

## DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

OGGETTO: Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario (PARS) anno 2025		
STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO PER LO SVILUPPO ORGANIZZATIVO - UOC Sicurezza, Qualità e Risk Management		
Centro di Costo: BA05      L'Estensore: Dott. ALDEBRANDO BOSSI      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  Dott. ALDEBRANDO BOSSI  <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	UOC Sicurezza, Qualità e Risk Management  Dott.ssa MADDALENA QUINTILI  <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	DIPARTIMENTO PER LO SVILUPPO ORGANIZZATIVO  Dott.ssa MADDALENA QUINTILI  <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>
L'Atto non comporta impegno di spesa		
Parere del Direttore Amministrativo Dr. Francesco Quagliariello		
Favorevole <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	(con motivazioni allegate al presente atto) Non favorevole	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>
Parere del Direttore Sanitario Dr. Gennaro D'Agostino		
Favorevole <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	(con motivazioni allegate al presente atto) Non favorevole	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>
Il presente provvedimento si compone di n.52 pagine di cui n. 0 pagine di allegati	Il Direttore Generale <b>Dr. Giuseppe Quintavalle</b>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>

## IL DIRETTORE UOC Sicurezza Qualità e Risk Management

**VISTA** la deliberazione del Commissario Straordinario n. 1 dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 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 dal 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 ASL ROMA 1 il Dott. Giuseppe Quintavalle;

**VISTO** l'atto di autonomia Aziendale, approvato con Deliberazione n.1153 del 17/12/2019, recepito con DCA U00020 del 27/01/2020 e pubblicato sul BURL del 30/01/2020 n.9, con il quale, tra l'altro è stato istituito il Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo, di cui fa parte la UOC Sicurezza Qualità e Risk Management;

**RICHIAMATA** la Deliberazione n. 179 del 27/2/2020 avente ad oggetto "*Atto aziendale della ASL ROMA 1 approvato con atto deliberativo n. 1153 del 17/12/2019 – Presa d'atto dell'esito positivo del procedimento di verifica regionale – Attuazione del nuovo modello organizzativo*" la quale prevede l'attivazione del sopra citato Dipartimento e delle UU.00.CC. nello stesso ricomprese;

**VISTA** la Deliberazione n. 347 del 08/07/2022 avente ad oggetto: "*Sistema aziendale di deleghe e conseguente individuazione delle competenze nell'adozione degli atti amministrativi*" e successiva integrazione giusta deliberazione n. 329 del 15/3/2024, con il quale, tra l'altro, sono state individuate le competenze nell'adozione degli atti amministrativi;

**VISTA** la Determinazione n. G04112 del 01/04/2014 della Direzione Generale Salute ed Integrazione Sociosanitaria della regione Lazio ad oggetto "*Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio Clinico e delle Infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)*";

**VISTA** la 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*";

**CONSIDERATA** la Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "*Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017*";

**TENUTO CONTO** che con Decreto del Commissario ad acta n° U00400 del 29/10/2018 vengono trasferite le competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico;

**TENUTO CONTO** del disposto Regionale che considera necessario favorire una visione unitaria del rischio sanitario da parte delle strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale nonché dell'ARES 118 diversificando gli adempimenti documentali in relazione alla specifica complessità organizzativa e assistenziale delle summenzionate strutture;

**CONSIDERATO** il "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" elaborato dal Centro Regionale Rischio Clinico, i cui contenuti sono stati presentati agli operatori della ASL Roma 1 e di tutte le altre strutture pubbliche e private del SSR nel corso dell'incontro in videoconferenza tenutosi il 17 dicembre 2021 e adottato con determinazione n. G.00643 del 25 gennaio 2022;

**CONSIDERATO** necessario quindi adottare il Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario per l'anno 2025, allegato e parte integrante e sostanziale del presente provvedimento nel rispetto delle indicazioni Regionali di cui alla nota n. U.0079798 del 22-01-2025;

**RITENUTO** utile, come previsto nella sopramenzionata nota n. U.0079798 del 22-01-2025, allineare le attività previste nel PARS con quelle del Piano Regionale della Prevenzione (PRP, in particolare dal Piano predefinito 10-PP10) e del Piano Nazionale per il contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);

**ATTESO** che a seguito dell'adozione del presente provvedimento non sono previste spese a carico del Bilancio aziendale;

**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 Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario (PARS) – anno 2025, allegato e parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di allineare le attività previste nel PARS con quelle del Piano Regionale della Prevenzione (PRP, in particolare dal Piano predefinito 10-PP10) e del Piano Nazionale per il contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- 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 alla finalità di pubblicazione.

### IL DIRETTORE GENERALE

**IN VIRTÙ** dei poteri previsti:

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

nonché delle funzioni e dei poteri conferitigli con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T0006 del 10 gennaio 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 dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

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

### **DELIBERA**

di adottare la proposta di deliberazione avente per oggetto “Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario (PARS) – anno 2025” e conseguentemente, per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

- di adottare il Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario (PARS) – anno 2025, allegato e parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di allineare le attività previste nel PARS con quelle del Piano Regionale della Prevenzione (PRP, in particolare dal Piano predefinito 10-PP10) e del Piano Nazionale per il contrasto all’Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- 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 alla finalità di pubblicazione.

Il Direttore della Struttura proponente provvederà all’attuazione della presente deliberazione curandone altresì la relativa trasmissione agli uffici/organi rispettivamente interessati.

II DIRETTORE GENERALE  
Dott. Giuseppe Quintavalle

# PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

## PARS 2025

### INDICE

I. PREMESSA .....	6
1.1    Contesto organizzativo .....	7
1.2    Descrizione degli eventi/sinistri avvenuti nella ASL Roma 1 .....	9
Tabella 7: Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3, L. 24/2017).....	10
1.3    Descrizione della posizione assicurativa ASL ROMA 1 .....	10
2. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ CONTENUTE NEL PARS 2024 .....	11
GESTIONE DEL RISCHIO .....	11
3. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ CONTENUTE NEL PARS 2024 .....	14
GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO .....	14
4. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS .....	16
5. OBIETTIVI E ATTIVITÀ - GESTIONE DEL RISCHIO .....	16
6. ATTIVITÀ PREVISTE PER IL 2025.....	17
7.    OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER IL 2025 PER LA - GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO .....	20
8. ATTIVITÀ PREVISTE PER IL 2025.....	21
9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS.....	24
10. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	24
ALLEGATO I – PIANO DI AZIONE LOCALE IGIENE DELLE MANI .....	26
1.    REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI.....	27
2.    FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	27
3.    MONITORAGGIO E FEEDBACK .....	30
4.    COMUNICAZIONE PERMANENTE.....	38

5. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT: .....	38
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI PREVISTO PER L'ANNO 2025. ....	39
1. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI.....	39
2. FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	40
3. MONITORAGGIO E FEEDBACK .....	41
4. COMUNICAZIONE PERMANENTE.....	41
5. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT .....	42
ALLEGATO 2 - PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI.....	43
Attività di trattamento dell'acqua e campionamento in <i>outsourcing</i> .....	44
Procedura aziendale per il controllo e il monitoraggio della Legionella comprendente la valutazione del rischio.....	46
Dati relativi all'attività svolta nell'anno 2024.....	48
Attività pianificata per l'anno 2025.....	49

## **Il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) nella ASL ROMA I - 2025**

### **I. PREMESSA**

Nel PARS 2025 della ASL Roma I sono individuati ruoli, responsabilità e attività da mettere in campo per il raggiungimento degli obiettivi indicati nelle Linee di indirizzo regionali:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP- con particolare riferimento al Piano Predefinito 10 - PPI0) e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani.

Il PARS può essere considerato uno strumento organizzativo e tecnico utile a favorire una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti negli specifici contesti assistenziali, con la duplice valenza che, da un lato, sostiene il perseguimento dell'obiettivo primario che è quello di diminuire le potenzialità di errore attivo nell'organizzazione e dall'altro contenere la complessiva sinistrosità dell'Azienda.

Il Documento rappresenta quindi lo strumento con cui si programmano, si promuovono e si realizzano le politiche Aziendali e gli interventi coordinati, volti a prevenire i rischi che possono interessare il paziente durante il percorso di cura, rendendo partecipe tutta l'organizzazione, in primis operatori sanitari e pazienti.

Alla concreta realizzazione devono contribuire tutte le componenti operanti nella nostra organizzazione e il Risk Management, al fine di porre al centro della programmazione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, svolge un ruolo centrale integrando i vari ruoli e valorizzando la responsabilità di tutti i professionisti sanitari.

Gli strumenti di intervento proattivo-reattivo sono fondamentali per le attività di Risk Management, poiché possono garantire prestazioni sanitarie di qualità e per comprendere appieno l'importanza di un PARS adeguato alla realtà dell'Azienda occorre proseguire nella continuità degli interventi che in questi anni sono stati proposti, realizzati, via via monitorati e in divenire sino al loro consolidamento.

Il reale valore degli obiettivi da perseguire, le azioni pensate e sviluppate per concretizzarli spesso richiedono tempi lunghi, dettati soprattutto dalla necessità di preparare l'organizzazione, che è fatta di persone, a recepire positivamente le proposte di cambiamento e avviare al meglio i nuovi modelli organizzativi che l'evidenza ci mostra essere più sicuri.

In quest'ottica, la gestione integrata del rischio ha condotto a efficaci cambiamenti nei comportamenti, promuovendo il valore della cultura della sicurezza e della salute più attenta alle esigenze di pazienti e operatori.

## 1.1 Contesto organizzativo

La superficie totale della ASL ROMA I è di 524,0 km<sup>2</sup> pari a 40,8% della superficie complessiva del Comune di Roma. La popolazione della ASL ROMA I è di circa 991.973 pari a circa il 36% della popolazione complessiva residente nel Comune di Roma (fonte dati: Ministero della Salute - Popolazione residente al 31 dicembre 2021).

La densità abitativa è pari a 2.009, ab/km<sup>2</sup>. La popolazione over 65 è pari al 22,4% del totale (valore in linea con il dato Regionale e Nazionale).

Il territorio della ASL ROMA I è connotato da una forte presenza turistica e commerciale con impatto sul potenziale bacino di pazienti di competenza dell'azienda.

In base ai fattori demografici, economici ed epidemiologici, il sistema sanitario deve confrontarsi e dare risposte a una popolazione di utenti con caratteristiche differenti rispetto al passato, che si configurano pertanto in nuove tipologie di pazienti. In particolare, il quadro di morbilità si sta modificando e non influenza solo gli aspetti economici ma richiede un cambiamento di *Clinical Governance*.

I Presidi Ospedalieri direttamente gestiti dall'azienda sono l'Ospedale S. Filippo Neri, L'Ospedale S. Spirito, l'Ospedale Monospecialistico Oftalmico - Centro di riferimento Regionale. Inoltre, presso il Nuovo Regina Margherita e il Centro per la salute della Donna S. Anna viene svolta attività in regime di ricovero diurno.

Di seguito sono riportati i dati riferiti alla dotazione di p. l. dei 3 presidi della ASL Roma I.

