

	PARS 2026	PARS 2026	
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	Pagina 1 di 22	



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

POLICLINICO CASILINO ANNO 2026

data	Redazione	Verifica	Approvazione
28.02.2026	Dott. Alberto Giannotta Direttore Sanitario Dott. Giuseppe Azzaro Risk Manager	Dott. Alberto Giannotta Direttore Sanitario	Dott. Tullio Ciarrapico Direttore Generale

PARS POLICLINICO CASILINO 2026

INDICE:

1 - Contesto organizzativo 3

2 - Eventi avversi e risarcimenti erogati 6

3 - Descrizione della posizione assicurativa 6

4 - Resoconto delle attività dei piani precedenti 7

5 - Matrice delle responsabilità..... 14

6 - Obiettivi e attività (escluso rischio infettivo) 14

7 - Obiettivi e attività correlate al rischio infettivo 14

8 - Modalità di diffusione 20

9 - Riferimenti normativi, bibliografia e sitografia 21

Allegati:

Piano di azione locale igiene delle mani 2026

Programma annuale controllo legionellosi 2026

	PARS 2026	PARS 2026	
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	Pagina 3 di 22	

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il D.C.A. U00476 del 26/11/2019 con oggetto “Modifica al Decreto del Commissario ad Acta n. U00034 23/01/2019 concernente *“Conferma dell’autorizzazione all’esercizio e dell’accreditamento istituzionale definitivo del Policlinico Casilino, sito in via Casilina 1049- Roma. Conclusione del procedimento di riconduzione del rapporto convenzionale nell’ambito di quanto regolamentato dall’art. 8 bis del D. Lgs. 502 del 1992”* ha individuato la nuova configurazione del Policlinico Casilino, quale struttura con n. 279 posti letto autorizzati e n. 252 posti letto accreditati. Con Determinazione Regionale n. G02209 del 24/02/2025 è stata effettuata voltura del titolo di autorizzazione all’esercizio e accreditamento istituzionale dalla Società Eurosanità S.P.A. alla Società Policlinico Casilino S.P.A. con sede legale in Piazza dei Caprettari 70, 00186 Roma.

Nel dettaglio:

DATI STRUTTURALI				
Posti letto autorizzati:	279		Posti letto Autorizzati	Posti letto Accreditati
(posti letto accreditati:	252)			
Area chirurgica	Chirurgia generale		26	24
	Ortopedia		23	21
	Urologia		12	10
	Chirurgia plastica e ricostruttiva		6	4
	Chirurgia vascolare		2	0
Area medica	Cardiologia		30	24
	Medicina		44	44
Rianimazione e terapia intensiva	Rianimaz/Terapia intensiva		8	8
	Unità coronarica UTIC		6	6
Pronto soccorso e medicina d’urgenza in DEA di 1^ livello			25	25
Ostetricia e ginecologia			44	38
Neonatologia	Isola neonatale e nido		N. 20 culle	N. 20 culle
	Patologia neonatale		16	16
	Terapia intensiva neonatale UTIN		16	16
Day surgery polispecialistico			12	12
Day hospital polispecialistico			4	4
Reparto operatorio	Blocchi operatori			3
	Sale operatorie		11	11

DATI ATTIVITÀ 2025	
Ricoveri Ordinari	21.579 SSN+ 1.700 Privati
Ricoveri Diurni	2.123
Accessi al PS	82.067
Parti	3.603 SSN + 393 Privati – totale 3.996
Prestazioni ambulatoriali erogate	visite ambulatoriali N. 100.465 interventi ambulatoriali (APA) N. 4.844 prestazioni di radiologia N. 52.910 prestazioni di laboratorio N. 339.295

(A): Dati forniti da SIO/SIES Ospedaliero relativi all’anno 2025

	PARS 2026	PARS 2026	
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	Pagina 4 di 22	

COMITATO PER LA SORVEGLIANZA ED IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE AI PROCESSI ASSISTENZIALI (CCICA).

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) del Policlinico Casilino, costituito il 21/02/2017, è stato aggiornato in data 23/02/2026 ed ha come obiettivo quello di diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla gestione del rischio infettivo. Di seguito si riporta, nel dettaglio, gli ambiti di intervento:

- Creare e revisionare procedure operative e PDTA relativi alla gestione e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).
- Migliorare e sviluppare il sistema di monitoraggio degli organismi ALERT ed in particolare i germi MDR;
- Promuovere una corretta *Antimicrobial Stewardship* anche attraverso l'istituzione di corsi Specifici, per singolo reparto, sul corretto utilizzo degli antibiotici secondo le attuali evidenze clinico-scientifiche.
- Attuare corsi e monitoraggio sulla corretta Igiene delle mani.
- Organizzazione di studi volti a definire l'incidenza e la prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza nella nostra Struttura, anche attraverso la partecipazione ad indagini epidemiologiche di livello regionale, nazionale, internazionale.
- Individuazione di risorse umane adeguate, anche grazie all'individuazione di referenti per la gestione del rischio infettivo in ciascuna Unità Operativa.

Il più recente aggiornamento del CCICA vede la seguente composizione:

- 1) Dott. Alberto Giannotta (Direttore Sanitario), con il ruolo di Presidente
- 2) Dott. Giuseppe Azzaro (Risk Manager)
- 3) Dott.ssa Anna Teresa Miele (Responsabile coordinamento personale professioni sanitarie)
- 4) Dott. Tamara Codisotti (Infermiere addetta al Rischio Infettivo)
- 5) Dott.ssa Laura Di Prospero (Direttore UO Patologia Clinica)
- 6) Lucilla Sbardella (Microbiologa UO Patologia Clinica)
- 7) Dott.ssa Emanuela Graziani (Responsabile Farmacia)
- 8) Dott. Francesco Sabetta (Direttore UO Medicina)
- 9) Dott. Graziano Longo (Direttore UO Chirurgia Generale)
- 10) Dott.ssa Fabiola Gabrielli (Direttore Pronto Soccorso)
- 11) Dott. Giuseppe Tufaro (Direttore UO Anestesia e Rianimazione)
- 12) Ing. Noemi Vinci (Ingegnere Clinico)
- 13) Dott. Alessandro Aureli (Direttore UO di Ortopedia)
- 14) Dott.ssa Simonetta Costa (Direttore UO Di Neonatologia UTIN)
- 15) Prof. Herbert Valensise (Direttore UO di Ostetricia e Ginecologia)
- 16) Ing. Luca Galasso (Responsabile SPP) .

Il Gruppo Operativo (GO) è composto dai seguenti componenti:

- 1) Dott.ssa Laura Grisolia (medico Direzione Sanitaria)
- 2) Dott.ssa Anna Teresa Miele (Responsabile coordinamento personale professioni sanitarie)
- 3) Dott. Tamara Codisotti (Infermiere addetta al Rischio Infettivo)
- 4) Dott.ssa Emanuela Graziani (Responsabile Farmacia)
- 5) Dott. Luigi Bianchi (Infettivologo)
- 6) Dott.ssa Laura Di Prospero (Direttore UO Patologia Clinica)
- 7) Lucilla Sbardella (Microbiologa UO Patologia Clinica)

A partire dal 2021, è stato costituito un nuovo organismo di supporto al C-ICPA denominato **Stewardship Team** che consiste in un Team multidisciplinare di esperti (specialisti in malattie infettive, farmacisti e microbiologi) che si riunisce trimestralmente con il compito precipuo di:

- analisi della casistica dei germi segnalati come *alert*,
- verifica utilizzo antibiotici (sia in terapia che in profilassi),
- definizione protocolli di terapia empirica,

	PARS 2026	PARS 2026	
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	Pagina 5 di 22	

- redazione di PDTA,
- programmazione attività formativa frontale al personale medico.

I componenti dello *Stewardship Team* sono inseriti all'interno del CCICA in maniera organica:

- 1) Dott. Luigi Bianchi (Infettivologo)
- 2) Dott.ssa Lucilla Sbardella (Microbiologa)
- 3) Dott.ssa Fabiola Avallone (Farmacista)
- 4) Dott.ssa Carmela Calbi (Infettivologa)
- 5) Dott.ssa Valeria Bellelli (Infettivologa)

Come da Deliberazione 28 giugno 2024, n.460 Regione Lazio, *Approvazione delle Linee di indirizzo regionale per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi*, è stato costituito il gruppo di lavoro del Policlinico Casilino Controllo Legionellosi (GLCL), come sottogruppo operativo all'interno del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA).

I componenti del gruppo di lavoro multidisciplinare per il controllo della legionellosi, individuati all'interno dell'ospedale, sono di seguito riportati:

- 1) Dott. Alberto Giannotta (Direttore Sanitario, Presidente CCICA)
- 2) Dott. Giuseppe Azzaro (Risk Manager)
- 3) Ing. Luca Galasso (RSPP)
- 4) Sig. Patrizio Fiorentini (Responsabile Ufficio Tecnico)
- 5) Sig. Dario Bucheri (Ufficio Tecnico)
- 6) Dott. Mauro Lanza (Biologo, Consulente esterno)
- 7) Dott.ssa Laura Di Prospero (Direttore U.O. Laboratorio Analisi)
- 8) Dott. Giuseppe Tufaro (Direttore U.O. Anestesia e Terapia Intensiva)
- 9) Dott. Francesco Sabetta (Direttore U.O. Medicina)
- 10) Dott.ssa Fabiola Gabrielli (Direttore Pronto Soccorso).

