

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. _____ del _____

OGGETTO: Regolamento operativo aziendale per tracciare le attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, il monitoraggio e le azioni di miglioramento messe in atto per ottimizzare i target

STRUTTURA PROPONENTE: AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA - UOC DIREZIONE SANITARIA SAN FILIPPO NERI

Centro di Costo: _____ L'Estensore:Dott.ssa SERENA GANGI _____ Il presente Atto non contiene dati sensibili

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento

AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA

Dott.ssa PATRIZIA MAGRINI

Dott.ssa PATRIZIA MAGRINI

L'Atto non comporta impegno di spesa

Parere del Direttore Amministrativo Dr. Francesco Quagliariello

Favorevole

(con motivazioni allegate al presente
Non favorevole

Parere del Direttore Sanitario Dr. Gennaro D'Agostino

Favorevole

(con motivazioni allegate al presente
Non favorevole

Il presente provvedimento si compone di n.23 pagine di cui n.18 pagine di allegati

Il Direttore Generale
Dr. Giuseppe Quintavalle

**IL DIRETTORE DELLA UOC DIREZIONE OSPEDALIERA S. FILIPPO NERI
e DIRETTORE FF DELL'AREA DI DIREZIONE DELLA ASL ROMA 1**

VISTA la deliberazione del Commissario Straordinario numero 1 del 1° gennaio 2016, con la quale si è provveduto a prendere atto dell'avvenuta istituzione dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 a far data dal 1° gennaio 2016, come previsto dalla legge regionale n.17 del 31/12/2015 e del DCA n. 606 del 30/12/2015;

VISTO il Decreto del Presidente della Regione Lazio 10 gennaio 2025, n. T00006 con il quale è stato nominato Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 il Dottor Giuseppe Quintavalle;

VISTO, nelle more della sua completa attuazione che avverrà con opportuna gradualità, l'atto di autonomia Aziendale, adottato con Deliberazione n. 377 del 04/04/2025, approvato con Deliberazione di Giunta Regionale del 8 maggio 2025, n. 296 e pubblicata sul BURL n. 38 del 13/5/2025;

VISTA la Deliberazione n° 138 del 25/02/2025 avente oggetto: *“Sistema aziendale di deleghe e conseguente individuazione delle competenze nell'adozione degli atti amministrativi”* con la quale, tra l'altro, sono state individuate le competenze nell'adozione degli atti amministrativi;

CONSIDERATA la Deliberazione n° 421 del 09/03/2026 avente oggetto *“Regolamento Aziendale della Commissione per la Prevenzione e il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza”*, che illustra la composizione e l'operatività della CCICA;

VISTA la Sentenza n° 6386/2023 della Corte Costituzionale – Sentenza “Travaglino” - che stabilisce e codifica una serie di oneri probatori a carico delle strutture sanitarie nei casi di richieste di risarcimenti danni attribuiti alle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), che delinea un insieme di obblighi organizzativi e di documentazione a cui la struttura deve provare di avere adempiuto per essere esente da responsabilità per infezioni correlate all'assistenza, obblighi declinati dalla Suprema Corte;

VISTO che il Direttore Generale, con nota prot. n° 16480 del 29/01/2026, con oggetto *“Costituzione gruppo di lavoro per la predisposizione di indicazioni operative in materia di applicazione della sentenza n° 6386/2023 – Infezioni Correlate all'Assistenza”* ha istituito un gruppo di lavoro per predisporre tali indicazioni operative così composto:

- Dott.ssa Maddalena Quintili – Direttore UOC Sicurezza, Qualità e Risk Management in qualità di coordinatore;
- Dott.ssa Patrizia Magrini – Direttore UOC Direzione Sanitaria San Filippo Neri in qualità di componente;
- Avv. Gloria Di Gregorio – Dirigente Avvocatura Staff Direzione Generale in qualità di componente;

con l'incarico per il gruppo di lavoro di:

- Analizzare i contenuti e le implicazioni organizzative della sentenza n° 6386/2023;
- Individuare le attività e le responsabilità dei diversi soggetti coinvolti (Direzione, strutture sanitarie, professionisti, organismi di controllo);
- Proporre procedure e indicazioni operative finalizzate alla corretta applicazione dei principi affermati dalla pronuncia giurisprudenziale;
- Predisporre una bozza di documento di indirizzo aziendale;

VISTA la necessità di definire le attività di implementazione del monitoraggio dei fenomeni e dei processi che possono portare allo sviluppo delle ICA e di descrivere le modalità di correzione delle criticità rilevate durante la sorveglianza, il gruppo di lavoro ha redatto il *“Regolamento Operativo Aziendale per tracciare le attività di*

prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza, il monitoraggio e le azioni di miglioramento messe in atto per ottimizzare i Target" nella ASL Roma 1;

CONSIDERATO che per rendere operativo il suddetto Regolamento è necessario individuare dei referenti aziendali che hanno la responsabilità di monitorare e attuare le azioni di miglioramento necessarie per le diverse attività su cui concentrare vigilanza, monitoraggio e controllo.

VISTO che per la necessità di registrare i dati di monitoraggio di ciascuna attività, la ASL Roma 1 si è dotata di una piattaforma tecnologica, "DARM" fornita dalla Società NOMOS, poi rinominata piattaforma AL PLAN IPC, per meglio controllare le ICA; che la piattaforma consta di diversi moduli che permettono di raccogliere e analizzare enormi quantità di dati, monitorando così le ICA e le AMR; che con la Deliberazione n° 733 del 14/06/2024, è stato individuato il Dr. Giuseppe Furia quale Referente aziendale per l'implementazione, il controllo e il monitoraggio della piattaforma stessa;

VISTA l'opportunità di rendere immediatamente operative e tracciate intanto alcune attività di controllo indicate nel Regolamento, dal momento che per altre attività è necessario che siano preliminarmente perfezionate alcune interconnessioni di sistemi informatici indispensabili per rendere possibile il monitoraggio e l'analisi di alcune attività attraverso la piattaforma AL PLAN IPC, connessioni che saranno perfezionate nel corso dei prossimi mesi a valle di aggiornamenti e implementazioni dei sistemi informatici aziendali coinvolti; che per quanto sopra al momento sono state individuate e monitorate 10 attività, descritte in 10 allegati del Regolamento, con implementazione nel tempo di ulteriori attività, e relativi allegati del Regolamento, che saranno contenuti in successive revisioni del Regolamento stesso, che saranno redatte dal medesimo gruppo di lavoro, concernenti tali modifiche/integrazioni successive;

CONSIDERATA al momento l'individuazione dei referenti aziendali designati per le 10 attività oggi contenute nel Regolamento predisposto:

- Igiene della Mani – Referente: Dott.ssa Barbara Di Lazzaro (All.1);
- Utilizzo del Gel Idroalcolico – Referente: Dott.ssa Alessandra Ferraro (All.2);
- Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico – Referente: Dott. Giuseppe Furia (All.3);
- Sistema di Alert e Sorveglianza ICA – Referente: Dott. Marcello Meledandri (All.4);
- Pulizia e Sanificazione degli Ambienti – Referente: Dott.ssa Barbara Di Lazzaro (All.5);
- Controllo della Qualità dell'Aria – Referente: Ing. Francesco Paolo Macchia (All.6);
- Controllo e Monitoraggio della Legionellosi – Referente: Dott.ssa Vittoria Colamesta (All.7);
- Prevenzione delle Infezioni da Cateterismo Vescicale – Referente: Dott.ssa Barbara Di Lazzaro (All.8);
- Prevenzione delle Infezioni da CVC – Referente: Dott.ssa Maria Segneri (All.9);
- Controllo Rifiuti Sanitari – Referente: Dott. Vincenzo Marchianò (All.10).

ATTESTATO che il presente provvedimento a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art.1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

PROPONE

Per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

- di adottare il Regolamento Operativo Aziendale per tracciare le attività di prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza, il monitoraggio e le azioni di miglioramento messe in atto per ottimizzare i target;
- di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio online aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge n. 69 del 18/06/2009 e nel rispetto comunque della normativa sulla protezione dei dati personali, e di autorizzare il competente servizio aziendale ad oscurare eventuali dati non necessari rispetto alla finalità di pubblicazione.

