisce, pertanto, un sistema strutturato di prevenzione e contenimento degli effetti dannosi degli errori evitabili, contribuendo a:

- Migliorare la qualità delle cure, in termini di efficacia ed efficienza;
- Rafforzare la fiducia dei pazienti nei confronti della Struttura Sanitaria.

Un ruolo cruciale nella definizione delle misure preventive è giocato dall'analisi sia degli eventi avversi sia dei near misses, indispensabile per identificare le cause degli errori e adottare azioni correttive finalizzate alla riduzione della loro ricorrenza.

Il principio fondante del PARS è considerare l'errore come un "difetto del sistema" piuttosto che una responsabilità individuale, pianificando e implementando programmi aziendali di gestione del rischio clinico snelli ma efficaci.

L'approccio alla gestione del rischio clinico deve essere sistemico: ridurre gli errori implica apprendere da essi e implementare misure protettive e preventive all'interno dell'organizzazione. Sebbene i fattori individuali possano influire sulla pratica clinica, sono spesso componenti organizzative e sistemiche a determinare l'insorgenza degli errori; perciò, è essenziale identificare e segnalare qualsiasi errore, sia esso sfociato in un evento avverso sia rappresentato da un near miss.

5

In conformità alla normativa nazionale e regionale, la Casa di Cura, su proposta del **Clinical Risk Manager (CRM)** aziendale, adotta il **Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)**. Il documento definisce gli obiettivi e le azioni previste per l'anno in corso, valorizza le iniziative già intraprese e introduce nuove azioni finalizzate al miglioramento della qualità e alla prevenzione degli eventi avversi.

Il PARS si applica sia alla Casa di Cura sia alla RSA della Struttura ed è stato redatto in linea con la sezione "A" della Determinazione regionale n. G00643 del 25/01/2022 e con quanto previsto dal paragrafo B.0, "Ambito di applicazione", del medesimo provvedimento².

² "Rientrano nell'ambito di applicazione della sezione "B" solo le strutture che costituiscono presidi autonomi. Sono pertanto escluse le strutture che, pur rientrando nell'elenco di cui al punto B1, sono da ritenersi articolazioni organizzative di strutture polifunzionali che erogano prestazioni rientranti nel punto A1 come, ad esempio, una RSA che sia all'interno di una struttura che prevede anche un reparto di lungodegenza: in questo caso il PARS dovrà essere elaborato secondo le indicazioni contenute nella sezione A".

A.1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Casa di Cura “Auxologico Roma - Buon Pastore” è una Struttura sanitaria specializzata nell’assistenza in fase di post-acuzie, compresa quella finalizzata al recupero funzionale e riabilitativo, caratterizzandosi per una particolare vocazione alla gestione del paziente geriatrico e “fragile”, fin dalla sua fondazione.

La Struttura è ubicata nel Municipio XIII di Roma, che si estende su 66,93 km² e conta complessivamente circa 130-135 mila abitanti, con una densità abitativa nell’ordine di circa 1.900-2.000 ab./km² ³. L’area è di competenza territoriale dell’ASL Roma 1 e si trova nel quartiere di Montespaccato (zona urbanistica “Fogaccia”).

Ai sensi e per effetto della DGR n. 470 del 20/07/2021, la Casa di Cura, accreditata istituzionalmente con il SSR/SSN, è articolata sotto il profilo organizzativo nei seguenti *setting* assistenziali:

- n. 41 (quarantuno) posti letto in regime di ricovero ordinario per la specialità di *Recupero funzionale e Riabilitazione*, cod. 56;
- n. 4 (quattro) posti letto in regime di ricovero diurno per la specialità di *Recupero funzionale e Riabilitazione*, cod. 56;
- n. 47 (quarantasette) posti letto in regime di ricovero ordinario per la specialità di *Lungodegenza medica*, cod. 60;
- n. 100 (cento) posti ospite di *Residenza Sanitaria Assistita* (mantenimento di tipo “Alto”, con possibilità di accesso anche per ospiti per mantenimento di tipo “Basso” nei limiti normativamente previsti);
- n. 10 (dieci) posti ospite afferenti a un *Nucleo di Assistenza Residenziale di tipo Intensivo* (NARII, R1);
per un totale complessivo di n. 202 (duecentodue) posti letto.

6

DATI STRUTTURALI AL 31/12/2025			
Posti letto ordinari	198	Recupero e Riabilitazione funzionale, cod. 56	41
		Lungodegenza medica, cod. 60	47
		RSA “Mantenimento alto”	100
		RSA “Intensiva” (R1)	10
Posti letto diurni	4	Recupero e Riabilitazione funzionale, cod. 56	4
Totale	202		

Si riportano, di seguito, i volumi di attività della struttura sanitaria, in termini di episodi di ricovero, relativo all’ultimo quinquennio:

Casa di Cura – episodi di ricovero	2021*	2022**	2023**	2024**	2025**
Recupero funzionale e Riabilitazione, regime ordinario cod. 56	415	418	516	546	538
Recupero funzionale e Riabilitazione funzionale, regime diurno cod. 56	49	67	70	83	87
Lungodegenza medica post-acuzie cod. 60	364	414	453	536	530

*Attività riguardante l’intero anno solare 2021. Occorre tener conto, tuttavia che, a partire dal 22/07/2021, per effetto della DGR n. 470/2021, la Struttura ha assunto l’attuale denominazione di Casa di Cura “Auxologico Roma – Buon Pastore” (cod. min. 120 301 00), gestita dalla Auxologico Roma Srl SB.

**Attività riguardante esclusivamente la Casa di Cura “Auxologico Roma – Buon Pastore” (cod. min. 120 301 00), gestita dalla Auxologico Roma Srl SB.

³ Fonte: Comune di Roma Capitale: annuario Statistico 2025, riferiti al 31/12/2024.

Per quanto riguarda la RSA, durante l'anno solare 2025, si sono registrati n. 76 nuovi ingressi e n. 78 dimissioni per la tipologia di trattamento "Mantenimento" ("R3") e n. 7 nuovi ingressi e altrettante dimissioni nel Nucleo Assistenziale Residenziale Intensivo (RSA "Intensiva" - NARI, "R1").

A.1.1. IL COMITATO CLINICO DI CONTROLLO DEL S.G.Q., DEL RISCHIO CLINICO E DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA)

Per quanto attiene al *risk management* la struttura è organizzata in una *Direzione sanitaria* che, nel rispetto della normativa vigente, vigila e promuove specifiche azioni di prevenzione e gestione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e in un *Comitato clinico di Controllo del S.G.Q., del rischio clinico e delle Infezioni correlate all'Assistenza* (CC-ICA), che rappresenta un organo tecnico e di supporto alle attività di quest'ultima, nonché, di promozione di campagne tese al contenimento della diffusione di patologie infettive all'interno del complesso socio-sanitario, istituito in data 05/10/2021, ai sensi della Circolare del Ministero della Sanità n. 52/1985 "Lotta contro le infezioni ospedaliere" (pf. 2.1) - si veda Nota prot. n. 10/DS del 05/10/2021.

Così come previsto dal *Regolamento interno di organizzazione, gestione e controllo delle macro attività e del S.G.Q.*, il CC-ICA è composto dalle seguenti figure: "Direttore sanitario, Responsabile del coordinamento delle attività di gestione del rischio sanitario ex Legge 28 dicembre 2015, n. 208 e ss. mm. e ii. (Clinical Risk Manager)⁴, Responsabili Medici, Dirigenti medici di UU.OO., Coordinatori Infermieristici, Coordinatori del personale tecnico-sanitario di riabilitazione, eventuali referenti per la Qualità e altri componenti indicati dal Comitato, ritenuti di volta in volta funzionali allo svolgimento delle attività ordinarie del Comitato, anche con riferimento agli aspetti di compliance normativa".

Si precisa, altresì, che, a seguito dell'emanazione della **Determinazione della Regione Lazio n. G17673 del 23/12/2025**, recante ad oggetto "Approvazione del Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antibiotico-Resistenza (PARCA) 2026-2028" (BURL n. 3 dell'08/01/2026), la composizione del CC-ICA è stata oggetto di revisione, con l'integrazione delle figure professionali e delle relative competenze specialistiche raccomandate dal citato provvedimento, in armonia con la complessità organizzativa della Struttura.

Contestualmente, è stata prevista l'adozione - mediante atto formale e quale integrazione funzionale del presente PARS — di un Piano aziendale di contrasto all'antibiotico-resistenza, volto a declinare a livello locale i principi del PARCA; sono stati, inoltre, individuati tutti i Gruppi di lavoro del CC-ICA in conformità alla normativa vigente.

Le principali attività del CC-ICA sono quelle di coadiuvare la Direzione fornendo un supporto tecnico-scientifico per iniziative e progetti finalizzati all'implementazione di linee guida e raccomandazioni scientifiche, di procedure e protocolli inerenti al ciclo assistenziale, alla gestione del Sistema Qualità aziendale e del rischio clinico, *in primis*, la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

Il CC-ICA presiede anche alle attività di valutazione degli esiti di miglioramento della qualità e approva il *Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario (PARS)* che garantisce, tra l'altro, il monitoraggio, oltre che delle ICA, anche degli eventi avversi/eventi sentinella/*near misses*/segnalazioni cadute e degli indicatori di attività, qualità ed esito⁵.

⁴ Il CRM è anche il Presidente del CC-ICA.

⁵ Identificazione, segnalazione e monitoraggio che si realizzano in ordine a quanto disciplinato, da ultimo, dalla Determinazione della Regione Lazio n. G13405 del 16/10/2025. "Adozione del "Manuale per la classificazione degli eventi e l'alimentazione del flusso SIREs-eventi" in sostituzione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella" di cui alla Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021".

Ulteriore finalità del CC-ICA è quella di agevolare la diffusione e l'utilizzo delle linee guida/protocolli/*panel* predisposti dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche. Inoltre, contribuisce affinché vengano predisposte con gli operatori documenti, istruzioni, raccomandazioni e regolamenti orientati al miglioramento continuo dei processi di assistenza, diagnosi e cura. In sintesi, sulla base della normativa vigente e dei documenti di indirizzo regionali adottati, le principali funzioni del CC-ICA, a supporto e in condivisione con il direttore sanitario, sono così sintetizzabili:

- a. Definizione della strategia di lotta alle ICA all'interno della specifica sezione del *Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario* (PARS), in armonia con gli obiettivi generali definiti a livello regionale.
- b. Monitoraggio dell'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza e controllo delle ICA e valutazione della loro efficacia.
- c. Promozione di interventi di formazione sul tema delle ICA.
- d. Promozione di indagini annuali di prevalenza delle ICA e diffusione agli operatori dei risultati ottenuti.
- e. Predisposizione di procedure/istruzioni operative in collaborazione con i clinici.

Nell'ambito del CC-ICA viene istituito un sottogruppo tecnico per l'implementazione di un programma continuo di *Antimicrobial Stewardship* per la costante promozione sull'uso responsabile e appropriato degli antibiotici, il cui Piano di attività comprende le seguenti principali linee di azione:

- adozione di regole e raccomandazioni sull'uso degli antibiotici, promuovendo la scelta del farmaco più adatto, al dosaggio corretto, per la durata ottimale e con la via di somministrazione più appropriata ed evitando l'uso inappropriato di antibiotici (per esempio, in infezioni virali o per trattamenti non necessari); ciò al fine di garantire una terapia efficace per i pazienti con infezioni batteriche e ridurre la mortalità, la morbidità e la durata della degenza;
- individuazione di indicatori e metodi di monitoraggio dell'uso degli antibiotici;
- previsione di una reportistica periodica sull'uso di antibiotici;
- audit sull'uso degli antibiotici;
- interventi di formazione del personale sanitario sull'uso corretto degli antibiotici;
- riduzione effettiva della resistenza antimicrobica, limitando lo sviluppo e la diffusione di ceppi batterici resistenti attraverso un uso razionale degli antibiotici;
- ogni altra attività correlata in sintonia con gli obiettivi del PARS.

Ogni anno, inoltre, possono essere istituiti ulteriori sottogruppi tecnici in linea con le priorità delineate dal PARS, al fine di rispondere alle esigenze emergenti della Struttura e affrontare potenziali nuovi rischi della Struttura. Il CC-ICA, ai sensi della normativa vigente, è tenuto a riunirsi almeno n. 4 (quattro) volte nell'arco dell'anno solare.

Sotto il profilo organizzativo della Struttura si evidenzia, inoltre che:

- gli esami di diagnostica e colturali per l'individuazione delle ICA vengono effettuati dal Reparto Microbiologia Clinica di Cerba HealthCare Lazio, sito in via Roma 190, 00012 Guidonia (RM)⁶ che costituisce, di fatto, il *Laboratory Information System* (LIS) della Struttura.
- La Casa di Cura ha stipulato una convenzione con l'INMI "Lazzaro Spallanzani" di Roma per la sorveglianza sanitaria sulle infezioni da *Mycobacterium tuberculosis* ovvero altre patologie infettive anche di origine non nosocomiale.
- In tutta la struttura sono stati posizionati n. 208 dispenser di gel idroalcolico, con sistema "a cartuccia", in corrispondenza di ciascun posto letto/punto di assistenza (Casa di Cura, RSA e locale Palestra riabilitativa), oltre a circa n. 50 dispenser di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani collocati nelle aree comuni. In tutte le UU.OO. della Casa di Cura e della RSA, nonché, in diverse aree comuni, compreso l'ingresso principale della struttura, sono stati affissi complessivamente n. 62 poster su supporto forex della grandezza di 100 cm x 70 cm, riguardanti i seguenti temi:

⁶ www.cerbahealthcare.it.

- ✓ come lavarsi le mani con acqua e sapone (come da indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS/WHO);
- ✓ come frizionare le mani con la soluzione alcoolica (come da indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS/WHO);
- ✓ i 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani (come da indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS/WHO);
- ✓ l'importanza dell'etichetta respiratoria e i principali comportamenti da seguire per contrastare la diffusione delle patologie infettive, in generale, e del virus Sars-CoV-2, in particolare.
 - Analogo materiale informativo è costantemente rappresentato, inoltre, anche sul maxi schermo posizionato in prossimità dell'ingresso principale della Casa di Cura, attraverso una serie di immagini sequenziali riguardanti i succitati argomenti, e che costituiscono un video periodicamente aggiornato dalla dal *Clinical Risk Manager* della Struttura (si veda anche il Piano annuale locale sull'igiene delle mani, PALIM, di cui all'Appendice n. 1).
 - La sorveglianza per la legionellosi è curata da una ditta esterna che utilizza, quale sistema principale di prevenzione, tra gli altri, l'immissione nell'impianto idrico di un prodotto a base di biossido di cloro stabile (oltre alle ulteriori azioni e misure promosse e definite da un Piano annuale specifico di cui all'Appendice n. 2).
 - La Direzione sanitaria, nell'ambito delle attività regionali di sorveglianza sanitaria, è in contatto diretto con il *Servizio Regionale per l'Epidemiologia, Sorveglianza e controllo delle Malattie Infettive* (SeRESMi).
 - La struttura sanitaria è dotata di una stanza di isolamento e adotta specifiche procedure/ protocolli/istruzioni operative per la prevenzione e la gestione delle patologie infettive.

Sorveglianza e monitoraggio delle ICA e degli eventi sentinella/eventi avversi di natura infettiva.

9

Premesso che per Infezione Correlata all'Assistenza (ICA) si definisce *"l'infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria e che non era manifesta né in incubazione al momento del ricovero. Ciò vale anche per le infezioni contratte in ospedale, ma che si manifestano dopo la dimissione e per le infezioni occupazionali tra il personale della struttura"* (WHO), l'organizzazione sanitaria, ai fini di ottemperare al Decreto del Ministero della Salute (DMS) del 07/03/2022, recante oggetto: *"Revisione del sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)"*, pubblicato nella G.U., Serie Generale n. 82 del 07/04/2022, e del Decreto del Ministero della Salute del 22/07/2022, recante oggetto: *"Modifica del decreto 7 marzo 2022 concernente il Sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)"*, pubblicato nella G.U. n. 208 del 06/09/2022 e ss. mm. e ii., è tenuta a comunicare alla Direzione Sanitaria - entro le tempistiche e le modalità previste per legge - ogni caso di accertata prima diagnosi di ICA che si dovesse verificare all'interno del complesso sanitario e socio-sanitario, impiegando l'apposita Scheda di segnalazione delle infezioni, CDC_MOD_ica, rev. 02 (si veda anche Nota prot. n. 34/DS del 28/08/2024).

Ai sensi del DMS 07/03/2022 e ss. mm. e ii., nel 2025, sono state regolarmente trasmesse al SISP dell'ASL di competenza (ASL Roma 1) n. 10 (dodici) notifiche di malattie infettive, oltre agli ulteriori monitoraggi previsti. L'organizzazione sanitaria è inoltre al corrente che, qualora l'evento infettivo dovesse presentare le caratteristiche di evento avverso/evento sentinella (parimenti agli altri eventi connessi al rischio clinico) dovrà inoltrare la segnalazione anche al *Clinical Risk Manager* per le trasmissioni del caso, utilizzando la Scheda di *"Segnalazione (incident reporting) di evento sentinella/evento avverso/near miss (quasi evento) e/o di caduta con danno (evento avverso) o senza danno (near miss)"* (CDC_MOD_ire), in base all'ultima versione licenziata (rev. 03: Nota prot. DS n. 28 del 31/05/2024, rev. 03), valida ai fini dell'inserimento nella piattaforma SIRES per alimentare il flusso nazionale SIMES⁷, relativamente agli incidenti verificatisi all'interno della Struttura in ossequio agli adempimenti previsti dalla normativa vigente.

⁷ Il Sistema Informativo nazionale per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) ha l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella e alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi.