In aggiunta alle articolazioni sopra riportate, sono stati individuati due referenti del rischio infettivo per ciascuna Unità Operativa (1 medico e 1 infermiere) che assumono figura di collegamento tra reparto e CCICA per la trasmissione delle linee di azione emanate dal comitato oltre che ruolo di sensibilizzatori per il reparto alle tematiche di rischio infettivo con funzione trigger rispetto all'avvio di appositi audit. Di seguito l'elenco del personale medico referente:

Dott. Armando Gabrielli (ortopedia)
Dott. Giuseppe Bruni (cardiologia)
Dott. Francesco Cassanelli (ginecologia)
Dott. Simone Santoni (chirurgia generale)
Dott.ssa Fiorenza Lamorte (urologia)
Dott.ssa Barbara De Angelis (chirurgia plastica)
Dott. Luigi Marcuccio (chirurgia vascolare)
Dott.ssa Giulia Frasacco (rianimazione)
Dott.ssa Lucilla Martini (neonatologia)

per il personale infermieristico, i referenti coincidono con la figura del caposala.

E' stato istituito un flusso informativo, a partenza dalla U.O. di Patologia Clinica e diretto verso la Direzione Sanitaria ed il Reparto di provenienza, di segnalazione di microrganismi *alert* tra cui, ovviamente, i germi MDR. Alla segnalazione consegue valutazione del Gruppo Operativo con conseguente messa in atto, quando indicato, di interventi di contenimento. In tutti i casi, comunque, è assicurata da parte dell'infermiere epidemiologo la verifica sul campo delle modalità d'isolamento.

Al fine di attuare efficacemente il confinamento dei pazienti infettivi sono state individuate n. 12 stanze singole per l'isolamento infettivo per via aerea, nei vari ambiti del Presidio (PS, Reparti di degenza, Terapie intensive).

2. EVENTI AVVERSI E RISARCIMENTI EROGATI

Tabella 5 – Eventi segnalati nel 2025 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Anno	N° Near miss	N° Eventi avversi	N° Eventi sentinella	Principali fattori causa/ contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
2025	89	31 (22 entità lieve) (9 entità moderata)	1	Organizzativi 100%	Organizzative	Sistemi di reporting, Ufficio sinistri, comitati interni

Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	Sinistri	Risarcimenti erogati (Euro)		
	N° di aperture (e riaperture) annuali	Sentenze di condanna	Transazioni Conciliazioni tribunale	Totale
2025	46	1.415.705,00	96.932,00	1.512.637,00
2024	45	27.142,00	185.220,00	212.362,00
2023	38	0	8.942,00	8.942,00
2022	42	0	32.683,00	32.683
2021	47	0	105.100,00	105.100,00

Sono riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.).

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza – scadenza	Compagnia Assicurativa	Premio netto annuo	Franchigia	Brokeraggio
2025	30/06/2026	Relyens Mutual Insurance	426.000 circa	1.000.000 decesso 500.000 altri	GB SAPRI S.p.A. Poi WILLIS Italia S.p.A.
2024	30/06/2026	Relyens Mutual Insurance	441.023 circa	1.000.000 decesso 500.000 altri	GB SAPRI S.p.A.
2023	30/06/2026	Relyens Mutual Insurance	479.850 circa	1.000.000 decesso 500.000 altri	GB SAPRI S.p.A.

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEI PIANI PRECEDENTI

4.1 RESOCONTO DEL PARS 2024 – ESCLUSO RISCHIO INFETTIVO

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
Attività	Indicatore	Realizzata	Stato di Attuazione/relazione
Attività 1- Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione sulla prevenzione delle cadute	Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2025	NO	Il corso di formazione sulla prevenzione delle cadute è organizzato da diversi anni a cura dell'AON con l'obiettivo di incrementare la conoscenza e la consapevolezza degli operatori rispetto al tema cadute, sollecitando un atteggiamento <i>no blame</i>, proattivo ed orientato alla corretta gestione dei casi per il miglioramento dell'organizzazione. Si era inoltre analizzato il sistema di incident reporting con diffusione delle corrette modalità operative per tracciare, raccogliere, elaborare e condividere gli eventi avversi. Per motivi organizzativi, il corso non ha avuto luogo nel corso dell'anno 2025. Si sottolinea però che il personale in forza presso la struttura attualmente è in larga misura lo stesso che ha partecipato al corso precedente quindi risulta formato.

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.			
Attività	Indicatore	Realizzata	Stato di Attuazione/relazione
Attività 1 - Controllo periodico della qualità delle Cartelle Cliniche	Analisi di almeno l'1% del totale delle cartelle cliniche dei ricoveri ordinari 2025	SI	Sono state controllate 200 cartelle cliniche pari all'1% dei ricoveri ordinari. I reparti maggiormente verificati sono stati quelli di Ostetricia e Ginecologia, di Ortopedia, di Medicina, di Urologia e di Chirurgia. Il relativo report è stato inviato ai responsabili di struttura.
Attività 2 - Organizzazione di audit clinici in caso di eventi critici	Effettuazione di audit in caso di eventi avversi segnalati, eventi sentinella e sinistri gravi e/o con deficit organizzativi.	SI	Sono stati effettuati Audit conseguenti ad eventi avversi e a near miss nei reparti di Terapia Intensiva, Neonatologia, Ostetricia e Servizio Trasfusionale. Gli esiti degli Audit sono stati diffusi agli operatori e la documentazione è disponibile presso la

	PARS 2026	PARS 2026	
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	Pagina 8 di 22	

			Direzione Sanitaria.
Attività 3 - Rilevazione della qualità percepita dagli utenti	Effettuazione di indagini della qualità percepita dagli utenti con elaborazione di report annuale e condivisione dei risultati con la direzione generale	SI	Nel 2025 sono stati analizzati i dati della rilevazione della qualità dell'assistenza percepita dagli utenti dell'Ospedale relativi a: - <i>Pronto Soccorso</i> (918 questionari, di cui 594 per il percorso Medico, 200 per il percorso Ostetrico/Ginecologico e 224 per il percorso Ortopedico) - <i>Cardiologia</i> (118 questionari) - <i>UTIC</i> (56 questionari) Nel complesso l'analisi dei dati relativi ai questionari somministrati agli utenti del Pronto Soccorso evidenzia un buon livello di soddisfazione. Gli aspetti maggiormente apprezzati sono quelli relativi alla professionalità e alle capacità relazionali. Da migliorare vengono indicati i tempi di attesa eccessivamente lunghi sia per la visita che, in misura minore, per i risultati degli esami diagnostici. Tra i suggerimenti forniti si segnala la richiesta di maggiori informazioni sia riguardo al percorso da seguire che alle tempistiche previste. Riguardo alla Cardiologia e all'UTIC, gli ambiti indagati vengono definiti soddisfacenti o molto soddisfacenti, tra questi soprattutto quelli relativi alla professionalità e alle capacità relazionali. Gli utenti segnalano che sarebbe necessario <i>allungare</i> l'orario delle visite e prevedere anche una visita pomeridiana.

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

Attività	Indicatore	Realizzata	Stato di Attuazione/relazione
Attività 1- Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di	Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2025	SI	E' stato effettuato un corso di formazione a cura della HXO Humanities InventriX Opera con oggetto: <i>Prevenzione del rischio</i> –

	PARS 2026		PARS 2026	
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO		Pagina 9 di 22	
formazione sulla prevenzione di atti di violenza agli operatori sanitari			<i>proposte per lo sviluppo di sé nella gestione dei rapporti e nella prevenzione dei conflitti.</i> Metodologia: del tipo attivo e partecipativo con il coinvolgimento dei partecipanti in attività di apprendimento esperienziale e spazi di sperimentazione degli apprendimenti e delle consapevolezze acquisite. Obiettivi: 1. individuare i fattori che scatenano l'aggressività nella relazione di cura con l'utenza, sviluppare la capacità di riconoscere le proprie e altrui emozioni per orientarsi a una comunicazione non conflittuale, conoscere ed applicare strumenti e tecniche utili per gestire e prevenire il rischio di conflittualità nel rapporto con l'utenza. 2. Esame dei vari stili di comunicazione e degli strumenti utili per costruire fiducia e alleanza con l'utenza. 3. Presentazione del ciclo dell'aggressività e modello di de-escalation. Sono state eseguite tre sessioni formative che hanno coinvolto principalmente infermieri e ostetriche di pronto soccorso ed infermieri di reparto. I relativi fogli firma sono disponibili presso la Direzione Sanitaria.	

4.2 RESOCONTO DEL PARS 2025 –RISCHIO INFETTIVO

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO			
Attività	Indicatore	Realizzata	Stato di Attuazione/relazione
Attività 1- Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio ed alla prevenzione delle ICA	Esecuzione di almeno una attività di formazione entro il 31/12/2025	SI	E' stato effettuato un corso di formazione sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) con l'obiettivo di acquisire/implementare competenze tecnico-professionali/di processo/di sistema. Nello specifico, il corso ha trattato il contenimento della diffusione di microrganismi multiresistenti, l'igiene delle mani, l'utilizzo di DPI, la conoscenza di

	PARS 2026		PARS 2026	
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO		Pagina 10 di 22	

			disinfettanti e antisettici e il loro utilizzo. Sono state eseguite 6 edizioni formative a cui hanno partecipato circa 100 persone (caposala, infermieri, fisioterapisti, tecnici di radiologia, tecnici di cardiologia e tecnici di laboratorio). I relativi fogli firma sono disponibili presso la Direzione Sanitaria.
Attività 2 - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici	Esecuzione di almeno una attività di formazione entro il 31/12/2025	SI	E' stato effettuato, in tema di <i>antimicrobial stewardship</i>, un corso di formazione sulle infezioni d'organo nei reparti di degenza. Obiettivi: imparare a gestire le infezioni più frequenti ed impostare correttamente un percorso diagnostico-terapeutico in linea con le più recenti evidenze internazionali, in particolare attraverso l'analisi di casi clinici occorsi nei reparti, è stata focalizzata l'attenzione sulla diagnostica, la terapia empirica e la terapia mirata. Il corso si è articolato in 10 edizioni a cui hanno partecipato circa 122 medici (tutti i reparti). I relativi fogli firma sono disponibili presso la Direzione Sanitaria. Inoltre si è svolto, presso il Policlinico Casilino, un evento formativo/ Convegno sempre sul tema dell'<i>antimicrobial stewardship</i>, dal titolo <i>Innovazione e controversie nell'approccio multidisciplinare alle infezioni: diagnosi, terapie e sfide cliniche</i>.