Il Responsabile del procedimento
Direttore UOC Direzione Ospedaliera
S. Filippo Neri
Dr. Patrizia Magrini

FIRMATO DIGITALMENTE

Il Direttore ff dell'Area di Direzione
Ospedaliera della ASL Roma 1
Dr. Patrizia Magrini

FIRMATO DIGITALMENTE

IL DIRETTORE GENERALE

IN VIRTÙ dei poteri previsti:

- dall'art.3 del D.L.gs. 502/1992e ss.mm.ii;
- dell'art.8 della L.R. n. 18/1994 e ss.mm.ii.;

nonché delle funzioni e dei poteri conferiti con decreto del presidente della Regione Lazio n. T00006 del 10/01/2025;

LETTA la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Dirigente Responsabile dell'Unità in frontespizio indicata;

PRESO ATTO che il Direttore della Struttura proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art.1 della Legge n. 20 /1994 e successive modifiche nonché alla stregua di criteri di economicità e di efficacia di cui l'art.1, comma 1, della Legge 241/1990 e successive modifiche e integrazioni;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

DELIBERA

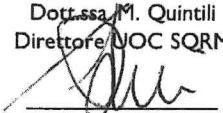
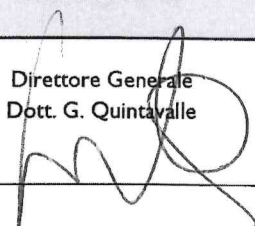
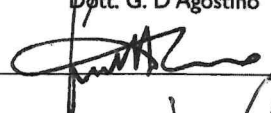
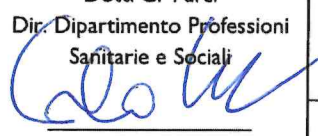
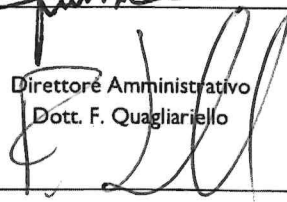
- di adottare la proposta di delibera sopra riportata, comprensiva di n. 10 (dieci) allegati;
- di trasmettere la presente Deliberazione, per il seguito di competenza, alle seguenti Strutture aziendali: Direzioni Sanitarie Ospedaliere; UOC Risk Management; Segreteria della Commissione per il Controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza (CCICA) per l'inoltro ai componenti della Commissione, nonché ai membri del Gruppo Tecnico Operativo della Commissione, e del Team dell'Antimicrobial Stewardship; all'Avvocatura aziendale; al Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali; ai Referenti designati per ciascuna attività; ai componenti del gruppo di lavoro per la redazione e l'aggiornamento del Regolamento;
- di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio online aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69, nel rispetto comunque della normativa sulla protezione dei dati personali e autorizzare il competente servizio aziendale ad oscurare eventuali dati non necessari rispetto alle finalità di pubblicazione

Il Direttore della Struttura proponente provvederà alla diffusione della deliberazione agli uffici/organismi rispettivamente interessati.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giuseppe Quintavalle

FIRMATO DIGITALMENTE

 ASL ROMA 1	REGIONE LAZIO - ASL ROMA I CCICA Vicepresidente Dir. Dott.ssa P. Magrini		 REGIONE LAZIO	
	REGOLAMENTO OPERATIVO AZIENDALE PER TRACCIARE LE ATTIVITA' DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL' ASSISTENZA, IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO MESSE IN ATTO PER OTTIMIZZARE I TARGET		Rev. 0 del 29/04/2026	Pag. 1 a 18
			PRO CCICA 20	

REV.	DATA	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
Rev.0 (Emissione)	29/04/2026	GdL	Dott.ssa M. Quintili Direttore UOC SQRM 	Direttore Generale Dott. G. Quintavalle 
			Dott.ssa P. Magrini Vicepresidente CCICA Firmato digitalmente da: PATRIZIA MAGRINI Organizzazione: ASL ROMA 1/13364791004 Data: 30/04/2026 11:58:48 	Direttore Sanitario Dott. G. D'Agostino 
			Dott. C. Turci Dir. Dipartimento Professioni Sanitarie e Sociali 	Direttore Amministrativo Dott. F. Quagliarello 

Gruppo di lavoro

Dott.ssa Patrizia Magrini Dir. Area di Direzione Ospedaliera

Dott.ssa Gloria Di Gregorio Avvocatura Aziendale

Dott.ssa Maddalena Quintili Dir. UOC Sicurezza Qualità e Risk management

Dott. Giuseppe Furia Dirigente Medico Direzione Sanitaria Ospedaliera

INDICE

PREMESSA.....	3
1. LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)	3
2. LA SENTENZA N. 6386/2023 DELLA CORTE COSTITUZIONALE (SENTENZA "TRAVAGLINO")	4
3. LE COMPETENZE E RESPONSABILITA' IN TEMA DI INFEZIONI.....	5
4. LA PIATTAFORMA AL PLAN IPC	6
5. OBIETTIVI	6
6. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....	7
7. MODALITÀ OPERATIVE	7
ALLEGATI:	
All. 1. Igiene delle mani.....	9
All. 2. Utilizzo del gel idroalcolico.....	10
All. 3. Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico.....	11
All. 4. Sistema di alert e sorveglianza ICA.....	12
All. 5. Pulizia e sanificazione degli ambienti.....	13
All. 6. Controllo della qualità dell'aria.....	14
All. 7. Controllo e monitoraggio della Legionellosi.....	15
All. 8. Prevenzione delle infezioni da cateterismo urinario.....	17
All. 9. Prevenzione delle infezioni da CVC.....	18
All. 10. Controllo Rifiuti Sanitari.....	19

REGOLAMENTO OPERATIVO AZIENDALE PER TRACCIARE LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO MESSE IN ATTO PER OTTIMIZZARE I TARGET	PRO CC-ICA 20	REV. 0 del 29/04/2026	Pag. 2 a 18
--	---------------	-----------------------	-------------

PREMESSA

Questo Regolamento Operativo si propone di delineare in modo sintetico le principali condizioni in cui si sviluppano le infezioni correlate all'assistenza e i fattori che ne influenzano l'insorgenza, la trasmissione, la resistenza alle cure, e, invece, i comportamenti, le buone prassi e le metodiche che consentono di ridurre l'incidenza, la prevalenza e la trasmissione delle infezioni stesse.

Viene descritta analiticamente nelle schede allegate per ogni fattore/contesto/attività di rischio di infezione:

- l'attività di monitoraggio e vigilanza messa in atto presso tutti contesti, ospedalieri e territoriali, della ASL Roma1, per controllare il fenomeno e averne continua contezza;
- i target da mantenere che caratterizzano le buone pratiche cliniche e assistenziali, nonché di controllo delle attività svolte anche in outsourcing, che possono interferire e costituire elementi di criticità per lo sviluppo e la trasmissione di infezioni nei pazienti e di infezioni occupazionali nel personale;
- le azioni correttive e di miglioramento da attivare per controllare e prevenire le infezioni stesse nei casi in cui si registrano criticità e performance sotto target.

Il documento sarà implementato nel tempo con modifiche/integrazioni ritenute opportune nel testo e con la redazione/ratifica di ulteriori schede allegate, a completamento continuo dell'attività di monitoraggio e qualificazione dell'assistenza, nel segno di una sempre maggiore sicurezza delle cure, e al contempo strumento per tracciare le attività di prevenzione e controllo delle infezioni in essere presso la ASL, e le azioni da porre in atto per ottimizzarle.

1. LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) sono infezioni che si verificano durante o dopo il ricovero in ospedale o altre strutture sanitarie. Queste infezioni rappresentano una delle principali cause di morbidità e mortalità in ambito sanitario, incidendo non solo sulla salute dei pazienti ma anche sull'efficienza del sistema sanitario, con un significativo aumento dei costi e dei tempi di degenza.

Le ICA comprendono una vasta gamma di infezioni, tra cui quelle del tratto urinario, polmoniti, infezioni chirurgiche, infezioni del flusso sanguigno e infezioni della pelle e dei tessuti molli.

La loro incidenza varia a seconda dei diversi contesti sanitari e delle pratiche di controllo delle infezioni adottate, ma è generalmente considerata un fenomeno di portata globale.

Secondo un rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si stima che circa 1 paziente su 10 in ospedale sviluppi un'infezione correlata all'assistenza, con un'incidenza che può variare tra il 5% e il 15% nei Paesi sviluppati. A livello globale, si ritiene che ogni anno oltre 15 milioni di persone sviluppino infezioni nosocomiali, e che queste causino circa 37.000 decessi ogni anno in Europa (dati del Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, ECDC).