**Tabella 1 – Dati di attività aggregati a livello aziendale**

DATI STRUTTURALI		POSTI LETTO ORDINARI	
Estensione territoriale	524,0 km <sup>2</sup>	08-CARDIOLOGIA	46
Popolazione residente	1.531.180	09-CHIRURGIA GENERALE	42
Presidi Ospedalieri Pubblici	3	10-CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	5
Distretti Sanitari	6	14-CHIRURGIA VASCOLARE	9
Posti letto ordinari	489	26-MEDICINA GENERALE	94
Posti letto diurni (DH+DS)	68	30-NEUROCHIRURGIA	13
Blocchi Operatori	7	32-NEUROLOGIA	16
Sale Operatorie	28	34-OCULISTICA	18
Terapie Intensive	5	36-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	40
UTIC	2	37-OSTETRICIA E GINECOLOGIA	32
Servizi Trasfusionali	2	38-OTORINOLARINGOIATRIA	8
		40-PSICHIATRIA	30
		43-UROLOGIA	14
		49-TERAPIA INTENSIVA	34
		50-UNITA' CORONARICA	15
		51-BREVE OSSERVAZIONE	18
		56-RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	8
		58-GASTROENTEROLOGIA	16
		62-NEONATOLOGIA	10
		64-ONCOLOGIA	6
		68-PNEUMOLOGIA	15

Fonte: archivio SIO anno 2025 relativi a periodo gennaio-novembre 2024

DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE (Anno 2024)	
Ricoveri ordinari n.	18.541
Accessi PS n.	111.135
Ricoveri diurni n.	4.973
Neonati n.	1232
<b>Prestazioni ambulatoriali erogate dai Presidi pubblici</b>	
<b>26 Branche specialistiche</b>	<b>Nr. Prestazioni</b>
<b>TOTALE prestazioni ambulatoriali erogate presidi pubblici*</b>	<b>915.114</b>

\*esclusa branca 00 – laboratorio analisi

Fonte: archivio SIAS 2025 relativi a periodo gennaio-novembre 2024

**Tabella 2 – Dati di attività aggregati per singolo Presidio Ospedaliero**

Codice struttura	Struttura	Cod.	Specialità	Degenze ordinarie
120285	Ospedale San Filippo Neri	08	Cardiologia	29
		09	Chirurgia Generale	25
		10	Chirurgia Maxillo Facciale	5
		14	Chirurgia vascolare	9
		26	Medicina generale	54
		30	Neurochirurgia	13
		32	Neurologia	16
		36	Ortopedia e traumatologia	22
		37	Ostetricia e ginecologia	19
		38	Otorinolaringoiatria	8
		40	Psichiatria	16
		43	Urologia	14
		49	Terapia Intensiva	22
		50	Unità coronarica	8
		51	Breve Osservazione	12
		56	Riabilitazione Cardiologica	8
		58	Gastroenterologia	16
62	Neonatologia	8		
64	Oncologia	6		
68	Pneumologia	15		
<b>TOTALE</b>				<b>325</b>
120026	Ospedale Santo Spirito	08	Cardiologia	17
		09	Chirurgia Generale	17
		26	Medicina generale	40
		36	Ortopedia e traumatologia	18
		37	Ostetricia e ginecologia	13
		40	Psichiatria	14
		49	Terapia Intensiva	12
		50	Unità coronarica	7
		51	Breve Osservazione	6
62	Neonatologia	2		
<b>TOTALE</b>				<b>146</b>
120030	Ospedale Oftalmico	12	Oculistica	18
<b>TOTALE</b>				<b>18</b>

**Criteri dei dati presentati**

dato su P.L. e sale operatorie: modelli NSIS 2024

dato su ricoveri: archivio SIO – gennaio-novembre 2024, tutti gli oneri, Presidi Ospedalieri

dato su accessi in PS: archivio SIES – gennaio-dicembre 2024 (non definitivo), Presidi Ospedalieri

dato su assistenza specialistica: archivio SIAS – gennaio-dicembre 2024 (non definitivo), tutti gli oneri, esclusa la branca 00 – laboratorio analisi, inclusi APA e PAC, gestione diretta.

**Tabella 3** Dati di attività aggregati per singolo Presidio Ospedaliero: San Filippo Neri

P.L. diurni	36
N. Sale Operatorie*	14
N. Servizi trasfusionali	1
Numero ricoveri ordinari	12.251
Numero ricoveri diurni	1727
Numero accessi PS	27.694
Numero neonati	831

**Tabella 4** Dati di attività aggregati per singolo Presidio Ospedaliero: Santo Spirito

P.L. diurni	30
N. Sale Operatorie*	10
N. Servizi trasfusionali	1
Numero ricoveri ordinari	146
Numero ricoveri diurni	2869
Numero accessi PS	24.447
Numero neonati	401

**Tabella 5** Dati di attività aggregati per singolo Presidio Ospedaliero: Oftalmico

P.L. diurni	2
N. Sale Operatorie*	4
Numero ricoveri ordinari	1062
Numero ricoveri diurni	377
Numero accessi PS	58.994

## 1.2 Descrizione degli eventi/sinistri avvenuti nella ASL Roma I

Il verificarsi di un evento dannoso a un paziente è sempre un momento molto critico per l'organizzazione; va gestito con la collaborazione di tutti cercando di comprendere i meccanismi che hanno reso possibile il suo verificarsi e mettere in atto azioni correttive affinché non accada di nuovo.

Secondo la definizione del Ministero della Salute, gli accadimenti negativi che possono interessare il paziente durante il percorso di cure, possono essere così classificati:

- Evento Avverso (EA):** evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è un evento avverso prevenibile.
- Evento evitato (Near Miss - NM o Close Call - CC):** errore che ha la potenzialità di causare un EA che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.
- Evento Sentinella (ES):** evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna: a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e, b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

La segnalazione degli ES e degli EA è una fase importante che deve necessariamente trovare la collaborazione di tutti gli operatori; offre l'opportunità di evidenziare le possibilità di miglioramento dell'assistenza affinché tutta l'organizzazione ne tragga beneficio.

I tempi e le modalità di segnalazione degli eventi sono descritte dettagliatamente all'interno della Procedura aziendale n. PRO07 "Gestione e comunicazione degli Eventi Sentinella, Eventi Avversi e Near Miss" del 23/08/2022.

Nelle tabelle che seguono è riportato il totale degli eventi che si sono verificati nel 2024 (Tab. 6) e le richieste di risarcimento della ASL Roma I dal 2019 al 2024. (Tab. 7).

Ai sensi dell'art. 2, c. 5 e art. 4, c. 3 della L. 24/2017 i dati sono pubblicati in forma sintetica anche sul portale della ASL Roma I rimandando l'analisi degli eventi accaduti a un documento che sarà pubblicato successivamente; quello che al momento si può rilevare è un aumento del numero delle segnalazioni mediante I.R. e una lieve riduzione del numero delle cadute: -3%. Gli eventi sentinella segnalati nel 2024 sono 3, uno in più rispetto all'anno precedente.

**Tabella 6: Eventi Avversi, Eventi Sentinella e Near Miss avvenuti nella ASL Roma I nel 2024**

Tipo di evento	n.	% <sup>(1)</sup>	di cui	% <sup>(2)</sup>	Principali fattori <sup>(3)</sup> causali/contribuenti (secondo classificazione)	Fonte del dato
			n. cadute			
Near Miss	264	69,4%	132	50%	Strutturali=4 Organizzativi=64 Individuali <sup>(4)</sup> =195 Più di un fattore contribuente=1	I.R.
Eventi Avversi	113	29,8%	78	69,8%	Strutturali=2 Organizzativi=44 Individuali <sup>(4)</sup> = 67	I.R.
Eventi Sentinella	3	0,8%	--	--	Organizzativi=2 Tecnologici=1	I.R.
<b>Totale</b>	<b>380</b>		<b>210</b>			

(1) Sul totale degli eventi complessivi verificatisi nel 2024 (EA+ES+NM).

(2) Sul totale degli eventi con la stessa classificazione.

(3) Strutturali, Tecnologici, Organizzativi (comprensivi Procedure/Comunicazione).

(4) Indica quelle particolari condizioni del paziente che hanno contribuito, più di altri fattori, al verificarsi dell'evento o della caduta.

**Tabella 7: Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3, L. 24/2017)**

Anno		N. Sinistri stragiudiziali	Risarcimenti erogati* dalle ex Aziende
2019	ASL Roma I	72	€ 1.698.449,60
2020	ASL Roma I	74	€ 2.168.866,24
2021	ASL Roma I	63	€ 4.325.075,13
2022	ASL Roma I	47	€ 3.681.346,76
2023	ASL Roma I	39	€ 3.081.155,70
<b>Totale</b>		<b>295</b>	<b>€ 14.954.893,43</b>

\* i risarcimenti erogati fanno riferimento all'anno di pagamento del sinistro (giudiziale e/o stragiudiziale) e non all'anno di denuncia.

**Tabella 7.1: Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'anno 2024 (art.4, c. 3, L. 24/2017)**

Anno	NUMERO SINISTRI LIQUIDATI	di cui LIQUIDATI in Fase GIUDIZIALE	di cui LIQUIDATI in Fase STRAGIUDIZIALE	Risarcimenti erogati* dalla ASL Roma I
2024	21	15	6	€ 2.315.341,29

\*i risarcimenti erogati fanno riferimento all'anno di pagamento del sinistro (giudiziale e/o stragiudiziale) e non all'anno di denuncia.  
N.B. a partire dall'anno 2025 i dati inerenti i sinistri erogati saranno pubblicati con le modalità sopra riportate.