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 DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE, ENTRO IL 31/12/2024 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI

Attività	Indicatore	Realizzata	Stato di Attuazione/relazione
Attività 1- Allegare il piano di azione locale igiene delle mani relativo all'anno di interesse	Piano d'azione locale igiene delle mani entro il 31/12/2025	SI	Il piano di azione locale redatto secondo le Indicazioni Regionale (nota U.0037825. 15-01-2026) è disponibile in allegato.
Attività 2- Allegare il programma annuale controllo legionellosi relativo all'anno di interesse	Programma annuale Legionellosi entro il 31/12/2025	SI	Il Programma annuale Legionellosi redatto secondo le Indicazioni Regionale (nota U.0037825. 15-01-2026) è disponibile in allegato.

	PARS 2026	PARS 2026	
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	Pagina 11 di 22	

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 CRE

Attività	Indicatore	Realizzata	Stato di Attuazione/relazione
Attività 1- Definizione/ implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE	N° Schede di segnalazione batteriemia da K.Pneumoniae ed E.Coli resistenti ai carbapenemi e/o produttori di carbapenemasi" inviate al SISP/ N° di batteriemie da CRE verificatesi entro il 31/12/2025 Standard: almeno il 75% delle rilevazioni totali	SI	Le batteriemie da CRE verificatesi nel 2025 sono state 18, mentre le infezioni/colonizzazioni da Enterobacteriaceae resistente a CAZ/AVI sono state 37. Il resoconto sintetico (<i>Zero reporting sorveglianza CRE e CAZ-AVI 2025</i> , come da indicazioni della Circolare del Ministero della Salute n. 1479 del 17 gennaio 2020) è stato inviato al Dipartimento di prevenzione dell'Asl Roma 2 ed è comprensivo di tutte le batteriemie da CRE che si sono verificate nell'anno.
Attività 2- Sviluppare Programmi di buon uso degli antibiotici (<i>Antimicrobial Stewardship</i>) che preveda: •redazione di PDTA per aree cliniche; •utilizzo di report microbiologici quale strumenti di appropriatezza prescrittiva;	• aggiornamento di almeno 4 PDTA entro il 31/12/2025; •Monitoraggio della diffusione, dell'aggiornamento, e della conoscenza da parte delle UU.OO. dello strumento antibiogramma		Sono stati aggiornati i seguenti PDTA: -PC_DS_PO – 03 Rev.02 Prevenzione sorveglianza e trattamento delle infezioni dei dispositivi cardiaci impiantabili (DCI) -PC_DS_PO - 06 Rev.04 Prevenzione gestione e sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico -PC_DS_PO - 47 Rev.03 Gestione del paziente con sepsi - PC_FARM_PO - 08 Rev.06 Procedura per la corretta gestione dei farmaci Il report cumulativo (antibiogramma) di suscettibilità e resistenza, fornito dalla microbiologia per l'anno 2025, è relativo al solo primo semestre e riporta i dati complessivi del Presidio senza distinzione per UU OO. Tale report, comprendente screening di urinocoltura ed emocoltura,

	PARS 2026		PARS 2026	
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO		Pagina 12 di 22	
• monitoraggio della durata delle terapie empiriche con alcune classi di farmaci volto a limitare l'inappropriato utilizzo di Vancomicina e Carbapenemici;	cumulativo; • Alert mensili dalla farmacia inerenti la durata della terapia per Vancomicina e Carbapenemici;		opportunamente diffuso, mostra che il 38% dei batteri Gram- (totale: 479) risultano resistenti, e tra questi segnatamene A.baumanii multidrug-resistant, E.coli resistente alle cefalosporine e K. Pneumoniae resistente al meropenem. Tra i Gram+ la resistenza agli antibiotici interessa il 12% degli isolati (totale: 202), rappresentati in gran parte da MRSA. La terapia empirica con con Carbapenemi e Vancomicina risulta essere praticata per i soli ambiti della Terapia Intensiva e del PS. Mentre in PS la durata media è di 3 giorni, la Terapia Intensiva prosegue mediamente per 6 giorni prima di richiedere consulenza Infettivologica.	
Attività 3 - Incrementare l'utilizzo di soluzioni idroalcoliche (SIA): monitoraggio del consumo di SIA disaggregato per area assistenziale	Consumo per Unità Operativa di degenza	SI	Nel corso del 2025 è stato registrato un aumento del quantitativo di soluzione idroalcolica del 15% rispetto all'anno 2024, ed ha interessato quasi tutti i reparti. L'aumento più marcato è stato riscontrato in Cardiologia, in Pronto Soccorso e nelle Terapie Intensive.	
Attività 4 – Monitoraggio delle infezioni delle ferite chirurgiche	Compilazione di apposita scheda excel di rilevazione ISC da parte delle UU.OO. che effettuano interventi/procedure. Standard: almeno il 20% delle rilevazioni sul totale delle procedure della UU.OO.		Le UU.OO. che hanno effettuato sorveglianza della ferita chirurgica sono quelle di: Ostetricia-Ginecologia, Ortopedia, Chirurgia Generale e Cardiologia. L'Ostetricia è il reparto con la maggiore casistica indagata che ha riguardato il solo taglio cesareo (numero totale: 2001). In tale ambito si sono riscontrate 29 infezioni del sito chirurgico, pari ad una percentuale di ISC dell'1,8. Riguardo alla Cardiologia, sono stati indagati il 32% degli interventi di sostituzione o revisione di pace maker (numero totale: 212) in assenza di riscontro di infezione della ferita. Riguardo alla sorveglianza effettuata in Ortopedia e in Chirurgia generale per le procedure di cui al protocollo SERESMI, questa è stata valutata insufficiente	

	PARS 2026			PARS 2026	
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO			Pagina 13 di 22	
				essendosi limitata alla sorveglianza parziale e discontinua degli interventi. Pertanto si ritiene che in due UU. OO. su quattro l'obiettivo sia stato raggiunto.	

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS 2026

Il Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario viene redatto di concerto dal Risk Manager e dal Direttore Sanitario ed è approvato dal Direttore Generale. Il Risk Manager provvede al suo Monitoraggio.

AZIONE	Risk Manager	Direttore Generale	Direttore Sanitario	UO Affari Legali
Redazione PARS	R	C	R	C
Validazione PARS	C	R	C	C
Monitoraggio PARS	R	I	R	C

Legenda: R: responsabile - C: coinvolto - I: interessato

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ (AD ESCLUSIONE DEL RISCHIO INFETTIVO)

6.1 Obiettivi

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

6.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività 1- Progettazione ed esecuzione almeno un'edizione di un corso di formazione sulla prevenzione delle cadute		
Indicatore Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2026		
Standard SI		
Fonte UO formazione		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	UO formazione
Progettazione del corso	C	R
Accreditamento del corso	I	R
Esecuzione del corso	I	R

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.		
Attività 1- Controllo periodico della qualità delle Cartelle Cliniche		
Indicatore Analisi di almeno l'1% del totale delle cartelle cliniche dei ricoveri ordinari 2026		
Standard SI		

	PARS 2026	PARS 2026	
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	Pagina 15 di 22	

Fonte Direzione Sanitaria, Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Direzione Sanitaria	Risk Manager
Controllo cartelle cliniche	R	C

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.			
Attività 2- Organizzazione di Audit clinici in caso di eventi critici			
Indicatore Effettuazione di audit in caso di eventi avversi segnalati, eventi sentinella e sinistri gravi e/o con deficit organizzativi.			
Standard SI			
Fonte Risk manager, Direttori sanitario, primari di reparto			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Direttore sanitario	Direttori di UO
Effettuazione audit	R	C	C

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.			
Attività 3- Rilevazione della qualità percepita dagli utenti			
Indicatore Effettuazione di indagini della qualità percepita dagli utenti con elaborazione di report annuale e condivisione dei risultati con la direzione generale			
Standard Effettuazione di almeno 2 indagini entro il 31/12/2026			
Fonte Responsabile di funzione per la customer satisfaction, responsabili unità operative			
Azione	Responsabile di funzione customer satisfaction	Direzione Generale	Direttore U.O.
Rilevazione qualità percepita dagli utenti	R	I	R
Condivisione interna ed esterna dei dati	R	R	I

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE	
Attività 1- Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione sui rapporti con l'utenza e la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori	
Indicatore	

Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2026		
Standard		
SI		
Fonte		
UO Formazione, Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Responsabile Coordinamento del personale medico
Progettazione del corso	C	R
Accreditamento del corso	I	R
Esecuzione del corso	I	R

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

7.1 Obiettivi

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

 - Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
 - Implementazione delle linee di indirizzo regionali (deliberazione n. 460 del 28 giugno 2024) per la prevenzione e controllo della legionellosi secondo quanto definito dall’apposito gruppo di lavoro multidisciplinare istituito nel corso del 2024 e organicamente inserito nel CCICA attraverso uno specifico piano di azione locale.
- C) Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

7.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO			
Attività 1- Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio ed alla prevenzione delle ICA			
Indicatore			
Esecuzione di almeno una attività di formazione entro il 31/12/2026			
Standard			
SI			
Fonte			
Direzione sanitaria, CICPA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	CICPA	Direzione Sanitaria	Risk Manager
Progettazione del corso	R	C	I
Accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	R	C	I