In Italia, secondo il Ministero della Salute, le infezioni correlate all'assistenza riguardano circa il 5-10% dei pazienti ospedalizzati, con una maggiore incidenza in determinati contesti, come le unità di terapia intensiva e nei pazienti sottoposti a interventi chirurgici complessi. Le infezioni più comuni includono quelle delle vie urinarie (circa il 40% dei casi), polmoniti (30%) e le infezioni del flusso sanguigno (10%). Non tutte le infezioni sono evitabili. Infatti, **una parte di esse è inevitabile** a causa di fattori legati alla fragilità dei pazienti, come la presenza di malattie croniche, un sistema immunitario compromesso, o l'invasività di alcune procedure mediche indispensabili (ad esempio, l'inserimento di cateteri o dispositivi invasivi o gli stessi interventi chirurgici o le terapie immunosoppressive).

REGOLAMENTO OPERATIVO AZIENDALE PER TRACCIARE LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO MESSE IN ATTO PER OTTIMIZZARE I TARGET	PRO CC-ICA 20	REV. 0 del 29/04/2026	Pag. 3 a 18
--	---------------	-----------------------	-------------

Tuttavia, numerose sono quelle che possono essere prevenute grazie all'adozione di misure di prevenzione efficaci, come l'igiene delle mani, l'uso appropriato degli antibiotici, la sterilizzazione degli strumenti, la gestione rigorosa delle tecniche chirurgiche e le corrette procedure assistenziali. Secondo l'OMS, almeno il 30% delle ICA potrebbe essere prevenuto con pratiche di controllo delle infezioni più rigide. Ad esempio, il corretto utilizzo di tecniche di prevenzione delle infezioni durante gli interventi chirurgici può ridurre significativamente l'incidenza delle infezioni post-operatorie.

A questo si associa il fenomeno dell'antibiotico resistenza (**AMR, Antimicrobial Resistance**) da parte di alcune specie di batteri (come MRSA, Clostridium difficile, VRE e altri). Negli ultimi anni, l'AMR è aumentata notevolmente, costituendo oggi un'emergenza globale che vede l'Italia tra i Paesi Europei con maggior circolazione di **Multi-Drug Resistant Organism (MDRO)**.

L'AMR costituisce oggi uno dei principali problemi di Sanità Pubblica con importanti implicazioni sia dal punto di vista clinico (aumento della morbidità, della mortalità, dei giorni di ricovero, possibilità di sviluppo di complicanze, possibilità di epidemie), sia in termini di ricaduta economica per il costo aggiuntivo richiesto per l'impiego di farmaci e di procedure più onerose, per l'allungamento delle degenze in ospedale e per eventuali invalidità.

In effetti, secondo i dati dell'OMS, circa 700.000 persone muoiono ogni anno a causa di infezioni causate da batteri resistenti agli antibiotici, e si prevede che, se non verranno adottate azioni efficaci, questo numero potrebbe crescere fino a 10 milioni di morti all'anno entro il 2050.

In contesti ospedalieri, la resistenza agli antibiotici è alimentata principalmente da:

- Uso eccessivo e improprio di antibiotici: l'uso non adeguato di antibiotici, come nel caso di prescrizioni inappropriate o il loro utilizzo improprio durante il trattamento di infezioni virali, contribuisce direttamente allo sviluppo di resistenza;

- Sviluppo di ICA: i pazienti ricoverati, specie in terapie intensive o in reparti chirurgici, sono più esposti a infezioni da batteri resistenti, sia per la loro condizione di salute compromessa, sia per l'uso di dispositivi invasivi (come cateteri e ventilatori) che possono diventare focolai per la proliferazione di germi resistenti.

Inoltre, la transizione dei pazienti, soprattutto anziani, cronici, con plurimorbilità, spesso continua tra contesti ospedalieri, domicilio e assistenza domiciliare e strutture di ricovero post-acuto, hanno ridotto la distinzione tra infezioni "ospedaliere" e relativi microrganismi che ne sono all'origine e infezioni contratte in contesti extraospedalieri.

Le ICA e le AMR si registrano pertanto in tutti i setting in cui si svolgono attività di assistenza sanitaria.

2. LA SENTENZA N. 6386/2023 DELLA CORTE COSTITUZIONALE (SENTENZA "TRAVAGLINO")

La sentenza della Corte di Cassazione n. 6386/2023, nota come "Sentenza Travaglino", dal nome del suo relatore, stabilisce e codifica una serie di oneri probatori a carico delle strutture sanitarie nei casi di richieste di risarcimenti danni attribuiti ad ICA.

La sentenza rappresenta un passaggio fondamentale nell'evoluzione della responsabilità sanitaria da ICA in Italia, poiché ha contribuito a ridisegnare la natura del rapporto tra paziente e struttura sanitaria, nonché gli obblighi che ne derivano. Questo orientamento ha notevolmente aggravato gli oneri probatori gravanti sulle strutture, accedendo tuttavia al criterio di responsabilità per colpa e non più al criterio di responsabilità oggettiva.

In tale contesto, così come sempre avviene in tema di responsabilità da malpractice, la parte istante deve dimostrare il nesso causale tra i trattamenti sanitari e le prestazioni ricevute e l'aggravamento dello stato di salute o il danno, mentre spetta alla struttura provare di aver adempiuto correttamente a tutti gli oneri delineati dalla Suprema Corte e che l'evento dannoso sia dipeso da causa ad essa non imputabile.

REGOLAMENTO OPERATIVO AZIENDALE PER TRACCIARE LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO MESSE IN ATTO PER OTTIMIZZARE I TARGET	PRO CC-ICA 20	REV. 0 del 29/04/2026	Pag. 4 a 18
--	---------------	-----------------------	-------------

La sentenza delinea un insieme di obblighi organizzativi e di documentazione a cui la struttura deve provare di avere adempiuto per andare esente da responsabilità per infezioni correlate all'assistenza. Questi obblighi sono declinati dalla Suprema Corte e di seguito riportati:

1. Protocolli di disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali.
2. Modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria.
3. Procedure di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami.
4. Caratteristiche igienico-sanitarie della mensa e distribuzione di cibi e bevande.
5. Modalità di preparazione, conservazione e uso dei disinfettanti.
6. Qualità dell'aria e gestione degli impianti di condizionamento.
7. Attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica delle infezioni.
8. Controllo e limitazione degli accessi di visitatori (criteri di controllo biologico).
9. Procedure di controllo degli infortuni e delle malattie del personale e profilassi vaccinali.
10. Rapporto numerico tra personale sanitario e degenti.
11. Sorveglianza microbiologica di laboratorio (monitoraggio dei germi).
12. Report periodici dai reparti alle Direzioni Sanitarie per monitorare germi "sentinella".
13. Documentazione sull'effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio sanitario.

La Cassazione indica in più gli oneri soggettivi nell'ambito dell'attività di prevenzione che in caso di mancato assolvimento possono determinare elementi di colpa e responsabilità personali individuate:

- il dirigente apicale avrà l'obbligo di indicare le regole cautelari da adottarsi ed il potere-dovere di sorveglianza e di verifica (riunioni periodiche/visite periodiche), al pari della Commissione per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA);
- il Direttore Sanitario quello di attuarle, di organizzare gli aspetti igienico e tecnico-sanitari, di vigilare sulle indicazioni fornite (art. 5 del DPR 128/1069: obbligo di predisposizione di protocolli di sterilizzazione e sanificazione ambientale, gestione delle cartelle cliniche, vigilanza sui consensi informati);
- il Dirigente di struttura complessa, esecutore finale dei protocolli e delle linee guida, dovrà collaborare con gli specialisti microbiologo, infettivologo, epidemiologo, igienista, ed è responsabile per omessa assunzione di informazioni precise sulle iniziative di altri medici, o per omessa denuncia delle eventuali carenze ai responsabili.

3. LE COMPETENZE E RESPONSABILITA' IN TEMA DI INFEZIONI

L'attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza coinvolge tutte le figure presenti in una organizzazione sanitaria semplicemente perchè ciascuno concorre con il suo ruolo, facoltà, cultura, comportamento a determinare o ad evitare infezioni correlate alle cure.