### 1.3 Descrizione della posizione assicurativa ASL ROMA I

ASL ROMA I
<b>Dal 2016 ad oggi la ASL Roma I è in regime di auto-ritenzione del rischio</b>

Fonte: UOC Affari Generali 2025

## 2. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ CONTENUTE NEL PARS 2024

### GESTIONE DEL RISCHIO

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
n. 2 Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<p><b>ATTIVITÀ 1: Consolidamento della rete dei facilitatori per il rischio clinico della ASL Roma I.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prosecuzione attività di formazione dei nuovi facilitatori individuati e re-training di quelli già esistenti.</li> <li>2. Predisposizione di atto deliberativo circa la composizione della rete Aziendale dei facilitatori per il Rischio Clinico.</li> </ol>	In parte	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Riprogrammata per il 2025</li> <li>2) Deliberato atto Rete dei facilitatori Asl Roma I</li> </ol>
<p><b>ATTIVITÀ 2: Organizzazione di evento/giornata formativa su tematiche riguardanti procedure derivanti da raccomandazioni ministeriali e prevenzione ICA (trasversale con attività programmate nel Piano rischio infettivo)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Elaborazione/Revisione della procedura</li> <li>b) Programmazione eventi formativi</li> <li>c) Realizzazione eventi formativi</li> </ol>		<p>Giornata formativa Corso OPI presso Nuovo Regina Margherita "Sicurezza farmaci in Oncologia"</p> <p>Realizzato Corso di formazione ECM presso i Distretti I3-I4-I5 su LdP dal titolo: Le medicazioni avanzate: materiali di copertura con caratteristiche di biocompatibilità</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisione del documento: Procedure R.O.M.A. 2.1 Risk Observation Management Assessment</li> <li>• Redazione della Procedura: Prevenzione e gestione dell'emorragia del post partum</li> <li>• Revisione del Percorso interruzione volontaria della gravidanza</li> </ul> <p>Procedure trasversali rischio infettivo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborazione procedura: Gestione del paziente colonizzato/infetto da microrganismi "ALERT MDRO" trasmissibili</li> <li>• Istruzione Operativa: Sorveglianza e controllo delle malattie infettive/MDRO da parte dei Servizi di Igiene Ospedaliera nei Presidi Ospedalieri a gestione diretta</li> <li>• Elaborazione Istruzione Operativa: Istruzione operativa per la Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (SNICH2) e indicatori di prevenzione nei Presidi Ospedalieri S. Filippo Neri e S. Spirito - ASL Roma I</li> <li>• Revisione procedura per l'utilizzo in sicurezza di dispositivi medici taglienti e pungenti per la prevenzione delle ferite da taglio e da punta</li> <li>• Revisione Prontuario Aziendale degli antisettici e dei disinfettanti Asl Roma I.</li> </ul>

OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.		
n. 2 Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<p><b>ATTIVITÀ 1: Informatizzazione delle schede di I.R.: segnalazione cadute, aggressioni, eventi avversi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Progettazione scheda e implementazione sui S.I. Aziendali</li> <li>b) Istruzioni uso scheda</li> <li>c) Gestione delle Informazioni raccolte</li> </ol>	Si	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) schede editabili progettate e fruibili sul Sistema GLS</li> <li>b-c) vedi punto a</li> </ol>
<p><b>ATTIVITÀ 2: Esecuzione di audit GRC da parte delle UO/Servizi Aziendali a seguito delle segnalazioni di EA, ES e NM</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Documentare le ragioni alla base della proposta dell'audit</li> <li>b) Valutazione della proposta</li> <li>c) Svolgimento dell'audit</li> </ol>	Si	<p>Tutte le segnalazioni pervenute tramite scheda IR sono state oggetto di valutazione per eventuale svolgimento di audit. Laddove l'evento sia stato ritenuto suscettibile di adozione di piano di miglioramento, è stato effettuato l'audit con implementazione delle azioni correttive da parte di tutti gli operatori del Servizio/UO interessata</p>

<p>d) Stesura Alert Report conclusivo con relativo piano di miglioramento e diffusione dei risultati ai soggetti interessati e) Valutazione delle azioni correttive da apportare f) Implementazione delle azioni correttive da parte di tutti gli operatori del Servizio/UO interessata</p>		
<p><b>ATTIVITÀ 3: Creazione di un database che consenta la revisione sistematica delle pratiche riguardanti le richieste di risarcimento danni concluse negli anni 2019-2024 nell'ottica di pervenire alla consapevolezza del rischio di soccombenza rispetto alle prestazioni sanitarie considerate, disponendo delle informazioni necessarie per orientare e migliorare la gestione aziendale dei sinistri e del rischio clinico</b></p> <p>a) Creazione del data base b) Revisione analitica dei sinistri c) Realizzazione griglia di valutazione d) Produzione report</p>		<p>Sono stati unificati e normalizzati i data base esistenti, sia sviluppati dai membri del Comitato Valutazione Sinistri, sia prodotti negli anni dalle Società di Broker, integrando l'attività con la consultazione diretta dei fascicoli cartacei e digitali. La selezione degli indicatori è stata effettuata al fine di fornire strumenti necessari alla quantificazione dell'esposizione potenziale del patrimonio aziendale, in relazione alla liquidazione del danno risarcibile in sede civile. I dati di interesse sono stati raccolti sia rispetto alle caratteristiche specifiche dell'evento, sia effettuando la classificazione degli stessi secondo parametri stabiliti dall'ICPS (International Classification for Patient Safety), come la "tipologia di evento" e la "classe di outcome" per il paziente danneggiato. I dati raccolti sono stati quindi sottoposti a revisione analitica confrontando la reportistica aziendale con lo stato dell'arte riguardo alla conoscenza e comprensione del fenomeno della "medical malpractice", con particolare attenzione al contesto del "medical liability litigation", anche al fine di verificare se il modello di gestione del rischio in autoritenzione attualmente adottato sia realmente efficace rispetto ad una copertura assicurativa tradizionale.</p>

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

n. 4 Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<p><b>ATTIVITÀ 1: IMPLEMENTAZIONE DEL SOFTWARE GESTIONALE PER GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO:</b></p> <p>a) Prosecuzione nell'attività riguardante lo sviluppo degli applicativi web, già avviata per la gestione integrata del rischio</p> <p>b) Produzione di materiale audiovisivo con funzione didattico formativa</p>	SI	<p>a. Ampliamento nel dettaglio delle sezioni del software gestionale Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza dei Lavoratori - SGSL - che è composto di 6 sezioni principali per il lato gestionale:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Direzione, Strategia e Project Management,</li> <li>2) Sicurezza Prevenzione e Protezione</li> <li>2) Formazione, Informazione e Addestramento,</li> <li>3) Promozione della salute nei luoghi di lavoro,</li> <li>4) Qualità e rischio clinico.</li> <li>5) Guida alle operazioni CH4</li> <li>6) Sorveglianza sanitaria</li> </ol> <p>Nello specifico:</p> <p>la sezione 4) Qualità e rischio clinico è stata popolata con tutte le procedure aziendali vigenti.</p> <p>la sezione 2) Informazione, Formazione e Addestramento dispone di indicazioni relative a: Procedure generiche e specifiche contenente il database dello storico delle attività formative pregresse in modo da ottenere dei dati aggiornati per i dipendenti e per i Direttori.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) corso su gestione paziente agitato e tecniche di De-escalation;</li> <li>2) corso FAD aziendale per la prevenzione e gestione delle Infezioni Correlate all'assistenza.</li> </ol>
<p><b>ATTIVITÀ 2: Realizzazione di corsi di formazione/aggiornamento per i dipendenti sulla sicurezza negli ambienti di lavoro D.Lgs 81/08.</b></p> <p>a) Piano annuale di Formazione sulla sicurezza D. Lgs 81/08 b) Attivazione dei corsi di formazione e aggiornamento per: radio-esposti; preposti; addetti antincendio; primo soccorso e aggiornamento quinquennale dipendenti già formati. c) Gestione del fascicolo formativo del personale d) Aggiornamento rischio stress lavoro correlato per Distretti e Presidi Ospedalieri e) Attività di sensibilizzazione al tema della</p>	SI	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) Piano annuale di Formazione condiviso con UOC Formazione</li> <li>b) Sì, raggiunto il 73% dei dipendenti)</li> <li>c) Il sistema è in grado di rilevare assunzioni, dimissioni, cambi di profilo e sede di assegnazione collegate alla gestione del rischio e attribuire la formazione e collegare la gestione del rischio conseguente.</li> <li>d) Mappati i Distretti, il P.O. S. Spirito e avviata la rilevazione presso San Filippo Neri</li> <li>e) Informazione completa a 6000 dipendenti, resi disponibili sulla piattaforma per la formazione 12 opuscoli "Informa".</li> </ol>

Sicurezza e salute dei lavoratori attraverso corsi di Informazione, formazione e addestramento specifici		
<b>ATTIVITÀ 3: realizzazione di modulo per la Sorveglianza Sanitaria per i dipendenti negli ambienti di lavoro D.Lgs 81/08</b> a) Predisposizione del Fascicolo Medico Competente b) Attivazione del Fascicolo Medico Competente d) Predisposizione matrice del Rischio collegato alla mansione	SI	a-b-c) per ogni lavoratore con rapporto di subordinazione dalla ASL Roma I (dipendente, specialista convenzionato, medico di continuità assistenziale), per il quale è stato individuato un rischio lavorativo per la salute, è stato predisposto un fascicolo sanitario (cartella sanitaria e di rischio conforme alla normativa vigente (all'allegato 3 A del DL gs 81/08).
<b>ATTIVITÀ 4: inserimento nel database dedicato degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali</b> a) Gestione database dedicato alla registrazione degli infortuni sul lavoro e delle aggressioni b) Analisi dati circa il trend degli infortuni	SI	a) tutte le segnalazioni di infortunio, comprese le aggressioni, vengono registrate nel database della UOC SQRM. L'invio all'INAIL viene gestito dall'Ufficio Infortuni aziendale. b) il follow-up degli infortuni a rischio biologico è effettuato dagli operatori della UOSD Medici Competenti; la documentazione relativa alle malattie professionali viene inviata congiuntamente dalla UOC SQRM e UOSD Medici competenti. Tutti gli infortuni vengono complessivamente valutati sia per frequenza che per modalità di accadimento.
<b>ATTIVITÀ 5: Inserimento dei sinistri sul SIMES contestualmente alla notifica all'Azienda di una richiesta di risarcimento.</b> a) Inserimento del sinistro nel portale SIMES	SI condizionato	Se la richiesta risarcitoria riporta i seguenti dati può essere inserito nel SIRES entro 7 giorni dalla notifica: - anno di nascita del danneggiato/o; - presidio e/o struttura dove è avvenuto l'evento; - data di accadimento del sinistro; - tipologia dell'evento.

<b>OBIETTIVO A-B-C.</b>		
<b>n. I attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>ATTIVITÀ 1: Miglioramento della salute e del benessere dei lavoratori secondo un approccio Total Worker Health:</b> la gestione delle aggressioni al personale sanitario. a) valutazione e analisi degli episodi di aggressione in forma singola per gli eventi più gravi e aggregata per i near miss  b) Supporto all'operatore di tipo psicologico		a) Tutti gli eventi accaduti nel 2024 sono stati inseriti nel SIRES regionale e analizzati per gravità con eventuale svolgimento di audit laddove ritenuto opportuno o richiesto dagli operatori;  b) Esiste un percorso per il lavoratore su richiesta di visita straordinaria per supporto psicologico "post aggressione".