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO			
Attività 2 - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull’uso degli antibiotici			
Indicatore Esecuzione di almeno una attività di formazione entro il 31/12/2026			
Standard SI			
Fonte Direzione sanitaria, CICPA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	CICPA	Direzione Sanitaria	Risk Manager
Progettazione del corso	R	C	I
Accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	R	C	I

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 DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE, ENTRO IL 31/12/2024 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI			
Attività 1- Allegare il piano di azione locale relativo all’anno di interesse			
Indicatore Piano d’azione locale entro il 31/12/2026			
Standard SI			
Fonte Direzione Sanitaria, CICPA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	CICPA	Risk Manager
Produzione piano d’azione locale	R	R	I

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI (DELIBERAZIONE N. 460 DEL 28 GIUGNO 2024) PER LA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI SECONDO QUANTO DEFINITO DALL’APPOSITO GRUPPO DI LAVORO MIULTIDISCIPLINARE ISTITUITO NEL CORSO DEL 2024 E ORGANICAMENTE INSERITO NEL CCICA ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE.			
Attività 2- Allegare il programma annuale controllo legionellosi relativo all’anno di interesse			
Indicatore Piano d’azione locale entro il 31/12/2026			
Standard SI			
Fonte Direzione Sanitaria, CICPA, GLCL			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria	CICPA	Risk Manager
Produzione piano d’azione locale	R	R	I

	PARS 2026	PARS 2026	
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	Pagina 18 di 22	

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 CRE

Attività 1- Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteremie da CRE

Indicatore

N° Schede di segnalazione batteremia da K.Pneumoniae ed E.Coli resistenti ai carbapenemi e/o produttori di carbapenemasi" inviate al SIS/ N° di batteremie da CRE verificatesi entro il 31/12/2026

Standard

100% batteri CRE segnalati

Fonte

Direzione Sanitaria, UO Infettivologia, CICPA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione Sanitaria	CICPA	Risk Manager
Sorveglianza Batteremie CRE	R	C	I

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

Attività 2- Sviluppare Programmi di contrasto alla resistenza agli antibiotici che preveda:

- Utilizzo di report microbiologici quale strumenti di appropriatezza prescrittiva;
- Monitoraggio della durata delle terapie empiriche con alcune classi di farmaci volto a limitare l'inappropriato utilizzo di Vancomicina e Carbapenemici;
- Redazione/aggiornamento di PDTA per aree cliniche.

Indicatore

- Aggiornamento, entro il 31/12/2025, di almeno 4 Procedure Operative riguardante:
 - Gestione della terapia antibiotica empirica
 - Gestione della sepsi
 - Monitoraggio consumo antibiotici secondo classificazione AWARE
 - Gestione della profilassi antibiotica perioperatoria
- Redazione di apposita procedura per la terapia empirica in Rianimazione;
- Monitoraggio della diffusione, dell'aggiornamento, e della conoscenza da parte delle UU.OO. dello strumento *antibiogramma cumulativo*, monitoraggio trimestrale dell'antibiotico-resistenza e per singola area di degenza;
- Alert trimestrali dalla farmacia inerenti la durata della terapia empirica per Vancomicina e Carbapenemici. Redazione protocollo in Terapia Intensiva per utilizzo della terapia empirica.

Standard

SI

Fonte

Direzione Sanitaria, CICPA

	PARS 2026	PARS 2026	
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	Pagina 19 di 22	

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Stewardship Team	Direzione Sanitaria	CICPA	Risk Manager

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 CRE

Attività 3 – Incrementare l'utilizzo di soluzioni idroalcoliche (SIA): monitoraggio del consumo di SIA disaggregato per area assistenziale

Indicatore

- Consumo per Unità Operativa di degenza

Standard
20 litri per 1000 giornate di degenza

Fonte
Direzione Sanitaria, CICPA

Sviluppo Programma di buon uso degli antibiotici	R	R	R	I
--	---	---	---	---

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Farmacia	Direzione Sanitaria	CICPA	Risk Manager

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 CRE

Attività 4 – Monitoraggio delle infezioni delle ferite chirurgiche

Indicatore

- Compilazione di apposita scheda excel di rilevazione episodi da parte delle UU.OO. che effettuano interventi/procedure

Standard
Compilazione di almeno il 20% delle schede degli interventi previsti nel protocollo di sorveglianza interna delle infezioni del sito chirurgico per le UU.OO. di Ostetricia-Ginecologia, Ortopedia, Chirurgia generale e Cardiologia.

Fonte
Direzione Sanitaria, CICPA

Monitoraggio consumo di SIA	R	I	I	I
-----------------------------	---	---	---	---

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Primari UU.OO.	Coordinamento Non Medico	Direzione Sanitaria	CICPA	Risk Manager
Monitoraggio compilazione	R	R	C	I	I

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE

Il PARS, dopo l'approvazione, è pubblicato sulla *home page* del sito internet della Struttura ed è condiviso con tutte le figure coinvolte nella sua elaborazione e approvazione.

	PARS 2026	PARS 2026	
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	Pagina 21 di 22	

9. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
- D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”;
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131”;
- Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del documento recante Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”;
- Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti?’”;
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”;
- Determinazione Regionale n. 616829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
- Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”;
- Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”;
- D.C.A. U00034 del 23/01/2019 con oggetto: "Conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale definitivo al Policlinico Casilino, sito in via Casilina 1049- Roma. Conclusione del procedimento di riconduzione del rapporto convenzionale nell'ambito di quanto regolamentato dall'art. 8 bis del D. Lgs. 502 del 1992”
- Determinazione n. G01226 del 02/02/2018 Approvazione documento recante “Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017”
- D.C.A. U00476 del 26/11/2019 con oggetto “Modifica al Decreto del Commissario ad Acta n. U00034 23/01/2019 concernente *“Conferma dell’autorizzazione all’esercizio e dell’accreditamento istituzionale definitivo del Policlinico Casilino, sito in via Casilina 1049- Roma. Conclusione del procedimento di riconduzione del rapporto convenzionale nell’ambito di quanto regolamentato dall’art. 8 bis del D. Lgs. 502 del 1992”*. Autorizzazione all’esercizio per ampliamento funzionale di branche specialistiche ambulatoriali. Variazione del Direttore Sanitario;
- Determinazione 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)".
- Nota Regione Lazio con oggetto “Comunicazioni relative all’elaborazione del PARM 2021”, prot. n. 884417 del 15.10.2020.
- Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;
- Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”.

	PARS 2026	PARS 2026	
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	Pagina 22 di 22	

- Circolare Ministeriale n.0004968 del 02/02/2013 “Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)”
- Determinazione G00643 del 25 gennaio 2022: Adozione del “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”.
- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità - il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- WHO - World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”;
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
- Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=911&area=qualita&menu=formazione;
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;
- http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=contenuti Dettaglio&id=311.
- WHO: A Guide to the Implementation of the WHO
- Ianiro G. et al., J Hosp Infect 2017; 96(3):262-267
- Greig J.D., Lee M.B., Epidemiol Infect 2012; 140(7):1151-60

	PROCEDURA OPERATIVA	PC_DS_PACL 2026	
	PROGRAMMA ANNUALE CONTROLLO LEGIONELLOSI - POLICLINICO CASILINO	Pagina 1 di 7	



PROGRAMMA ANNUALE CONTROLLO LEGIONELLOSI

POLICLINICO CASILINO

Data di redazione	Redazione	Approvazione
18/12/2025	Gruppo di lavoro per il controllo della legionellosi* Dott. Alberto Giannotta <i>Direttore Sanitario</i>	Dott. Tullio Ciarrapico <i>Direttore Generale</i>

*Gruppo di lavoro per il controllo della legionellosi: Dott. Alberto Giannotta (Direttore Sanitario, Presidente CCICA), Dott.ssa Stephanie Vidal (Risk Manager), Dott. Luca Galasso (RSPP), Sig. Patrizio Fiorentini (Responsabile Ufficio Tecnico), Sig. Dario Bucheri (Ufficio Tecnico), Dott. Mauro Lanza (Biologo, Consulente esterno), Dott.ssa Laura Di Prospero (Direttore U.O. Laboratorio Analisi), Dott. Giuseppe Tufaro (Direttore U.O. Anestesia e Terapia Intensiva), Dott. Francesco Sabetta (Direttore U.O. Medicina), Dott.ssa Fabiola Gabrielli (Direttore Pronto Soccorso).

	PROCEDURA OPERATIVA	PC_DS_PACL 2026	
	PROGRAMMA ANNUALE CONTROLLO LEGIONELLOSI - POLICLINICO CASILINO	Pagina 2 di 7	

INDICE

1. Gruppo di Lavoro Multidisciplinare (Team)	3
2. Piattaforma documentale	3
2.1 Archivio Ufficio Tecnico	3
2.2 Database attività sanitaria	4
3. Valutazione del rischio	4
4. Misure di controllo	6
4.1 Misure di controllo sugli impianti	6
4.2 Misure di controllo procedure assistenziali	8
4.3 Misure di sorveglianza e controllo epidemiologico	9
5. Azioni di supporto	10
6. Piano di miglioramento	10

	PROCEDURA OPERATIVA	PC_DS_PACL 2026	
	PROGRAMMA ANNUALE CONTROLLO LEGIONELLOSI - POLICLINICO CASILINO	Pagina 3 di 7	

1. Gruppo di Lavoro Multidisciplinare (Team)

In ottemperanza a quanto disposto dalla Deliberazione 28 giugno 2024, n.460 Regione Lazio, Approvazione delle Linee di indirizzo regionale per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi è stato istituito apposito Gruppo di Lavoro Multidisciplinare (Team) con il compito di definire con cadenza annuale il Programma di controllo della legionellosi.