Infine, sono nella disponibilità del personale sanitario e socio-sanitario di tutte le UU.OO. (sia in formato cartaceo che elettronico nella piattaforma intranet aziendale), tra gli altri, i seguenti documenti S.G.Q. (istruzioni operative, protocolli, procedure, etc.), nelle loro ultime versioni licenziate dal CC-ICA e regolarmente adottate dalla Direzione sanitaria della Struttura con apposito provvedimento:

- Istruzione operativa sulla prevenzione e gestione del rischio biologico (CDC_ISO_bio).
- Istruzione operativa sulla sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE/CRE) e sull'uso appropriato degli antibiotici (CDC_ISO_cre).
- Protocollo sull'isolamento del paziente con infezione da clostridium difficile (CDC_PRT_cdi).
- Istruzione operativa per la prevenzione e il controllo della legionellosi (CDC_ISO_leg).
- Protocolli per la profilassi delle parassitosi: scabbia, pediculosi del corpo, del cuoio capelluto e del pube (CDC_PRT_par).
- Istruzione operativa sulle modalità di esecuzione e trasporto dei prelievi ematici e campioni biologici (CDC_ISO_lab).
- Istruzione operativa per la diagnosi precoce di infezione di protesi articolare (CDC_ISO_ipa).
- Protocollo per la prevenzione e il controllo delle infezioni da acinetobacter baumannii (CDC_PRT_aci).
- Procedura sulla gestione dei rifiuti ospedalieri (CDC_PRO_rif).
- Procedura sulla gestione delle operazioni di igiene e sanificazione degli ambienti ospedalieri (CDC_PRO_san).
- Protocollo sul corretto utilizzo dell'autoclave per la sterilizzazione dei presidi medico-chirurgici (CDC_PRT_aut).
- Piano di Autocontrollo sulla sicurezza alimentare ai sensi del Regolamento CE n. 853/2004 e ss. mm. e ii. (HACCP). Gestione del vitto nei piani di degenza (CDC_PRO_paa).
- *Manuale* tascabile sui protocolli sanitari standard e sulla sicurezza delle cure predisposto dal Gruppo di lavoro interaziendale coordinato dal *Clinical Risk Manager*.
- Scheda per la valutazione del coefficiente di rischio infettivologico e per lo *screening* infettivologico all'ingresso (CDC_MOD_vis).
- Manuale AWARe. World Health Organization (WHO). *The WHO AWARe (Access, Watch, Reserve) Antibiotic Book: Guidance on the Choice and Use of Antibiotics for 34 Common Clinical Infections. World Health Organization; 2022.* Edizione italiana: Manuale antibiotici AWARe (Access, Watch, Reserve). Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), ed. italiana del "The WHO AWARe Antibiotic Book".

A.2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

(eventi occorsi dall'01/01/2025 al 31/12/2025; ricognizione eseguita ai sensi dell'art. 2, comma 5, della Legge n. 24/2017).

Per l'individuazione degli eventi oggetto di analisi si è fatto riferimento alla Determinazione regionale n. G09850 del 20/07/2021, recante l'adozione del *"Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella"*, nonché, più recentemente, alla Determinazione n. G13405 del 16/10/2025, con la quale è stato adottato il *"Manuale per la classificazione degli eventi e l'alimentazione del flusso SIREs-eventi"*, in sostituzione del citato Documento di indirizzo.

A partire dall'01/01/2025 al 31/12/2025 si sono verificati complessivamente n. 43 (quarantatré) eventi, tutti regolarmente registrati sul portale regionale Sistema Regionale di Segnalazione (SI.RE.S.) mediante la già citata Scheda di *incident reporting* (CDC_MOD_ire) adottata e recentemente aggiornata dall'organizzazione, così suddivisi:

per tipologia

- caduta: n. 42 (97,7%);
- farmaci (*adverse drug reaction*, ADR): n. 1 (2,3%);
- altro: n. 0 (0,0%).

per gravità

- *near misses* (quasi eventi): n. 22 (51,2%);
- lieve: n. 15 (34,9%);
- moderato: n. 6 (13,9%);
- severo (evento sentinella): n. 0 (0,0%);
- *exitus* (evento sentinella): n. 0 (0,0%).

I principali fattori causali/contribuenti sono da ascrivere a ragioni connesse alla mancata osservanza di procedure/non corretta comunicazione tra operatore e paziente (n=16; 37,2%), a cause strutturali (n=14; 32,6%) e organizzative (n=13; 30,2%). Nessun evento è stato ascritto a motivazioni di natura tecnologica.

Si precisa che, nell'ambito della registrazione sulla piattaforma SI.RE.S., gli eventi sono vengono classificati in base alle seguenti tipologie:

- caduta;
- dispositivi medici;
- farmaci;
- emotrasfusionale;
- atti di violenza a danno di operatore;
- altre cause.

La distribuzione per tipologia di evento e principali fattori causali/contribuenti vengono riportati nella successiva Tabella.

PUNTO A.2, TABELLA 5 – EVENTI SEGNALATI NEL 2023, AI SENSI DELL'ART. 2, CO. 5 DELLA LEGGE 08/03/2017, N. 24 E DELLA DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G00643 DEL 25/01/2022.

Tipo di evento ⁸	N. e % sul totale degli eventi	Principali fattori causali/ contribuenti	Azioni migliorative	Fonte del dato
<i>Near Misses</i>	n. 22 (51,2%) di cui n. 22 cadute accidentali senza danno.	Strutturali (n=14; 32,6%); Tecnologici (n=0; 0,0%); Organizzativi (n= 13; 30,2%); Procedure/ Comunicazione (n=16; 37,2%).	Si veda pf. A.4.	Sistemi di <i>reporting</i> (100 %); Sinistri (0 %); Emovigilanza (0 %); Farmacovig. (0 %); Dispositivovig. (0 %).
Eventi Avversi	n. 21 (48,8%) di cui n. 14 cadute accidentali con danno lieve, n. 6 con danno moderato e n. 1 evento ADR sempre con lieve.			
Eventi Sentinella	0 (0,0%)			

In particolare, i casi classificati come *near misses* (n=22) sono imputabili esclusivamente all'evento "caduta accidentale senza danno". Tra i n. 21 eventi avversi registrati, invece:

- n. 14 sono attribuibili a "caduta accidentale con danno lieve" (ad esempio ecchimosi, contusione, ferita lacero-contusa senza sanguinamento significativo);
- n. 6 a "caduta accidentale con danno moderato" (ad esempio frattura, trauma cranico, etc.);
- n. 1 caso con danno lieve è riconducibile a un evento correlato a farmaci (*adverse drug reaction*, ADR).

Non è stato registrato nessun evento sentinella.

12

⁸ Dal Glossario pubblicato sul portale del Ministero della Salute, disponibile all'indirizzo web (ultimo accesso: febbraio 2026): http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza&tab=5:

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

Evento avverso da farmaco (*adverse drug event*): qualsiasi evento indesiderato che si verifica durante una terapia farmacologica, per effetto dell'uso o del non uso di un farmaco, ma non strettamente correlato all'azione del farmaco stesso. Gli eventi avversi da farmaco comprendono: eventi avversi da farmaco prevenibili, ovvero causati da un errore in terapia ed eventi avversi da farmaco non prevenibili, che avvengono nonostante l'uso appropriato, definiti come "reazioni avverse a farmaci" (ADR).

Evento evitato (*near miss* o *close call*): 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 sentinella (*sentinel event*): evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

N.B. Si veda anche Determinazione della Regione Lazio n. G09850 del 20/07/2021, recante oggetto: "Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella", con particolare riferimento ai paragrafi 4.0 e 5.0.

PUNTO A.2, TABELLA 6 – SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO AI SENSI DELL'ARTICOLO 4, COMMA 3 DELLA LEGGE N. 24 DELL'08/03/2017 E DELLA DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G00643 DEL 25/01/2022.

Anno	Numero di sinistri aperti	Numero sinistri liquidati**	Risarcimenti erogati (€/mil.)**
2021*	1	0	0
2022	5	0	0
2023	1	1	0,125
2024	0	0	0
2025	4	0	0
Totale	11	1	1

*A partire dal 22/07/2021, data di acquisizione ufficiale della Casa di Cura da parte dell'Auxologico Roma Srl Società Benefit.

**Sinistri liquidati e risarcimenti erogati riguardanti la CdC "Auxologico Roma – Buon Pastore" (cod. NSIS 120 301) relativi al rischio sanitario e x Legge n. 24 dell'08/03/2017 e ss. mm. e ii., esclusi quelli riferiti ad altra gestione e/o a danni di altra natura (e.g., smarrimento effetti personali, danni a cose, contenziosi di natura economico-amministrativa, etc.).

A.3. DESCRIZIONE SINTETICA DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

PUNTO A.3, TABELLA 7 EX DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G00643 DEL 25/01/2022.

ANNO	POLIZZA (SCADENZA)	COMPAGNIA ASSICURATIVA	MASSIMALE	FRANCHIGIA	BROKERAGGIO
2022	RCT/O (06/11/2022)	Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.	€ 1.000.000,00 per sinistro	€ 5.000,00 (danni a persone) € 1.500,00 (danni a cose)	AON S.p.A.
2023	RCT/O (06/11/2023)	Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.	€ 1.000.000,00 per sinistro	€ 5.000,00 (danni a persone) € 1.500,00 (danni a cose)	AON S.p.A.
2024	RCT/O (06/11/2024)	Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.	€ 1.000.000,00 per sinistro	€ 5.000,00 (danni a persone) € 1.500,00 (danni a cose)	AON S.p.A.
2025	RCT/O (31/12/2025)	Generali Italia S.p.A.	€ 5.000.000,00 per sinistro	€ 10.000 (danni a persone) € 1.000,00 (danni a cose)	AON S.p.A.
2026	RCT/O (31/12/2026)	Generali Italia S.p.A.	€ 5.000.000,00 per sinistro	€ 10.000 (danni a persone) € 1.000,00 (danni a cose)	AON S.p.A.

A.4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Nelle successive schede si riportano nel dettaglio, le attività svolte in relazione agli obiettivi prestabiliti nel Piano dell'anno precedente.

Ulteriori azioni di miglioramento promosse/attuare sono descritte nei verbali del *Comitato di Controllo del rischio clinico, del S.G.Q. e delle Infezioni Correlate all'Assistenza* (CC-ICA) e nei relativi allegati, ai quali si rimanda, e che nell'anno 2025 si è riunito - conformemente alla normativa vigente – in n. 4 (quattro) distinte occasioni:

- I seduta annuale del 07/02/2025 (verbale: si veda Nota prot. n. 07/DS del 07/02/2025), giusta convocazione per mezzo della Nota prot. n. 03/DS del 24/01/2025);
- II seduta annuale del 18/06/2025 (verbale: si veda Nota prot. n. 28/DS del 18/06/2025), giusta convocazione per mezzo della Nota prot. n. 24/DS del 22/05/2025);
- III seduta annuale del 16/10/2025 (verbale: si veda Nota prot. n. 45/DS del 16/10/2025), giusta convocazione per mezzo della Nota prot. n. 40/DS del 25/09/2025);
- IV seduta annuale dell'11/12/2025 (verbale: si veda Nota prot. n. 60/DS dell'11/12/2025), giusta convocazione per mezzo della Nota prot. n. 59/DS del 27/11/2025).

A titolo informativo, si segnala che, nel corso dell'anno solare 2025, al di là degli obiettivi e delle attività previste dal PARS 2025 (si veda paragrafo successivo):

- è stato aggiornato il Regolamento aziendale sul divieto di fumo (CDC_REG_fum) e la collegata Istruzione operativa aziendale sul divieto di fumo (CDC_ISO_fum). Rif.: Nota prot. n. 6/DS del 06/02/2025;
- Sono stati introdotti diversi *bundle* per alcune pratiche assistenziali di routine, finalizzati alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza e ridurre mortalità e complicanze sia ospedaliere sia in RSA;
- si è provveduto a una serie di interventi di sanificazione straordinaria delle aree di degenza valutate a più altro rischio d'infezioni correlate all'assistenza (*in primis* U.O. di Lungodegenza medica, RSA), mediante un sistema di disinfezione con perossido di idrogeno nebulizzato, di cui esistono numerose e robuste evidenze scientifiche circa l'efficacia anche per l'eliminazione delle spore, con particolare riferimento al *clostridium difficile*;
- è stata predisposta, pubblicata e distribuita a tutto il personale sanitario e socio-sanitario, nonché sono state realizzate ulteriori copie destinate a familiari e caregiver, della guida informativa "*Legionella: istruzioni e informazioni utili per operatori sanitari, pazienti e familiari*".
- la campagna vaccinale 2025-2026 antinfluenzale e contro il virus SARS-CoV-2 è stata regolarmente avviata e pienamente implementata all'interno della Struttura.

PIANO ANNUALE PRECEDENTE: A.6.2 OBIETTIVI E ATTIVITÀ (esclusa gestione del rischio infettivo).		
DESCRIZIONE	REALIZZATA	STATO DI ATTUAZIONE
ATTIVITÀ 1 PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI SPECIFICA ATTIVITÀ FORMATIVA DEL PERSONALE SANITARIO SU TEMI INERENTI AL RISCHIO CLINICO E OCCUPAZIONALE.	SI	Nel corso del 2025 sono stati svolti i seguenti Corsi ECM aziendali: 1. 4 aprile 2025. Corso di formazione per i formatori e gli osservatori sulla pratica dell'igiene delle mani secondo la strategia multimodale del WHO/OMS «<i>5 moments for hand hygiene</i>». Partecipanti: n. 11; crediti ECM: 5,8; provider: IRCCS Istituto Auxologico Italiano. 2. 16 maggio 2025. Corso di formazione base sul rischio clinico, occupazionale e promozione della salute. Partecipanti: n. 17; crediti ECM: 7,4; provider: IRCCS Istituto Auxologico Italiano. Sono stati eseguiti, inoltre, con ampia adesione da parte del personale sanitario e socio-sanitario della Struttura, i seguenti Corsi FAD: 1. 17 ottobre – 19 dicembre 2025. Prevenzione e controllo delle infezioni Correlate all'Assistenza: buone pratiche per la sicurezza nelle strutture residenziali socio-sanitarie. Partecipanti: n. 93 di cui n. 44 infermieri, n. 26 Operatori Socio-Sanitari (OSS), n. 18 personale tecnico-sanitario di Riabilitazione, n. 5 medici; crediti ECM: 16; provider: Istituto Superiore di Sanità (ISS), piattaforma ISS Edu (www.eduiss.it). 2. 7 ottobre – 12 dicembre 2025. Prevenzione e controllo delle infezioni Correlate all'Assistenza nelle strutture residenziali socio-sanitarie: management e direzione strategica nelle RSA. Partecipanti: 13; crediti ECM: 16; provider: Istituto Superiore di Sanità (ISS), piattaforma ISS Edu (www.eduiss.it).
ATTIVITÀ 2 PROGETTAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI ATTIVITÀ CORRELATE ALL'USO DEGLI STRUMENTI PER L'IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO SANITARIO.	SI	Nell'ambito delle attività connesse all'utilizzo degli strumenti di identificazione del rischio sanitario, nel corso del 2025, sotto la supervisione del <i>Clinical Risk Manager</i>, sono stati condotti audit interni finalizzati alla revisione, su base campionaria, delle cartelle cliniche sia presso la Casa di Cura sia presso la RSA. Tali attività sono state svolte da un ente terzo esterno certificatore, rispettivamente, in data 11/07/2025 e 27/10/2025, con l'obiettivo di supportare, in un'ottica di <i>risk assessment</i>, l'individuazione e l'adozione di misure volte al concreto innalzamento dei livelli di qualità e sicurezza delle cure e dei processi clinico-assistenziali.
ATTIVITÀ 3 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE PERCEPITA DAGLI UTENTI.	SI	È stato puntualmente redatto e pubblicato sia sul sito web istituzionale (www.auxologico.it) che sulla piattaforma intranet della Casa di Cura ("AuxoRoma.net" all'indirizzo: http://172.16.2.17/), il <i>report</i> sulla qualità percepita (<i>customer satisfaction</i>), relativa all'anno 2024, comprendente specifiche aree di indagine riguardanti la rilevazione della qualità dell'assistenza sanitaria prestata, suddivisa per singola categoria professionale (medico, infermiere, operatore socio-sanitario, personale tecnico-sanitario della Riabilitazione, etc.). Da evidenziare inoltre che, nell'ambito del questionario somministrato, è stata prevista una sezione dedicata alle segnalazioni comprese quelle inerenti alla sicurezza clinica e a eventuali disservizi organizzativo-assistenziali.

PIANO ANNUALE PRECEDENTE: A.6.2 OBIETTIVI E ATTIVITÀ (esclusa gestione del rischio infettivo).		
ATTIVITÀ	REALIZZATA	STATO DI ATTUAZIONE
ATTIVITÀ 4 MONITORAGGIO, CORRETTA ALIMENTAZIONE E ANALISI DEL FLUSSO SIREs (SIMES) SECONDO IL PROTOCOLLO REGIONALE PER LA SEGNALEZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI E NEAR MISS.	SI	Nell'anno 2025 le informazioni destinate al flusso nazionale SIMES sono state regolarmente acquisite dal <i>Clinical Risk Manager</i> della Struttura su segnalazione degli operatori sanitari della Casa di Cura e della RSA, attraverso la già richiamata scheda di <i>incident reporting</i> (CDC_MOD_ire), e puntualmente trasmesse nella piattaforma regionale, recentemente aggiornata, SIREs (per il riepilogo dei risultati si veda anche il pf. A.2 del presente documento). Inoltre, con riferimento all'implementazione delle 19 Raccomandazioni del Ministero della Salute sulla sicurezza delle cure, si è regolarmente provveduto all'inserimento dei documenti S.G.Q. applicabili e vigenti nella Casa di Cura/RSA, opportunamente aggiornati, sull'apposita piattaforma AGENAS, in merito al "Monitoraggio annuale AGENAS sulla implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella. Riapertura dei termini per l'anno 2025", con esito "positivo". Infine, è stato regolarmente trasmesso, nel rispetto dei termini prestabiliti, il debito informativo richiesto nella specifica piattaforma predisposta da AGENAS, in ordine alla Nota della Regione Lazio prot. n. 977120 del 04/10/2025, recante oggetto: "Piattaforma Informatica Agenas per la compilazione del questionario riguardante sicurezza e rischio clinico, ai sensi del DM 19/12/2022 - Edizione 2025. Avvio delle attività di monitoraggio".
ATTIVITÀ 5 PROGETTAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI ATTIVITÀ CORRELATE ALL'UTILIZZO DI STRUMENTI PER L'ANALISI/VALUTAZIONE PROATTIVA DEL RISCHIO CLINICO.	SI	È stata eseguita, nel corso dell'anno solare, una mappatura di analisi proattiva del rischio clinico secondo la metodologia <i>Health Failure Mode and Effect Analysis</i> (HFMEA)/<i>Failure Mode and Effect Criticality Analysis</i> (HFMECA) in armonia, peraltro, con quanto previsto dal 6° Criterio/fattore di qualità "Adeguatezza clinica e sicurezza", con particolare riferimento al p.to 6.3 "Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi" di cui al DCA n. 469/2017 (si veda anche Nota prot. n. 04/DS del 28/01/2025).