### 3. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ CONTENUTE NEL PARS 2024 GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

<b>OBIETTIVO A DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b>		
Attività	Realizzata	
<p><b>Attività I:</b> Progetto di informazione/formazione territorio-ospedale in tema di appropriatezza prescrittiva degli antibiotici e contrasto all'antibiotico resistenza. In particolare, per il territorio, coinvolgimento di tutti i Distretti.</p> <p>a) report sul consumo di antibiotici in tutti i Distretti ASL ROMA I; Report annuale sul consumo degli antibiotici negli allevamenti zootecnici afferenti alla ASL ROMA I</p> <p>b) Programmazione di almeno un evento formativo ECM con MMG/PLS e specialisti territoriali e veterinari (31/3/2023)</p>	SI	<p>a) Elaborazione di report semestrali sul consumo territoriale degli antibiotici nella ASL ROMA I con analisi dell'andamento temporale e confronti con i dati regionali e distrettuali; è stato redatto il consueto rapporto annuale sul consumo degli antibiotici negli allevamenti zootecnici ricadenti nel territorio ASL trasmesso al CICA, ai veterinari ufficiali addetti ai controlli e alla regione Lazio in aderenza a quanto previsto anche dal PRP azione 9.</p> <p>b) In data 15 aprile espletato corso di formazione ECM intitolato "One health 3° anno: le azioni di contrasto all'antibioticoresistenza" organizzato nell'ambito delle attività di formazione territoriale svolte dal CC-ICA della Asl Roma I. Sono stati formati 43 Medici sia di area ospedaliera che di area territoriale (specialisti, MMG- PLS) In data 15 aprile 2024 è stato effettuato un intervento formativo ECM rivolto ai farmacisti in collaborazione con l'Ordine dei farmacisti di Roma, volto alla corretta dispensazione del farmaco veterinario a contrasto dell'AMR. In data 17 ottobre è stato effettuato un evento ECM rivolto ai veterinari ufficiali della ASL su AMR e consumo antibiotici negli allevamenti zootecnici.</p>

<b>OBIETTIVO B MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO/CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE LE INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI ALLE CARBAPENEMASI (CRE)</b>		
Attività	Realizzata	
<p><b>Attività I:</b> Mantenimento della sorveglianza continua di laboratorio di "Alert Organism" Multiresistenti e sospetti cluster epidemici e retrospettiva su ICA e antimicrobiche resistenze (AMR comprese le CRE).</p>	SI	<p>Nel 2024, tramite il sistema Mercurio Enterprise, sono stati notificati 1320 alert organism/condition ospedalieri. Dal laboratorio sono inoltre stati segnalati 4 sospetti cluster epidemici. Sono stati altresì prodotti 4 report ICA/AMR, 2 tabelle di suscettibilità, i report non conformità microbiologia.</p>
<p><b>Attività 2:</b> Mantenimento della sorveglianza del consumo di antibiotici in ospedale (DDD/100 gg degenza)</p>	SI	<p>-Nel I° semestre del 2024, sono stati prodotti e inviati a tutte le UOC ospedaliere i report dei rispettivi consumi degli antibiotici in ddd, in due tranche trimestrali;</p> <p>- Si è confrontato e valutato il consumo degli stessi in ddd/100 gg di degenza, in particolare il I° semestre del 2023 vs il I° semestre del 2024, al fine di monitorare le prescrizioni prima e dopo la diffusione del documento AWARe presso le UOC ospedaliere, focalizzando l'attenzione su alcune molecole di ciascun gruppo;</p> <p>- Nel II° semestre sono stati prodotti e inviati i report dei consumi in ddd con relativi grafici su una valutazione totale degli antibiotici in ddd nei due Po ospedalieri S. Spirito e S. Filippo Neri; non appena disponibili i dati verrà effettuato un confronto finale del II° semestre 2023 vs II° semestre 2024 con i consumi in ddd/100 gg di degenza.</p>

<p><b>Attività 3:</b> prosecuzione sorveglianza di Staphylococcus A MRSA isolato da batteriemie e Clostridioides Difficile; sorveglianza da colonizzazione da CPE</p>	<p>Si</p>	<p>L'attività di sorveglianza è proseguita anche per l'anno 2024 sia nel PO S. Spirito che nel PO S. Filippo Neri. Sono stati prodotti i report relativi al primo semestre, in corso quelli del secondo semestre.</p>
<p><b>Attività 4:</b> elaborazione/revisione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo a) elaborazione procedure b) attuazione procedure c) monitoraggio attuazione procedure</p>		<p>Procedure trasversali rischio clinico (vedi sezione rischio clinico)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Redazione e attuazione procedura: Gestione del paziente colonizzato/infetto da microrganismi "ALERT MDRO" trasmissibili</li> <li>• Redazione Istruzione Operativa: Sorveglianza e controllo delle malattie infettive/MDRO da parte dei Servizi di Igiene Ospedaliera nei Presidi Ospedalieri a gestione diretta</li> <li>• Elaborazione, attuazione e monitoraggio della Istruzione Operativa: Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (SNICH2) e indicatori di prevenzione nei Presidi Ospedalieri S. Filippo Neri e S. Spirito - ASL Roma I:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il documento è stato redatto al fine della partecipazione al Progetto Pilota relativo al Sistema nazionale di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (SNICH).</li> </ul> </li> <li>• Revisione procedura per l'utilizzo in sicurezza di dispositivi medici taglienti e pungenti per la prevenzione delle ferite da taglio e da punta</li> <li>• Revisione Prontuario Aziendale degli antisettici e dei disinfettanti Asl Roma I.</li> </ul>

<p><b>OBIETTIVO C PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI E NAZIONALI IN TEMA DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA.</b></p>		
<p>Attività</p>	<p>Realizzata</p>	
<p><b>Attività 1:</b> creazione di un link web repository sull'intranet aziendale per diffusione dei documenti regionali e aziendali a tutto il personale sanitario. a. Predisposizione di una sezione dedicata in intranet nella sezione Risk Management b. Alimentazione di un link web repository</p>	<p>Si</p>	<p>Creata la sezione "Rischio clinico e Qualità" all'interno del software gestionale Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza dei Lavoratori - SGSL in cui sono state inserite tutte le procedure aziendali.</p>
<p><b>Attività 2:</b> Attivazione del sistema di sorveglianza, monitoraggio, prevenzione della ferita chirurgica in tre UUOO chirurgiche dei due Presidi Osp. SFN e SS a) Predisposizione scheda di sorveglianza secondo criteri ISS. b) Attivazione studio di sorveglianza nei reparti Chirurgici: presso il PO SFN: Chirurgia Oncologica, Ortopedia, Ostetricia/Ginecologia e presso il PO SS: Chirurgia generale, Ortopedia, Ostetricia/Ginecologia c) Elaborazione Report secondo semestre 2024</p>	<p>Si</p>	<p>Nell'ambito dello studio pilota, conclusa la sorveglianza della durata di tre mesi (1 settembre -30 novembre 2024) nei due PO SS-SFN, nei reparti chirurgici individuati. In corso inserimento dati sulla piattaforma ISS- SERESMI</p>
<p><b>Attività 3:</b> Implementazione del programma di ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP a) Stesura documento AST per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva antibiotici b) Diffusione del documento con coinvolgimento attivo di tutte le UUOO c) Monitoraggio schede utilizzo molecole</p>	<p>SI</p>	<p>a) Stesura e diffusione ai MMG del documento AST per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici a livello territoriale b) Si c) Effettuato il monitoraggio delle schede cartacee sull'utilizzo di alcune molecole attraverso le "Schede Regionali". I risultati sono stati discussi nell'ambito della riunione gruppo AST del 20/12/2024.</p>

#### 4. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

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

Azione	Risk Manager	Direttore Generale	Direttore Sanitario Aziendale/Presidente C-CICA	Direttore Amministrativo Aziendale	Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali	Strutture di supporto
Redazione e monitoraggio dell'implementazione della parte del Piano (a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo) Invio del PARS al CRRC;	R	I	C	C	C	C
Adozione PARS con delibera. Messa a disposizione di risorse e opportune direttive (es. specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.	I	R	C	C	I	C
Redazione e monitoraggio obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo	C	I	R	C	I	C
Redazione della parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa.	I	I	I	I	R	--
Monitoraggio obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo	C	I	R	I	I	C

#### 5. OBIETTIVI E ATTIVITÀ - GESTIONE DEL RISCHIO

In questo paragrafo sono declinati gli obiettivi e le relative attività ad esclusione di quelli legati alla gestione del rischio infettivo, per i quali si rimanda al paragrafo 7 in considerazione delle specifiche responsabilità normativamente attribuite in tema di gestione igienico-sanitaria delle strutture.

Una visione organica sulla sicurezza è fondamentale non solo per proseguire coerentemente con le attività realizzate con i precedenti piani di gestione del rischio, ma soprattutto per proporre un approccio sistemico, che comprenda lo studio degli errori, l'identificazione e il controllo dei fattori che possono favorire o determinare un danno per il paziente e al tempo stesso garantire la sicurezza degli operatori, nonché la definizione di processi assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti.

Le attività avviate lo scorso anno, e non ancora terminate, proseguiranno anche per il 2025, in quanto rientrano negli obiettivi previsti nelle linee di indirizzo regionali e sono contestualizzate nel percorso di miglioramento della sicurezza che la ASL Roma 1 sta realizzando al fine di ottenere una più precisa mappatura del rischio. La novità che si è in procinto di introdurre nel corso del 2025 riguarda l'adozione della piattaforma DARM-Nomos per la gestione di alcuni aspetti del Rischio Clinico quali il monitoraggio sull'applicazione delle procedure derivanti dalle raccomandazioni ministeriali nelle UU.OO. e la gestione del flusso di informazioni sugli eventi avversi, sin ora gestito con la modulistica standard di *Incident Reporting*.

Le attività che si realizzano anche attraverso il PARS concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali. Tutte le strutture aziendali, per quanto di competenza, collaborano con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per il raggiungimento dei seguenti obiettivi strategici, così come indicato dalle Linee di indirizzo regionali.

## 6. ATTIVITÀ PREVISTE PER IL 2025

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo **A - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE** - si programmano le seguenti attività:

### ATTIVITÀ 1

Consolidamento della rete dei facilitatori per il rischio clinico della ASL Roma I

**INDICATORE:** n. facilitatori formati

**STANDARD:** si

**FONTE:** database facilitatori

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	UU.OO./Servizi	Facilitatori
Prosecuzione attività di formazione dei nuovi facilitatori individuati per il Territorio	R	C	C
Coinvolgimento nelle attività di monitoraggio dell'applicazione di procedure aziendali da Raccomandazioni Ministeriali	R	C	C

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

### ATTIVITÀ 2

Formazione degli operatori su tematiche riguardanti procedure derivanti da raccomandazioni ministeriali e prevenzione ICA mediante svolgimento eventi formativi e/o produzione di materiale audiovisivo da parte dei componenti del Gruppo di lavoro e reso disponibile sul portale SGLS (**trasversale con attività programmate nel Piano rischio infettivo**)

**INDICATORE:** n. materiale audiovisivo prodotto/eventi formativi realizzati su procedure elaborate e/o aggiornate

**STANDARD:** ≥1

**FONTE:** UOC Risk Management/CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk Management /CC-ICA	DDSSPP Dipartimento Professioni sanitarie	GdL	UU.OO./Servizi
Proposta Elaborazione/Revisione della procedura	R*	R*	R*	C
Programmazione e realizzazione eventi formativi	R	I	C	C
Programmazione e realizzazione materiale audiovisivo	R*	I	R*	C

Legenda: R = Responsabile; R\*= Responsabile per ambito di competenza C = Coinvolto I= informati

### ATTIVITÀ 3

Svolgimento di Safety Walk Round nelle U.O. dei Presidi Ospedalieri sui temi della sicurezza e sulle cause che possono determinare eventi avversi o situazioni di criticità al fine di implementare azioni di miglioramento.

**INDICATORE:** esecuzione di SWR nelle U.O.

**STANDARD:** SI

**FONTE:** UOC Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk Manager	Responsabili U.O.	Facilitatori del rischio clinico	UOC Ass. Inf.
Effettuazione SWR	R	I	C	C
Rilevazione delle criticità	I	R	C	C
Correzione delle criticità	R*	R*	C	R*

**Legenda:** R = Responsabile; R\*= Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato.

**Al fine del raggiungimento dell'obiettivo B - MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI - si programmano le seguenti attività:**

**ATTIVITÀ 1:** implementazione della piattaforma DARM (Digital Antimicrobial Risk Management) che consente, attraverso l'utilizzo di check-list informatizzate, la mappatura del rischio.