I componenti del team multidisciplinare per il controllo della legionellosi, individuati all'interno dell'ospedale, sono di seguito riportati:

- Dott. Alberto Giannotta (Direttore Sanitario, Presidente CCICA)
- Dott.ssa Stephanie Vidal (Risk Manager)
- Dott. Luca Galasso (RSPP)
- Sig. Patrizio Fiorentini (Responsabile Ufficio Tecnico)
- Sig. Dario Bucheri (Ufficio Tecnico)
- Dott. Mauro Lanza (Biologo, Consulente esterno)
- Dott.ssa Laura Di Prospero (Direttore U.O. Laboratorio Analisi)
- Dott. Giuseppe Tufaro (Direttore U.O. Anestesia e Terapia Intensiva)
- Dott. Francesco Sabetta (Direttore U.O. Medicina)
- Dott.ssa Fabiola Gabrielli (Direttore Pronto Soccorso).

2. Piattaforma documentale

2.1 Archivio Ufficio Tecnico

L'ufficio tecnico non è dotato di software gestionale dedicato alla procedura per il controllo del rischio Legionella. La documentazione sotto indicata in forma digitale ed in forma cartacea è archiviata in sezioni specifiche dell'ufficio stesso. Nel dettaglio:

- Archivio cartaceo e digitale dei due contratti in essere con ditte specializzate, la prima fornitrice dell'impianto di sanificazione dell'acqua calda con monocloram-

	PROCEDURA OPERATIVA	PC_DS_PACL 2026	
	PROGRAMMA ANNUALE CONTROLLO LEGIONELLOSI - POLICLINICO CASILINO	Pagina 4 di 7	

mina, mentre la seconda gestisce impianto di clorazione sul circuito dell'acqua fredda.

- Registri di intervento (attestazione attività eseguita) sia cartacei che digitali per l'attività di sostituzione e/o sostituzione di rompigitto e doccette
- Relazioni cartacee e digitali esecuzioni indagini e risultati dei campionamenti di acqua ed aria, per la ricerca di legionella, a cura di laboratorio specializzato esterno

2.2 Database attività sanitaria

- Scheda di Dimissione Ospedaliera riportanti gli specifici codici di diagnosi e/o procedura
- Gestionale Laboratorio analisi che rileva numero d'esito degli esami di ricerca per l'antigene urinario per Legionella.
- Sistema di notifica cartacea con appositi modelli ministeriali al SISP di riferimento dei casi di Legionellosi

3. Valutazione del rischio

Le aree assistenziali all'interno degli Ospedali permettono di individuare diverse categorie di rischio individuando i reparti quali Centri trapianto, Oncologie, Ematologie quelli che ospitano pazienti a rischio molto elevato per i quali deve essere garantita costantemente l'assenza di colonizzazione di legionella negli impianti.

Il Policlinico Casilino non dispone dei reparti ad alto rischio sopra detti e tuttavia sono presenti reparti che assistono pazienti a rischio aumentato quali la Medicina e la Chirurgia.

La Tabella di sotto riportata sintetizza le possibili fonti ed i meccanismi di trasmissione della Legionella correlata a procedure assistenziali.

	PROCEDURA OPERATIVA	PC_DS_PACL 2026	
	PROGRAMMA ANNUALE CONTROLLO LEGIONELLOSI - POLICLINICO CASILINO	Pagina 5 di 7	

Tabella - Fonti e meccanismi di trasmissione della legionellosi correlata a procedure assistenziali

L'esposizione al rischio avviene per via respiratoria: • per inalazione dei microrganismi da goccioline di acqua contaminata aerosolizzata che può essere prodotta da docce, umidificatori dell'aria • per contaminazione dei presidi usati per la terapia respiratoria o dispositivi medici usati sulle vie respiratorie • attraverso meccanismi di aspirazione dell'acqua (pazienti portatori di sonde nasogastriche) Non è mai stata dimostrata trasmissione interumana.
Procedure coinvolte Procedure che coinvolgono l'apparato respiratorio, invasive e non, e che necessitano di acqua per la sterilizzazione degli strumenti o per il loro funzionamento.
Possibili pratiche a rischio • Broncoscopia • Broncoaspirazione • Broncolavaggio • Ventilazione assistita • Intubazione orotracheale • Tracheostomia • Sondino naso-gastrico • Trattamenti odontoiatrici • Aerosol terapia • Ossigeno terapia • Parto in acqua
Esempi di articoli semicritici usati sul tratto respiratorio • Maschere facciali o tubi endotracheali • Tubi del circuito inspiratorio ed espiratorio • Raccordo ad Y • Pallone reservoir per la rianimazione • Umidificatore • Circuiti respiratori di ventilatori meccanici • Spirometria e boccagli • Broncoscopi e loro accessori (pinze per biopsia e spazzolini per campioni devono essere sterili) • Tubi endotracheali ed endobronchiali • Lame del laringoscopia • Boccagli e tubi per le prove di funzionalità respiratoria nebulizzatori e reservoir maschere ed occhiali per l'ossigenazione • Sonde dell'analizzatore di CO₂ e dei monitor della pressione dell'aria palloni per la rianimazione manuale • Mandrini per intubazione sondini per aspirazione • Sensori di temperatura

All'interno del Policlinico Casilino le procedure assistenziali coinvolte nella gestione del rischio di trasmissione del germe sono quelle correlate all'assistenza respiratoria ed all'igiene personale; queste sono valutate in merito al rischio potenziale di esporre il paziente

	PROCEDURA OPERATIVA	PC_DS_PACL 2026	
	PROGRAMMA ANNUALE CONTROLLO LEGIONELLOSI - POLICLINICO CASILINO	Pagina 6 di 7	

alla possibilità di contrarre l'infezione da Legionella durante il periodo di ricovero nelle strutture sanitarie.

In tema di esposizione dei lavoratori al rischio professionale di legionellosi, il Documento di Valutazione del Rischio (DVR) prevede apposita sezione. Il rischio da esposizione per i lavoratori degli impianti (manutenzione) è stato definito medio, mentre il rischio di esposizioni per gli operatori sanitari è stato definito basso.

4. Misure di controllo

Il presente Programma contempla attività di prevenzione e controllo della legionellosi a completamento di quanto già descritto nella procedura di presidio PC_DS_PO – 38 Rev.04 al cui interno sono dettagliati gli interventi in materia di sorveglianza degli eventi registrati (casi confermati) all'interno del Policlinico Casilino.

Le azioni individuate per il corrente anno 2026 sono azioni che attengono alle misure di controllo sugli impianti, azioni formative rivolte ai lavoratori/operatori sanitari, azioni di analisi sui pazienti.

4.1 Misure di controllo sugli impianti

All'interno del Policlinico Casilino sono applicate, a cura dell'ufficio tecnico, procedure di trattamento antilegionella nei sistemi impiantistici mediante interventi, periodici e straordinari, degli impianti idrici e di condizionamento.

L'impianto per la produzione di acqua calda sanitaria, è dotato di un sistema di erogazione in continuo di sanificante antilegionella con un programma di manutenzione che prevede un controllo mensile per la verifica del corretto funzionamento dell'impianto erogatore di monocloramina e controllo a campione dei livelli di sanificante presente nel circuito idrico

sanitario, con prelievo effettuato sugli edifici A B C e D del Policlinico Casilino, i cui rapporti di manutenzione sono regolarmente conservati. A partire da Marzo 2025 è stato

	PROCEDURA OPERATIVA	PC_DS_PACL 2026	
	PROGRAMMA ANNUALE CONTROLLO LEGIONELLOSI - POLICLINICO CASILINO	Pagina 7 di 7	

installato un impianto analogo di erogazione in continuo di sanificante antilegionella a base di monoclorammina anche sull'impianto di distribuzione di acqua fredda a servizio delle torri evaporative. Tuttavia, in seguito al verificarsi di problematiche tecniche dell'efficienza degli impianti riguardo alla distribuzione di acqua fredda, si è passati a sanificazione mediante clorazione in continuo.

L'impianto per la distribuzione di acqua fredda sanitaria è dotato di un impianto di clorazione in continuo che consente di mantenere una presenza costante di cloro libero residuo entro i limiti normativi (tra 0.2 e 0.5 mg/l).

Gli impianti antilegionella a base di monoclorammina sono altresì dotati di un sistema di telecontrollo in remoto, collegato con la centrale operativa della ditta manutentrice, in grado di verificare in tempo reale eventuali anomalie nell'impianto.

Ulteriori interventi vengono effettuati sulla rete di distribuzione fino ai punti di fruizione dell'acqua all'interno dei reparti nella modalità di seguito descritta:

- sostituzione integrale dei diffusori, secondo un piano trimestrale attestato da appositi registri ed effettuato dalla manutenzione interna i cui registri di sanificazioni sono regolarmente archiviati.
- Sostituzione integrale delle doccette dell'edificio B secondo un piano trimestrale. La sostituzione è annuale in tutti gli altri edifici con verifica ed eventuale sostituzione delle doccette ammalorate secondo un cadenza trimestrale.

I campionamenti per la ricerca di Legionella spp e Legionella Pneumophila vengono effettuati ogni quattro mesi su almeno dieci punti di erogazione dell'acqua sanitaria presso i luoghi di assistenza. I relativi report, in questi anni sempre negativi, sono debitamente conservati.