PIANO ANNUALE PRECEDENTE: A.7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ SULLA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.																																											
ATTIVITÀ	REALIZZATA	STATO DI ATTUAZIONE																																									
ATTIVITÀ 1 IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2025, AI SENSI DELLA DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G02044 DEL 26/02/2021 “ADOZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI” E DELLA DELIBERAZIONE REGIONALE N. 460 DEL 28/06/2024.	SI	Nel 2025 sono state regolarmente implementate le azioni prestabilite dal <i>Piano annuale di azione locale sull'igiene delle mani</i> in ordine alle modalità e alle tempistiche dallo stesso definite, nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi di cui alla Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26/02/2021 e della Deliberazione regionale n. 460 del 28/06/2024. In occasione della Seduta del CC-ICA del 06/02/2026, è stato approvato il <i>Piano annuale di azione locale sull'igiene delle mani 2026</i> , redatto dal <i>Clinical Risk Manager</i> . Il Piano, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente documento, viene riportato in Appendice (si veda Appendice n. 1).																																									
ATTIVITÀ 2 ESECUZIONE DI UN'INDAGINE DI PREVALENZA PUNTUALE DELLE ICA.	SI	L'indagine di prevalenza puntuale delle ICA, la cui impostazione e organizzazione è stata preliminarmente discussa e condivisa in sede di CC-ICA, si è regolarmente svolta a seguito di adeguata formazione del personale sanitario e impiegando una specifica scheda tecnica di rilevazione, modificata e adattata al contesto della Struttura, a partire dal <i>format</i> elaborato, nel 2023, dall'<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>, ECDC (si veda anche Nota prot. n. 54/DS del 06/11/2025). Nello specifico, la rilevazione è stata condotta da diversi <i>team</i> composti da n. 1 medico e n. 2 infermieri, in tutte le UU.OO. della Casa di Cura e della RSA, nei giorni indice (GI) 27-28/11/2025. I risultati, illustrati anche in sede di CC-ICA (si veda Verbale della Seduta dell'11/12/2025 di cui alla Nota prot. n. 60/DS dell'11/12/2025), sono stati i seguenti: <table><tr><th>INDAGINE DI PREVALENZA PUNTUALE, GIORNI INDICE (GI): 27-28/11/2025</th><th>CASI (N)*</th><th>PAZIENTI/OSPITI PRESENTI NEI GI TOT. (N)</th><th>PREVALENZA (%)</th></tr><tr><td colspan="4">CASA DI CURA</td></tr><tr><td>RIABILITAZIONE</td><td>0</td><td>41</td><td>0,0</td></tr><tr><td>LUNGODEGENZA MEDICA</td><td>1</td><td>47</td><td>2,1</td></tr><tr><td>SUB. TOT.</td><td>1</td><td>88</td><td>1,1</td></tr><tr><td colspan="4">RSA</td></tr><tr><td>MANTENIMENTO</td><td>3</td><td>99</td><td>3,0</td></tr><tr><td>INTENSIVA (NARI)</td><td>0</td><td>10</td><td>0,0</td></tr><tr><td>SUB. TOT.</td><td>3</td><td>108</td><td>2,7</td></tr><tr><td>TOTALE</td><td>4</td><td>196</td><td>2,0</td></tr></table>		INDAGINE DI PREVALENZA PUNTUALE, GIORNI INDICE (GI): 27-28/11/2025	CASI (N)*	PAZIENTI/OSPITI PRESENTI NEI GI TOT. (N)	PREVALENZA (%)	CASA DI CURA				RIABILITAZIONE	0	41	0,0	LUNGODEGENZA MEDICA	1	47	2,1	SUB. TOT.	1	88	1,1	RSA				MANTENIMENTO	3	99	3,0	INTENSIVA (NARI)	0	10	0,0	SUB. TOT.	3	108	2,7	TOTALE	4	196	2,0
INDAGINE DI PREVALENZA PUNTUALE, GIORNI INDICE (GI): 27-28/11/2025	CASI (N)*	PAZIENTI/OSPITI PRESENTI NEI GI TOT. (N)	PREVALENZA (%)																																								
CASA DI CURA																																											
RIABILITAZIONE	0	41	0,0																																								
LUNGODEGENZA MEDICA	1	47	2,1																																								
SUB. TOT.	1	88	1,1																																								
RSA																																											
MANTENIMENTO	3	99	3,0																																								
INTENSIVA (NARI)	0	10	0,0																																								
SUB. TOT.	3	108	2,7																																								
TOTALE	4	196	2,0																																								

ATTIVITÀ	REALIZZATA	STATO DI ATTUAZIONE
ATTIVITÀ 3 DEFINIZIONE, IMPLEMENTAZIONE E CONSOLIDAMENTO DELLE MISURE DI CONTROLLO DELLA TRASMISSIONE NOSOCOMIALE DELLE INFEZIONI DA LEGIONELLA.	SI	È stato osservato il <i>Piano di autocontrollo locale del rischio di legionellosi 2025</i> di cui al pf. 11 dell'Istruzione operativa "<i>Prevenzione e controllo della legionellosi e monitoraggio della qualità dell'acqua dell'impianto idrico interno</i>" (CDC_ISO_leg), regolarmente redatto ai sensi delle Linee guida del Ministero della Salute sulla prevenzione e controllo della legionellosi (2015), della DGR n. 460 del 28/06/2024 e del Decreto Legislativo n. 18 del 23/02/2023, previa approvazione del sottogruppo di lavoro multidisciplinare istituito in seno al CC-ICA. È stata eseguita la rivalutazione del rischio effettuata da personale specializzato (si veda anche DVR aziendale). È attivo un sistema di disinfezione continua dell'impianto idrico della struttura con biossido di cloro stabile quale misura principale di prevenzione e controllo della contaminazione da Legionella. Eventuali criticità sono state risolte mediante disinfezione con elevate concentrazioni di biossido di cloro stabile e l'attuazione delle specifiche misure identificate nel succitato Piano. Si veda anche Appendice n. 2.
ATTIVITÀ 4 DEFINIZIONE, IMPLEMENTAZIONE E CONSOLIDAMENTO DELLE MODALITÀ DI RACCOLTA E FLUSSO DEI DATI PER IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA NAZIONALE/REGIONALE DELLE BATTERIEMIE DA KLEBSIELLA PNEUMONIAE ED ESCHERICHIA COLI RESISTENTI A UN CARBAPENEMICO E/O PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI E DI SORVEGLIANZA ATTIVA MEDIANTE TAMPONE RETTALE DELLE INFEZIONI/COLONIZZAZIONI DA ENTEROBATTERI RESISTENTI A CEFTAZIDIME/AVIBACTAM.	SI	È stato regolarmente effettuato il monitoraggio delle batteriemie da Klebsiella Pneumoniae ed Escherichia Coli resistenti ai carbapenemi e/o prodotti di carbapenemasi e delle infezioni/colonizzazioni resistenti a ceftazidime/ avibactam e di sorveglianza attiva mediante tampone rettale delle infezioni/colonizzazioni da enterobatteri resistenti a ceftazidime/avibactam. In particolare, nel corso dell'anno solare 2025, sulla base dei dati raccolti dal <i>Laboratory Information System</i> (LIS) della Casa di Cura, il numero di batteriemie da CRE è stato pari a n. 3 casi, mentre il numero delle infezioni/colonizzazioni da enterobacteriaceae resistenti a ceftazidime/ avibactam segnalate è stato pari a n. 5 casi. È stata nuovamente oggetto di revisione e aggiornamento, inoltre, il documento SGQ: "<i>Istruzione operativa sulla sorveglianza e il controllo degli Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE/CRE) e sull'uso appropriato degli antibiotici (Antimicrobial stewardship)</i>", CDC_ISO_cre (rif.: Nota prot. n. 50/DS del 23/10/2025). Si segnala, a titolo informativo, che nel corso del 2025 il LIS aziendale è stato oggetto di modifica: in precedenza gestito dalla UOC "Microbiologia" del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", è attualmente affidato a Cerba HealthCare.

ATTIVITÀ 5 SVILUPPARE UN PROGRAMMA DI <i>ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP</i> FINALIZZATO AL CONTRASTO DELLA RESISTENZA AGLI ANTIMICROBICI ATTRAVERSO UNA SERIE DI ATTIVITÀ MIRATE QUALI LA SENSIBILIZZAZIONE SULL'USO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI DA PARTE DEL PERSONALE SANITARIO DELLA CASA DI CURA.	SI	L'organizzazione ha regolarmente ottemperato all'implementazione delle misure previste dal PNCAR (PP10) per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza, in piena armonia con le indicazioni del Piano Aziendale della Prevenzione (PAP) dell'ASL Roma 1. Si evidenzia, inoltre, che in tutte le UU.OO. della Casa di Cura e della RSA è disponibile una copia cartacea a colori del Manuale antibiotici AWARe (Access, Watch, Reserve), edizione italiana del <i>The WHO AWARe Antibiotic Book</i>. È stato, altresì, promosso in più sedute del CC-ICA l'utilizzo dell'app gratuita Firstline AIFA – Antibiotici, strumento fornito dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per supportare i medici nella scelta appropriata degli antibiotici. Durante l'anno solare 2025, nell'ambito del programma di Antimicrobial Stewardship aziendale, sono state svolte numerose attività, come documentato nei verbali del CC-ICA, tra le quali si segnalano, a titolo esemplificativo: 1. Analisi collegiale in sede di CC-ICA e distribuzione ai partecipanti dei principali documenti in materia di antibiotico-resistenza e uso appropriato degli antibiotici, tra cui: ○ Rapporto AIFA 2025 sugli antibiotici, contenente trend di resistenza, indicatori di appropriatezza prescrittiva, focus su consumi ospedalieri e territoriali, e raccomandazioni per un uso prudente. ○ European Antibiotic Awareness Day (EAAD) 2025. Linee guida e materiali di comunicazione, campagna coordinata dall'ECDC per sensibilizzare sull'uso prudente degli antibiotici e fornire strumenti informativi a sistemi sanitari e professionisti europei. ○ Materiali AIFA per la Giornata Europea degli Antibiotici 2025, comprendenti pubblicazioni, infografiche e schede informative diffuse in occasione dell'<i>European Antibiotic Awareness Day</i>. ○ ECDC Report. Protocollo aggiornato di sorveglianza AMR 2025, con specifiche per la raccolta dei dati di resistenza batterica a livello europeo (dati 2024). ○ Global Antibiotic Resistance Surveillance Report 2025 – OMS/WHO, rapporto globale sulla sorveglianza della resistenza antimicrobica con dati e trend provenienti da oltre 100 Paesi, utilizzato come riferimento per le azioni nazionali e regionali. ○ World AMR Awareness Week 2025, iniziativa OMS con linee guida di comunicazione e sensibilizzazione per promuovere l'uso prudente e la prevenzione della resistenza a livello globale.
---	-----------	---

		- o Documento ECDC 03/02/2025. Rapid Risk Assessment: CRE terzo aggiornamento. - o Articolo scientifico: “Resistenza antimicrobica vista dal punto di vista del paziente”. - o Manifesto Regione Lazio: “Antibiotici, decalogo: 10 cose importanti da ricordare”. - o AIFA. Antibiotici fluorochinoloni: informazioni aggiornate per gli operatori sanitari”. 2. Monitoraggio annuale del consumo di antibiotici. Il monitoraggio del consumo di antibiotici della Casa di Cura, espresso in DDD/100 giornate di degenza secondo la definizione OMS⁹, per l’anno 2025, è stato puntualmente eseguito. In particolare, l’analisi dei consumi antibiotici secondo la classificazione AWARe evidenzia un quadro molto incoraggiante sotto il profilo dell’<i>antimicrobial stewardship</i>. I dati mostrano un DDD/100 giornate complessivo di 17,945, valore assolutamente in linea con buone pratiche di utilizzo antibiotico ospedaliero, a conferma di un uso ponderato e responsabile dei farmaci antibatterici. Sebbene l’obiettivo ideale per la componente <i>Access</i> sia $\geq 60\%$¹⁰, il dato attuale di 53,5% rappresenta comunque un risultato positivo, soprattutto se confrontato con le esperienze di altri contesti clinici. La quota di farmaci <i>Reserve</i> è contenuta al 9,6%, indice di una gestione prudente dei farmaci ad alto rischio di selezione di resistenze, evitando un uso eccessivo di antibiotici critici. La percentuale di farmaci <i>Watch</i> (36,8%) appare equilibrata, riflettendo un’attenzione consapevole verso le scelte terapeutiche più mirate. In sintesi, il profilo complessivo di utilizzo evidenzia una valida sintesi tra efficacia clinica e controllo del rischio di resistenze, con margini di miglioramento focalizzati sull’incremento della quota di <i>Access</i>. Nel complesso, i dati testimoniano un’azione di <i>stewardship</i> antibiotica responsabile e virtuosa, che valorizza la qualità delle scelte terapeutiche e la sicurezza dei pazienti.
--	--	---

⁹ DDD per 100 bed days: “The DDDs per 100 bed days may be applied when drug use by inpatients is considered. The definition of a bed day may differ between hospitals or countries. A common definition is: A bed day is a day during which a person is confined to a bed and in which the patient stays overnight in a hospital. Day cases (patients admitted for a medical procedure or surgery in the morning and released before the evening) are sometimes included as one bed day and sometimes excluded. The same definition of bed days should always be chosen when performing comparative studies. The figure 70 DDDs per 100 bed days of hypnotics provides an estimate of the therapeutic intensity and estimates that 70% of the inpatients receive one DDD of a hypnotic every day. This measure is applied in analyses of in-hospital drug use. This indicator is quite useful for benchmarking in and between hospitals” (Fonte: <https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit>, ultimo accesso: febbraio 2026).

¹⁰ World Health Organization. AWARe Classification of antibiotics for evaluation and monitoring of use. Geneva: WHO; 2021. WHO Reference Number: WHO/HMP/HPS/EML/2021.04: il 13th General Programme of Work 2019–2023 include il target di $\geq 60\%$ di consumo totale di antibiotici del gruppo “Access”).

		Si evidenzia, infine, che il consumo complessivo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani, nel 2025, comprensivo sia delle UU.OO. della Casa di Cura sia dei nuclei della RSA, è stato pari a 26,2 lt/1.000 gg. di degenza. Questo valore: • soddisfa gli standard raccomandati dall'OMS (20 lt/1.000 gg di degenza) • mostra un leggero incremento rispetto all'anno precedente (25,4 lt/1.000 gg).
--	--	--

A.5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Nel rispetto di quanto statuito dalla Determinazione regionale n. G00643 del 25/01/2022, la realizzazione del PARS riconosce almeno le seguenti specifiche responsabilità:

1. *Clinical Risk Manager*: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
2. Direttore Sanitario/Presidente del CC-ICA: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo (punto A.7);
3. Responsabile U.O. Affari Legali: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (Tabella 6 del punto A.2; punto A.3);
4. Direzione Strategica/Proprietà della Struttura: si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (e.g., tramite la definizione di specifici obiettivi di *budget*) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

Ciò premesso, in virtù dell'attuale configurazione organizzativa della Casa di Cura, è stata predisposta, la seguente matrice delle responsabilità:

AZIONE	DIRETTORE SANITARIO/ PRESIDENTE DEL CC-ICA*	CLINICAL RISK MANAGER (CRM)	U.O. AFFARI LEGALI	LEGALE RAPPRESENTANTE	DIRETTORE GENERALE	STRUTTURE DI SUPPORTO
Redazione PARS (eccetto: Tabella 6 del punto A.2; punti A.3 e A.7)	C	R	C	I	C	-
Redazione Tabella 6 del punto A.2 e punto A.3	I	I	R	I	C	-
Redazione punto A.7	R	C	I	I	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	C	I	I	R	-
Monitoraggio PARS (eccetto il punto A.7)	C	R	I	I	C	I
Monitoraggio punto A.7	R	C	I	I	C	C

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

*La figura del *Clinical Risk Manager* e del Direttore Sanitario coincidono.

Si precisa che i Responsabili medici e i Coordinatori Infermieristici e tutti i componenti del CC-ICA sono responsabili del corretto andamento delle attività clinico-assistenziali e contribuiscono attivamente al raggiungimento degli obiettivi ivi prefissati.

La Direzione, il *Clinical Risk manager* e il referente del S.G.Q. aziendale sono tenuti al controllo, al monitoraggio e alla verifica dell'avvenuta informazione e formazione di tutti gli attori coinvolti nelle operazioni finalizzate alla messa in regime di un sistema di gestione del rischio clinico, così come previsto dal presente Piano annuale.

A.6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

A6.1. OBIETTIVI

Obiettivo del PARS è quello di monitorare e ridurre tutti gli eventi che possono arrecare, anche solo potenzialmente, un danno o un grave disagio al paziente/ospite durante la sua permanenza all'interno della Struttura.