**INDICATORE:**

Standard: si

**Fonte:** DS - RISK MANAGEMENT- UUOO – STIC – NOMOS

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azioni	Risk Management	STIC	Operatori sanitari	DSP CC-ICA
Implementazione della piattaforma tecnologica per la prevenzione, il controllo del rischio clinico e delle ICA	C	R	C	C
Contestualizzazione delle checklist Agenas per il monitoraggio implementazione delle procedure da Raccomandazioni Ministeriali	R	-	C	I
Formazione agli operatori all'utilizzo della piattaforma	R	I	C	I

Legenda: R = Responsabile; R\*= Responsabile per ambito di competenza C = Coinvolto; I = Interessato

### ATTIVITÀ 2

Esecuzione di audit GRC da parte delle UO/Servizi Aziendali a seguito delle segnalazioni di EA, ES e NM

**INDICATORE:** produzione dell'alert report con piano di miglioramento

**STANDARD:** SI

**Fonte:** UO coinvolta

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Management	UU.OO./Servizi	Direzione Sanitaria
Documentare le ragioni alla base della proposta dell'audit	I	R	I
Valutazione della proposta	R	I	I
Svolgimento dell'audit	C	R	C
Stesura Alert Report conclusivo con relativo piano di miglioramento e diffusione dei risultati ai soggetti interessati	I	R	C
Valutazione delle azioni correttive da apportare	R	C	C
Implementazione delle azioni correttive da parte di tutti gli operatori del Servizio/UO interessata	C	R	C

Legenda: R = Responsabile; R\*= Responsabile per ambito di competenza C = Coinvolto; I = Interessato

**ATTIVITÀ 3:** Implementazione e sviluppo di un software per la gestione e il monitoraggio delle attività clinico assistenziali relativamente alle raccomandazioni ministeriali e di *incident reporting* mediante l'uso di check-list e moduli digitali per la segnalazione di eventi avversi, eventi sentinella e *near miss*

**INDICATORE:** implementazione piattaforma

**STANDARD:** SI

**Fonte:** DS - RISK MANAGEMENT- UUOO – STIC – NOMOS

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Management	UU.OO./ Servizi	Direzione Sanitaria	STIC	NOMOS
Integrazione della piattaforma con i sistemi informativi e gestionali in uso presso l'organizzazione al fine di supportare le decisioni aziendali, nell'ambito della gestione del rischio, attraverso misurazioni ed evidenze	C	I	C	R*	R*
Formazione e sensibilizzazione degli operatori all'utilizzo della piattaforma mediante realizzazione di corsi e-learning/workshop	R*	C	I	C	R*
Implementazione del modulo Dashboard, un cruscotto di indicatori per il controllo e la gestione dei processi aziendali correlati al rischio clinico	C	C	C	R*	R*

Implementazione delle Checklist per la prevenzione degli eventi sentinella calibrate in base al contesto organizzativo e alle procedure aziendali vigenti	R*	C	C	I	C
Fornire dati e informazioni al top management per individuare trend di rischio e criticità nei processi monitorati ed attuare azioni preventive, correttive e di miglioramento.	R*	C	I	R*	C

**ATTIVITÀ 4:** Creazione di un data base che consenta la revisione sistematica delle pratiche riguardanti le richieste di risarcimento danni concluse negli anni 2019-2024 nell'ottica di pervenire alla consapevolezza del rischio di soccombenza rispetto alle prestazioni sanitarie considerate, disponendo delle informazioni necessarie per orientare e migliorare la gestione aziendale dei sinistri e del rischio clinico.

**INDICATORE:** produzione di un report annuale

**STANDARD:** SI

**FONTE:** UOC Medicina Legale, UOSD Medicina legale per il governo clinico, Avvocatura Aziendale, UOC Affari Generali, UOC Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	UOC Medicina legale	UOSD Medicina Legale per il governo clinico	Avvocatura Aziendale	UOC Affari Generali	Risk Management
Revisione analitica dei sinistri	R*	R*	R*	R*	I/C
Realizzazione griglia di valutazione	R*	R*	C	C	I/C
Produzione report	R*	R*	C	C	C

Legenda: R = Responsabile; R\*= Responsabile per ambito di competenza C = Coinvolto; I = Interessato

**Al fine del raggiungimento dell'obiettivo C - FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE - si programmano le seguenti attività:**

**ATTIVITÀ 1: IMPLEMENTAZIONE DEL SOFTWARE GESTIONALE PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO:** il software consente la gestione dei dati relativi a: esposizione professionale, monitoraggio infortuni, gestione procedure aziendali e inserimento di materiale audiovisivo con funzione didattico/formativa.

Il software integra tutte le linee di attività della UOC SQRM al fine di disporre di informazioni necessarie per orientare gli interventi di sicurezza delle cure e dei lavoratori.

Tutti i servizi strategici aziendali avranno un'utenza per la partecipazione al progetto di Gestione Integrata del Rischio. Gli operatori potranno accedere direttamente e più facilmente con i servizi aziendali. Tramite il software sarà garantita la tracciabilità delle informazioni e dello stato di lavorazione in ogni fase, nonché la verifica dell'accesso da parte degli operatori al portale riguardo l'attività informativa/formativa, sia di carattere obbligatorio che facoltativo.

**INDICATORE:** predisposizione di strumenti di rilevazione, attivazione Applicativi Web, produzione di materiale audiovisivo.

**STANDARD:** SI

**FONTE:** UOC Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ							
Azione	UOC SQRM	Operatori delle UOC Cliniche	UOC Comunic.	Sistemi Informativi	Area del Farmaco	UOC Formazione	Medici Compet.
Prosecuzione nell'attività riguardante lo sviluppo degli applicativi web, già avviata per la gestione integrata del rischio	R*	C	I	R*	R*	R*	R*
Inserimento di materiale audiovisivo con funzione didattico formativa	R	C	I	C	C	C	-

Legenda: R = Responsabile; R\*= Responsabile per ambito di competenza C = Coinvolto I= informato

### ATTIVITÀ 2

Inserimento dei sinistri sul SIRES contestualmente alla notifica all'Azienda di una richiesta di risarcimento.

**INDICATORE:** inserimento entro 7\* gg.

**STANDARD:** SI

**FONTE:** UOC Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Management	UOS Sinistri	UOC Avvocatura Aziendale
Inserimento del sinistro nel portale SIRES	I	R	I

\* l'inserimento nel SIRES Regionale nei tempi previsti può essere soddisfatta se la richiesta risarcitoria riporta: 1) anno di nascita del danneggiato; 2) presidio/struttura dove è avvenuto l'evento; 3) data di accadimento del sinistro; 4) tipologia dell'evento.

**Legenda:** R = Responsabile; R\*= Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato.

### ATTIVITÀ 3

La gestione delle aggressioni al personale sanitario mediante l'introduzione di nuove tecnologie e ausili al fine di rafforzare le misure di protezione a tutela degli operatori sanitari.

**INDICATORE:** n. dispositivi distribuiti/numero operatori presenti nei PS e nei Servizi/UOC SDPC

Standard: si

**FONTE:** UOC STIC

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'				
Azioni	Risk Management	STIC	Operatori sanitari	DSP
Fornitura del device all'operatore	I	R	C	I
Addestramento all'utilizzo del device	I	R	C	I
Valutazione e analisi degli episodi di aggressione complessivi e di quelli segnalati con allarme (device)	R	I	C	I

**Legenda:** R = Responsabile; R\*= Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato.

## 7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER IL 2025 PER LA - GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

In questo paragrafo sono declinati gli obiettivi e le relative attività specifici sulla gestione del rischio infettivo in armonia con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP-PP10) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR), così come previsto nel Documento di indirizzo Regionale-PARS- nonché nel Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (adottato con determinazione regionale n. G16501 del 28/11/2022):

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- 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 31/12/2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

A seguire si presentano le attività definite in base gli obiettivi della Regione Lazio che la ASL Roma I ha fatto propri e intende sviluppare nel corso del 2025. Oltre alle azioni di implementazione già avviate negli ultimi anni, la novità per il 2025 è l'adozione della piattaforma DARM-Nomos nel contesto organizzativo locale con l'obiettivo di automatizzare, potenziare, velocizzare e integrare i molteplici sistemi di sorveglianza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), dell'Antimicrobico Resistenza (AMR) e, più in generale, del Rischio Infettivo. Tali sistemi, ancorché coordinati a livello aziendale dal CC-ICA e dal Risk Management, sono distribuiti e frammentati in diverse Unità Operative e Gruppi di Lavoro aziendali, che operano in base a una stratificazione di input decisionali e normativi diversi, nonché con strumenti informatici settoriali e, talvolta, inadeguati. Da questa situazione, comune peraltro a molte aziende sanitarie regionali, ne deriva attualmente una imperfetta capacità di monitoraggio dei processi complessi, una

generale lentezza nella restituzione dei dati di sorveglianza alla comunità clinico-assistenziale, con conseguente perdita di efficacia. La piattaforma web based DARM-Nomos è progettata per migliorare questi processi, offrendo - dopo le necessarie integrazioni con i software locali e opportuna personalizzazione in base alla propria realtà organizzativa - dei report in tempo reale, fruibili dagli uffici aziendali coinvolti, dagli operatori e dalla Direzione. La piattaforma in questione, inoltre, appare uno strumento promettente di integrazione “regionale” delle sorveglianze previste dal Piano della Prevenzione (PPI0) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR).

## 8. ATTIVITÀ PREVISTE PER IL 2025

### Obiettivo A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

**Attività I:** Progetto di informazione/formazione territorio-ospedale in tema di appropriatezza prescrittiva degli antibiotici e contrasto all’antibiotico resistenza. In particolare, per il territorio, coinvolgimento di tutti i Distretti.

INDICATORE:

- a) report sul consumo di antibiotici in tutti i Distretti ASL ROMA I;
- b) Programmazione di almeno un evento formativo con MMG/PLS e specialisti territoriali e veterinari

STANDARD: SI

FONTE: CCICA, Direzione Area Ospedaliera, Direzione Distretto, Farmacia

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ							
Azioni	Dir. Distretto	CICA	MICROBIOL./INF.	Farmacia	Governo della rete	Risk Management	Veter.
Progettazione del corso	R	C	C	C	I	C	C
Svolgimento del corso in presenza	R*	C	R	I	I	C	C
Produzione del report	C	C/I	C	R	I	I	C

**Legenda:** R = Responsabile; R\*= Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato.

### Obiettivo B: 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 / CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE LE INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI ALLE CARBAPENEMASI (CRE).

**ATTIVITÀ 2:** Implementazione di un cruscotto per la sorveglianza ICA/AMR attraverso la piattaforma NOMOS/DARM (*Digital Antimicrobial Risk Management*) che consente, attraverso l’utilizzo di check-list informatizzate, la mappatura del rischio infettivo.