- Dalla **Direzione Aziendale** che determina l'organizzazione e la strategia aziendale di governo delle attività, le acquisizioni di strumenti, presidi e servizi, le dotazioni organiche del personale preposto all'assistenza, la formazione;
- alle **Direzioni Sanitarie degli ospedali e Direzioni dei Distretti**, preposte a garantire l'organizzazione e a vigilare sull'adeguatezza degli ambienti, delle dotazioni e dei comportamenti/procedure messi in atto nei rispettivi contesti;
- al **Risk Manager** e al **Responsabile Prevenzione e Protezione**, preposti a vigilare e misurare le performance organizzative correlate alla sicurezza per il rischio clinico dei pazienti e rispettivamente per la salute degli operatori, individuando criticità e indicando avvertenze e procedure di miglioramento;

REGOLAMENTO OPERATIVO AZIENDALE PER TRACCIARE LE ATTIVITA DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO MESSE IN ATTO PER OTTIMIZZARE I TARGET	PRO CC-ICA 20	REV. 0 del 29/04/2026	Pag. 5 a 18
--	---------------	-----------------------	-------------

- al **Responsabile dell'accreditamento delle strutture non a gestione diretta** della ASL per la verifica permanente del mantenimento dei requisiti di sicurezza e igienico-organizzativi dei presidi presso cui o da cui avviene la transizione dei pazienti con gli ospedali a gestione diretta;
- al **Responsabile degli acquisti di materiali e servizi**, e alla loro distribuzione e gestione, tra cui la **Farmacia ospedaliera e territoriale**;
- ai Responsabili Unici dei Procedimenti (**RUP**) e ai Direttori tecnici di esecuzione dei relativi Contratti (**DEC**)
- a chi è preposto a governare e svolgere l'**Assistenza Domiciliare**;
- ai **Responsabili di UOC/UOSD/UOS** che devono promuovere, vigilare, e correggere eventuali comportamenti contrari alla sicurezza delle cure;
- a **tutto il comparto infermieristico e tecnico**, dal Direttore di Dipartimento alle FO, ai coordinatori e a ogni singolo infermiere/tecnico nell'esercizio della propria attività;
- a **ogni dipendente della ASL** che nell'attività lavorativa è tenuto a conoscere e seguire protocolli e procedure che devono guidare le attività di ciascuno, per l'obbligo di utilizzare i dispositivi di protezione individuale nonché di aggiornarsi e formarsi per essere in grado di conoscere rischi e procedure da adottare;
- ai **pazienti e utenti** che devono rispettare le regole di comportamento, di isolamento, di protezione e di accesso loro indicate dal personale di assistenza.

4. LA PIATTAFORMA AL PLAN IPC

La ASL Roma 1 si è dotata nel 2024 di una piattaforma tecnologica ("DARM" fornita dalla Società NOMOS) a supporto dell'analisi, prevenzione, controllo e trattamento delle infezioni per gli ospedali a gestione diretta della ASL.

La piattaforma web, che da settembre 2025 nella versione 2.0 ha preso il nome di **AL PLAN IPC**, consta di diversi moduli che permettono di raccogliere e analizzare enormi quantità di dati in modalità *real time*.

La piattaforma permette in questo modo il monitoraggio delle ICA e AMR, l'allineamento di tutte le strutture agli standard regionali per alcuni moduli funzionali, e la raccolta dei dati in una piattaforma unificata.

Alcuni di questi i moduli della piattaforma alla data della pubblicazione del presente Regolamento operativo sono in fase di collaudo o in attesa di integrazione con altri applicativi informatici aziendali.

La piattaforma è comunque già in funzione e utilizzata ai fini del raggiungimento degli obiettivi del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) e altri tipi di analisi per gli obiettivi della CCICA della ASL Roma 1.

5. OBIETTIVI

Il presente Regolamento ha lo scopo di definire le attività di implementazione del monitoraggio dei fenomeni e dei processi che possono portare allo sviluppo delle ICA e descrivere le modalità di correzione delle criticità rilevate durante la sorveglianza.

REGOLAMENTO OPERATIVO AZIENDALE PER TRACCIARE LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO MESSE IN ATTO PER OTTIMIZZARE I TARGET	PRO CC-ICA 20	REV. 0 del 29/04/2026	Pag. 6 a 18
--	---------------	-----------------------	-------------

6. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

AL PLAN IPC: piattaforma di supporto al monitoraggio e tracciamento delle ICA (già DARM-NOMOS)

AMR: Antimicrobial Resistance

CCICA: Commissione Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza

DSO: Direzione Sanitaria Ospedaliera

ICA: Infezione Correlata all'Assistenza

MASI: UOC Manutenzione Immobili e Impianti

MDRO: Multi Drug Resistant Organism

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

PARS: Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario

UO: Unità Operativa

GTO: Gruppo Tecnico Operativo

ISC: Infezioni del Sito Chirurgico

DPI: Dispositivi di Protezione Individuale

7. MODALITÀ OPERATIVE

Il Regolamento verrà declinato seguendo in linea di massima gli item del decalogo della Sentenza 6386/2023 e utilizzando la piattaforma "AL PLAN IPC" come strumento di monitoraggio e di analisi della maggior parte dei dati.

Per ciascun item verrà quindi allegata al presente Regolamento una scheda che definirà le modalità operative del monitoraggio (ove possibile, specificando il target di riferimento) e le azioni correttive da mettere in atto in caso di criticità rilevate.

Le schede verranno implementate, aggiornate nel tempo, e conservate a cura del **Referente** di ciascuna tematica sintetizzata in ogni scheda.

È a cura del Referente assicurare l'effettuazione di tutte le attività previste di gestione delle tematiche sintetizzate in ogni scheda e assicurare che il tracciamento delle relative attività sia effettuato come previsto nella scheda e conservato agli atti per ogni necessità di reperimento futuro.

Di seguito l'elenco delle schede che costituiscono parte integrante del presente Regolamento, già predisposte e allegate al Regolamento stesso, che a seguito di aggiornamenti periodici del Regolamento verranno ulteriormente elencate e allegate soprattutto in rapporto al perfezionarsi delle connessioni tra i sistemi informatici che sono alla base delle integrazioni di dati necessari a monitorare i diversi fenomeni che impattano sulle ICA:

- All. 1. Igiene delle mani
- All. 2. Utilizzo del gel idroalcolico
- All. 3. Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico
- All. 4. Sistema di alert e sorveglianza ICA
- All. 5. Pulizia e sanificazione degli ambienti
- All. 6. Controllo della qualità dell'aria
- All. 7. Controllo e monitoraggio della Legionellosi
- All. 8. Prevenzione delle infezioni da cateterismo urinario
- All. 9. Prevenzione delle infezioni da CVC
- All. 10. Controllo Rifiuti Sanitari

REGOLAMENTO OPERATIVO AZIENDALE PER TRACCIARE LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO MESSE IN ATTO PER OTTIMIZZARE I TARGET	PRO CC-ICA 20	REV. 0 del 29/04/2026	Pag. 7 a 18
--	---------------	-----------------------	-------------

IGIENE DELLE MANI Referente: Dott.ssa BARBARA DI LAZZARO	
Introduzione Le mani del personale sanitario sono il principale vettore di trasmissione di agenti patogeni. È dimostrato che l'igiene delle mani, semplice ed efficace, possa prevenire fino al 50% delle ICA. I 5 "Momenti" definiti dall'OMS in cui praticare necessariamente il lavaggio delle mani sono: 1. Prima del contatto col paziente, 2. prima di manovre asettiche, 3. dopo il rischio di esposizione a fluidi, 4. dopo il contatto col paziente, 5. dopo il contatto con l'ambiente circostante. Il target dell'OMS è una compliance >75% da parte degli operatori sanitari alle sopra indicate buone prassi.	
Monitoraggio Il monitoraggio viene effettuato attraverso apposito modulo nella piattaforma AI Plan IPC, che registra data, ora, Ospedale, Unità Operativa (UO) di osservazione e la categoria di operatore sanitario osservato (medico, infermiere, OSS, frequentatore, studente etc.). Gli infermieri del servizio di Igiene Ospedaliera, opportunamente formati, sono incaricati di effettuare le osservazioni e di caricarle sulla piattaforma. La piattaforma restituisce le osservazioni in formato di report statistici ai fini di una elaborazione dei comportamenti più virtuosi e più problematici, nonché per una verifica di andamento nel tempo delle performance dell'UO e di confronto con l'area clinica di appartenenza dell'UO (medica, chirurgica, intensiva). Vengono inviati a cura della Segreteria CCICA i report periodici di tale analisi: nel report è chiaramente indicata la performance dell'UO rispetto al target OMS al fine di intraprendere un confronto interno con le UO sulle criticità riscontrate.	
Azioni di miglioramento Analizzati i dati e rilevate le criticità, verranno sviluppati dal Gruppo Tecnico Operativo (GTO) della CCICA le seguenti attività: - Formazione e addestramento: corsi periodici sulle tecniche di lavaggio delle mani e frizione con gel idroalcolico per il personale delle UO di ogni qualifica + refresh formativo ripetuto nel tempo, in specie per le unità neoassunte; - Audit e Feedback: a seguito dei report di monitoraggio inviati vengono organizzati incontri di UO per i contesti che si sono discostati dal target OMS per l'analisi congiunta dei punti critici e delle azioni di miglioramento specifiche da avviare per superarli; - Soluzioni idroalcoliche: con il supporto del servizio di Igiene Ospedaliera viene verificato e ottimizzato il posizionamento del dispenser di gel idroalcolico al "punto di assistenza" (vicino al paziente, nei corridoi) per favorirne l'uso frequente e immediato; - Promozione e sensibilizzazione dei pazienti e dei visitatori all'igiene delle mani e all'uso dei dispenser all'ingresso delle strutture (cartellonistica e segnaletica apposita oltre che opuscoli informativi indirizzati a utenti, visitatori, pazienti).	