In particolare, in ossequio agli indirizzi normativi regionali e nazionali, gli obiettivi strategici del PARS sono i seguenti:

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.

ESEMPI:

- organizzazione di corsi di formazione;
- introduzione di strumenti di risk analysis negli obiettivi di budget dei reparti;
- utilizzo dell'intranet della struttura per la diffusione di dati e report sulla qualità delle prestazioni sanitarie.

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.

ESEMPI:

- progettazione e implementazione di attività legate all'utilizzo degli strumenti di *risk assessment* (come l'*Incident Reporting*, il *Safety Walk Round* o l'analisi delle cartelle cliniche) o di *risk analysis* (come l'utilizzo degli *audit* di rischio clinico);
- elaborazione o revisione di procedure volte al recepimento di documenti nazionali e internazionali;
- attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita dagli utenti o di umanizzazione delle cure.

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

N.B. In questo paragrafo sono declinati gli obiettivi e le relative attività, ad esclusione di quelli legati alla gestione del rischio infettivo per i quali si rimanda al successivo paragrafo A.7.

A.6.2. ATTIVITÀ

Oltre alle ordinarie attività da considerarsi mandatorie e, quindi, intrinseche nel razionale del presente Piano e, segnatamente:

- a. implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili;
- b. implementazione dei documenti regionali applicabili;
- c. revisione periodica, almeno triennale, delle procedure;
- d. partecipazione ai comitati (ad es.: Comitato Valutazione Sinistri, CC-ICA, Tavoli permanenti regionali sul rischio clinico, o, etc.);

in sintonia con gli obiettivi previsti dalla Determinazione Regionale n. G00643 del 25/01/2021 "Adozione del Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano annuale di Rischio sanitario (PARS)", gli ulteriori principali obiettivi/attività riguardanti la gestione del rischio sanitario individuate dall'organizzazione da implementare per l'anno solare in corso, sono singolarmente e dettagliatamente illustrate nelle successive tabelle.

ATTIVITÀ 1. PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI SPECIFICA ATTIVITÀ FORMATIVA DEL PERSONALE SANITARIO SU TEMI INERENTI AL RISCHIO CLINICO E OCCUPAZIONALE.

OBIETTIVO A – DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

&

OBIETTIVO C - FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLA STRUTTURA.

INDICATORE

Esecuzione di almeno un'attività formativa rivolta agli operatori sanitari e socio-sanitari della Casa di Cura/RSA¹¹ su tematiche inerenti al rischio clinico e occupazionale entro il 31/12/2025, privilegiando la partecipazione degli operatori sanitari e/o socio-sanitari neoassunti.

FONTE - PROMOTORE

Responsabile della Formazione

STANDARD

ATTIVITÀ REALIZZATA/ATTIVITÀ PARZIALMENTE REALIZZATA/ATTIVITÀ NON REALIZZATA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Responsabile della formazione	CC-ICA
Progettazione	R	C
Accreditamento*	R	I
Esecuzione	R	C

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

*Anche non necessariamente svolto nell'ambito delle attività ECM, purché sia stato individuato un Responsabile scientifico dell'evento e rilasciato dalla Direzione, a ciascun discente, un attestato di partecipazione a seguito del superamento di un test per la verifica dell'apprendimento.

ATTIVITÀ 2. PROGETTAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI ATTIVITÀ CORRELATE ALL'UTILIZZO DEGLI STRUMENTI PER L'IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO SANITARIO.

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

&

OBIETTIVO A - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.

RAZIONALE E INDICATORE

Eseguire nel corso dell'anno solare almeno n. 1 attività correlata all'utilizzo degli strumenti per l'identificazione del rischio sanitario (e.g., *briefing* sulla sicurezza, *safety walkaround* o giri per la sicurezza, *focus group*, revisione di cartelle cliniche, *etc.*) che coinvolga una o più Unità Operative della Struttura, con la supervisione/supporto del *Clinical Risk Manager*, al fine di agevolare, anche in un'ottica di *risk assessment*, l'adozione di possibili misure volte all'effettivo innalzamento dei livelli di sicurezza delle cure e dei processi clinico-assistenziali.

FONTE - PROMOTORE

Clinical Risk Manager (CRM)

STANDARD

Realizzazione di almeno n. 1 attività correlata all'utilizzo degli strumenti per l'identificazione/valutazione del rischio sanitario in una o più Unità operative della Struttura da condursi entro il 31/12/2024

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	CRM	DS	CC-ICA
Conduzione dell' <i>audit</i> /altra attività	R	C	I
Analisi ed elaborazione del <i>report</i>	R	I	C
Individuazione delle eventuali azioni correttive e/o migliorative	C	C	R
Diffusione del report	C	I	R

¹¹ Per RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) s'intende "Struttura socio-sanitaria assistenziale residenziale per pazienti non autosufficienti, anche anziani" ex Decreto del Commissario *ad Acta* n. 99/2012 e ss. mm. e ii., tipo di trattamento: "mantenimento" e intensivo".

ATTIVITÀ 3. ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE PERCEPITA DAGLI UTENTI.		
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		
&		
OBIETTIVO A - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.		
INDICATORE		
Redazione e pubblicazione sia sul sito <i>web</i> istituzionale (www.auxologico.it) che sulla piattaforma <i>intranet</i> della Casa di Cura (AuxoRoma.net), entro il 31/03/2026, di una relazione sulla qualità percepita (<i>customer satisfaction</i>), relativa all'anno 2025, comprendente specifiche aree di indagine riguardanti la rilevazione della qualità dell'assistenza sanitaria prestata, suddivisa per ogni singola categoria professionale (medico, infermiere, operatore socio-sanitario, personale tecnico-sanitario della Riabilitazione, etc.).		
FONTE - PROMOTORE		
Direzione Sanitaria		
STANDARD		
ATTIVITÀ REALIZZATA/ATTIVITÀ PARZIALMENTE REALIZZATA/ATTIVITÀ NON REALIZZATA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Direzione Sanitaria	CC-ICA
Raccolta dati	R	I
Analisi ed elaborazione del <i>report</i>	R	C
Diffusione del documento	R	I

ATTIVITÀ 4. MONITORAGGIO, CORRETTA ALIMENTAZIONE E ANALISI DEL FLUSSO SI.RE.S. SECONDO IL PROTOCOLLO REGIONALE PER LA SEGNALEZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI E NEAR MISS.			
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.			
RAZIONALE			
Monitoraggio, corretta alimentazione e analisi dei <i>near miss</i> , degli eventi avversi e degli eventi sentinella (compresi gli eventi "caduta") inseriti nella piattaforma regionale SI.RE.S., nel rispetto delle indicazioni e delle definizioni del Decreto del Ministero della Salute dell'11/12/2009 e ss. mm. e ii., recante oggetto: "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES)" e della Determinazione della Regione Lazio n. G13405 del 16/10/2025 "Adozione del "Manuale per la classificazione degli eventi e l'alimentazione del flusso SIREs-eventi" in sostituzione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella" di cui alla Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021".			
INDICATORE			
Numero di eventi inseriti sulla piattaforma e valutazione analitica degli esiti (tipologia, cause/fattori contribuenti, etc.).			
STANDARD			
100% degli eventi pervenuti al <i>Clinical Risk Manager</i> tramite <i>incident reporting</i> (scheda CDC_MOD_ire) ovvero altra modalità di segnalazione.			
FONTE - PROMOTORE			
<i>Clinical Risk Manager</i>			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Responsabili Medici e Coordinatori UU.OO.	CC-ICA
Segnalazione evento	C	R	I
Inserimento evento	R	I	I
Valutazione analitica degli esiti inseriti nella piattaforma SI.RE.S.	R	I	C

ATTIVITÀ 5. PROGETTAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI ATTIVITÀ CORRELATE ALL'UTILIZZO DI STRUMENTI PER L'ANALISI/VALUTAZIONE PROATTIVA DEL RISCHIO CLINICO.			
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 & OBIETTIVO A - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.			
RAZIONALE E INDICATORE Eseguire nel corso dell'anno solare una mappatura di analisi proattiva del rischio clinico secondo la metodologia <i>Health Failure Mode and Effect Analysis</i> (HFMEA)/ <i>Health Failure Mode and Effect Criticality Analysis</i> (HFMECA) in armonia, peraltro, con quanto previsto dal 6° Criterio/fattore di qualità "Appropriatezza clinica e sicurezza", con particolare riferimento al p.to 6.3 "Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi" di cui al DCA n. 469/2017.			
Fonte - Promotore <i>Clinical Risk Manager (CRM)</i>			
STANDARD Realizzazione di almeno un'attività di mappatura del rischio applicando la metodologia HFMEA/HFMECA da realizzarsi entro il 31/12/2025 e successiva redazione del <i>report</i> .			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	CRM	CC-ICA	TEAM DI LAVORO
Selezione dei processi e formazione del <i>team</i> di lavoro	C	R	I
Identificazione dei potenziali rischi (<i>failure modes</i>) e descrizione delle conseguenze (<i>effects</i>)	C	I	R
Calcolo dell'indice di rischio (IPR)	R	I	C
Analisi delle cause, attuazione delle azioni di miglioramento e valutazione delle azioni intraprese	C	C	R
Diffusione del <i>report</i>	C	R	I

A7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

A7.1. OBIETTIVI (RISCHIO INFETTIVO)

In armonia con il *Piano Regionale della Prevenzione (PRP)* e con il *Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR)*, nel rispetto delle Determinazioni della Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 "Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale di Rischio Sanitario (PARS)", sono stati individuati i seguenti obiettivi strategici:

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.

ESEMPI:

- Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA;
- Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici.

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI.

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).

ESEMPI:

1. Definizione/implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE.
2. Definizione/implementazione/consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE.
3. Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE.
4. Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi *alert*.
5. Elaborazione di report su:
 - a. Diffusione a livello delle UU.OO. ospedaliere delle colonizzazioni/infezioni da CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento.
 - b. Patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi e dei relativi costi sostenuti.
7. Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento a:
 - a. prevenzione e controllo delle infezioni da *Clostridium difficile*;
 - b. monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica;
 - c. prevenzione e controllo delle infezioni da catetere urinario;
 - d. prevenzione e controllo delle infezioni da catetere venoso centrale (CVC);
 - e. gestione della sepsi.
8. Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA;
9. Sviluppare programmi del buon uso degli antibiotici e di sensibilizzazione per il contrasto della resistenza agli antimicrobici (*Antimicrobial Stewardship*).

A7.2. ATTIVITÀ (RISCHIO INFETTIVO)

In sintonia con gli obiettivi previsti dalla Determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2021, "Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano annuale di Rischio sanitario (PARS)", nelle successive Tabelle si illustrano le diverse attività sul tema specifico della gestione del rischio sanitario infettivo individuate dall'organizzazione e che saranno implementate nell'arco dell'anno solare in corso.

ATTIVITÀ 1. IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI (PALIM) AI SENSI DELLA DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G02044 DEL 26/02/2021 "ADOZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI".				
OBIETTIVO B - IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI MEDIANTE UN PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, PARTENDO DAI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E CONSIDERANDO LE SPECIFICITÀ DELLA STRUTTURA, DEFINISCA LE ATTIVITÀ E GLI OBIETTIVI PREVISTI DAL PIANO DI INTERVENTO E NE GARANTISCA IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI.				
RAZIONALE/INDICATORE				
Redazione, approvazione e attuazione del Piano annuale di azione locale sull'igiene delle mani, nel pieno rispetto delle indicazioni e degli obiettivi definiti dalla Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26/02/2021 ("Adozione del piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"), come ribadito nella Nota della Regione Lazio R.U. prot. n. U.0037825 del 15/01/2026.				
Il Piano costituisce parte integrante e sostanziale del presente PARS (Appendice n. 1) e dovrà conformarsi alla struttura minima indicata nella suddetta nota regionale.				
FONTE - PROMOTORE				
Clinical Risk Manager -Direzione Sanitaria - sottogruppo CC-ICA				
STANDARD				
ATTIVITÀ REALIZZATA/ATTIVITÀ PARZIALMENTE REALIZZATA/ATTIVITÀ NON REALIZZATA				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Coordinatori infermieristici	Ufficio Servizi generali	Servizio di manutenzione	CRM/Direzione Sanitaria/CC-ICA
Predisposizione del Piano Annuale di azione locale sull'igiene delle mani (PALIM)	I	-	-	R
Approvvigionamento e monitoraggio prodotti per l'igiene delle mani ¹² : unità operative (aree di degenza).	C	R	I	C
Approvvigionamento e controllo prodotti per l'igiene delle mani: aree comuni, servizi, uffici, palestre.	-	C	I	R
Manutenzione dei lavandini e dei dispenser.	I	R	C	I
Segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture.	I	R	I	C
Distribuzione dei dispenser all'interno della Struttura.	I	C	I	R
Implementazione e monitoraggio delle misure stabilite dal PALIM.	C	C	I	R

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

¹² In particolar modo della soluzione idroalcolica (SIA), incluso il *trend* del consumo rispetto all'anno precedente.

ATTIVITÀ 2. ESECUZIONE DI UN'INDAGINE DI PREVALENZA PUNTUALE DELLE ICA.

OBIETTIVO C - MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA, INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).

RAZIONALE E INDICATORE

La prevalenza è il rapporto fra il numero di eventi sanitari rilevati in una popolazione in un definito momento (giorno o giorni indice) e il numero degli individui della popolazione osservati nello stesso periodo (nel nostro caso pazienti/ospiti della Casa di Cura e della RSA).

Analogamente all'anno precedente, s'intende eseguire un'indagine di prevalenza puntuale ovvero puntiforme (*point prevalence*) delle ICA (comprese le infezioni da dispositivi endovascolari, CVC, le infezioni del tratto urinario e le infezioni polmonari associate a ventilatore, etc.), in un determinato giorno dell'anno, nelle Unità Operative della Casa di Cura e nei nuclei assistenziali della RSA. La rilevazione sarà eseguita da gruppi multidisciplinari, impiegando una specifica scheda tecnica di rilevazione, modificata e adattata al contesto della Struttura, a partire dal format elaborato, nel 2023, dall'*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC).

FONTE – PROMOTORE

Clinical Risk Manager

STANDARD

ATTIVITÀ REALIZZATA/PARZIALMENTE REALIZZATA/NON REALIZZATA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	<i>Clinical Risk Manager</i>	Responsabili medici – sottogruppi di lavoro	CC-ICA
Rilevazione epidemiologica	C	R	I
Analisi ed elaborazione dati	R	I	C
Diffusione dei risultati	R	I	C

ATTIVITÀ 3. ELABORAZIONE E ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA ANNUALE DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI, IN CONFORMITÀ ALLE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER LA PREVENZIONE, SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI (DGR N. 460 DEL 28/06/2024) E AL PIANO DI SICUREZZA DELL'ACQUA (PSA), AI SENSI DEL D.LGS. N. 18/2023 E DEL D.LGS. N. 102/2025.

OBIETTIVO C - MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA, INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).

RAZIONALE/INDICATORE

Predisposizione e attuazione di un *Programma annuale di controllo della legionellosi e della qualità delle acque*, elaborato da un gruppo di lavoro multidisciplinare, in piena conformità alla normativa vigente.

Il Programma deve prevedere l'adozione di azioni idonee ed efficaci per il contenimento delle infezioni da Legionella nei sistemi idrici e aeraulici dei tre edifici che costituiscono il complesso socio-sanitario, entro i limiti di legge.

Tali azioni devono essere coerenti con le modalità operative definite nei documenti SGQ aziendali, inclusa la valutazione del rischio di legionellosi redatta dal Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) ai sensi del D. Lgs. n. 81/2008 e ss. mm. e ii.

Come ribadito nella Nota della Regione Lazio R.U. prot. n. U.0037825 del 15/01/2026, *"Il programma di controllo della legionellosi non coincide con le procedure di prevenzione e gestione dei casi di legionellosi, né con i risultati dei campionamenti previsti per il controllo delle acque"*.

Il documento, allegato al presente PARS (**Appendice n. 2**), del quale costituisce parte integrante e sostanziale, rappresenta una relazione sintetica, strutturata secondo la seguente struttura minima:

- Costituzione del *team* incaricato;
- Realizzazione della piattaforma documentale per la gestione del programma;
- Modalità di esecuzione e tempi della valutazione del rischio, con indicazione sintetica delle misure di controllo previste;
- Risultati sintetici del monitoraggio operativo volto a verificare l'efficacia delle misure di controllo in atto,
- Sintesi del piano di miglioramento eventualmente previsto e indicazione delle azioni correttive;
- Pianificazione delle azioni di supporto previste, come, ad esempio, la formazione del personale operativo.

FONTE – PROMOTORE

Direzione Generale – Datore di lavoro

STANDARD

1. Limite normativo per la Legionella nell'acqua: < 100 UFC/L, come stabilito dalle Linee guida del Ministero della Salute (ultimo aggiornamento: 31 ottobre 2016). Il documento completo è consultabile al seguente link:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2362_allegato.pdf.

N.B. Esecuzione dei campionamenti di acque nel rispetto delle indicazioni delle Linee guida ministeriali da parte di un Laboratorio specializzato¹³.

2. Qualità delle acque. Per la valutazione della qualità delle acque si fa riferimento ai limiti e valori normativi vigenti stabiliti per ciascun parametro oggetto di monitoraggio. Ciò comprende, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, elementi chimici quali il piombo, parametri chimico-fisici (pH, torbidità, durezza, conducibilità, residuo fisso), metalli pesanti, nitrati, ammonio, cloruri, così come eventuali microinquinanti o agenti microbiologici definiti dalla normativa.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione CdC, GIDI, RSPP	Gruppo multidisciplinare operativo di lavoro ex DGR n. 460/2024	Ufficio Servizi Generali Ditta esterna
Redazione e implementazione Piano	R	C	I
Immissione costante di biossido di cloro stabile nell'impianto idraulico	C	I	R
Campionamento di acque	C	I	R

¹³ Il campionamento di acque per la ricerca di Legionella si deve realizzare nel rispetto di quanto indicato nel pf. 3.4 *"Valutazione e gestione del rischio nelle strutture sanitarie"* di cui alle Linee guida ministeriali del 2015.