Rispetto invece agli impianti di condizionamento, la manutenzione e sanificazione dell'impianto di climatizzazione viene eseguita da apposita ditta secondo un programma annuale di seguito descritto:

1. Programma di sostituzione di filtri U.T.A. (unità di trattamento aria) e assoluti (nelle sale Operatorie), che prevede la sostituzione dei filtri dei tre stadi di filtrazione ogni 6 mesi, secondo il seguente calendario:
 - Primo semestre dell'anno: Sostituzione integrale filtri 1°, 2° e 3° Stadio

	PROCEDURA OPERATIVA	PC_DS_PACL 2026	
	PROGRAMMA ANNUALE CONTROLLO LEGIONELLOSI - POLICLINICO CASILINO	Pagina 8 di 7	

- Secondo semestre dell'anno: Sostituzione integrale filtri 1°, 2° e 3° Stadio

2. Il Programma di manutenzione e di igienizzazione dell'impianto di condizionamento e trattamento aria) che in estrema sintesi prevede:

- UTA (Unità trattamento aria) con cadenza bimensile:
 - Lavaggio e igienizzazione primo stadio di filtrazione e verifica stato dei filtri 2° e 3° stadio.
 - Lavaggio e igienizzazione prefiltro Split e cassette 4 vie, fan coil a pavimento, fan coil a controsoffitto.
- UTA (Unità trattamento aria) con cadenza mensile:
 - verifica e pulizia vasca drenaggio e condense, controllo lancia vapore se presente, controllo scarichi e sifoni condense, controllo condizioni sezione umidificazione se presente
 - verifica condizioni separatore di gocce.
- UTA (Unità trattamento aria) con cadenza semestrale:

Pulizia vasca condensa e pulizia sifoni, Pulizia lancia vapore, Sanificazione UTA, Sostituzione integrale filtri 1°, 2° e 3° stadio (prefiltri UTA, filtri a tasca UTA e filtri assoluti nelle sale operatorie), Verifica stato condotte immissione zone accessibili.

Esiti del monitoraggio

I risultati delle analisi eseguite sulle matrici campionate (acqua di rete, tamponi ai filtri a tasche rigide delle unità di trattamento dell'aria, acqua dei gorgogliatori dell'ossigeno), mostrano assenza di sviluppo di carica rispetto al parametro ricercato, in tutti i campioni prelevati.

4.2 Misure di controllo procedure assistenziali

Le misure di controllo adottate consistono in apposite procedure/protocolli (PC_PO GEST GORG Rev.04 Protocollo operativo gestione dei flussimetri e dei gorgogliatori e PO VAP Rev.00 Procedura per la prevenzione della polmonite associata a ventilazione meccanica – VAP). Queste dettagliano le modalità per trattare le attrezzature ed i dispositivi semicritici

	PROCEDURA OPERATIVA	PC_DS_PACL 2026	
	PROGRAMMA ANNUALE CONTROLLO LEGIONELLOSI - POLICLINICO CASILINO	Pagina 9 di 7	

(articoli che vengono in contatto diretto o indiretto con le mucose delle basse vie respiratorie). In generale, se questi dispositivi non sono alterabili dal calore e dall'umidità, viene utilizzata la sterilizzazione a vapore o sistemi di alta disinfezione a gas plasma. Viceversa, si utilizza la sterilizzazione a bassa temperatura per le attrezzature o i dispositivi sensibili al calore o all'umidità. La disinfezione è seguita da un appropriato risciacquo, asciugatura e confezionamento.

I protocolli in uso chiariscono che è necessario utilizzare acqua sterile per risciacquare i nebulizzatori e le altre attrezzature semicritiche per l'assistenza respiratoria, dopo che sono stati puliti e/o disinfettati.

Allo stesso modo è previsto l'utilizzo della sola acqua sterile per riempire i serbatoi dei dispositivi usati per l'umidificazione e nebulizzazione.

Infine le procedure in uso prevedono per i nebulizzatori di farmaci che, tra un trattamento e l'altro sullo stesso paziente, questi devono essere puliti, disinfettati e risciacquati con acqua sterile (se il risciacquo è necessario) e asciugati.

4.3 Misure di sorveglianza e controllo epidemiologico

Il Programma di controllo della legionellosi prevede che vengano espletate le seguenti attività:

- verifica della disponibilità dei test diagnostici di laboratorio da parte dei medici ed effettivo utilizzo;
- analisi annuale della proporzione di pazienti ricoverati con polmonite o con polmonite insorta durante il ricovero per i quali è stato richiesto ed effettuato almeno un test per Legionella;
- indagine epidemiologica sulla possibile esposizione per i casi segnalati dal Laboratorio mediante apposito alert e riferibili a probabile genesi ospedaliera.

L'azione prioritaria consisterà nella verifica del database dell'anno in corso per evidenziare la proporzione di pazienti ricoverati con polmonite o con polmonite insorta durante il ricovero per i quali è stato richiesto ed effettuato almeno un test per Legionella.

Analogamente verrà monitorata la disponibilità dei test diagnostici di laboratorio da parte dei medici ed effettivo utilizzo.

In ultimo, si conferma che ad ogni notifica di malattia da Legionella verrà eseguita apposita

	PROCEDURA OPERATIVA	PC_DS_PACL 2026	
	PROGRAMMA ANNUALE CONTROLLO LEGIONELLOSI - POLICLINICO CASILINO	Pagina 10 di 7	

indagine epidemiologica con il fine di accertare eventuale esposizione ospedaliera.

5. Azioni di supporto

La principale azione di supporto effettuata consiste nella formazione. Questa è differenziata in:

- specifica formazione del personale medico tesa a porre elevato sospetto per la polmonite da Legionella associata a pratiche assistenziali nonché all'utilizzo di test diagnostici appropriati;
- specifica formazione del personale di assistenza, del personale addetto al controllo delle infezioni sulle misure di controllo delle legionellosi associate alle pratiche assistenziali.
- specifica formazione dell' addetto alla gestione ed alla manutenzione degli impianti. Tali azioni sono svolte a cura del RSPP a favore dei lavoratori dell'ufficio tecnico e della manutenzione addetti agli impianti di distribuzione dell'acqua ed a quelli di condizionamento.

6. Piano di miglioramento

Tempistica dei controlli:

- Le misure di controllo sull'impianto per la produzione di acqua sanitaria prevedono la sostituzione integrale dei diffusori secondo un piano trimestrale e non più quadrimestrale. Allo stesso modo saranno sostituiti trimestralmente e non più quadrimestralmente le doccette dell'edificio B, edificio che per la sua particolare tipologia costruttiva richiede monitoraggio più frequente
- Sostituzione della modalità di sanificazione in continuo sul sistema di acqua fredda sanitaria sostituendo la monocloramina con clorazione in continuo.

Sorveglianza e controllo epidemiologico:

- La verifica del database della percentuale di pazienti con polmonite per tutte le cause e

	PROCEDURA OPERATIVA	PC_DS_PACL 2026	
	PROGRAMMA ANNUALE CONTROLLO LEGIONELLOSI - POLICLINICO CASILINO	Pagina 11 di 7	

- polmonite da Legionella verrà effettuata semestralmente invece che annualmente. Nell'anno 2025 sono state riscontrate 651 polmoniti per tutte le cause e 10 polmoniti da Legionella.
- Allo stesso modo verrà monitorata semestralmente l'effettivo utilizzo dei test per Legionella mediante la ricerca dell'antigene urinario che nel corso del 2025 ha mostrato un numero di richieste di esami di antigene urinario per Legionella inferiore a quello del 2024 e gravato da un numero di richieste non seguite da invio del campione pari al 10%. Queste in parte sono risultate annullate ed in parte semplicemente chiuse dal Laboratorio come non pervenute.

Formazione:

- Nell'anno in corso verranno ampliati gli spazi formativi rivolti al rischio per i lavoratori di esposizione all'agente Legionella derivante da alcune pratiche assistenziali all'interno dell'*Obiettivo A Attività 1 – Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio ed alla prevenzione delle ICA* di cui al PARS 2026.
- Appositi corsi formativi per il personale sanitario di alcuni reparti dove è possibile osservare con più frequenza casi di pazienti con legionellosi. Tali eventi formativi si focalizzeranno sulla ricorrenza di eventi infettivi tra i pazienti (segnatamente polmoniti), la cui genesi sia da ricondurre all'agente Legionella pneumophila, soprattutto in Pronto Soccorso e nei reparti di Medicina Interna dove è maggiore la presenza di pazienti a rischio. L'attività già prevista per il 2025 è stata soltanto in parte indirizzata ai reparti suddetti.

		PC_DS_PALIM 2026	
	PIANO DI AZIONE LOCALE IGIENE DELLE MANI POLICLINICO CASILINO ANNO 2026	Pagina 1 di 9	



PIANO DI AZIONE LOCALE IGIENE DELLE MANI **POLICLINICO CASILINO ANNO 2026**

data	Redazione	Verifica	Approvazione
15.12.2025	Dott. Alberto Giannotta Direttore Sanitario Dott.ssa Anna Teresa Miele Coordinamento Personale Infermieristico	Dott. Alberto Giannotta Direttore Sanitario	Dott. Tullio Ciarrapico Direttore Generale

INDICE

1 - Introduzione	3
2 - Scopo	3
3 - Campo di applicazione e destinatari	3
4 - Metodologia	4
5 - Implementazione del Piano di azione locale.....	4

		PC_DS_PALIM 2026	
	PIANO DI AZIONE LOCALE IGIENE DELLE MANI POLICLINICO CASILINO ANNO 2026	Pagina 3 di 9	

1. INTRODUZIONE

Con il termine Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) si intendono tutte le infezioni riconducibili a momenti assistenziali, che al momento dell'ingresso del Paziente nella struttura, non erano presenti e compaiono per la prima volta 48 ore dopo l'inizio di un processo del percorso assistenziale, che possono manifestarsi anche dopo la dimissione e che possono riscontrarsi anche tra il personale della struttura.