REGOLAMENTO OPERATIVO AZIENDALE PER TRACCIARE LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO MESSE IN ATTO PER OTTIMIZZARE I TARGET	PRO CC-ICA 20	REV. 0 del 29/04/2026	Pag. 8 a 18
--	---------------	-----------------------	-------------

UTILIZZO DEL GEL IDROALCOLICO	
Referente: Dott.ssa ALESSANDRA FERRARO	
Introduzione L'OMS ha sviluppato linee guida per supportare e facilitare l'implementazione e la valutazione di una strategia per migliorare l'igiene delle mani e ridurre così l'incidenza delle ICA. Queste includono la raccomandazione di usare la soluzione alcolica per la disinfezione di routine delle mani nelle aree sanitarie, soprattutto per la sua facile reperibilità, l'indipendenza da una fonte di acqua pulita e la comprovata efficacia nel ridurre la carica microbica. Il target dell'OMS è >20L/1000 GDO Dati ISS 2024: 9,5L/1000 GDO per l'area medica, 10,0L/1000 GDO per l'area chirurgica, 37,9L/1000 GDO per l'area di terapia intensiva e 8,3 L/1000 GDO per l'area ortopedica.	
Monitoraggio La sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica in ambito ospedaliero si effettua mediante un monitoraggio indiretto, che, seppur non rappresenti il <i>gold standard</i> secondo il protocollo dell'OMS, consente di mappare rapidamente e in modo affidabile il consumo di soluzione idroalcolica a livello nazionale. Nella ASL Roma 1 vengono caricati i dati sugli ordini di gel idroalcolico da parte dei Centri di Costo e i dati sulle giornate di degenza sulla piattaforma AI Plan IPC. Quest'ultima restituisce il dato come indicatore OMS. Vengono inviati a cura della Segreteria CCICA i report periodici di tale analisi: nel report è chiaramente indicata la performance dell'UO rispetto al target OMS al fine di intraprendere un confronto interno con le UO sulle criticità riscontrate.	
Azioni di miglioramento Analizzati i dati e rilevate le criticità, verranno sviluppati sviluppati dal GTO le seguenti attività: - Audit e Feedback: a seguito dei report di monitoraggio inviati vengono organizzati incontri di UO per i contesti che si sono discostati dal target OMS per l'analisi congiunta dei punti critici e delle azioni di miglioramento specifiche da avviare per superarli; - Sopralluoghi nei reparti di degenza a cura del servizio di Igiene Ospedaliara qualora venissero lamentate criticità di tipo strutturale e/o inaccessibilità a fonti di gel idroalcolico; - Posizionare dispenser di gel idroalcolico al "punto di assistenza" (vicino al paziente, nei corridoi) per favorirne l'uso frequente e immediato. - Promozione e sensibilizzazione dei pazienti e dei visitatori all'igiene delle mani e all'uso dei dispenser all'ingresso delle strutture (cartellonistica e segnaletica apposita oltre che opuscoli informativi indirizzati a utenti, visitatori, pazienti).	

REGOLAMENTO OPERATIVO AZIENDALE PER TRACCIARE LE ATTIVITA DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO MESSE IN ATTO PER OTTIMIZZARE I TARGET	PRO CC-ICA 20	REV. 0 del 29/04/2026	Pag. 9 a 18
--	---------------	-----------------------	-------------

SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO Referente: Dott. GIUSEPPE FURIA	
Introduzione Tra le ICA, le infezioni del sito chirurgico (ISC) rappresentano una delle complicanze più frequenti; queste infezioni si associano ad un aumento significativo della durata di degenza, dei costi e della mortalità attribuibile. Vi sono numerosi studi che dimostrano come sia possibile ridurre il rischio di ISC, attraverso l'adozione di programmi di intervento come la sorveglianza continuativa e il feedback periodico dei dati. Partecipare alla rete europea comporta, a livello locale, vantaggi dovuti al confronto a livello internazionale con altre strutture ospedaliere, che può fornire informazioni non altrimenti reperibili tramite una sorveglianza limitata al quadro regionale o nazionale.	
Monitoraggio L'ASL Roma 1 ha aderito alla sorveglianza regionale delle ISC con monitoraggio di tutte le Aree Chirurgiche degli ospedali S. Spirito e S. Filippo Neri previsti dal protocollo. L'obiettivo specifico delle attività di sorveglianza è quello di ridurre l'incidenza delle ISC incoraggiando i protagonisti (in primo luogo lo staff chirurgico) a: - adottare le linee guida e le "buone pratiche in chirurgia" esistenti; - correggere o migliorare determinate procedure o pratiche; - sviluppare, migliorare e valutare nuove pratiche preventive attraverso il follow-up e il confronto dei tassi standardizzati di ISC e l'adesione alle misure preventive chiave.	
Azioni di miglioramento - Audit e Feedback: monitorare l'aderenza del personale alle pratiche di igiene e fornire feedback attraverso audit specifici; - Formazione e addestramento: corsi periodici sulle tecniche di lavaggio e frizione, sul corretto uso della prescrizione degli antibiotici in reparto e in fase preoperatoria; - Restituzione dei dati di sorveglianza alle UO chirurgiche partecipanti per una analisi congiunta delle performance e delle criticità riscontrate in tutti i report prodotti dal GTO, compresi quelli della sorveglianza di laboratorio sugli isolamenti, le resistenze registrate da campioni inviati dall'UO, l'utilizzo degli antibiotici, per verificare le specifiche azioni di miglioramento da adottare per il futuro.	

REGOLAMENTO OPERATIVO AZIENDALE PER TRACCIARE LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO MESSE IN ATTO PER OTTIMIZZARE I TARGET	PRO CC-ICA 20	REV. 0 del 29/04/2026	Pag. 10 a 18
--	---------------	-----------------------	--------------

SISTEMA DI ALERT E SORVEGLIANZA ICA Referente: Dott. MARCELLO MELEDANDRI	
Introduzione La sorveglianza delle ICA si basa sulla ricerca attiva di eventi sentinella nei reparti e su sistemi di alert del laboratorio analisi per microrganismi multi-resistenti (MDRO). Fondamentale è il monitoraggio dei "microrganismi alert" (ad esempio <i>Escherichia coli</i> -ESBL, <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i>), responsabili di circa il 61% delle ICA. I laboratori utilizzano sistemi informatici per inviare alert immediati al personale specializzato nel controllo delle infezioni non appena vengono isolati patogeni critici.	
Monitoraggio Il Sistema "Mercurio" del Laboratorio di Microbiologia attualmente in uso presso la ASL Roma 1, dopo identificazione del microorganismo multiresistente, invia ai singoli reparti di degenza interessati, al servizio di Igiene Ospedaliera e alle Direzioni Sanitarie Ospedaliere un alert via e-mail che notifica la presenza dell'isolamento di <i>alert organism</i> ; ciò consente al servizio di Igiene Ospedaliera di avviare l'indagine di sorveglianza. Quest'ultima permette di indagare l'origine dell'infezione e i percorsi effettuati dai pz infetti nonché definisce, in collaborazione con i medici del reparto di degenza interessato, se trattasi di ICA contratta in ospedale o meno. L'indagine viene riportata sull'ADT aziendale. Periodicamente vengono inviate a tutte le UO i report degli isolamenti di <i>alert organism</i> con una relazione che ne illustra, a confronto, anche l'andamento per ospedale e per area, nonché rispetto ai periodi precedenti, evidenziando le criticità emerse.	
Azioni di miglioramento - Audit e Feedback: verificati i punti critici su cui lavorare, vengono proposte azioni di miglioramento specifiche da adottare nei diversi contesti, verificando l'opportunità di interventi di più ampio respiro (aziendale) da inserire eventualmente nel PARS annuale; - Formazione e addestramento: corsi periodici sulle tecniche di lavaggio e frizione con gel idroalcolico, sul corretto uso dei DPI e della prescrizione degli antibiotici in reparto e, per i reparti chirurgici, in fase pre, intra e postoperatoria (antibiotico profilassi).	