ATTIVITÀ 4. DEFINIZIONE/IMPLEMENTAZIONE/CONSOLIDAMENTO DELLE MODALITÀ DI RACCOLTA E FLUSSO DEI DATI PER IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA NAZIONALE DELLE BATTERIEMIE E DI SORVEGLIANZA ATTIVA MEDIANTE TAMPONE RETTALE DELLE INFEZIONI/COLONIZZAZIONI DA CRE.

OBIETTIVO C - MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA, INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).

RAZIONALE E INDICATORI

Elaborazione/aggiornamento/mantenimento di un sistema di monitoraggio (sorveglianza attiva), e di un documento S.G.Q. che definisca:

I. Modalità di implementazione del sistema di segnalazione delle batteriemie da CRE e di tutte le infezioni/colonizzazioni da CRE resistenti alla combinazione ceftazidime-avibactam (zavicefta) a partenza dal laboratorio di microbiologia di riferimento;

II. modalità di definizione/implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE;

III. identificazione di un referente per la sorveglianza delle CRE all'interno dei CC-ICA che sia responsabile dell'implementazione e del mantenimento del sistema interno di sorveglianza;

IV. elaborazione di report con cadenza almeno semestrale relativi alle infezioni/colonizzazione da CRE" (cfr.: Note Regione Lazio R.U. prot. n. U0063667 del 23/01/2020 e prot. n. U00884520 del 15/10/2020, art. 4, lett. "a").

Quanto sopra al fine di una sorveglianza attiva delle infezioni da CRE secondo le disposizioni previste dalle Circolari del Ministero della Salute n. 4968 del 26/02/2013 "Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)", n. 35470 del 03/12/2019 "Rapid Risk Assessment dell'ECDC: Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE) – 26 settembre 2019" e n. 1479 del 17/01/2020 "2019 - Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) –ERRATA CORRIGE", nonché, dalla Nota ASL Roma 1 prot. n. 114257 del 28/07/2023 (si veda anche Nota prot. n. 45/DS del 28/08/2023).

FONTE - PROMOTORE

Direzione Sanitaria

STANDARD

ATTIVITÀ REALIZZATA/PARZIALMENTE REALIZZATA/NON REALIZZATA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione Sanitaria/ LIS	Responsabili medici UU.OO.	CC-ICA
Segnalazione dei casi	C	R	I
Analisi ed elaborazione dati	R	C	I
Diffusione dei risultati	R	C	I

ATTIVITÀ 5. ELABORARE E IMPLEMENTARE UN PIANO AZIENDALE PER LA PREVENZIONE E IL CONTENIMENTO DELL'ANTIBIOTICO-RESISTENZA E PER L'ATTUAZIONE DI STRATEGIE DI ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP FINALIZZATO AL CONTRASTO DELLA RESISTENZA AGLI ANTIMICROBICI ATTUANDO UNA SERIE DI ATTIVITÀ MIRATE, COMPRESA LA PROMOZIONE SULL'USO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI DA PARTE DEL PERSONALE SANITARIO, AI SENSI DELLA DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G17673 DEL 23/12/2025 (APPROVAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO REGIONALE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIBIOTICO RESISTENZA, PARCA 2026-2028).

OBIETTIVO A – DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE 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 RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).

RAZIONALE/INDICATORI

La realizzazione di attività finalizzate all'uso appropriato degli antibiotici e al contrasto dell'antimicrobico-resistenza era già stata prevista dalle Note della Regione Lazio R.U. prot. n. U0063667 del 23/01/2020 e prot. n. U00884520 del 15/10/2020¹⁴.

Successivamente, la Determinazione della Regione Lazio n. G16501 del 28/11/2022, recante oggetto "Approvazione del Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)", con specifico riferimento ai documenti "P1", ha definito gli indicatori minimi di processo, nonché, la predisposizione e la diffusione di specifica documentazione inerente alla corretta gestione della terapia antibiotica.

Con la **Determinazione della Regione Lazio n. G17673 del 23/12/2025** e con gli obiettivi/attività declinati nella Nota della Regione Lazio R.U. prot. n. U.0037825 del 15/01/2026, in materia di resistenza agli antimicrobici e gestione della terapia antibiotica, diviene infine obbligatorio per ogni struttura sanitaria:

1. revisionare il CC-ICA; costituire un Gruppo Operativo Aziendale (GOA) per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle ICA; istituire un Team per l'Antimicrobial Stewardship (AMS);
2. redigere e implementare un **Piano Attuativo Locale per la prevenzione e il contenimento dell'antimicrobico-resistenza e per l'attuazione delle strategie di Antimicrobial Stewardship**, declinando a livello aziendale i principi del PARCA;
3. attuare misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (AMR – AntiMicrobial Resistance);
4. prevedere sistemi strutturati di gestione della terapia antibiotica empirica;
5. monitorare il consumo di antibiotici secondo la classificazione AWaRe¹⁵, disaggregato almeno per area assistenziale (nella fattispecie: area medica post-acuzie).

STANDARD

ATTIVITÀ REALIZZATA/PARZIALMENTE REALIZZATA/NON REALIZZATA.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	TEAM Antimicrobial Stewardship (CC-ICA)	Responsabili medici UU.OO.	Clinical Risk Manager
Redazione del PARCA	R	I	C
Implementazione del Piano	R	C	C
Analisi e diffusione dei dati	C	I	R

¹⁴ (Le strutture sanitarie devono): "Monitorare il consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg. degenza; Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial Stewardship) attraverso l'individuazione di un referente esperto e/o la costituzione di team/gruppo multidisciplinare a supporto del CC-ICA con professionisti interni od esterni, anche avvalendosi, ove necessario, delle strutture della rete delle malattie infettive regionali".

¹⁵ L'obiettivo/indicatore di qualità proposto dall'OMS (incluso nel General Programme of Work e nel materiale AWaRe) è che **almeno il 60 % dell'uso totale di antibiotici in una popolazione o sistema sanitario provenga dalla categoria Access**, che comprende antibiotici di prima scelta con basso potenziale di selezione di resistenza [Fonte: World Health Organization. The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) classification of antibiotics for evaluation and monitoring of use; WHO Reference Number: WHO/HMP/HPS/EML/2021.04].

ATTIVITÀ 6. CONSOLIDARE ATTRAVERSO EVENTI FORMATIVI MIRATI E LA REVISIONE DELLE ISTRUZIONI OPERATIVE ATTUALMENTE IN USO, NELL'AMBITO DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ EX DCA N. 469/2017, LE SPECIFICHE ATTIVITÀ RIGUARDANTI IL MONITORAGGIO, LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA E LA GESTIONE DELLA SEPSI IN AMBITO OSPEDALIERO RIABILITATIVO/POST-ACUZE.

OBIETTIVO A – DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE 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 RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).

INDICATORI

1. Realizzare un evento formativo rivolto a tutto il personale medico, focalizzato sul monitoraggio, la prevenzione e il controllo delle infezioni della ferita chirurgica, nonché sulla corretta gestione della sepsi.
2. Revisionare e aggiornare le specifiche istruzioni operative del Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) in materia di monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica e di gestione della sepsi.

STANDARD

ATTIVITÀ REALIZZATA/PARZIALMENTE REALIZZATA/NON REALIZZATA.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Clinical Risk Manager	Responsabili medici UU.OO.	CC-ICA
Progettazione ed esecuzione evento formativo	R	I	C
Revisione/aggiornamento documentazione SGQ	R	C	I
Analisi e diffusione dei dati	C	I	R

33

A.8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il PARS sarà diffuso - in ossequio alla normativa regionale vigente - secondo le seguenti modalità:

- a. Trasmissione entro il 15/02 al *Comitato di Controllo del rischio clinico, del S.G.Q. e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA)*, per l'approvazione, e, per conoscenza, alla Direzione Generale della Casa di Cura.
- b. Trasmissione entro il 28/02 agli organi regionali preposti (Centro Regionale di Rischio Clinico, CRRC) tramite l'indirizzo di posta elettronica crrc@regione.lazio.it per il caricamento sul *cloud* regionale.
- c. Pubblicazione sul sito *web* della Casa di Cura all'indirizzo:
<https://www.auxologico.it/sedi/auxologico-roma-buon-pastore> entro il 28.02;
- d. pubblicazione sulla piattaforma *intranet* aziendale all'indirizzo <http://172.16.2.17/> entro il 28/02.

A.9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI.

1. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza".
2. Circolare Ministeriale n. 52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere".
3. D.P.R. 14/01/1997 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".
4. Intesa Stato-Regioni sul documento recante "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico - Resistenza (PNCAR) 2022-2025" (Rep. Atti n. n. 233/CSR del 30 novembre 2022).
5. Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 529, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, sui criteri, le modalità di riparto del finanziamento previsto dal medesimo articolo 1, comma 529, nonché sul monitoraggio delle attività realizzate per dare attuazione alle misure e agli interventi previsti nel Piano nazionale di contrasto all'antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022-2025 (Rep. atti n. 52/CSR del 17 aprile 2025).
6. Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla proroga fino al 31 dicembre 2026 del documento recante "Piano di contrasto all'antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022-2025" di cui all'intesa del 30 novembre 2022 (Rep. Atti 233/CSR)".
7. Raccomandazione del Consiglio sull'intensificazione delle azioni dell'UE per combattere la resistenza antimicrobica nell'ambito di un approccio "One Health" (2023/C 220/01).
8. Deliberazione n. 970 del 21/12/2021. "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025".
9. Deliberazione Giunta Regionale n. 84 dell'01/03/2022. "Approvazione del Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale – PanFlu 2021-2023".
10. Deliberazione Giunta Regionale n. 332 del 24/05/2022. "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute –Componente M6C1 e M6C2– Approvazione Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)".
11. Determinazione n. G08922 del 27/06/2023. "Recepimento Intesa Stato-Regioni sul documento recante "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico - Resistenza (PNCAR) 2022-2025" (Rep. Atti n. n. 233/CSR del 30/11/2022)".
12. Determinazione n. G14519 del 31/10/2024. "Istituzione della Cabina di Regia per il governo regionale del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025", del Gruppo Tecnico di Coordinamento (GTC) e individuazione dei Laboratori di Riferimento Regionali".
13. Determinazione n. G16062 del 29/11/2024. "Rettifica alla Determinazione Regionale G14519 del 31.10.2024 recante "Istituzione della Cabina di Regia per il governo regionale del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025", del Gruppo Tecnico di Coordinamento (GTC) e individuazione dei Laboratori di Riferimento Regionali".
14. Deliberazione n. 470 del 26/06/2025. "Recepimento Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 529, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, sui criteri, le modalità di riparto del finanziamento previsto dal medesimo articolo 1, comma 529, nonché sul monitoraggio delle attività realizzate per dare attuazione alle misure e agli interventi previsti nel Piano nazionale di contrasto all'antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022-2025 (Rep. atti n. 52/CSR del 17 aprile 2025)".
15. Determinazione n. G11371 dell'08/09/2025. "Recepimento Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla proroga fino al 31 dicembre 2026 del documento recante "Piano di contrasto all'antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022-2025" di cui all'intesa del 30 novembre 2022 (Rep. Atti 233/CSR)".

16. Determinazione n. G09332 del 18/07/2025. "Approvazione del "Piano di Rete Regionale delle Malattie Infettive" (RMI), in attuazione del Programma Operativo 2024-2026".
17. Decreto del Commissario ad Acta n. U00017 del 16/01/2015. "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014".
18. Decreto del Commissario ad Acta n. U00309 del 06/07/2015. "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep. Atti 156/CSR)".
19. Decreto del Commissario ad Acta n. 423 del 16/10/2019. "Recepimento Intesa Stato-Regioni sul documento recante "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020" (Rep. Atti n. 188/CSR del 02.11.2017) e istituzione del Gruppo Tecnico di Coordinamento e Monitoraggio del Piano a livello regionale".
20. Decreto del Commissario ad Acta del n. 593 del 16/11/2015. "Modifica e integrazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 (di cui al DCA n. U00309 del 06/07/2015) ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 (Rep. Atti n.56/CSR) concernente il 'Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 - Documento per la valutazione".
21. Decreto del Commissario ad Acta n. 328 del 04/11/2016. "Approvazione delle "Linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
22. Decreto del Commissario ad Acta n. 480 del 06/12/2013. "Definitiva Adozione dei Programmi Operativi 2013 – 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio", e, in particolare, gli interventi 18.1 "Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi" e 18.6 "Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio assicurativo".
23. Decreto del Ministero della Salute dell'11/12/2009. "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES)".
24. Decreto Legislativo n. 229 del 19/06/1999. "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".
25. Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/1992. "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".
26. Decreto Legislativo n. 81 del 09/04/2008, integrato dal Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro".
27. Determinazione della Regione Lazio n. G04112 dell'01/04/2014. "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 (CC-ICA)".
28. Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26/02/2021. "Adozione del piano di intervento regionale sull'igiene delle mani".
29. Determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 "Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".
30. Determinazione della Regione Lazio n. G09850 del 20/07/2021. "Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella".
31. Determinazione della Regione Lazio n. G13405 del 16/10/2025. "Adozione del "Manuale per la classificazione degli eventi e l'alimentazione del flusso SIREs-eventi" in sostituzione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella" di cui alla Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021".
32. Determinazione della Regione Lazio n. G01226 del 02/02/2018. "Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017" che recepisce l'omonimo documento alla stessa allegato elaborato dal Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)".

33. Determinazione della Regione Lazio n. G00163 dell'11/01/2019. "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)".
34. Determinazione della Regione Lazio n. G00164 dell'11/01/2019. "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
35. Determinazione della Regione Lazio n. G16501 del 28/11/2022. "Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".
36. Determinazione della Regione Lazio n. G15198 del 06/11/2022. "Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla Determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016.
37. Deliberazione della Regione Lazio n. 460 del 28/06/2024. "Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi".
38. Determinazione della Regione Lazio n. G17673 del 23/12/2025. "Approvazione del Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PARCA 2026-2028)".
39. Istituto Superiore di Sanità. Antibiotici: dai dati del Rapporto AIFA informazioni utili e proposte per un uso più appropriato. <https://www.epicentro.iss.it/antibiotico-resistenza/resistenza>.
40. Legge 08/03/2017, n. 24 recante oggetto: "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie".
41. Ministero della Salute. I 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani. http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1.jsp?id=195.
42. Ministero della Salute. Linee guida per la gestione e controllo della legionella, ultimo aggiornamento: 13/05/2015. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2362_allegato.pdf.
43. Ministero della Salute. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?area=qualita&menu=sicurezza.
44. 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.8.
45. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.
46. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione.
47. Raccomandazioni SIMPIOS. Revisione n. 1 – febbraio 2011. Prevenzione e controllo delle infezioni da Clostridium difficile, febbraio 2011. Gimprios, Supplemento al vol. n. 1, n. 2, aprile-giugno 2011. <http://www.simprios.eu/2016/12/05/prevenzione-e-controllo-delle-infezioni-da-clostridium-difficile/>.
48. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
49. Direttiva (UE) 2020/2184 del Parlamento Europeo e del Consiglio, 16 dicembre 2020, sulla qualità delle acque destinate al consumo umano.
50. Decreto Legislativo 23 febbraio 2023, n. 18. Attuazione della Direttiva (UE) 2020/2184. Gazzetta Ufficiale n. 55 del 06/03/2023.
51. Decreto Legislativo 19 giugno 2025, n. 102. Disposizioni integrative e correttive del D. Lgs. 18/2023. Gazzetta Ufficiale n. 153 del 04/07/2025.
52. Istituto Superiore di Sanità (ISS). Rapporto ISTISAN 22/33. Linee guida nazionali per l'implementazione dei Piani di Sicurezza dell'Acqua.
53. Istituto Superiore di Sanità (ISS). Rapporto ISTISAN 22/32. Linee guida per la valutazione e gestione del rischio nei sistemi di distribuzione interni degli edifici.
54. Linee Guida per la prevenzione e il controllo di Enterobatteri, Acinetobacter baumannii e Pseudomonas aeruginosa resistenti ai carbapenemi nelle strutture sanitarie. Ministero della Salute, 2020.

55. Manuale di implementazione per prevenire e controllare la diffusione di organismi resistenti ai carbapenemi a livello nazionale e nelle strutture sanitarie. Ministero della Salute, 2020.
 56. Guide to Implementation: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. WHO, 2009.
 57. Circolare del Ministero della Salute N. 1479-17/01/2020 “Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)”.
 58. Circolare del Ministero della Salute N. 50406 del 15/12/2022- Protocollo “Sorveglianza Nazionale delle Infezioni del Sito Chirurgico (SNICH2) e indicatori di prevenzione negli ospedali” (versione 1.0 - 12 ottobre 2022).
 59. Versione italiana di “European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals – protocol version 6.0. Stockholm: ECDC; 2022.
 60. Protocollo per sorveglianza mediante prevalenza puntuale delle infezioni correlate all’assistenza e dell’uso di antimicrobici nelle strutture di assistenza socio-sanitaria extraospedaliera-Versione 4.0
- N.B.** Si vedano anche i riferimenti richiamati direttamente nel testo del PARS e nella Determina aziendale con cui è stato adottato il presente Piano.

APPENDICE N. 1. PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI (PALIM) 2026

PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI (PALIM) 2026

Ai sensi della Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26/02/2021
"Adozione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani"



38

DATA	REDATTO DA	APPROVATO DA
06/02/2026	CLINICAL RISK MANAGER (Dr. Enrico Rosati)	SOTTOGRUPPO CC-ICA (si veda Verbale della Seduta del 06/02/2026) Per il CC-ICA)

1. PREMESSA E OBIETTIVI

Il presente *Piano di azione locale sull'igiene delle mani* (d'ora in poi "Piano") è stato redatto in ossequio ai contenuti stabiliti dalla Determinazione della Regione Lazio del n. G02044 del 26/02/2021, recante oggetto: "Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani", pubblicata sul B.U.R.L. n. 22, supplemento n. 2, del 02/03/2021, del Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), adottato con Determinazione n. G16501 del 28/11/2022 e della Nota della Regione Lazio prot. n. Nota della Regione Lazio R.U. prot. n. U.0037825 del 15/01/2026, recante oggetto: "Piano annuale di gestione del Rischio sanitario 2026 (PARS)".