La definizione stessa delle ICA suggerisce come questa tipologia di infezioni sia correlata all'erogazione delle prestazioni sanitarie e possono insorgere come conseguenza di criticità di tipo strutturale, tecnologico di carenza nelle procedure assistenziali e di comportamenti non corretti da parte degli operatori.

Un opportuno utilizzo di protocolli atti a prevenire la trasmissione delle ICA, associato ad una costante implementazione di attività formativa sul personale, rende prevenibili circa il 50% delle stesse.

L'igiene delle mani è la più semplice e la più efficace tra le misure di prevenzione delle ICA negli ambienti ospedalieri.

Le mani sono il principale veicolo di trasmissione più frequente poiché coinvolte in tutte le pratiche terapeutiche ed assistenziali, in quanto lo stato superficiale della cute è normalmente colonizzato da microbi.

La corretta igiene delle mani ha un'elevata capacità di prevenzione delle ICA, misura principale da applicare per la prevenzione e riduzione della trasmissione di microrganismi patogeni ai pazienti, agli operatori sanitari e a tutte le persone coinvolte nel processo assistenziale.

2. SCOPO

Il piano è prescrittivo per tutti gli esercenti la professione sanitaria in qualsiasi fase del processo clinico assistenziale, per cui possa essere presente un rischio infettivo finalizzato alla tutela del paziente, dei lavoratori e dell'organizzazione.

La corretta pratica dell'igiene delle mani deve essere promossa attraverso la formazione e sensibilizzazione degli operatori, attuata e monitorata con il fine di prevenire e ridurre:

- a) La colonizzazione e infezione del paziente da parte di microrganismi potenzialmente patogeni
- b) La diffusione di microrganismi patogeni nell'ambiente sanitario
- c) Le infezioni causate da microrganismi endogeni
- d) La colonizzazione e infezione degli operatori sanitari.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Le azioni del Piano interessano qualsiasi momento del processo clinico – assistenziale ed è rivolto agli operatori sanitari che operano nei diversi setting assistenziali.

		PC_DS_PALIM 2026	
	PIANO DI AZIONE LOCALE IGIENE DELLE MANI POLICLINICO CASILINO ANNO 2026	Pagina 4 di 9	

4. METODOLOGIA

La metodologia seguita, come indicato nel Piano di Azione sull'Igiene delle Mani ha previsto le seguenti fasi:

- ✓ Ambito dei requisiti strutturali e tecnologici:
 - esistenza di percorsi sporco/pulito
 - stanze di isolamento
 - presenza di procedure per la sanificazione
 - disponibilità di dispenser per la soluzione idroalcolica nei punti di assistenza
 - al rapporto lavandini/ utenti
- ✓ Ambito della formazione del personale:
 - programmi di formazione del personale
 - monitoraggio e verifica della formazione del personale
 - disponibilità del materiale informativo
- ✓ Ambito del monitoraggio e feedback:
 - corretta Igiene delle Mani attraverso l'osservazione diretta
 - quantità e qualità dei dispenser di soluzione alcolica e dei lavandini all'interno della struttura
 - formazione degli operatori sanitari in materia di Igiene delle Mani e ICA
 - consumo di sapone
- ✓ Ambito della comunicazione permanente:
 - diponibilità di materiale informativo (locandine - brochure) a disposizione del personale e dei visitatori e aggiornamento dello stesso
- ✓ Ambito del clima organizzativo e commitment

L'obiettivo di miglioramento è quello di raggiungere in tempi successivi, ove possibile, il livello Avanzato per la promozione e l'adesione ottimale ai programmi per l'Igiene delle Mani.

5. IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

A. Requisiti strutturali e Tecnologici

Secondo le risultanze emerse dal questionario di autovalutazione con riferimento ai requisiti strutturali e tecnologici emerge che sono disponibili prodotti a base alcolica e facilmente approvvigionabili in ogni punto di assistenza, emerge altresì che il rapporto tra lavandini e letti di degenza è di 1/10 nell'intera struttura mentre è di 1/1 nelle stanze di isolamento e di terapia intensiva e, ancora, che per ogni lavandino è disponibile il sapone. Il punteggio complessivo raggiunto di 70 classifica questa sezione come di livello intermedio.

		PC_DS_PALIM 2026	
	PIANO DI AZIONE LOCALE IGIENE DELLE MANI POLICLINICO CASILINO ANNO 2026	Pagina 5 di 9	

L'ipotesi di miglioramento per l'anno in corso prevede la fornitura di salviettine monouso per ogni lavandino dislocato negli ambienti sanitari.

B. Formazione del Personale

Nel corso dell'anno 2025 sono state effettuate attività formative obbligatorie, in presenza, incentrati sull'Igiene delle Mani, che hanno visto il coinvolgimento di tutte le categorie professionali neoassunte oltre che una formazione continua periodica una volta all'anno di tutti gli operatori sanitari. In base alla disponibilità ed all'accessibilità di risorse e materiali ed avendo verificato che esiste un professionista interno competente per promuovere formazione specifica sul tema, si ritiene che il livello raggiunto sia intermedio.

Per il richiesto miglioramento si individua come obiettivo la stesura di un piano per la formazione e la verifica degli osservatori.

C. Monitoraggio e Feedback

C1. Il monitoraggio della compliance dell'igiene delle mani

Il monitoraggio dell'adesione all'Igiene delle Mani presso il Policlinico Casilino viene svolto con periodicità mensile e vede coinvolte tutte le U.U. O.O. dell'ospedale. I dati delle rilevazioni sono aggregati in un periodo di tempo semestrale.

I dati delle osservazioni del 2025 hanno evidenziato un'aderenza all'igiene delle mani per l'intera struttura dell'83,74% e dell'82,69% rispettivamente nel primo e nel secondo semestre. Dal confronto con le rilevazioni del 2024 si osserva positivamente un incremento della media percentuale di adesione nel primo semestre del 2025 (78% nel primo semestre del 2024 contro l'83,74% nello stesso periodo del 2025), sebbene si osservi una lieve diminuzione di adesione nel secondo semestre che nel 2024 aveva raggiunto un valore dell'84,10%.

La categoria professionale più compliant è risultata essere quella di infermieri e ostetriche (85,17% e 83,88% nei due semestri) in entrambi i periodi di osservazione del 2025, seguita da medici, OSS e altre categorie, con un incremento di adesione nel secondo semestre tra gli OSS.

Benché il lavaggio con acqua e sapone si confermi il metodo più utilizzato per l'igiene delle mani (56,36 % e 55,81% nei due semestri 2025), la frequenza di utilizzo di soluzione alcolica è aumentata nel corso del 2025, registrando una percentuale del 43,63 e del 44,15 rispettivamente nel primo e nel secondo semestre, confermando il trend in aumento di ricorso alla frizione alcolica già osservato durante la precedente rilevazione (uso del 29,82% e del 40% di soluzione idroalcolica nei due semestri del 2024). Nel dettaglio di dati ed i relativi grafici sono disponibili nelle tabelle allegate.

La Direzione Sanitaria valuta i risultati e redige apposito report sintetico che accompagna i dati di consumo inviando tali risultanze a tutti i medici dell'ospedale e, tramite il Dirigente infermieristico, a tutto il personale afferente così da motivare gli operatori con feedback regolari. I dati inoltre vengono

		PC_DS_PALIM 2026	
	PIANO DI AZIONE LOCALE IGIENE DELLE MANI POLICLINICO CASILINO ANNO 2026	Pagina 6 di 9	

inviati disaggregati per categoria professionale e per ambito di assistenza al referente regionale presso il SERESMI secondo reportistica specifica.

Dalle risultanze emerse dal questionario di autovalutazione con riferimento alla sezione C si conferma che annualmente vengono condotti appositi audit che valutano la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani, inoltre, sempre annualmente, vengono valutate le conoscenze degli operatori sulle indicazioni della corretta tecnica dell'igiene delle mani. Riguardo agli indicatori di adesione all'igiene delle mani cosiddetti di monitoraggio indiretto si rileva che non è monitorato il consumo di sapone mentre è monitorato quello di soluzione a base alcolica. Tuttavia il consumo di SIA non raggiunge sull'intero Presidio il livello di 20L/1000 GDO.

Ancora, riguardo al monitoraggio diretto, nel corso del 2025 l'osservazione è stata eseguita trimestralmente e la percentuale di adesione registrata con le schede apposite si aggira tra il 71 e l'80%. Tali risultati sono restituiti con feedback semestrale. Da quanto sopra emerge un punteggio di 72 che corrisponde ad un livello intermedio il cui miglioramento ci si prefigge di raggiungere nell'anno 2026 monitorando il consumo di sapone trimestralmente e cercando di raggiungere il target di consumo minimo di SIA di 20L/1000 GDO.

C2. Monitoraggio del consumo di SIA

L'effettuazione del monitoraggio è condotta secondo le indicazioni contenute nel protocollo della "Sorveglianza Nazionale del consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani in ambito ospedaliero", pubblicato dall'Istituto Superiore di Sanità, e mettono in correlazione i dati dell'anno indice con quelli dell'anno precedente. Di seguito sono descritte le azioni messe in atto:

La Farmacia, tramite il proprio sistema gestionale, elabora con cadenza semestrale un report relativo al consumo della soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani, espresso in litri, riferito al periodo preso in considerazione.

Per il medesimo periodo, la Farmacia richiede all'Ufficio SIO il numero delle giornate di degenza ordinaria, al fine di consentire l'elaborazione degli indicatori di consumo standardizzati.

Una volta raccolti, i dati di consumo, questi vengono disaggregati nelle seguenti aree:

- Aree di degenza
- Aree di non degenza

Per le aree di degenza viene eseguita un'ulteriore disaggregazione per singole aree quali:

- Area Medica
- Area Chirurgica
- Terapia Intensiva
- Pronto Soccorso
- Area Ortopedico-Traumatologica
- Altre aree di degenza

Infine, i dati elaborati vengono trasmessi con cadenza semestrale e/o annuale alla Direzione Sanitaria.