REGOLAMENTO OPERATIVO AZIENDALE PER TRACCIARE LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO MESSE IN ATTO PER OTTIMIZZARE I TARGET	PRO CC-ICA 20	REV. 0 del 29/04/2026	Pag. 11 a 18
--	---------------	-----------------------	--------------

PULIZIA E SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI Referente: Dott.ssa BARBARA DI LAZZARO	
Introduzione La sanificazione riduce il rischio che i pazienti contraggano nuove infezioni durante la degenza, grazie alla rimozione di microrganismi da superfici inaminate, spesso serbatoi di patogeni. Il monitoraggio delle pulizie e sanificazioni in ospedale è un processo strutturato, essenziale per ridurre le ICA. Un ambiente pulito e sanificato, in particolare nelle aree critiche (sale operatorie, degenze intensive), garantisce elevati standard di sicurezza, specialmente per i pazienti immunodepressi o fragili. L'attività nella ASL Roma 1 è svolta in <i>outsourcing</i>: include checklist, ispezioni visive, audit. A inizio attività da parte della ditta appaltata, viene effettuato un corso sulle procedure interne aziendali sulla sanificazione ambientale. Le attività previste in questo ambito prevedono anche la sanificazione delle unità letto-paziente (locanda) nella fase post-dimissione. Le pulizie vengono effettuate con una cadenza dettata dal codice colore del reparto: Basso rischio (BLU), Medio rischio (GIALLO), Alto rischio (ARANCIONE), Altissimo rischio (ROSSO).	
Monitoraggio Il monitoraggio avviene tramite attestazioni da parte dei Coordinatori infermieristici dei reparti di degenza. Inoltre nella ASL Roma 1 è in fase di attivazione un gruppo di infermieri osservatori che valuta in situ il livello di pulizia degli ambienti, il rispetto dei protocolli e la corrispondenza dei prodotti dei carrelli delle pulizie da parte della ditta appaltata. La checklist in uso dagli infermieri osservatori è inserita nella piattaforma AI Plan IPC.	
Checklist AI Plan IPC Presenza delle attrezzature necessarie? SI/NO Presenza di pannetti? SI/NO Presenza di panni in microfibra per pavimenti o, in alternativa, panni monouso? SI/NO Presenza di prodotti detergenti? SI/NO Presenza di scheda tecnica del prodotto? SI/NO Presenza della confezione originale del prodotto? SI/NO Viene rispettata la sequenza degli eventi: spolvero arredi, scopatura ad umido, lavaggio pavimenti? SI/NO Prodotti utilizzati conformi ad istruzione operativa? SI/NO Strumenti utilizzati conformi ad istruzione operativa? SI/NO Ricambio panni e garze conformi ad istruzione operativa? SI/NO Rispetto della metodologia indicata? SI/NO Invio regolare del materiale poliuso al ricondizionamento? SI/NO	
Azioni di miglioramento In caso di criticità riscontrate durante le osservazioni, viene compilata una scheda di segnalazione da parte del Coordinatore infermieristico. La scheda verrà visionata da DEC e RUP per eventuali contestazioni e attribuzioni di penali alla ditta appaltata, per ovviare a criticità future e per immediato ripristino di procedure non effettuate. È prevista la possibilità di contraddittorio da parte della ditta appaltata.	

REGOLAMENTO OPERATIVO AZIENDALE PER TRACCIARE LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO MESSE IN ATTO PER OTTIMIZZARE I TARGET	PRO CC-ICA 20	REV. 0 del 29/04/2026	Pag. 12 a 18
--	---------------	-----------------------	--------------

CONTROLLO DELLA QUALITA' DELL'ARIA Referente: Ing. FRANCESCO MACCHIA			
Introduzione Il controllo della qualità dell'aria per la prevenzione delle ICA è importante per la necessità di minimizzare la carica microbica e i contaminanti ambientali che possono fungere da vettori di infezione. In base ai principi generali di prevenzione e gestione del rischio (spesso richiamati in ambito sanitario e giurisprudenziale), il controllo dell'aria non è solo un atto tecnico, ma un pilastro della sicurezza del paziente al fine di: 1) Ridurre i vettori di trasmissione: - Contaminazione aerogena: Molti microrganismi responsabili di ICA (ad es. <i>Aspergillus</i> o <i>S. Aureus</i>) possono diffondersi attraverso le correnti d'aria o il particolato; - Impianti di ventilazione e condizionamento: il loro controllo regolare assicura che l'aria immessa sia filtrata (tramite filtri HEPA) e priva di agenti patogeni. 2) Proteggere le aree critiche: - Gradienti di pressione: Il monitoraggio serve a garantire che le sale operatorie o le terapie intensive mantengano una pressione positiva rispetto ai corridoi, impedendo l'ingresso di aria non trattata e potenzialmente contaminata; - Ricambi d'aria: Un numero adeguato di ricambi d'aria per ora è fondamentale per "lavare" l'ambiente e rimuovere rapidamente la carica microbica prodotta all'interno.			
Monitoraggio Il monitoraggio viene effettuato attraverso apposito modulo nella piattaforma AI Plan IPC, che registra data, ora, ospedale, UO di osservazione. Sarà cura dell'Area Tecnica effettuare il caricamento dei dati sulla piattaforma. La piattaforma restituisce le osservazioni in formato di report statistici ai fini di una elaborazione delle performance relative.			
Azioni di miglioramento Sulla base degli standard giurisprudenziali e tecnici, all'interno della ASL ROMA 1 sono state implementate le seguenti azioni di miglioramento: 1. Monitoraggio Microbiologico e Particellare • Campionamenti programmati semestrali nelle aree a rischio; • Utilizzo di campionatori d'aria ad alto volume per una rilevazione precisa delle UFC (Unità Formanti Colonia) per metro cubo; • Classificazione ISO: mantenimento dei requisiti secondo la normativa ISO 14644. 2. Manutenzione Impianti VCCC (Ventilazione e Condizionamento) • Sostituzione filtri HEPA: monitoraggio della pressione differenziale per evitare bypass di aria non filtrate; • Sanificazione condotte: Programmi di pulizia meccanica e disinfezione chimica per prevenire biofilm e accumulo di polveri; • Controllo dei ricambi d'aria/ora per garantire che il numero di ricambi sia sufficiente a "lavare" l'ambiente dai contaminanti; 3. Gestione dei Flussi e Pressioni • Gradienti di pressione: monitoraggio periodico nelle sale operatorie del mantenimento della pressione positiva rispetto ai corridoi per evitare l'ingresso di aria contaminate; • Riduzione della turbolenza: ottimizzazione del layout dei flussi laminari sopra il campo operatorio; Tutte queste attività sono tracciate in registri conservati dal RUP e DEC dell'appalto, con invio a cura del Direttore dell'UOC MASI (Manutenzione Immobili e Impianti) che predispone una relazione semestrale destinata alle Direzioni sanitarie ospedaliere circa le performance degli impianti di ventilazione e condizionamento, che interpreti la sintesi del monitoraggio effettuato semestralmente dalla ditta, con dettaglio delle criticità rilevate nel periodo e dei correttivi messi in atto.			