Il Piano è stato predisposto dal *Clinical Risk Manager* (CRM) ed è stato successivamente sottoposto a condivisione e formale approvazione da parte del *Comitato Clinico per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza* (CC-ICA). Lo stesso è ricompreso tra gli obiettivi mandatori del *Piano Annuale di Rischio Sanitario* (PARS), del quale costituisce parte integrante e sostanziale, prevedendo la puntuale descrizione sia delle attività pianificate sia di quelle effettivamente attuate.

Atteso che, sotto il profilo normativo, gli **ambiti** identificati per la valutazione e la verifica dell'efficacia del *Piano* sono i seguenti:

- **sezione A**, requisiti strutturali e tecnologici;
- **sezione B**, formazione del personale;
- **sezione C**, monitoraggio e *feedback*;
- **sezione D**, comunicazione permanente;
- **sezione E**, clima organizzativo e *commitment*;

L'Organizzazione, sempre nel rispetto della normativa regionale vigente, nonché, alla luce dei risultati rilevati dal *Questionario di Autovalutazione*, eseguito dal CRM in data 26/01/2026, ha preso atto che è stato conseguito e mantenuto **l'obiettivo minimo prestabilito dal precedente Piano 2025** ("Raggiungimento del livello AVANZATO in almeno 3 ambiti di valutazione - sui 5 prestabiliti - e mantenimento almeno del livello INTERMEDIO nelle restanti sezioni entro il 31/12/2025, in armonia con quanto statuito a pag. 19 del Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani di cui alla Determinazione della Regione Lazio del 26/02/2021, n. G02044.") e ha stabilito il seguente obiettivo per l'anno 2026:

Mantenimento del livello AVANZATO in almeno 3 ambiti di valutazione - sui 5 prestabiliti - e mantenimento almeno del livello INTERMEDIO nelle restanti sezioni entro il 31/12/2026, in armonia con quanto statuito a pag. 19 del *Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani* di cui alla Determinazione della Regione Lazio del 26/02/2021, n. G02044.

Nei successivi paragrafi (3-7), per ciascuna singola sezione/ambito, si descriveranno gli esiti commentati in merito all'ultimo *Questionario di Autovalutazione* eseguito (punto "A"), nonché, definite le principali azioni del PALIM 2026 (punto "B").

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Piano si applica in tutte le unità operative della Casa di Cura, in tutti i nuclei di assistenza della RSA e in tutte le aree comuni e i servizi della Struttura.

Lo stesso è rivolto a tutto il personale coinvolto, a vario titolo, nelle attività di assistenza e cura della Casa di Cura e della RSA, comprendendo anche gli operatori non sanitari, i familiari, i *caregiver* e, chiunque, a diverso titolo o ragione, venga a contatto con la Struttura.

3. SEZIONE A. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

A. QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE. Punteggio rilevato: 100/100, livello AVANZATO (esito Piano 2025: 100/100, livello AVANZATO).

Punti di forza. Sulla base delle evidenze rilevate, i requisiti *strutturali e tecnologici* rappresentano uno dei punti di forza principali sia della Casa di Cura che della RSA.

Ciò in ragione dei seguenti elementi:

1) sono presenti **n. 208 dispenser di soluzione biocida disinfettante a base alcolica** (etanolo > 75%) per l'igiene delle mani (nome commerciale: *Tork® alcohol liquid hand sanitizer*¹⁶), con un sistema "a cartucce" (ottimale per evitare contaminazioni da rabbocchi o travasi), **per ogni punto di assistenza**¹⁷ della Casa di Cura e della RSA, oltre a ulteriori circa n. 50 dispenser tradizionali distribuiti nei corridoi delle aree di degenza e nelle aree comuni dedicate all'utenza esterna.

I rifornimenti vengono costantemente effettuati e monitorati sia dai Coordinatori infermieristici delle singole UU.OO. che da parte del personale facente capo all'Ufficio *Servizi Generali* e dalla Direzione sanitaria.

2) il rapporto lavandini/letti è superiore a 1:10;

3) in corrispondenza dei lavandini dei servizi igienici e delle infermerie sono presenti sia sapone che salviette monouso; in alcuni casi sono disponibili anche asciugatori elettrici. L'ultima ricognizione, effettuata dal CRM nell'ambito della "Ricognizione servizi igienici (aree di degenza)", risale al 23/12/2025.

4) analogamente all'anno precedente, l'organizzazione garantisce un budget di spesa dedicato, regolare e adeguato, all'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani.

40



¹⁶ Le schede tecniche del prodotto sono disponibili al seguente link: <https://www.torkglobal.com>. Ultimo accesso: febbraio 2026.

¹⁷ Il Punto di assistenza è il luogo dove tre elementi si uniscono: il paziente, l'operatore sanitario e la cura o il trattamento che comporti il contatto con il paziente o il suo ambiente circostante (all'interno della zona del paziente). Il concetto abbraccia la necessità di eseguire l'igiene delle mani nei momenti raccomandati esattamente dove ha luogo l'assistenza. Ciò richiede che un prodotto per l'igiene delle mani (a base di soluzione alcolica, se disponibile) sia facilmente accessibile e il più vicino possibile - a portata di mano dove si svolge l'assistenza o il trattamento del paziente. I prodotti al punto di assistenza devono essere accessibili senza dover lasciare la zona paziente (Fonte: Determinazione Regione Lazio 26/02/2021, n. G02044. Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani").

Punti di miglioramento. Rispetto all'anno precedente, si è osservato un impegno costante nel garantire la disponibilità continua di sapone e, soprattutto, di salviette monouso.

Si rammenta, inoltre, che già nel 2024, al fine di rafforzare ulteriormente e mantenere l'elevato livello raggiunto, erano stati installati ulteriori n. 8 (otto) dispenser di soluzione biocida disinfettante a base alcolica per l'igiene delle mani, anch'essi con sistema "a cartucce", negli ambienti destinati alle attività riabilitative (palestra principale e area box mezzi fisici strumentali) al piano seminterrato dell'edificio "A" della Casa di Cura.

Ciò ha permesso, per la seconda volta, di coinvolgere l'intera pianta organica del personale tecnico-sanitario dell'area Riabilitazione nel consueto studio osservazionale sull'adesione degli operatori alle corrette prassi di igiene delle mani, svoltosi dal 7 al 10 maggio 2025 (rif.: Nota prot. n. 22/DS del 02/05/2025), in coincidenza con la settimana in cui ricorreva la *Giornata mondiale dell'Igiene delle mani* promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)¹⁸.

Nel corso del 2025 è stata inoltre effettuata la regolare manutenzione dei porta salviette di carta monouso e degli asciugatori elettrici ad aria calda presenti nelle infermerie dei reparti e nei servizi igienici della Struttura, comprensiva, se necessario, di sostituzione o riparazione dei componenti usurati, quali rompigitto, terminali, rubinetti o "cipolle".

L'obiettivo principale, relativo a questo specifico requisito, che per il quinto anno consecutivo ha registrato un esito classificato come "AVANZATO" (attribuibile in via esclusiva al costante impegno di tutti gli stakeholder coinvolti), è garantire il mantenimento nel tempo di tale elevato standard.

B. PIANO DI AZIONE LOCALE.

41

1) I *dispenser* per l'erogazione di prodotti a base alcolica per l'igiene delle mani devono essere disponibili in tutti i seguenti ambienti:

- stanze di degenza;
- infermerie/medicherie;
- locali di preparazione dei farmaci;
- palestre;
- area dedicata all'esecuzione dei mezzi fisici strumentali per le attività di Riabilitazione;
- day hospital;
- ambulatori;
- ingresso dei reparti;
- locali ristoro/relax;
- sui carrelli adibiti all'attività assistenziale.

Per consentire un facile utilizzo del prodotto, il *dispenser* deve essere accessibile senza doversi allontanare dalla zona in cui si effettuano le prestazioni clinico-assistenziali e, comunque, entro due metri dall'operatore sanitario.

Indicazioni particolari

- La parte terminale dell'erogatore non deve venire a contatto con le mani dell'operatore durante l'uso. Pulire la confezione se la soluzione antisettica fuoriesce e sporca il flacone.
- Sul flacone va indicata con un pennarello indelebile la data di apertura.
- Le schede tecniche e di sicurezza dei prodotti in uso devono essere presenti in ogni unità operativa.

¹⁸ <https://www.epicentro.iss.it/igiene-mani/giornata-mondiale-2024>.

- Laddove per motivi di sicurezza legati alle caratteristiche cliniche del paziente (ad esempio, per patologia neurologica o psichiatrica) non sia possibile utilizzare il dispenser fisso vicino al letto del paziente/ospite, si dovrà ovviare fornendo agli operatori confezioni monouso di soluzione idroalcolica ovvero dotando i carrelli di servizio di flaconi portatili.

2) Nelle UU.OO. l'approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani avviene secondo le medesime modalità operative e impiego di modulistica previsti per il rifornimento di farmaci e presidi.

I Coordinatori infermieristici sono tenuti a vigilare sia per le operazioni di approvvigionamento/distribuzione che di monitoraggio dei prodotti per l'igiene delle mani, sotto la supervisione/responsabilità della Direzione sanitaria e del *Clinical Risk Manager*.

Per le altre aree e servizi (comprese le palestre) è l'Ufficio *Servizi Generali*, con il supporto dei manutentori, che provvederà all'approvvigionamento e al monitoraggio dei prodotti per l'igiene delle mani (quest'ultimo anche con l'ausilio del referente del Servizio farmaceutico), oltre alle seguenti attività:

- manutenzione dei lavandini e dei *dispenser*;
- segnalazione di eventuali guasti e/o carenze nelle forniture;
- distribuzione dei *dispenser* all'interno della Struttura.

Matrice della Responsabilità

<i>Azione</i>	<i>Coordinatori infermieristici</i>	<i>Ufficio Servizi Generali</i>	<i>Servizio di Manutenzione interna</i>	<i>Direzione sanitaria</i>
Approvvigionamento e monitoraggio prodotti per l'igiene delle mani: unità operative (aree di degenza).	C	I	I	R
Approvvigionamento e controllo prodotti per l'igiene delle mani: aree comuni, servizi, uffici, palestre.	-	C	I	R
Manutenzione dei lavandini e dei <i>dispenser</i> .	I	R	C	I
Segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture.	I	R	I	C
Distribuzione dei dispenser all'interno della Struttura.	I	C	I	R

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

4. SEZIONE B. FORMAZIONE DEL PERSONALE

A. QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE. Punteggio rilevato: 90/100, livello AVANZATO (esito Piano 2025: 90/100, livello AVANZATO).

Punti di forza.

Sulla base delle evidenze rilevate, per quanto riguarda la *Formazione del personale*, si registrano i seguenti punti di forza:

1) È stata pianificata un'attività formativa continua e monitorata per tutto il personale sanitario e socio-sanitario, mediante un approccio *blended*. In particolare, nel 2025 sono stati formati n. 14 (quattordici) nuovi Formatori e Osservatori sulla pratica dell'igiene delle mani, nell'ambito del "Corso di formazione per gli osservatori sulla corretta prassi dell'igiene delle mani (strategia OMS/WHO)", tenutosi il 04/04/2025 (numero crediti ECM: 5,8) e propedeutico al successivo Studio osservazionale (Rif. Nota prot. n. 15/DS del 12/03/2025). Nel medesimo anno sono state altresì promosse numerose ulteriori iniziative ed attività formative sul tema (si veda anche Nota prot. n. 21/DS del 02/05/2025).



PROVIDER: ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO
ID: 133 -

P R O G R A M M A

Titolo: Corso di formazione per gli osservatori sulla corretta prassi dell'igiene delle mani (strategia OMS/WHO).

Edizione n°: 1

Date di svolgimento: 4 aprile 2025

Responsabile Scientifico: Dr. Enrico Rosati

Sede di svolgimento evento: Sala Polifunzionale della Casa di Cura "Auxologico Roma - Buon Pastore", via di Vallelunga, 8 - 00166 Roma

Destinatari: Medico Chirurgo (tutte le discipline), Infermiere, Fisioterapista, Terapista occupazionale, Psicologo, Dietista, Educatore professionale, Logopedista, Tecnico sanitario di radiologia medica.

Obiettivo Formativo: la sicurezza del paziente. risk management e responsabilità professionale.

Area Formativa: obiettivi formativi di sistema

Numero crediti assegnati: 5.8

43

2) Il *Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani* e il presente *Piano di azione locale* sono sempre accessibili sulla piattaforma intranet aziendale AuxoRoma.net¹⁹ al percorso: DOCUMENTI → ALTRI REGOLAMENTI, oltre a essere stati capillarmente distribuiti a tutti i Responsabili medici, ai Coordinatori infermieristici, al Coordinatore del personale tecnico-sanitario di Riabilitazione di tutte le UU.OO. della Struttura, al Responsabile dell'Ufficio dei Servizi Generali e al personale interno della manutenzione.

¹⁹ Piattaforma intranet aziendale AuxoRoma.net: <http://172.16.2.17/>.

Inoltre il presente Piano, costituendo parte integrante e sostanziale del *Piano Annuale di Rischio Sanitario* (PARS), è disponibile anche sul sito internet istituzionale della Struttura.

3) È stata predisposta, approvata e stabilita la distribuzione della *brochure* sull'igiene delle mani "IGIENE DELLE MANI: QUANDO, COME E PERCHÈ?" dal CC-ICA nella Seduta del 20/12/2021, nonché, più volte ristampata (su carta patinata opaca 250 gr., a 4 colori) e costantemente diffusa sia alle risorse umane neoassunte (di *default*, come da specifica istruzione operativa), che ai familiari dei Pazienti/Ospiti e ai visitatori, generalmente, in occasione della Giornata mondiale sull'igiene delle mani che si celebra ogni 5 maggio e in caso di isolamento dei Pazienti/Ospiti per cause di natura infettivologica.

4) Sul sito dell'Istituto Auxologico Italiano e sui *social media* ad esso collegati (Facebook, Instagram, LinkedIn, X, Youtube, etc.) sono presenti contenuti *ad hoc* sull'igiene delle mani, quali, a esempio:

<https://www.auxologico.it/lavarsi-mani-quando-perche-farlo>;

<https://www.auxologico.it/news/giornata-mondiale-lavaggio-mani>;

<https://www.auxologico.it/lavare-mani-chirurgo>;

Istituto Auxologico Italiano: Instagram "Auxologico", storie in evidenza: "Igiene delle mani", al seguente link: <https://www.instagram.com/stories/highlights/17853412372860866/>.



5) Sono presenti, in maniera ben visibile, **n. 62 (sessantadue) poster** su supporto forex, di dimensioni 100 x 70 cm, distribuiti in tutte le UU.OO. e nei nuclei di degenza della Struttura. I poster illustrano le corrette modalità di lavaggio delle mani, sia con acqua e sapone sia con soluzione alcolica (SIA), e i "5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani", secondo le indicazioni e le infografiche fornite da World Health Organization (WHO), Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Centro Nazionale per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CCM).

Nei servizi igienici delle medicherie e delle infermerie sono inoltre collocati specifici cartelli volti a sensibilizzare gli operatori sanitari sull'importanza di una corretta e costante igiene delle mani.



6) La Struttura dispone di un *Clinical Risk Manager*, con competenze specifiche nella promozione di programmi di formazione sull'igiene delle mani, specialista in Igiene e Medicina Preventiva.

7) Analogamente all'anno precedente, la Direzione ha definito un budget annuale destinato alla formazione e alle iniziative di sensibilizzazione sulla corretta pratica dell'igiene delle mani.

Punti di miglioramento. Oltre alle attività formative e di promozione routinarie sul tema dell'igiene delle mani, per l'anno 2026 è programmata la formazione specifica di almeno dieci nuovi Formatori e Osservatori, selezionati tra il personale sanitario e socio-sanitario della Struttura. La formazione sarà erogata tramite un corso residenziale, garantendo così un approccio strutturato e standardizzato alla promozione delle corrette prassi di igiene delle mani all'interno dell'organizzazione.

B. PIANO DI AZIONE LOCALE.

1) Obiettivo della formazione. L'obiettivo primario della formazione è promuovere in maniera continuativa comportamenti corretti e coerenti con le buone pratiche di igiene delle mani da parte di tutto il personale sanitario e socio-sanitario della Struttura. A tal fine, l'organizzazione può avvalersi di metodologie formative diversificate, tra cui: formazione frontale, a distanza e sul campo; modalità *blended*; utilizzo di poster, brochure, contenuti video proiettati su maxi schermo all'ingresso della Struttura; comunicazioni tramite social media aziendali; somministrazione di questionari di valutazione; nonché altre forme di sensibilizzazione finalizzate a coinvolgere il più ampio numero possibile di operatori.

2) Piano formativo 2026. Il Piano formativo per l'anno 2026 prevede almeno un evento formativo principale, comprensivo di verifica delle competenze, mirato a coinvolgere il maggior numero di operatori possibile, con particolare attenzione al personale neoassunto.

Il Piano prevede inoltre la formazione specifica di almeno n. 10 (dieci) nuovi Formatori e Osservatori sulla pratica dell'igiene delle mani.

Il calendario degli eventi dovrà essere definito entro il 28 febbraio dell'anno solare dal Responsabile della Formazione.

3) Identificazione dei formatori.

Oltre al *Clinical Risk Manager* (CRM), i formatori potranno essere selezionati tra il personale sanitario e socio-sanitario della Struttura, a condizione che sia documentata la loro adeguata formazione pregressa e il possesso di competenze tecnico-professionali coerenti con il ruolo.