		PC_DS_PALIM 2026	
	PIANO DI AZIONE LOCALE IGIENE DELLE MANI POLICLINICO CASILINO ANNO 2026	Pagina 7 di 9	

La Direzione Sanitaria valuta i risultati e redige apposito report sintetico che accompagna i dati di consumo inviando tali risultanze a tutti i medici dell'ospedale e, tramite il Dirigente infermieristico, a tutto il personale afferente così da motivare gli operatori con feedback regolari rispetto alla quantità di SIA consumata. I dati inoltre vengono inviati al referente regionale per la sorveglianza del CSIA presso il SERESMI. I risultati della rilevazione dell'anno 2025 mostrano un lieve aumento del consumo di soluzione idroalcolica rispetto ai dati rilevati nell'anno precedente, avendo ottenuto, nel 2025, un consumo di 14,56 L/1000 GDO (giornate di degenza ordinaria) rispetto al 13.72L/1000 GDO del 2024.

Ciononostante, il consumo risulta non essere in linea con lo standard di riferimento internazionale dell'OMS che fissa il consumo medio di soluzione idroalcolica ad almeno 20L/1000 GDO.

Questo dato in parte può essere spiegato con la circostanza che l'utilizzo di soluzione idroalcolica rappresenta meno del 50% della modalità di igienizzazione delle mani essendo il consumo di sapone, e quindi il lavaggio delle mani con acqua, il metodo più utilizzato, come risulta dai dati sopra riportati inerenti l'osservazione della compliance dell'Igiene delle Mani.

Azione di miglioramento: Nel corso del 2026 saranno effettuate rilevazioni/osservazioni mensili in tutti i reparti di degenza, che verranno diffusi al personale trimestralmente allo scopo di mantenere, sul tema, la necessaria attenzione.

D. Ambito della comunicazione permanente

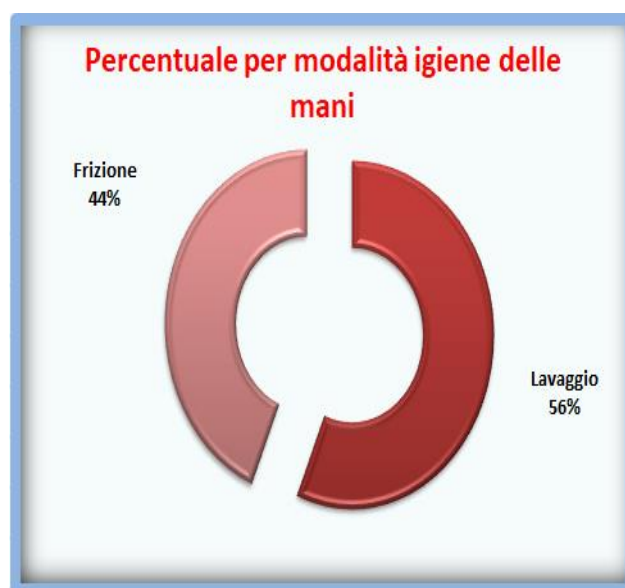
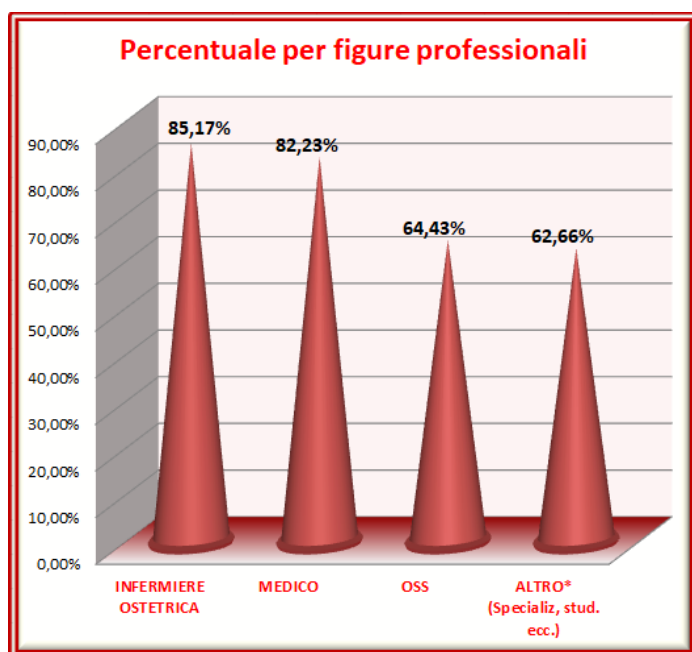
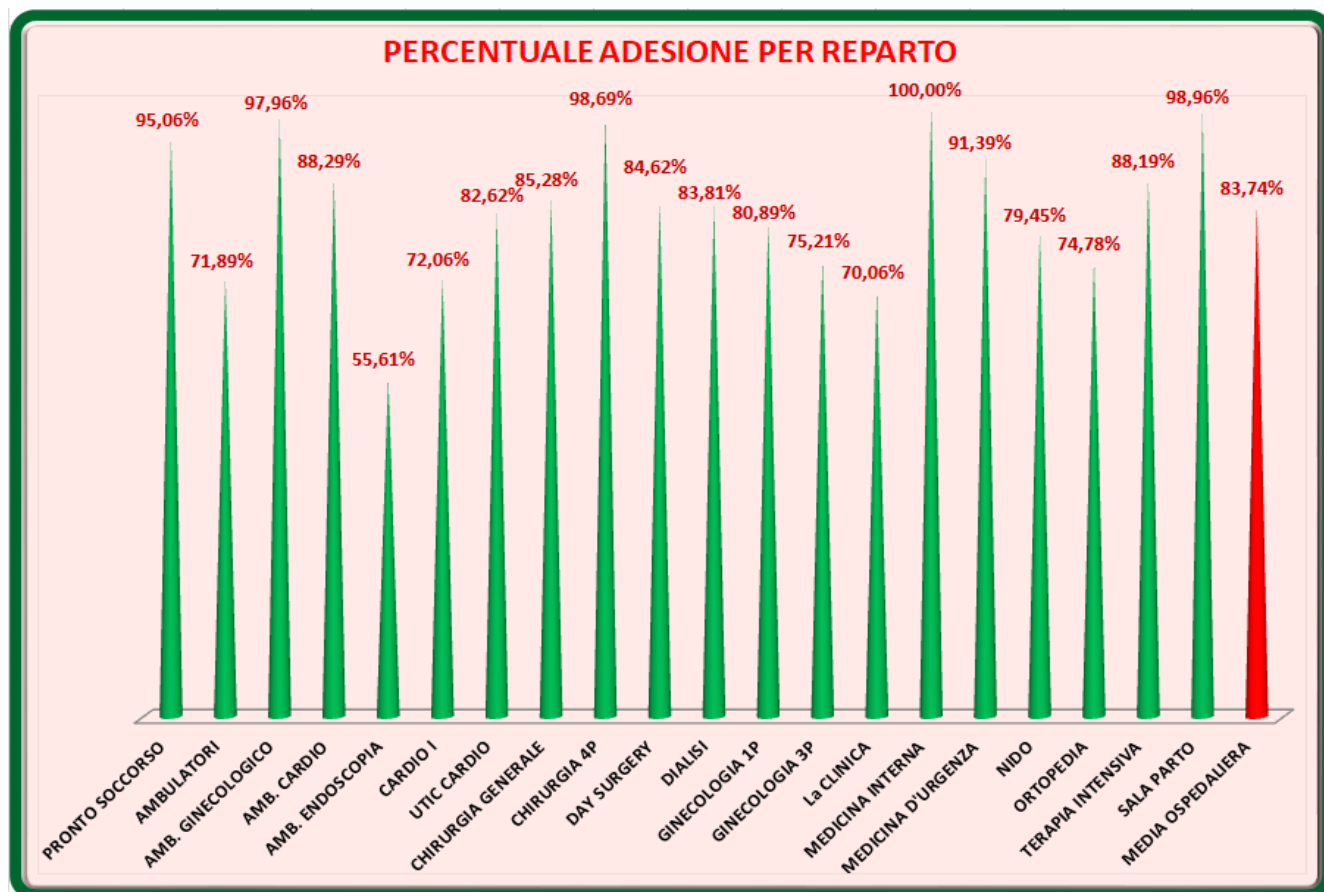
Secondo le risultanze emerse dal questionario di autovalutazione con riferimento ai requisiti della sezione D è emerso che specifici poster illustrativi di indicazioni e tecniche di corretto lavaggio delle mani e di corretta frizione sono esposti in tutti i reparti e la relativa verifica viene effettuata almeno una volta all'anno. Allo stesso modo sono disponibili nei reparti specifici opuscoli informativi. Tali risultati posizionano il Presidio relativamente a questa sezione ad un livello intermedio. Si intende raggiungere un livello avanzato mediante apposizione di ulteriori poster sul tema diversi da quelli esistenti nonché aumentando la frequenza delle ispezioni per individuare eventuale materiale informativo deteriorato da sostituire.

E. Ambito del clima organizzativo e commitment

Secondo le risultanze emerse dal questionario di autovalutazione con riferimento ai requisiti della sezione E si rileva che il punteggio complessivo colloca il Presidio ad un livello base. Si intende raggiungere il livello intermedio mediante costituzione di apposito team per la promozione ottimale della pratica di igiene delle mani oltre che affiancando e tutorando i dipendenti neoassunti.

Allegato

REPORT 1° SEMESTRE 2025



REPORT 2° SEMESTRE 2025