INDICATORE: implementazione piattaforma

STANDARD: SI

FONTE: DS - RISK MANAGEMENT- CC-ICA - UUOO – STIC – NOMOS

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Management	UU.OO./ Servizi	CC-ICA	STIC	NOMOS
Implementazione della piattaforma tecnologica per la prevenzione, sorveglianza ICA/AMR mediante integrazione con i sistemi informativi e gestionali in uso presso l’organizzazione al fine di supportare le decisioni aziendali, nell’ambito della gestione del rischio infettivo attraverso misurazioni ed evidenze	C	I	C	R*	R*
Formazione e sensibilizzazione degli operatori all’utilizzo della piattaforma mediante realizzazione di corsi e-learning/workshop	C	C	R*	C	R*
Implementazione delle checklist per il controllo/monitoraggio di tutti i processi aziendali correlati al rischio infettivo al fine di migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa	C	C	R	I	C

Attivazione segnalazione tramite modulo pilota per l'indagine di prevalenza ICA	C	R	C	-	-
Implementazione del modulo "Scheda OMS", basata sulla scheda di osservazione del WHO, per il controllo dell'igiene delle mani.	C	C	C	R*	R*
Fornire dati e informazioni alla Direzione Aziendale per individuare trend di rischio e criticità nei processi monitorati ed attuare azioni preventive, correttive e di miglioramento.	C	C	R	-	-

Legenda: R = Responsabile; R\*= Responsabile per ambito di competenza C = Coinvolto; I = Interessato

**Attività 3:** Mantenimento della sorveglianza continua di laboratorio di "Alert Organism" Multiresistenti e sospetti cluster epidemici e retrospettiva su ICA e antimicrobiche resistenze (AMR comprese le CRE).

STANDARD: produzione giornaliera schede alert e trasmissione alle DD.SS.PP; produzione semestrale report retrospettivi; formazione operatori sanitari

INDICATORE: SI

FONTE: LIS (sistema informatico di laboratorio)- report formazione degli operatori sanitari

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
Azioni	MICROBIOLOGIA	UU.OO.	DD.SS.PP.	CICA/Igiene Osp.	Risk Management
Sorveglianza continua di laboratorio di microrganismi Alert e sospetti cluster epidemici	R	C	C	C	I
Sorveglianza di laboratorio retrospettiva su ICA e antimicrobico resistenze, CPE/CRE comprese	R	C	C	C	I
Sorveglianza attiva colonizzazioni da CPE/CRE, comprensiva dei ceppi CAZ-AVI R	R*	R*	C	C	I

Legenda: R = Responsabile; R\*= Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato.

**Attività 4:** Mantenimento della sorveglianza del consumo di antibiotici in ospedale (DDD/100 gg degenza)

INDICATORE: PRODUZIONE REPORT

STANDARD: SI

FONTE: Farmacia

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
Azioni	Area farmaco	SIO	DD.SS.PP.	UU.OO.	CICA
Produzione di report di consumo generali per ATC, Area medica-chirurgica-intensiva, DDD, Reparto, Presidio.	R*	R*	I	I	I
Preparazione dei report di consumo specifici per UU.OO. Area medica-chirurgica-intensiva	R*	R*	I	I	I

Legenda: R = Responsabile; R\*= Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato.

**Attività 5:** Prosecuzione sorveglianza di Staphylococcus A MRSA isolato da batteriemie e Clostridioides Difficile; sorveglianza da colonizzazione da CPE

INDICATORE di processo: schede di sorveglianza aziendale, report semestrali

STANDARD: SI

FONTE: DD.SS.PP. Igiene Ospedaliera

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'						
Attività	DD.SS.PP	CICA	SQRM	UU.OO.	MICROBIOLOGIA	IGIENE OSP.
Sorveglianza	C	C	I	C	C	R*
Redazione Report semestrale attività di sorveglianza per i PO SS e SFN	I	I	I	I	R*	R*

Legenda: R = Responsabile; R\*= Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato.

**Attività 6:** elaborazione/revisione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo

STANDARD: Si

INDICATORE: almeno 1 procedura/anno

FONTE: SQRM, DD.SS.PP.- Dipartimento Professioni sanitarie

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
Azioni	SQRM	UU.OO.	DD.SS.PP	Dipartimento Prof. Sanitarie.	CICA
Elaborazione procedure	R*	C	R*	C	C
Attuazione procedure	I	R*	I	I	I
Monitoraggio attuazione procedure	C	R*	R*	R*	C

**Legenda:** R = Responsabile; R\*= Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato.

**Obiettivo C: PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI E NAZIONALI IN TEMA DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA.**

**Attività correlate alle Azioni del Programma PP10 ambito umano anno 2024**

**Attività 1:** aggiornamento e manutenzione del link web repository sull'intranet aziendale per diffusione dei documenti regionali e aziendali a tutto il personale sanitario.

INDICATORE: presenza pagina dedicata sull'intranet aziendale

STANDARD: SI

FONTE:

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
Azioni	DD.SS.PP	CICA	COMUNICAZIONE	SQRM	UUOO
Aggiornamento della sezione dedicata in intranet nella sezione Risk Management	C	I	R	C	I
Alimentazione del link web repository	C	C	R	C	I

**Legenda:** R = Responsabile; R\*= Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato

**Attività 2:** Attivazione del sistema di sorveglianza, monitoraggio, prevenzione della ferita chirurgica in tre UUOO chirurgiche dei due Presidi Osp. SFN e SS

INDICATORE: scheda di sorveglianza aziendale, report semestrale

STANDARD: SI

FONTE: UU.OO, DD.SS.PP. Igiene Ospedaliera, Microbiologia

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'						
Azioni	D.S.P	CICA	Microbiologia	Igiene OSP.	GdL CICA	UUOO
Predisposizione scheda di sorveglianza secondo criteri ISS.	R*	I	I	C	R*	C
Attivazione sorveglianza nei reparti Chirurgici: <b>presso il PO SFN:</b> Chirurgia Oncologica, Ortopedia, Ostetricia/Ginecologia <b>presso il PO SS:</b> Chirurgia generale, Ortopedia, Ostetricia/Ginecologia	R*	I	C	C	R*	R*
Inserimento dei dati in piattaforma ELIX	R*	I	I	C	R*	C

**Legenda:** R = Responsabile; R\*= Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato

**Attività 3:** Implementazione del programma di ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP

INDICATORE: report monitoraggio

STANDARD: SI

FONTE: Farmacia/Gruppo AST

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'						
Azioni	DSP	CICA	Microbiologia	Farmacia	UUOO	Gruppo AST
Revisione del programma/ AST sulla base degli obiettivi raggiunti e quelli ancora da raggiungere	C	C	C	R*	I	R*
Diffusione del documento aggiornato con i nuovi obiettivi	R*	R*	I	I	R*	I
Programmazione evento informativo con restituzione dei dati di monitoraggio 2024 e discussione con i clinici	I	C	I	R*	I	R*
Monitoraggio del consumo antibiotici totali e frazionati secondo sistema AWaRe	I	I	I	R*	R*	R*
Implementazione delle "Schede Regionali" sull'utilizzo di alcune molecole su software informatizzato per la prescrizione reparto/farmacia al fine di monitorare la tracciabilità farmaco/paziente.	I	I	I	R*	C	R*

## 9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS per il raggiungimento degli obiettivi prefissati la Direzione aziendale assicura la singola diffusione attraverso:

- ✓ Pubblicazione del PARS sul sito internet aziendale e disponibile in formato digitale nella sezione intranet nell'applicativo Risk Management SGLS e veicolato via mail ai Direttori di UOC, alle Funzioni Organizzative e ai Facilitatori del rischio clinico.

## 10. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Si riporta la normativa di riferimento e la produzione scientifica (letteratura scientifica, etc.) inerenti la gestione del Rischio Clinico:

- ✓ D.Lgs 502/92.
- ✓ DPR 14/1/97.
- ✓ D.Lgs 229/99.
- ✓ D.Lgs 254/00.
- ✓ D.Lgs 81/09.
- ✓ D.M. Salute del 11/12/2009: "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES).
- ✓ Decreto del Commissario ad Acta del 29/5/13, n. U00206 "nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lazio" a seguito del recepimento degli "standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, c. 1, lettera B, patto per la salute 2010-2012 elaborati dal Comitato L.E.A."
- ✓ Circolare ministeriale n. 52/1985 "lotta contro le infezioni ospedaliere".
- ✓ Circolare ministeriale n. 8/1988 "lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza".
- ✓ D.M. 24/7/1995 "contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel SSN" GU n. 263 del 10/11/1995".
- ✓ Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 – DPR 23/7/1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria di intervento.

- ✓ PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena.
- ✓ PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria.
- ✓ Seduta della conferenza Stato-Regioni del 20/3/2008.
- ✓ Intesa tra governo, regioni e provincie 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 c. 6 della legge n. 131 del 5/6/2003.
- ✓ D.Lgs 30/12/1992 n. 502 recante: "riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge n. 421 del 23/10/1992.
- ✓ DPR del 14/1/1997 "requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".
- ✓ Libro bianco "un impegno comune per la salute: approccio strategico della UE per il periodo 2008-2013.
- ✓ L. n. 24 del 8/3/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". Pubblicata su GU Serie Generale n.64 del 17-3-2017. Art.16, c. 2, a modifica ed integrazione dell'art.1, c. 540, legge n. 208/2015
- ✓ BURL – n. 22 Supplemento n.2: Determinazione 26 febbraio 2021, n. G02044. Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani".
- ✓ Determinazione 25 gennaio 2022, n. G00643: Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".
- ✓ Nota Regionale n. U.0124752. del 02-02-2023: Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario 2023 (PARS)
- ✓ Ministero della salute: "Risk Management in sanità – il problema degli errori" commissione tecnica sul Rischio Clinico, D.M. del 5/3/2003. AHRQ quality indicators: guide to patient safety indicators: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>
- ✓ Risoluzione del Parlamento europeo del 19 maggio 2015 su un'assistenza sanitaria più sicura in Europa: migliorare la sicurezza del paziente e combattere la resistenza antimicrobica (2014/2207(INI)).
- ✓ ISO norme 9001:2000 – e – Joint Commission.
- ✓ WHO – world alliance for patient safety – the second global patient safety challenge 2008 "save surgery save live".
- ✓ The new NHS: modern and dependable London: stationary office 1997.Reason J., Managing the risk of organizational accidents, 1997.
- ✓ Reason J. Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
- ✓ Raccomandazione manuali della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della salute: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&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.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza)
- ✓ Deliberazione di Giunta della Regione Lazio del 21/12/2021 n. 970 recante: "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025";
- ✓ Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025

## ALLEGATO I – PIANO DI AZIONE LOCALE IGIENE DELLE MANI

### RESOCONTO DEL PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI RELATIVO ALL'ANNO

2024.....	27
1. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI.....	27
2. FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	27
3. MONITORAGGIO E FEEDBACK .....	30
4. COMUNICAZIONE PERMANENTE.....	38
5. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT: .....	38

### PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI PREVISTO PER L'ANNO 2025.

.....	39
1. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI.....	39
2. FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	40
3. MONITORAGGIO E FEEDBACK .....	41
4. COMUNICAZIONE PERMANENTE.....	41

## RESOCONTO DEL PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI RELATIVO ALL'ANNO 2024.

Resoconto Piano di Azione Locale 2024 così come indicato nel “**Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani**” determinazione 26 febbraio 2021, N. G02044.