4) Formazione aggiuntiva per formatori e osservatori. L'organizzazione si impegna a identificare opportunità formative specifiche sia per i formatori sia per gli osservatori. Per questi ultimi, è prevista una formazione aggiuntiva pratica sul campo, svolta sotto la supervisione di un tutor esperto, al fine di garantire l'acquisizione di competenze operative e metodologiche necessarie per l'attività di osservazione e monitoraggio.

5) Aggiornamento del materiale formativo. Nell'ambito degli incontri annuali del *Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza* (CC-ICA), dovrà essere previsto, tra gli argomenti all'ordine del giorno, l'aggiornamento dei materiali didattici e la sostituzione di quelli obsoleti, laddove ritenuto necessario.

6) Categorie di destinatari della formazione. La formazione, strutturata con obiettivi differenziati in base ai ruoli, è rivolta a tre principali categorie di operatori:

a. Formatori: figure incaricate di erogare la formazione, anche pratica, agli operatori sanitari. La scelta dei formatori deve basarsi su competenza, motivazione e autorevolezza all'interno dei rispettivi *team*.

b. Osservatori: responsabili del monitoraggio delle pratiche igieniche e della restituzione di *feedback* agli operatori, in coerenza con le attività di miglioramento continuo della Struttura.

c. Operatori sanitari: destinatari principali della formazione sulle corrette prassi igieniche.

7) Contenuti minimi della formazione per gli operatori.

- Definizione e impatto delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA);
- Principali modalità di trasmissione delle infezioni;
- Prevenzione delle ICA e ruolo fondamentale dell'igiene delle mani;
- Applicazione pratica dei "cinque momenti" dell'igiene delle mani;
- Strategie e strumenti per l'implementazione, il monitoraggio e il controllo delle misure di prevenzione delle ICA;
- Condivisione delle esperienze aziendali e valutazione delle strategie adottate.

5. SEZIONE C. VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEED-BACK

A. QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE. Punteggio rilevato: 75/100, livello INTERMEDIO (esito Piano 2025: 75/100, livello INTERMEDIO).

Nella Struttura vengono regolarmente effettuati controlli sulla disponibilità dei prodotti per l'igiene delle mani, tra cui soluzioni alcoliche, sapone e salviette monouso, nonché verifiche periodiche delle conoscenze del personale. Parallelamente, viene eseguito il monitoraggio indiretto del consumo di soluzione alcolica per la frizione delle mani, che deve attestarsi a un valore minimo di 20 litri per 1.000 giorni/paziente²⁰.

Nel corso del 2025, in tutte le UU.OO. della Casa di Cura e nei nuclei assistenziali della RSA, nonché per la seconda volta durante le attività riabilitative nella palestra e nei locali dedicati ai mezzi fisici strumentali, è stata condotta un'indagine di monitoraggio diretto finalizzata alla verifica della corretta pratica dell'igiene delle mani. L'indagine è stata realizzata mediante osservazione diretta da parte di osservatori formati, utilizzando schede predisposte *ad hoc*. Contestualmente, sono stati coinvolti, per la prima volta, anche i familiari/caregiver nello studio osservazionale.

Nel 2025 sono state complessivamente valutate n. 1.566 opportunità di igiene delle mani, rispetto a n. 1.326 nel 2024 e n. 384 nel 2023, registrando un'adesione/compliance del personale sanitario e socio-sanitario ai cinque momenti dell'igiene delle mani pari all'81,6%, rispetto all'80,0% del 2024 e al 69,4% del 2023.

Il report dettagliato, unitamente alle relative slide, è stato presentato al *Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza* (CC-ICA) durante la III seduta annuale (si vedano gli allegati al Verbale di cui Nota prot. n. 45/DS del 16/10/2025) e successivamente condiviso anche con l'Organizzazione.

Anche per l'anno 2026 è prevista l'esecuzione di una nuova rilevazione osservazionale, secondo la medesima metodologia consolidata.

46



²⁰ Standard di riferimento stabilito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS: "[omissis] consumo ≥ 20 litri di gel che ogni 1000 giornate di degenza vengono utilizzati dal personale sanitario, pazienti e caregiver").

B. PIANO DI AZIONE LOCALE.

1) Monitoraggio del consumo dei prodotti per l'igiene delle mani.

L'Ufficio Servizi Generali e il Servizio Farmaceutico sono responsabili del monitoraggio del consumo dei prodotti per l'igiene delle mani, mediante la redazione di report trimestrali da trasmettere alla Direzione sanitaria entro il giorno 15 del mese successivo al trimestre di riferimento (ad esempio, entro il 15 aprile dovranno essere comunicati i dati relativi al I trimestre dell'anno solare). I report devono includere le seguenti informazioni:

- consumo di soluzione alcolica per la frizione delle mani all'interno della Struttura suddivisi tra Casa di Cura e RSA;
- consumo di sapone;
- monitoraggio del consumo di soluzione alcolica in relazione al valore minimo raccomandato dall'OMS, pari ad almeno 20 litri per 1.000 giorni/paziente (i dati sulle giornate di occupazione dei pazienti sono forniti dall'Ufficio SIO).

2) Studio osservazionale sulla pratica dell'igiene delle mani.

È prevista l'esecuzione di uno studio osservazionale finalizzato alla valutazione della corretta applicazione delle prassi di igiene delle mani, comprensivo di *feedback* e diffusione dei risultati emersi. Per ciascuna UU.OO. deve essere realizzata almeno una rilevazione, con l'obiettivo di registrare un numero minimo complessivo di almeno 1.500 (millecinquecento) opportunità/struttura di igiene delle mani.

6. SEZIONE D. COMUNICAZIONE PERMANENTE

A. QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE. Punteggio rilevato: 100/100, livello AVANZATO (esito Piano 2025: 100/100, livello AVANZATO).

Sulla base delle evidenze ottenute, per quanto riguarda la *comunicazione permanente*, risulta che sono esposti nelle aree di degenza della Struttura n. 62 (sessanta) poster che illustrano la corretta tecnica di lavaggio delle mani e su come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica.

Inoltre, sono stati messi in atto, concretamente, tutti i punti di miglioramento individuati nel Piano precedente, quali, per esempio, il rendere costantemente disponibili opuscoli informativi sull'igiene delle mani, nonché, reminder/promemoria sul posto di lavoro quali *screensaver*, spille, adesivi, etc.



48



Giova rammentare, inoltre, che la Direzione ha pubblicato un *handbook* tascabile, distribuito a tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari della Struttura, dal titolo: "*Protocolli sanitari standard*", originato da un gruppo di lavoro interaziendale, all'uopo predisposto e coordinato dal CRM, in cui il numero di occorrenze del termine "*igiene delle mani*" è presente per ben n. 87 volte.

B. PIANO DI AZIONE LOCALE.

Nell'ambito delle attività del CC-ICA si eseguiranno, nell'arco dell'anno solare, le seguenti azioni:

- definire i requisiti per aggiornare e/o fornire nuovi materiali;
- fornire e/o esporre il materiale informativo (poster, *brochure*, etc.) in tutti gli ambienti clinici;
- assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti;
- distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporli in tutti gli ambienti clinici;
- pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diversi dai poster e da opuscoli.

7. SEZIONE E. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

A. QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE. Punteggio rilevato: 95/100, livello AVANZATO (esito Piano 2025: Punteggio rilevato: 95/100, livello AVANZATO).

Punti forza. I punti di forza emersi dal *Questionario di Autovalutazione* sono:

- 1) presenza di una *Direzione Strategica* che s'impegna visibilmente, attraverso azioni concrete, nel sostenere le azioni di promozione e di miglioramento sulla pratica dell'igiene delle mani, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità.
- 2) Esistenza di un programma per la promozione dell'igiene delle mani, anche in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani (5 maggio), predisposto e discusso annualmente in sede di CC-ICA.
- 3) Coinvolgimento dei pazienti/familiari/*caregiver* sul tema dell'importanza dell'igiene delle mani anche attraverso specifici contenuti pubblicati periodicamente sui *social media* di "Auxologico".

49

Punti di miglioramento. Sarebbe opportuno incrementare la frequenza degli incontri del sottogruppo/team dedicato all'igiene delle mani, già individuato nell'ambito delle attività ordinarie del CC-ICA, al fine di promuovere interventi attivi e contribuire al raggiungimento di tutti gli obiettivi definiti dal presente Piano. Si evidenzia, inoltre, che nel corso del 2025 sono state identificate figure leader/promotrici dell'igiene delle mani e implementate specifiche azioni di miglioramento continuo, attraverso l'utilizzo di diversi canali e strumenti, tra cui:

- piattaforme e-learning;
- comunicazioni istituzionali che citano regolarmente l'igiene delle mani, quali newsletter e circolari;
- sistemi di responsabilizzazione e incentivazione del personale finalizzati a incrementare attenzione e sensibilizzazione;
- iniziative volte a premiare e riconoscere comportamenti virtuosi di singoli operatori, unità operative o servizi.

Tutte queste misure sono state promosse e concretamente realizzate nel corso dell'anno solare 2025.

B. PIANO DI AZIONE LOCALE.

Nell'ambito delle regolari riunioni e delle attività previste dal *Piano Annuale di Rischio Sanitario* (PARS), l'attuazione del presente PALIM rappresenta uno degli obiettivi prioritari.

Il CC-ICA, in raccordo con la Direzione Sanitaria e il *Clinical Risk Manager*, costituisce l'organo principale per la promozione e il coordinamento di tutte le attività e azioni relative all'igiene delle mani, così come delineate nel presente Piano, anche mediante l'istituzione di uno specifico sottogruppo/team operativo dedicato.

APPENDICE N. 2. PROGRAMMA ANNUALE DI CONTROLLO LOCALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO DI
LEGIONELLOSI 2026

**PROGRAMMA ANNUALE
DI CONTROLLO LOCALE PER LA GESTIONE
DEL RISCHIO DI LEGIONELLOSI
2026**

Redatto ai sensi della DGR n. 460/2024, del D. Lgs. n. 18/2023, del D. Lgs. n. 102/2025
e della Nota della Regione Lazio prot. n. U.0037825 del 15/01/2026.

A cura del Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA)
Sottogruppo operativo multidisciplinare di lavoro sul controllo della legionellosi.



1. COSTITUZIONE DEL TEAM

Il team di lavoro multidisciplinare con il precipuo compito di definire, con cadenza annuale il riesame del *Piano o Programma di controllo della legionellosi*, già costituitosi in precedenza nella Struttura ai sensi della DGR n. 460/2024, è stato confermato in occasione della I seduta annuale del *Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza* (CC-ICA) del corrente anno ed è così composto (in ordine alfabetico):

- Dr. Fulvio Basili, *Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione* (RSPP);
- Dr.^{ssa} Anna Giuseppina Corvaglia, *Presidente del CC-ICA*;
- Dr.^{ssa} Evelina Fantauzzi, *Responsabile del laboratorio di microbiologia (legionella) e Gestore dell'impianto idrico interno (GDI)*;
- Dr.^{ssa} Giorgia Leone, *Rappresentante delle Aree Cliniche*;
- Dr. Irene Massari, *Rappresentante delle Aree Cliniche*;
- Dr. Enrico Rosati, *Rappresentante della Direzione sanitaria, CRM*;
- Dr.^{ssa} Raffaella Rossi, *Rappresentante delle Aree Cliniche*;
- Dr.^{ssa} Serafina Tropea, *Responsabile Servizi Generali (incluso Servizio Tecnico)*.

2. REALIZZAZIONE DELLA PIATTAFORMA DOCUMENTALE

Nella piattaforma intranet aziendale "Auxologico Roma Intranet", al percorso: GESTIONE DEL SISTEMA DELLA QUALITÀ, DEL RISCHIO SANITARIO E PRIVACY → MONITORAGGIO ICA, è disponibile, oltre al presente Piano annuale, la seguente raccolta documentale relativa al controllo del rischio di legionellosi:

- Documento aziendale SGQ: *"Istruzione operativa sulla prevenzione e controllo della legionellosi e sul monitoraggio della qualità dell'acqua dell'impianto idrico interno"*, CDC_ISO_leg, rev. 03.
- Documento aziendale SGQ: *"Protocolli per l'esecuzione in sicurezza di ossigenoterapia e aerosolterapia ai pazienti della Casa di Cura e agli ospiti della RSA"*, CDC_PRT_oss, rev. 01.
- Documento sulla valutazione dei Rischi (DVR) - sezione specifica relativa all'ultimo aggiornamento sulla valutazione del rischio da Legionella spp., da parte del *Responsabile del Servizio di Prevenzione e Prevenzione* (RSPP).
- Programma dei campionamenti delle utenze idriche per la ricerca di Legionella, anno 2026.
- Lettera d'incarico del Gestore dell'impianto idrico interno (GDI) ex D. Lgs. n. 18/2023 e ss. mm. e ii.
- Certificazione riguardante l'attivazione e gestione di un sistema di prevenzione e controllo della legionella denominato "Legio Control™" conforme agli standard UNE EN 12671, da parte di una ditta esterna specializzata (Legionella Solution).
- Esiti dei campionamenti sulla qualità dell'acqua dell'impianto idrico ex D. Lgs. n. 18/2023 e D. Lgs. n. 102/2025.
- Esiti dei campionamenti dell'acqua programmati per la ricerca di Legionella.
- Registro dei flussaggi mirati per la riduzione del rischio di legionellosi.
- Mapping delle utenze idriche delle aree di degenza della Struttura.
- Schede per la notifica di Legionellosi.
- Guida/brochure informativa aziendale "Legionella: istruzioni e informazioni utili per operatori sanitari, pazienti e familiari" (realizzata nell'ambito delle azioni di miglioramento previste per l'anno 2025).
- Ministero della Salute. Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi. Approvate dalla Conferenza Stato-Regioni in data 7 maggio 2015. Ministero della Salute, Roma, 2015. Disponibile in formato PDF sul sito del Ministero della Salute (pubblicato 13 maggio 2015).

- Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio 28 giugno 2024, n. 460. Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi.
- Decreto Legislativo 23 febbraio 2023, n. 18. Attuazione della Direttiva (UE) 2020/2184 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 2020, concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 55 del 6 marzo 2023. Entrato in vigore il 21 marzo 2023.
- Decreto Legislativo 19 giugno 2025, n. 102. Disposizioni integrative e correttive del Decreto Legislativo 23 febbraio 2023, n. 18, di attuazione della Direttiva (UE) 2020/2184, concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 153 del 4 luglio 2025 – Supplemento Ordinario n. 24. Entrato in vigore il 19 luglio 2025.
- Istituto Superiore di Sanità. Linee Guida per la valutazione e la gestione del rischio per la sicurezza dell'acqua nei sistemi di distribuzione interni degli edifici prioritari e non prioritari e in talune navi ai sensi della Direttiva (UE) 2020/2184. Gruppo di lavoro ad hoc sulla sicurezza dell'acqua nei sistemi di distribuzione idrica interni degli edifici e di talune navi. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/32). La Direzione facilita, altresì, l'acquisizione e la trasmissione della predetta documentazione a tutti i soggetti, a diverso titolo coinvolti, nella gestione del rischio sanitario correlato alla legionellosi.

3. MODALITÀ DI ESECUZIONE E TEMPI DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO E INDICAZIONE SINTETICA DELLE MISURE DI CONTROLLO PREVISTE

3.1 PREMESSA

La valutazione del rischio di legionellosi nella Struttura viene effettuata secondo due principali tipologie:

1. Valutazione basata sulle caratteristiche della Struttura sanitaria.

- Eseguita conformemente alle indicazioni del paragrafo 2, *"Monitoraggio e prevenzione della legionellosi in assenza di casi - Strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali"*, del Documento *"Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza e controllo della legionellosi"* adottato con DGR n. 460/2024.
- La redazione di questa valutazione è a cura del sottogruppo multidisciplinare del CC-ICA, come indicato al paragrafo 1 della presente Appendice.

2. Valutazione per operatori sanitari e lavoratori della Struttura.

- Effettuata ai sensi del D. Lgs. n. 81/2008 e del paragrafo 3, *"Rischio legionellosi associato ad attività professionale (lavoratori ed equiparati)"*, del Documento di riferimento.
- La responsabilità di questa valutazione è attribuita al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP).

Entrambe le tipologie di valutazione vengono eseguite con cadenza annuale o ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità, ad esempio in caso di segnalazione di polmonite da legionellosi.

Per la valutazione del rischio di legionellosi ai sensi del D. Lgs. n. 81/2008 si rinvia alla specifica sezione del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR). Di seguito si riporta la Valutazione del Rischio di Legionellosi per l'anno 2026, predisposta conformemente al Documento *"Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza e controllo della legionellosi"* adottato con DGR n. 460/2024.

3.2. VALUTAZIONE DEL RISCHIO BASATA SULLE CARATTERISTICHE DELLA STRUTTURA SANITARIA 2026.

La valutazione del rischio viene effettuata tenendo conto delle caratteristiche ambientali e impiantistiche, nonché, dei dati inerenti la tipologia di *case-mix* dei pazienti assistiti (Casa di Cura) e degli ospiti degenti (RSA), le prestazioni erogate e i precedenti dati epidemiologici.

In particolare, sono stati considerati i fattori per la valutazione del rischio inclusi nella Tabella n. 9 di cui alle Linee guida del Ministero della Salute per la prevenzione ed il controllo della legionellosi di seguito illustrata.