REGOLAMENTO OPERATIVO AZIENDALE PER TRACCIARE LE ATTIVITA DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO MESSE IN ATTO PER OTTIMIZZARE I TARGET	PRO CC-ICA 20	REV. 0 del 29/04/2026	Pag. 13 a 18
--	---------------	-----------------------	--------------

CONTROLLO E MONITORAGGIO DELLA LEGIONELLOSI Referente: Dott.ssa VITTORIA COLAMESTA	
Introduzione Il programma di controllo della Legionellosi è stato elaborato secondo le indicazioni regionali fornite con nota prot. U0037825 del 15.01.2026 e secondo quanto previsto dalle linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza e controllo della Legionellosi (DGR n. 460 del 28.06.2024) e dal Piano di Sicurezza dell'acqua (di cui al D. Lgs. 18/2023). In riferimento al programma di monitoraggio e controllo della Legionellosi, la ASL Roma 1 ha disciplinato, dal 2022, l'attività all'interno dell'elaborazione e realizzazione di un piano di un progetto "Water Safety Plan" che, sulla base degli esiti del monitoraggio e delle possibilità oggettive di prevenzione, ha attuato una pianificazione annuale delle azioni da intraprendere, sia da un punto di vista tecnico che da un punto di vista sanitario. Il progetto, che ha previsto l'affidamento in <i>outsourcing</i> di attività, riguarda tutti gli ospedali dell'ASL Roma 1 (S. Spirito, S. Filippo Neri, Oftalmico, nonché i presidi Nuovo Regina Margherita, S. Anna e Cassia S. Andrea) e comprende le seguenti attività, previste dal capitolato tecnico: - Attività n.1: Servizio di monitoraggio ed eliminazione della Legionella dai circuiti dell'acqua calda e fredda sanitaria e di mantenimento nel tempo di una situazione di minima possibilità di crescita del batterio attraverso il trattamento dell'acqua in continuo con biossido di cloro; - Attività n.2: Servizio di monitoraggio della Legionella su campioni ambientali, attraverso: • campionamento • analisi per la ricerca e il conteggio della Legionella • verifica della presenza di Legionella sierogruppo 1 • eventuale tipizzazione Nella ASL Roma 1, come previsto da DGR n. 460 del 28.04.2024 "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza e controllo della Legionellosi con Deliberazione del Direttore Generale n. 137 del 21.02.2025", è stato formalizzato il Gruppo di Lavoro Multidisciplinare con il compito di definire, in continuità con quanto già attuato, con cadenza annuale il programma di controllo della legionellosi. Fanno parte del gruppo di lavoro: - un Dirigente Medico della Direzione Sanitaria Ospedaliera (DSO) per ogni ospedale; - Risk Manager; - Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione; - Dirigente dell'UOC MASI (Manutenzione Immobili e Impianti); - Infermieri per le diverse aree cliniche, afferenti al Dipartimento delle Professioni Sanitarie; - Direttore del Laboratorio di Microbiologia; - DEC del servizio appaltato; - RUP del servizio appaltato.	
Monitoraggio - Impianti idrici a) interventi di prevenzione sugli impianti idrici: 1. Interventi generali di gestione dell'impianto idro-sanitario: attività di competenza della UOC MASI, che fruisce e verifica l'operato della ditta esterna (appalto Multiservizio Tecnologico); 2. Interventi di prevenzione e controllo della contaminazione dell'impianto idro-sanitario e verifica e controlli degli impianti di biossido di cloro: attività di competenza della UOC	

REGOLAMENTO OPERATIVO AZIENDALE PER TRACCIARE LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO MESSE IN ATTO PER OTTIMIZZARE I TARGET	PRO CC-ICA 20	REV. 0 del 29/04/2026	Pag. 14 a 18
--	---------------	-----------------------	--------------

- MASI, che fruisce e verifica l'operato della ditta esterna (appalto Multiservizio Tecnologico), nonché della ditta aggiudicataria dell'attività 1 sopra descritta;
3. Interventi periodici sulle rubinetterie: attività garantite e registrate dalla UOC MASI tramite la ditta esterna che ha in appalto la manutenzione degli impianti a livello aziendale;
 4. Verifica degli interventi di pulizia, disincrostazione e manutenzione sulle rubinetterie: il Coordinatore infermieristico/tecnico effettua l'attività di verifica e, se necessario, richiede l'intervento della UOC MASI;
 5. Flussaggio acqua calda e fredda: attività, realizzata da Coordinatore infermieristico/UOC MASI/ditta pulizie e documentata da apposito registro, tesa a aumentare l'efficacia del sistema al biossido di cloro.
- b) Valutazione del rischio: tiene conto delle caratteristiche ambientali e impiantistiche nonché di quelle dei pazienti. Inoltre, con il Servizio di Prevenzione e Protezione, sono state compilati gli Allegati 12 delle linee guida.
- c) Campionamenti impianto idrico:
1. Definizione della periodicità dei campionamenti: sulla base del capitolato tecnico;
 2. Individuazione dei punti prelievo: DSO, in accordo con la UOC MASI, sulla base delle indicazioni previste da linee guida (mandata, ricircolo, fondo serbatoio, punti rappresentativi), dell'esito dei campionamenti precedenti nonché delle necessità cliniche e delle caratteristiche tecniche dell'impianto definisce i punti da campionare;
 3. Esecuzione del campionamento: attività svolta dalla ditta aggiudicataria dell'attività 2 del suddetto capitolato in accordo con la UOC MASI;
 4. Gestione dei campioni ed analisi effettuate: tale attività è svolta dalla ditta aggiudicataria dell'attività 2 del suddetto capitolato tecnico;
 5. Ricezione dei referti dei prelievi effettuati: attività in capo al DEC dell'appalto che invia, per competenza e successive azioni, al DSO interessata;
 6. Archiviazione dei dati di refertazione: a cura delle Direzioni sanitarie ospedaliere;
 7. Esiti del campionamento: sulla base delle UFC riscontrate, della percentuale di campioni positivi, dei pazienti esposti e della presenza di casi vengono adottate le necessarie azioni correttive come previsto da linee guida.
- d) Impianti aeraulici: l'attività di manutenzione degli impianti aeraulici è garantita dalla UOC MASI, che fruisce e verifica l'operato della ditta esterna (appalto Multiservizio Tecnologico).

Azioni di miglioramento

Adozione dei provvedimenti necessari in caso di referti positivi o in presenza di casi:

1. Provvedimenti in caso di referti positivi per Legionella su matrice acqua: la DSO interessata valuta la possibilità di attuare azioni correttive, quali aumento della sorveglianza, divieto di utilizzo dell'acqua calda sanitaria, aumento del flussaggio, richiesta di manutenzione straordinaria dell'impianto idrico e dell'impianto di biossido di cloro. In caso di significative positività nei reparti con rischio aumentato e/o molto aumentato, è prevista la convocazione di un gruppo multidisciplinare indicato dalla Deliberazione Aziendale n. 137 del 21.02.2025 nel primo giorno utile per la valutazione collegiale delle azioni da intraprendere;
2. Provvedimenti in caso di notifica di Legionellosi: in caso di notifica di un caso di Legionellosi, il servizio di Igiene Ospedaliera, in accordo con la DSO, dopo aver notificato il caso al SISP nei tempi e nelle modalità previste dal sistema PREMAL ed effettua un'indagine epidemiologica per valutare la possibile fonte d'infezione. In caso di probabile origine nosocomiale, la DSO convocherà il gruppo di lavoro, valuterà le azioni correttive con la UOC MASI e le ditte appaltate, compresa la possibilità di eseguire ulteriori campionamenti e richiedere la verifica del sistema a biossido di cloro.

REGOLAMENTO OPERATIVO AZIENDALE PER TRACCIARE LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO MESSE IN ATTO PER OTTIMIZZARE I TARGET	PRO CC-ICA 20	REV. 0 del 29/04/2026	Pag. 15 a 18
--	---------------	-----------------------	--------------

PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DA CATETERISMO URINARIO Referente: Dott.ssa BARBARA DI LAZZARO	
<u>Introduzione</u> La prevenzione delle infezioni da cateterismo urinario si basa su alcune semplici ma fondamentali misure. È importante utilizzare il catetere solo quando strettamente necessario e rimuoverlo il prima possibile. Durante l'inserimento, bisogna rispettare rigorose norme di asepsi per evitare contaminazioni. La corretta igiene quotidiana dell'area genitale e la gestione adeguata del sistema di drenaggio (mantenendolo chiuso e posizionato sotto il livello della vescica) sono essenziali.	
<u>Monitoraggio</u> Nella ASL Roma 1 è stato attivato un gruppo di infermieri osservatori che valuta in situ o attraverso analisi delle cartelle cliniche se vengono rispettate le buone pratiche della prevenzione da infezioni da cateterismo urinario. La checklist in uso dagli infermieri osservatori è inserita nella piattaforma AI Plan IPC.	
<u>Checklist AI Plan IPC</u> 1) Sono presenti le indicazioni al posizionamento del catetere vescicale? 2) È indicata la tipologia di catetere, il calibro e il n. delle vie? 3) Sono soddisfatte le pratiche Bundle di posizionamento? 4) È riportata la firma del medico per il posizionamento del catetere vescicale? 5) È riportata la firma dell'infermiere per il posizionamento del catetere vescicale? 6) È presente la motivazione della rimozione? 7) È presente la firma dell'infermiere per la rimozione del catetere vescicale? 8) È presente la firma del Medico per la rimozione del catetere vescicale? 9) Le checklist di controllo delle pratiche bundle di GESTIONE del catetere vescicale a permanenza (giornaliera) sono tutte compilate?	
<u>Azioni di miglioramento</u> - Audit e Feedback: verificati i punti critici su cui lavorare individuare nell'ambito del GTO della CCICA e monitorare le azioni di miglioramento specifiche da adottare nei diversi contesti, verificando l'opportunità di proporre interventi da inserire eventualmente nel PARS annuale; - Formazione e addestramento: corsi periodici sulle buone pratiche della prevenzione delle infezioni da cateterismo urinario insieme ai Referenti della checklist.	