### **Risultati e Dati attività Anno 2024**

#### **I. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI**

Il punteggio ottenuto è 100 (livello avanzato)

#### **Mappatura delle risorse necessarie per garantire l'igiene delle mani in tutti i punti di assistenza**

In base al fabbisogno rilevato sono stati acquistati i dispenser da letto e da muro da predisporre in tutti i punti di assistenza presso tutti i reparti dei Presidi Ospedalieri della ASL:

- S. Spirito
- S. Filippo Neri
- Oftalmico
- Nuovo Regina Margherita
- Centro S. Anna

#### **Fornitura di prodotti per l'igiene delle mani in tutti i Presidi**

Per ogni lavandino è disponibile il sapone e disponibili salviette monouso.

La fornitura dei prodotti per l'igiene delle mani è garantita settimanalmente regolarmente in tutte le UUOO/Servizi. Nei P.O. SFN e SSP al fine di garantire l'integrità della cute delle mani degli operatori sanitari a partire dal mese di luglio 2024 è stata introdotta la possibilità di ordinare al servizio farmacia la crema mani.

#### **Manutenzione dei lavandini e dei dispenser**

La manutenzione dei lavandini è effettuata dalla Ditta esterna annualmente e a chiamata in caso di necessità.

#### **2. FORMAZIONE DEL PERSONALE**

Il punteggio ottenuto è 90 (livello avanzato)

Nel 2024 sono stati registrati diversi corsi FAD per tutto il personale sanitario della Asl Roma 1 inerenti al tema delle ICA, questo è stato possibile grazie alla collaborazione della **UOC Formazione e Sviluppo delle Competenze**. I corsi sono disponibili nell'area intranet sezione applicativi aziendali – gestionale formazione, tra questi troviamo:

- **Procedura Aziendale per la prevenzione e controllo delle complicanze infettive correlate agli accessi vascolari.** Il corso, accreditato ECM, è strutturato in 5 moduli con una durata di 3 ore.
- **La prevenzione delle ICA nelle strutture per acuti dalla sorveglianza al controllo -** Il corso, accreditato ECM, è strutturato in 24 moduli con una durata di 8 ore. Al suo interno è contenuto un modulo specifico sui principi base per l'igiene delle mani.
- Durante la giornata mondiale dell'igiene delle mani sono state distribuite le brochure sull'igiene mani in collaborazione con la UOC STIC sono stati trasmessi su tutti i monitor di chiamata dei CUP e dei Poliambulatori le informative su come effettuare l'igiene delle mani e sui 5 momenti dell'assistenza al paziente.
- Nella giornata mondiale dell'igiene delle mani, dopo formazione pratica e teorica, gli studenti/esse del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica sono stati coinvolti come promotori dell'igiene mani presso le aree ambulatoriali e zone comuni del P.O. SSP e SFN. La sensibilizzazione sul tema è stata rivolta all'utenza.
- Durante il mese di maggio presso alcune unità operative del P.O. SFN sono state effettuate da parte del personale dell'igiene ospedaliera dimostrazioni pratiche attraverso l'utilizzo del box pedagogico sulla tecnica dell'igiene mani.
- **È stato ampliato il gruppo aziendale degli osservatori:** gli osservatori sono stati formati, sia con formazione di base, che con formazione specifica che ha previsto l'addestramento all'utilizzo della scheda di osservazione.
- A tutto il personale sanitario aziendale è stato inviato per via digitale il **questionario sulla percezione degli operatori sanitari** previsto dal **Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani**. L'invito alla compilazione è stato trasmesso con nota di Direzione Sanitaria. I dati raccolti sono stati elaborati in forma aggregata.

Di seguito i risultati aggregati:

Struttura (indirizzo)	Struttura (indirizzo)	Struttura (indirizzo)	Sesso	Conteggio di ID	Valore mediano di Età (NN)	+ Range Interquartile = 16
Santa Maria della Pietà 5 Padiglione 90	Via Anguillarese km 1150	Via Lodovico Jacobini 6	F	724	53	
Santa Maria della Pietà 5 Padiglione 8	Via Antonino di Giorgio 19	Via Luigi Luzzatti 8	M	252		
Santa Maria della Pietà 5 Padiglione 5	Via Ariosto 3/9	Via Monte Rocchetta 14	<b>Totale</b>	<b>976</b>	Media di Età (NN)	Deviazione standard di Età (NN)
Santa Maria della Pietà 5 Padiglione 28	Via Boccea 271	Via Monte Tomatico 9			50,68	10,37
Santa Maria della Pietà 5 Padiglione 26	Via Boccea 625	Via Montesacro 8				
Santa Maria della Pietà 5 Padiglione 23	Via Boemondo 21	Via Nomentana 1199				
Santa Maria della Pietà 5 Padiglione 2	Via Boncompagni 101	Via Nomentana 2/B				
Santa Maria della Pietà 5 Padiglione 17	Via Casale Piombino 30	Via Palestro 39				
Santa Maria della Pietà 5 Padiglione 14	Via Cassia 472	Via Pietro Gasparri 21/23				
Santa Maria della Pietà 5 Padiglione 13	Via Cassia 721	Via Plinio 31				
Santa Maria della Pietà 5 Padiglione 12	Via Catone	Via S. Igino Papa 282				
Santa Maria della Pietà 5 Padiglione 1	Via Cosimo Tornabuoni 50	Via Sabrata 12				
Presidio Ospedaliero Santo Spirito - Lungotevere in Sassia 1	Via degli Olimpionici 19	Via San Daniele del Friuli 8 (Casa della Salute)				
Presidio Ospedaliero Sant'Anna - Via Garigliano 55	Via dei Frentani 6	Via San Giovanni in Laterano 155 - S. Puccinotti				
Presidio Ospedaliero San Filippo Neri - via Giovanni Martinotti 20	Via dei Riari 48	Via Tagliamento 19				
Presidio Ospedaliero Oftalmico - Via Cipro 3 / Via Vittor Pisani 15	Via della Lungara 29 - Regina Coeli	Via Tripoli 39				
Presidio Ospedaliero Nuovo Regina Margherita - Via Emilio Morosini 30	Via della Stazione di Cesano 838	Via Ugo Farulli 6				
Piazzale della Farnesina	Via delle Fornaci 49	Viale Angelico 20 - IMRE				
Piazza San Zaccaria Papa 1	Via Dina Galli 3/8	Viale del Policlinico - Policlinico Umberto I - CRARL				
Piazza Castellani 23	Via Domenico Silveri 8/10	Viale di Valle Aurelia 115/A				
Lungotevere della Vittoria 3	Via Federico Borromeo 67	Viale di Valle Aurelia 257				
Circonvallazione Nomentana 498	Via Francesco de Sanctis 9	Viale Tor di Quinto 33/A				
Casa della Salute Prati-Trionfale - Via Frà Albenzio 10	Via Gaetano Sodini 2					
Casa della Salute Nuovo Regina Margherita - Via Roma Libera 76	Via Galilei 13					
	Via Gennaro Pasquariello 8					
	Via Gioacchino Ventura 60					
	Via Giovanni Battista Piatti 19					
	Via Ida Baccini 80					
	Via Innocenzo IV 16D					
	Via Lablache 4					
	Via Lampedusa 23					



D8 - Area assistenziale	%
Accoglienza tutela e prom. Salute	0,10%
Accreditamento	0,10%
ADI	0,10%
Anatomia Patologica	0,20%
Anestesia e Rianimazione	0,10%
Area Diagnostica per Immagini, Radioterapia, Fisica Sanitaria	0,10%
Assistenza domiciliare	1,02%
Assistenza protesica	0,10%
Assistenza Territoriale	0,10%
Attività ambulatoriale	28,07%
Attività back office	0,10%
Audiologia e Vestibologia	0,10%
Blocco operatorio	0,51%
CAD	1,33%
Camera operatoria	0,20%
Cardiologia	0,41%
Centrale Operativa Territoriale	0,20%
Centro Esperto Disturbi Cognitivi e Demenze	0,10%
Chirurgia	6,45%
Consulenza reparti	0,10%
Consultorio	2,36%
Continuità Assistenziale	0,10%
COT	0,41%
<b>Totale colonna</b>	<b>42,42%</b>

Area assistenziale	%
Cure Palliative	0,10%
Day Surgery	0,31%
Degenza	4,61%
Diabetologia	0,31%
Diagnostica per immagini	0,10%
Direzione Distretto	0,31%
Direzione infermieristica	0,10%
Direzione sanitaria	0,10%
Disabili Adulti	1,13%
Distretto	0,61%
DSM - Salute Mentale	16,50%
Elettrofisiologia	0,10%
Elettrostimolazione	0,10%
Emergenza	0,92%
Emodinamica	0,20%
Farmacia Territoriale	0,72%
Formazione e sviluppo competenze	0,10%
Gastroenterologia	0,10%
Genetica Medica	0,31%
Gestionale	0,10%
Igiene ospedaliera	0,31%
Laboratorio	0,51%
Medicina del lavoro	0,31%
Medicina interna	1,64%
Medicina Legale	0,20%
Medicina palliativa	0,10%
Medicina penitenziaria	0,20%
<b>Totale colonna</b>	<b>30,12%</b>

Area assistenziale	%
Residenza	0,20%
Reparti ospedale	0,10%
Radiologia	2,05%
PUA	0,82%
Pronto Soccorso	2,66%
Prevenzione	1,13%
poliambulatorio	0,51%
Pediatria/Neonatologia	1,54%
Pediatria	0,10%
Otorino	0,10%
Ostetricia/Ginecologia	3,48%
OSS	0,10%
Organizzazione servizi sanitari di base	0,10%
Oncologica	0,10%
Oftalmologia	0,31%
Odontoiatria	0,10%
Oculistica	0,31%
Nutrizione Clinica	0,31%
Neurologia	0,10%
Neurofisiopatologia	0,10%
Neonatologia	0,10%
Nefrologia e Dialisi	0,10%
Nad	0,10%
Medicina urgenza	0,10%
Medicina trasfusione	0,31%
<b>Totale colonna</b>	<b>14,96%</b>

Area assistenziale	%
Riabilitazione GCA	0,10%
Riabilitazione/CAD	0,10%
Riabilitazione/Lungodegenza	2,56%
S.A.I.O	0,51%
Salute migranti	0,20%
sanità pubblica	0,10%
Screening	0,20%
Servizi	0,20%
servizio farmaceutico	0,10%
Servizio Sociale UOC	0,10%
Accoglienza PUA	0,10%
Servizio vaccinale	0,10%
SIMT	0,20%
Sisp	0,31%
Spresal	0,20%
Subintensiva dialisi e nefrologia	0,10%
Terapia del dolore	0,10%
Terapia intensiva	4,00%
Territorio	0,20%
Tossicodipendenza	0,10%
Trasfusionale	0,10%
Tsmree - DSM	0,10%
Tutte	0,10%
Tutti i reparti di degenza e Pronto Soccorso	0,10%
UOC Formazione - CdS Inf.ca	0,20%
Uoc Pneumologia	0,10%
UOC tecnici sanitari	0,31%
Urologia	0,10%
Vaccinazioni	1,84%
<b>Totale colonna</b>	<b>12,50%</b>