Tipologia di pazienti assistiti (C)	Il rischio di sviluppare la legionellosi, dopo esposizione a <i>Legionella</i> nell'ambiente, è: 1. molto elevato: in pazienti profondamente immunodepressi, quali: pazienti sottoposti nel corso del ricovero a trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche o a trapianto di organo solido pazienti sottoposti a chemioterapia particolarmente immunodepressiva (ad es. per leucemia mielogena acuta dell'infanzia). pazienti con granulocitopenia di lunga durata (PMN neutrofili $\leq$ 500/mL). pazienti affetti da tumore sottoposti a chemioterapia preventiva e trattamento corticosteroidico ad alte dosi (> 5 mg/kg di prednisone per più di 5 giorni) o prolungato (0,5 mg/kg di prednisone per 30 giorni o più o equivalenti). 2. aumentato in presenza di patologie, condizioni individuali, quali: abitudine al fumo diabete mellito, scompenso cardiaco, BPCO, nefropatie intervento chirurgico in anestesia generale tumori maligni infezione da HIV trattamento con corticosteroidi, chemioterapia antitumorale, radioterapia, farmaci anti-TNF- α (Tumor Necrosis Factor-α) o altri immunosoppressivi, che, per durata e/o dosaggio dei farmaci, non è tale da indurre un'immunodepressione profonda aumentare dell'età etilismo cronico tossicodipendenza per via venosa. Complessivamente, le condizioni di cui al punto 2 sono molto diffuse nella popolazione generale, e di conseguenza anche tra i pazienti ospedalizzati. Pertanto, più che per definire i reparti a rischio, vanno considerati come fattori di rischio individuali.
Pratiche sanitarie che aumentano il rischio (A)	Parto in acqua Pratiche sanitarie inerenti le vie aeree: intubazione, ventilazione assistita, aspirazione, aerosol, sondino naso-gastrico, aerosol terapia, ossigeno terapia, etc.
Storico antecedente della Struttura (E)	Il rischio di trasmissione di <i>Legionella</i> può aumentare in una qualsiasi delle condizioni riportate di seguito: Precedenti casi di legionellosi nosocomiale Isolamento in passato di <i>Legionella</i> dagli impianti idrici od aeraulici.

Pertanto, la valutazione del rischio viene calcolata tenendo conto dei seguenti tre parametri, assegnando un punteggio a ciascuno dei tre fattori (C, A, E) e calcolando un indice complessivo di rischio:

- 1) Tipologia di pazienti assistiti o indice di *case-mix* (C);
- 2) esecuzione di pratiche sanitarie che aumentano il rischio o indice assistenziale (A);
- 3) storico antecedente della Struttura o indice epidemiologico (E).

Definizione degli Indici

- **Indice di Case-mix (C):** rappresenta la tipologia di pazienti assistiti, considerando la loro vulnerabilità alla legionella.
 - **0-20:** pazienti a basso rischio (es. pazienti non immunodepressi, reparti non critici);
 - **21-50:** pazienti con rischio moderato (es. reparti di lungodegenza);
 - **51-100:** pazienti ad alto rischio (es. RSA intensiva).
- **Indice Assistenziale (A):** valuta la presenza e frequenza di pratiche sanitarie che aumentano il rischio di trasmissione della legionella.
 - **0-20:** Nessuna pratica a rischio (es. day hospital, poliambulatorio);
 - **21-50:** Uso limitato di strumenti aerosolizzanti (es. degenze con ossigenoterapia/aerosol effettuato occasionale);
 - **51-100:** Uso frequente di dispositivi che favoriscono la dispersione della legionella (es. ventilazione meccanica).
- **Indice Epidemiologico (E):** Considera lo storico della struttura in termini di contaminazione e casi di legionellosi.
 - **0-20:** Nessun caso e controlli microbiologici sempre negativi;
 - **21-50:** Positività occasionali senza casi clinici;
 - **51-100:** Storia di contaminazioni ricorrenti e/o casi accertati di legionellosi.

54

Calcolo del Rischio Totale (R).

L'indice di rischio complessivo **R** può essere calcolato come media ponderata dei tre fattori:

$$R = \frac{C + A + E}{3}$$

Classificazione del Rischio

- 0-20:** Rischio Basso
21-50: Rischio Moderato
51-100: Rischio Alto

Sulla base della sopra descritta metodologia, la valutazione del rischio per l'anno 2025, per singola UU.OO., è stata la seguente:

UNITÀ OPERATIVA	STIMA DEL RISCHIO	LIVELLO DI RISCHIO
Recupero funzionale e Riabilitazione, cod. 56 Day hospital	20/100	RISCHIO BASSO
Recupero funzionale e Riabilitazione, cod. 56 Degenza ordinaria	30/100	RISCHIO BASSO
Lungodegenza medica, cod. 60	55/100	RISCHIO ALTO
RSA "Mantenimento alto"	40/100	RISCHIO MODERATO
RSA "Intensiva" (NARI, R1)	55/100	RISCHIO ALTO

3.3. INDICAZIONE SINTETICA DELLE MISURE DI CONTROLLO PREVISTE

La Casa di Cura “Auxologico Roma – Buon Pastore”, in ottemperanza alle *Linee guida per la prevenzione e il controllo della Legionellosi* del Ministero della Salute (2015) e al D. Lgs. n. 81/2008 e s.m.i., adotta e mantiene attivo un Piano di Autocontrollo per la gestione del rischio Legionella, finalizzato alla tutela della salute dei pazienti/ospiti, del personale e degli utenti.

Il Piano si fonda su un sistema strutturato di **misure preventive, protettive e correttive**, articolate su interventi a breve e a medio-lungo termine, già implementate nel corso dell’anno 2025 e confermate per l’anno 2026, e comprende attività di gestione, manutenzione, trattamento degli impianti e sorveglianza microbiologica e sanitaria.

Misure di controllo sugli impianti idrici e aeraulici

Le principali misure di controllo previste sono sinteticamente riportate di seguito:

- **Manutenzione e disinfezione degli impianti idrici**, mediante:
 - decalcificazione e disinfezione periodica dei componenti meno usurati;
 - sostituzione programmata di giunti, filtri, rompigetto, soffioni e tubazioni flessibili, in funzione delle caratteristiche chimico-fisiche dell’acqua;
 - installazione di **filtri terminali anti-Legionella** nei punti di erogazione individuati come critici.
- **Trattamento continuo dell’acqua sanitaria con biossido di cloro stabile (ClO₂)**, effettuato tramite sistema di dosaggio automatico controllato, gestito da ditta esterna specializzata secondo protocolli tecnici validati. Tutte le attività di gestione, controllo e manutenzione del sistema di dosaggio sono oggetto di **registrazione documentale** e conservazione agli atti (parte integrante del “Registro delle attività”).
- **Interventi correttivi in caso di non conformità microbiologiche**, consistenti in operazioni di bonifica e disinfezione straordinaria degli impianti (dosaggi a elevate concentrazioni di ClO₂ o altre metodologie di comprovata efficacia), con successiva ripetizione dei campionamenti fino al rientro dei parametri entro i limiti di riferimento, in conformità alle modalità e tempistiche stabilite dalle Linee guida ministeriali per il rientro nei valori limite.
- **Sorveglianza e gestione dei terminali idrici**, mediante:
 - controlli periodici di rubinetti e docce;
 - prevenzione di ristagni idrici;
 - flussaggio programmato delle utenze idriche.
- **Pulizia e manutenzione degli impianti aeraulici e di climatizzazione**, con particolare attenzione ai punti a rischio di condensazione, agli umidificatori, alle torri evaporative e ai filtri, in conformità alle indicazioni delle Linee guida ministeriali.

55

Sorveglianza microbiologica

Il Piano prevede l’esecuzione di **campionamenti microbiologici periodici** della rete idrica sanitaria, effettuati con cadenza semestrale nei punti rappresentativi e critici dell’impianto.

Sono inoltre programmati **campionamenti straordinari** in caso di segnalazioni/notifiche, sospetti clinici e/o eventi che possano alterare le condizioni di sicurezza degli impianti.

Gestione delle attività sanitarie a rischio

- Le procedure di **aerosolterapia e ossigenoterapia** sono effettuate esclusivamente con utilizzo di acqua distillata o sterile, con pulizia, sanificazione e/o sostituzione dei dispositivi secondo le procedure del Sistema di Gestione per la Qualità.
- Le attrezzature che generano aerosol sono sottoposte a specifiche procedure di bonifica e decontaminazione, evitando il rabbocco e garantendo la sostituzione regolare dei componenti.

- La Direzione sanitaria assicura la disponibilità dei test diagnostici di laboratorio per la Legionella per l'utilizzo da parte dei medici operanti nella Struttura.
- Per quanto riguarda le attività di competenza della Direzione Sanitaria a seguito della segnalazione/notifica di un caso sospetto o confermato di legionellosi, sono previste le seguenti azioni:
 - ✓ Segnalazione e notifica tempestiva all'ASL territorialmente competente di ogni caso nosocomiale sospetto o confermato, secondo le modalità previste dalla normativa vigente.
 - ✓ Contestualmente, nelle unità operative interessate, e senza attendere l'esito dei campionamenti microbiologici, devono essere immediatamente attivate le seguenti misure:
 - informazione dei soggetti potenzialmente coinvolti, inclusi operatori sanitari, pazienti, ospiti e, ove necessario, visitatori, nel rispetto dei principi di riservatezza;
 - verifica e monitoraggio delle procedure assistenziali, al fine di individuare eventuali criticità e garantire il rispetto delle corrette pratiche operative;
 - rafforzamento della sorveglianza clinica sui pazienti e sugli ospiti, assicurando la tempestiva esecuzione degli accertamenti diagnostici in presenza di segni o sintomi compatibili con legionellosi;
 - adozione immediata di misure cautelative sugli impianti idrici e aeraulici, finalizzate alla riduzione del rischio di esposizione, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la sospensione dell'utilizzo delle docce e, laddove possibile, la disattivazione delle funzioni di umidificazione delle Unità di Trattamento Aria (UTA).

Buone pratiche operative e organizzative.

Il Piano di Autocontrollo è supportato dall'adozione sistematica di **buone pratiche operative**, attuate in coordinamento tra Direzione, GIDI, Ufficio Servizi Generali, Servizio di Manutenzione e Servizio di Prevenzione e Protezione, che comprendono:

- prevenzione della formazione di bracci morti e tratti di rete con flusso idrico assente o intermittente;
- separazione delle reti di acqua calda e fredda;
- mantenimento delle temperature dell'acqua al di fuori dell'intervallo favorevole alla proliferazione della Legionella (acqua calda $\approx 50^{\circ}\text{C}$ all'erogazione; acqua fredda $< 20^{\circ}\text{C}$);
- applicazione di trattamenti biocidi per il controllo del biofilm;
- verifica periodica dell'efficacia del programma di manutenzione;
- verifica periodica della qualità delle acque ai sensi del D. Lgs. n. 18/2023 e ss. m. e ii., con particolare attenzione ai parametri emergenti (GIDI).

Tutte le attività previste dal Piano sono oggetto di monitoraggio continuo, tracciabilità documentale e riesame periodico, al fine di garantire l'efficacia del sistema di prevenzione e il costante miglioramento delle misure di controllo del rischio Legionellosi.

4. RISULTATO SINTETICO DEGLI ESITI DEL MONITORAGGIO OPERATIVO DI VERIFICA SULL'EFFICACIA DELLE MISURE DI CONTROLLO IN ATTO

Nel corso dell'anno 2025, il *Laboratory Information System* (LIS) aziendale ha registrato un caso di positività all'antigene urinario per *Legionella pneumophila*, successivamente rivalutato e classificato come "falso positivo" a seguito degli approfondimenti clinico-diagnostici effettuati dalla Direzione sanitaria.

Sempre nel corso del 2025, nell'ambito del programma di campionamenti predefinito e regolarmente eseguito dall'Organizzazione, le positività rilevate sono state risolte mediante interventi mirati di bonifica/disinfezione, integrati dal potenziamento delle attività di monitoraggio e sorveglianza, anche in conformità a quanto previsto dalla DGR n. 460/2024. Le azioni adottate hanno incluso l'applicazione completa delle misure indicate nel Piano di Autocontrollo aziendale, con costante registrazione e rendicontazione delle operazioni al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) dell'ASL di competenza territoriale.

5. SINTESI DEL PIANO DI MIGLIORAMENTO EVENTUALMENTE PREVISTO E INDICAZIONE SINTETICA DELLE AZIONI CORRETTIVE

Azione correttiva/migliorativa	Responsabile	Frequenza / Tempistica	Indicatori di efficacia
Potenziamento campionamenti microbiologici: incremento dei punti critici e monitoraggi straordinari in caso di segnalazioni.	GIDI, Direzione sanitaria	semestrale + straordinari su segnalazione	Nessuna positività fuori limite; tempestiva individuazione di eventuali criticità.
Ottimizzazione bonifica e disinfezione impianti idrici (ClO ₂ e metodi validati).	Servizio Tecnico + Ditta esterna specializzata	Al bisogno / seguito di rilevazioni	Azzeramento immediato delle positività riscontrate; riduzione dei tempi di intervento.
Aggiornamento e manutenzione impianti idrici e aeraulici (fondi serbatoi, pulizia umidificatori, filtri, eliminazione ristagni, etc.).	Servizio Tecnico (manutenzione)	Trimestrale / Annuale	Assenza di ristagni; efficienza dei filtri e degli umidificatori.
Gestione sicura dispositivi aerosolterapia e ossigenoterapia.	Personale sanitario + S.G.Q.	Continuativa	Nessuna contaminazione dei dispositivi; corretto utilizzo di acqua sterile/distillata.
Controllo temperature acqua (acqua calda ≈ 50 °C; acqua fredda < 20 °C) e flussaggio punti non utilizzati.	Servizio Tecnico + Operatori reparti	Mensile / Continuativo	Mantenimento delle temperature entro limiti; prevenzione ristagni
Formazione e sensibilizzazione del personale,	Direzione Sanitaria + SPP	Annuale / Aggiornamenti periodici	Personale formato; miglioramento nella corretta gestione degli impianti; registrazioni.
Tracciabilità e rendicontazione interventi.	Ufficio Servizi Generali Operatori reparti	Continuativa	Completezza e aggiornamento dei registri; report puntuali al SISF.
Riesame annuale Piano di Autocontrollo.	Direzione Sanitaria, GIDI, RSPP, CRM	Annuale / straordinario su segnalazione	Aggiornamento del Piano in base a nuove evidenze, normative o criticità rilevate; miglioramento continuo delle procedure.

57

6. PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI DI SUPPORTO PREVISTE

Nel corso del 2025 sono state redatte, approvate dal Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) e distribuite capillarmente a tutto il personale e ai visitatori n. 200 copie della guida informativa *“Legionella: istruzioni e informazioni utili per operatori sanitari, pazienti e familiari”*, a supporto delle attività di prevenzione e gestione del rischio Legionella.

Anche per il 2026, la formazione periodica del personale sanitario, tecnico e di supporto costituisce elemento strategico del programma di prevenzione primaria e sorveglianza attiva, finalizzato a minimizzare il rischio di legionellosi, in particolare per pazienti ad alto rischio.

Tutte le attività formative e informative saranno documentate, tracciabili e conformi alle normative vigenti, in particolare alla DGR n. 460/2024 e al D. Lgs. n. 81/2008.

Obiettivi formativi e azioni previste

1. Personale medico.
 - o Formazione sul mantenimento di un elevato sospetto clinico per polmonite da Legionella associata a pratiche assistenziali.
 - o Utilizzo appropriato di test e strumenti diagnostici, anche in pazienti trapiantati o con polmonite nosocomiale, indipendentemente dai risultati della sorveglianza ambientale.
2. Personale di assistenza, controllo infezioni e gestione impianti.
 - o Formazione sulle misure operative di prevenzione e controllo della Legionellosi correlata alle pratiche assistenziali e alla gestione degli impianti idrici.
3. Comunicazione e tracciabilità.
 - o Trasmissione formale alle UU.OO. degli esiti della valutazione del rischio, inclusi i casi nosocomiali.
 - o Registrazione sistematica di tutte le attività formative e di controllo per garantire tracciabilità e conformità documentale.
4. Pianificazione di un evento formativo, rivolto agli operatori, sui principi di base della diffusione ambientale della legionella, da realizzare entro il 31/12/2026.

Tutte le attività sono pianificate in coerenza con le caratteristiche della struttura sanitaria, con l'obiettivo di assicurare una gestione del rischio Legionella efficace, documentata e costantemente aggiornata.

Roma, 6 febbraio 2026

58

L. C. S.

SOTTOGRUPPO CC-ICA OPERATIVO MULTIDISCIPLINARE DI LAVORO SUL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI EX DGR N. 460/2024*	FIRMA
Dr. Fulvio Basili Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)	F.to sull'originale
Dr. ^{ss} Anna Giuseppina Corvaglia Responsabile medico RSA, Presidente del CC-ICA, Rappresentante delle Aree cliniche	F.to sull'originale
Dr. ^{ss} Evelina Fantauzzi Responsabile del laboratorio di microbiologia (Legionella); Gestore dell'impianto idrico interno (GIDI)	F.to sull'originale
Dr. ^{ss} Giorgia Leone Responsabile medico NARI, CC-ICA, Rappresentante delle Aree cliniche	F.to sull'originale
Dr. ^{ss} Irene Massari Responsabile medico U.O. Recupero funzionale e Riabilitazione, CC-ICA, Rappresentante delle Aree cliniche	F.to sull'originale
Dr. Enrico Rosati Direttore sanitario, Clinical Risk Manager, CC-ICA	F.to sull'originale
Dr. ^{ss} Raffaella Rossi Responsabile medico U.O. Lungodegenza medica, CC-ICA, Rappresentante delle Aree cliniche	F.to sull'originale
Dr. ^{ss} Serafina Tropea Responsabile Servizi generali	F.to sull'originale

*La Struttura effettua il monitoraggio della Legionella e della qualità delle acque ex D. Lgs. n. 18/2023 e ss. mm. e ii., tramite analisi di laboratorio in autocontrollo, avvalendosi di un laboratorio esterno accreditato per la ricerca della Legionella (certificazione Accredia – ILAC MRA). Nello specifico, il laboratorio esegue campionamento, colture microbiologiche e analisi nel pieno rispetto delle norme di riferimento UNI EN ISO, garantendo accuratezza e conformità normativa.