REGOLAMENTO OPERATIVO AZIENDALE PER TRACCIARE LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO MESSE IN ATTO PER OTTIMIZZARE I TARGET	PRO CC-ICA 20	REV. 0 del 29/04/2026	Pag. 16 a 18
--	---------------	-----------------------	--------------

PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DA CVC Referente: Dott.ssa MARIA SEGNERI	
<u>Introduzione</u> La prevenzione CVC correlata si basa sull'applicazione rigorosa di protocolli (bundle), che includono l'igiene delle mani, l'uso di clorexidina alcolica al 2% per la cute, massime barriere sterili all'inserimento, gestione asettica e la rimozione tempestiva del dispositivo. La formazione del personale e la sorveglianza attiva sono cruciali per ridurre le complicanze. Il monitoraggio sistematico dei segni locali o sistemici di infezione consente un intervento precoce.	
<u>Monitoraggio</u> Nella ASL Roma 1 è stato attivato un gruppo di infermieri osservatori che valuta in situ o attraverso analisi delle cartelle cliniche se vengono rispettate le buone pratiche della prevenzione da infezioni del cateterismo venoso centrale. La checklist in uso dagli infermieri osservatori è inserita nella piattaforma AI Plan IPC.	
<u>Checklist AI Plan IPC</u> 1) Il personale è informato riguardo alle indicazioni per l'uso del catetere intravascolare, le procedure corrette per l'inserimento e la manutenzione dei cateteri intravascolari e le misure di controllo delle infezioni appropriate per prevenire le infezioni correlate ai cateteri intravascolari? 2) I cateteri vengono selezionati in base allo scopo previsto e alla durata dell'uso, alle complicazioni infettive e non infettive note (ad esempio, flebite e infiltrazione)? 3) Vengono rimossi i cateteri venosi periferici se i pazienti sviluppano segni di flebiti? 4) È utilizzata la guida ecografica per posizionare cateteri venosi centrali e periferici per ridurre il numero di tentativi di cannulazione e le complicazioni meccaniche? 5) Qualsiasi catetere intravascolare che non sia più essenziale viene rimosso? 6) Quando non è possibile garantire l'adesione alla tecnica asettica (ad esempio, cateteri inseriti durante un'emergenza medica), il catetere viene sostituito il prima possibile, cioè entro 48 ore? 7) Vengono utilizzate precauzioni di barriera sterile massima, tra cui l'uso di cuffia, copri-sonda sterile, maschera, camice sterile, guanti sterili e telo a copertura totale del corpo, per l'inserimento di CVC, PICC o sostituzione su guida? 8) La cute pulita viene preparata con un antisettico (Chloraprep 2% con applicatore monouso) prima dell'inserimento del catetere venoso periferico e centrale? 9) Gli antisettici sono lasciati asciugare secondo la raccomandazione del produttore prima di posizionare il catetere? 10) Viene utilizzata garza sterile o medicazione trasparente, semipermeabile sterile per coprire il sito del catetere? 11) Le medicazioni utilizzate sui siti CVC a breve termine nei pz adulti vengono sostituite almeno ogni 7gg per le medicazioni trasparenti? 13) I siti del catetere vengono visivamente monitorati quando si cambia la medicazione? 14) I set di somministrazione vengono sostituiti ogni 24h?	
<u>Azioni di miglioramento</u> - Audit e Feedback: verificati i punti critici su cui lavorare individuare nell'ambito del GTO della CCICA e monitorare le azioni di miglioramento specifiche da adottare nei diversi contesti, verificando l'opportunità di proporre interventi da inserire eventualmente nel PARS annuale; - Formazione e addestramento: corsi periodici sulle buone pratiche della prevenzione delle infezioni da CVC insieme ai Referenti della checklist.	

REGOLAMENTO OPERATIVO AZIENDALE PER TRACCIARE LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO MESSE IN ATTO PER OTTIMIZZARE I TARGET	PRO CC-ICA 20	REV. 0 del 29/04/2026	Pag. 17 a 18
--	---------------	-----------------------	--------------

CONTROLLO RIFIUTI SANITARI Referente: Dott. VINCENZO MARCHIANO'	
<u>Introduzione</u> Il rifiuto sanitario pericoloso a rischio infettivo funge da serbatoio di microrganismi. L'introduzione del rischio avviene attraverso tre vie principali: 1. Contaminazione per contatto: manipolazione errata che porta alla dispersione di fluidi biologici su superfici o mani degli operatori. 2. Dispersione aerea (Bioaerosol): apertura e chiusura continua di contenitori non ermetici o movimentazione di sacchi aperti che liberano particolato infetto nell'aria (con possibili effetti sulla qualità dell'aria). 3. Infortuni occupazionali: punture accidentali da aghi non correttamente smaltiti, che possono trasferire patogeni a trasmissione ematica (HBV, HCV, HIV). La corretta gestione dei rifiuti sanitari è essenziale per prevenire rischi biologici, chimici e ambientali. Il processo comprende classificazione, raccolta, confezionamento, etichettatura, stoccaggio e smaltimento. Coinvolge operatori sanitari, personale ausiliario, logistica e ditte appaltate. Non da ultimo rifiuti sanitari non correttamente smaltiti o peggio dispersi possono essere fonte di infestazioni originando ulteriori problemi igienico-sanitari.	
<u>Monitoraggio</u> Il monitoraggio viene effettuato con l'ausilio di apposita sezione nella piattaforma AI Plan IPC, che registra corretta separazione dei rifiuti, utilizzo dei contenitori idonei, compilazione leggibile delle etichette, registrazione di eventuali non conformità (contenitori non chiusi, sacchi troppo colmi di rifiuti, le verifiche su locali di stoccaggio: ordine, pulizia, integrità delle superfici, corretta ventilazione). Personale sanitario opportunamente formato è incaricato di effettuare le osservazioni sulla conformità delle procedure in uso e procedere al caricamento sulla piattaforma dei dati di verifica. La piattaforma restituisce le osservazioni in formato di report statistici ai fini di una elaborazione delle performance più virtuose e più problematiche nell'ambito dei Presidi e dei reparti ospedalieri. Le performance sotto standard e le criticità sono oggetto di tempestiva comunicazione all'UO interessata da parte del Medico di DSO che cura la tematica dei rifiuti sanitari, con coinvolgimento dei Coordinatori Infermieristici e Tecnici per una verifica congiunta delle criticità e delle azioni di immediato ripristino delle corrette prassi, compreso refresh formativo sulla corretta gestione dei rifiuti	
<u>Azioni di miglioramento</u> Sulla base degli standard giurisprudenziali e tecnici, all'interno della ASL ROMA 1 sono state implementate le seguenti azioni di miglioramento: • Segnaletica e cartellonistica aggiornata nelle aree di deposito e nei reparti; • Razionalizzazione dei percorsi di trasporto interno per evitare incroci con flussi puliti, rivisitata in occasione di modifiche di destinazioni d'uso, spostamenti di reparti, lavori in corso; • Verifica di adeguatezza e separazione dal pulito dei depositi dello sporco e degli ascensori dedicati da parte dei Medici DSO e Infermieri dell'Igiene Ospedaliera in occasione dei sopralluoghi igienici organizzati da ciascuna DSO a rotazione nei diversi ambiti sanitari dei rispettivi ospedali; • Campagne di sensibilizzazione per ridurre errori di separazione e migliorare la sicurezza degli operatori; • Informazione e educazione dei pazienti ricoverati e familiari, compresi quelli in isolamento, circa la corretta separazione dei rifiuti. Tutte queste attività sono tracciate in registri storicamente conservati presso le Direzioni Sanitarie di ogni Presidio e oggi anche tracciate sulla piattaforma AI Plan IPC.	

REGOLAMENTO OPERATIVO AZIENDALE PER TRACCIARE LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO MESSE IN ATTO PER OTTIMIZZARE I TARGET	PRO CC-ICA 20	REV. 0 del 29/04/2026	Pag. 18 a 18
--	---------------	-----------------------	--------------