D7 - Qualifica	%
Assistente sanitario	0,72%
Assistente sociale	6,66%
Ausiliario	0,20%
biologo	0,20%
coordinatore	0,31%
Dietista	2,15%
Dirigente Fisico Sanitario	0,10%
Dirigente psicologo	2,15%
Dirigente Sanitario	0,10%
Educatore professionale	0,51%
F.O Radiologia Territoriale	0,10%
Farmacista	0,51%
Fisioterapista	0,92%
Infermiere	49,49%
Logopedista	0,20%
Medico	18,55%
Oculista	0,10%
Operatore Socio Sanitario	3,59%
Ortottista	0,10%
Ostetrica/o	1,95%
Tecnico	3,79%
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	1,23%
Tecnico sanitario di radiologia medica	0,72%
Terapista	5,53%
TSLB	0,10%
<b>Totale</b>	<b>100,00%</b>

### 3. MONITORAGGIO E FEEDBACK

Il punteggio ottenuto è 75 (livello intermedio)

Annualmente viene effettuato un monitoraggio nei Presidi Ospedalieri, con osservazione diretta dei locali, nonché colloqui con i responsabili di Funzione organizzativa, per verificare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, saponi, salviette monouso). I risultati vengono discussi nell'ambito delle riunioni CC-ICA al fine di risolvere eventuali criticità coinvolgendo i Servizi interessati (Farmacia, ABS, ecc.)

I risultati dell'attività di osservazione diretta sono stati elaborati. Il feedback sull'osservazioni dell'igiene mani è stato inviato ai direttori di UOC e alle F.O. di Coordinamento, suddiviso per discipline

Le attività di monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani, quali il consumo del prodotto a base alcolica e di sapone per la frizione delle mani, previste semestralmente da parte della Farmacia, sono state effettuate con produzione di reportistica come da procedura aziendale.

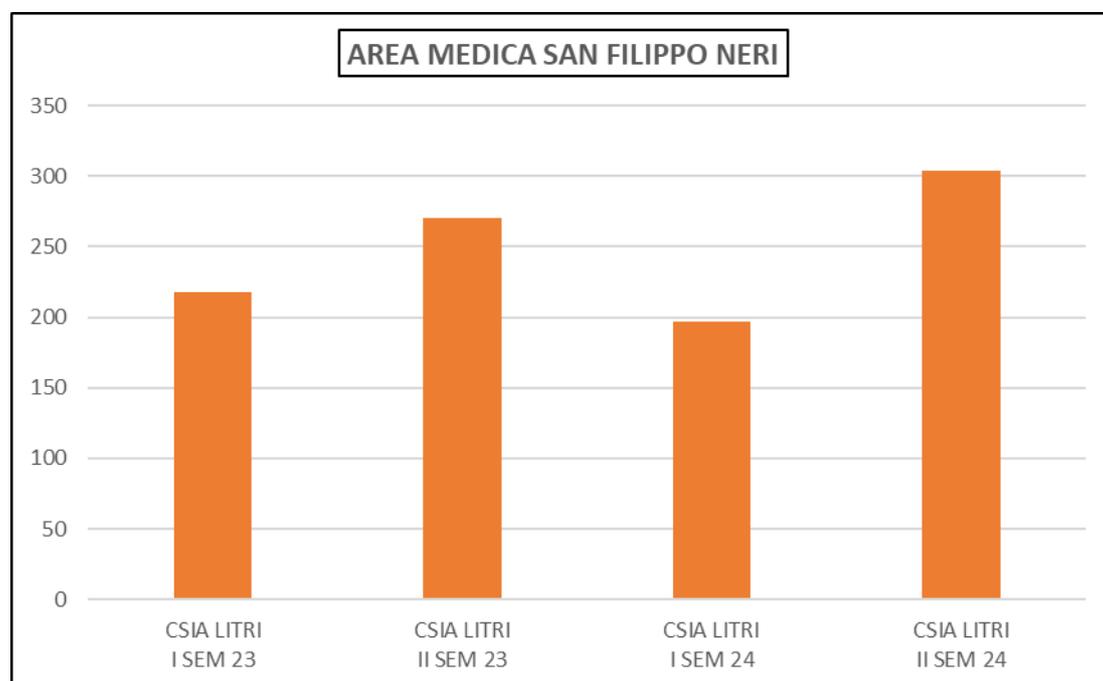
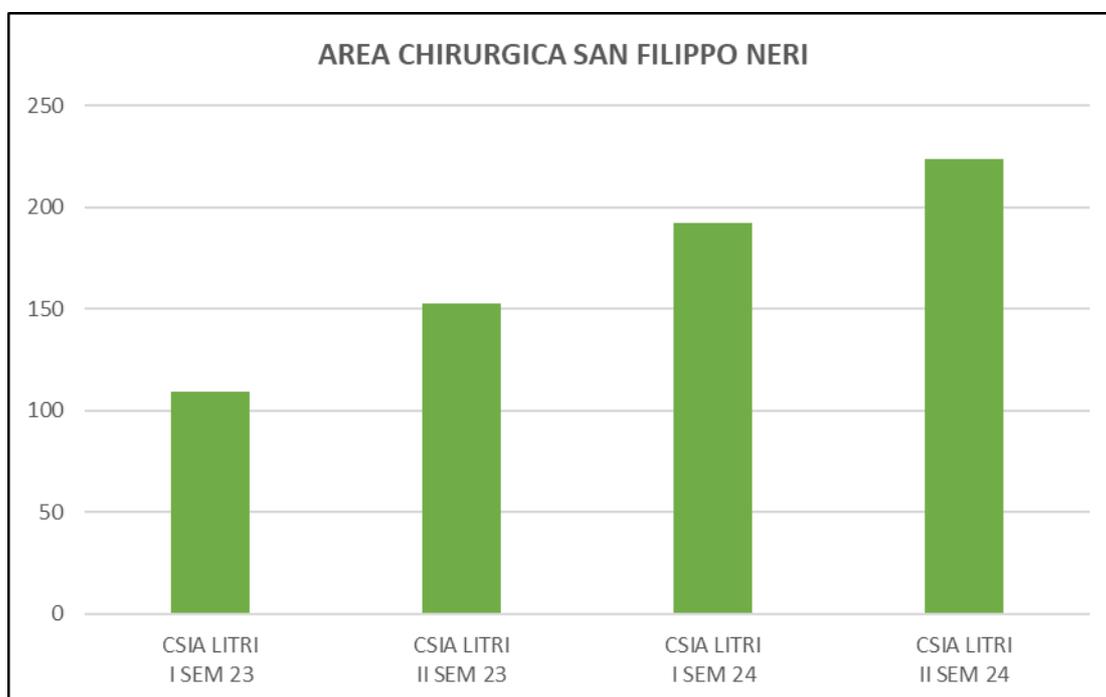
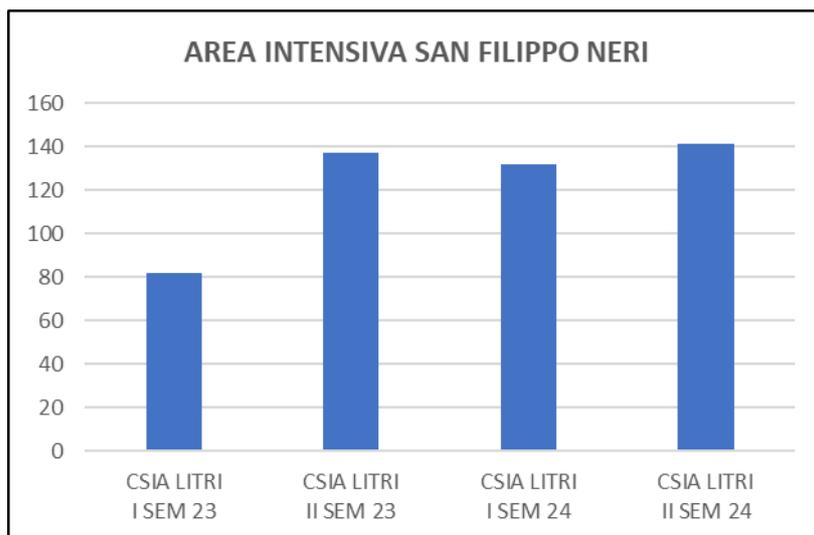
#### Attività di monitoraggio sul consumo di soluzione alcolica

##### CONSUMO SOLUZIONI IDROALCOLICHE 2024 OSPEDALI ASL RM I

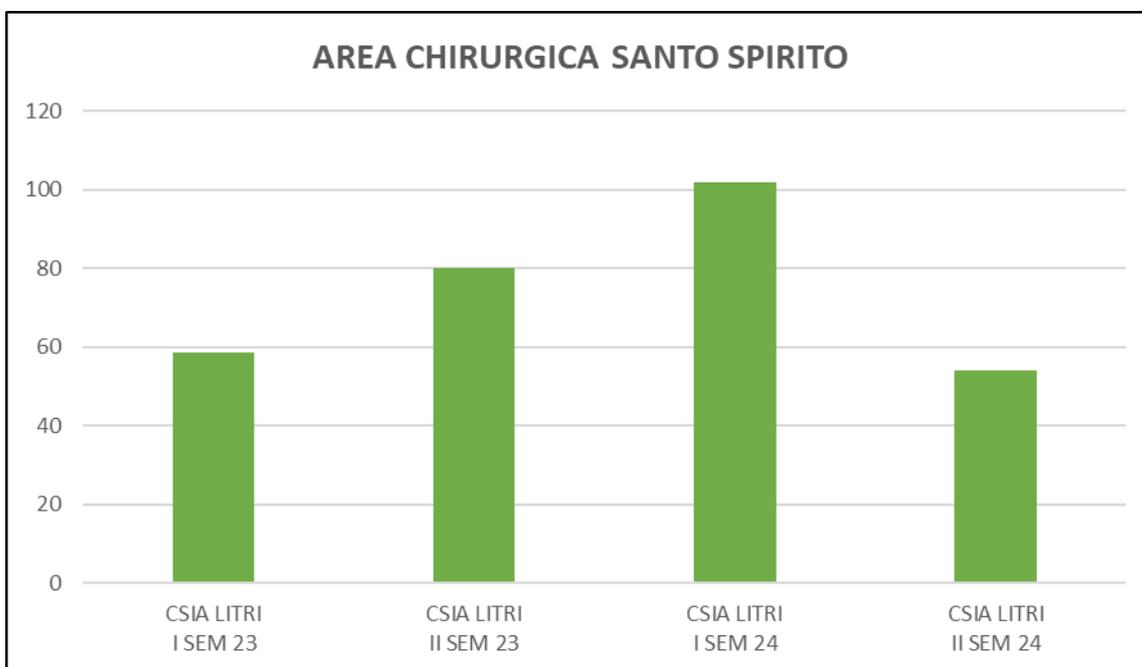
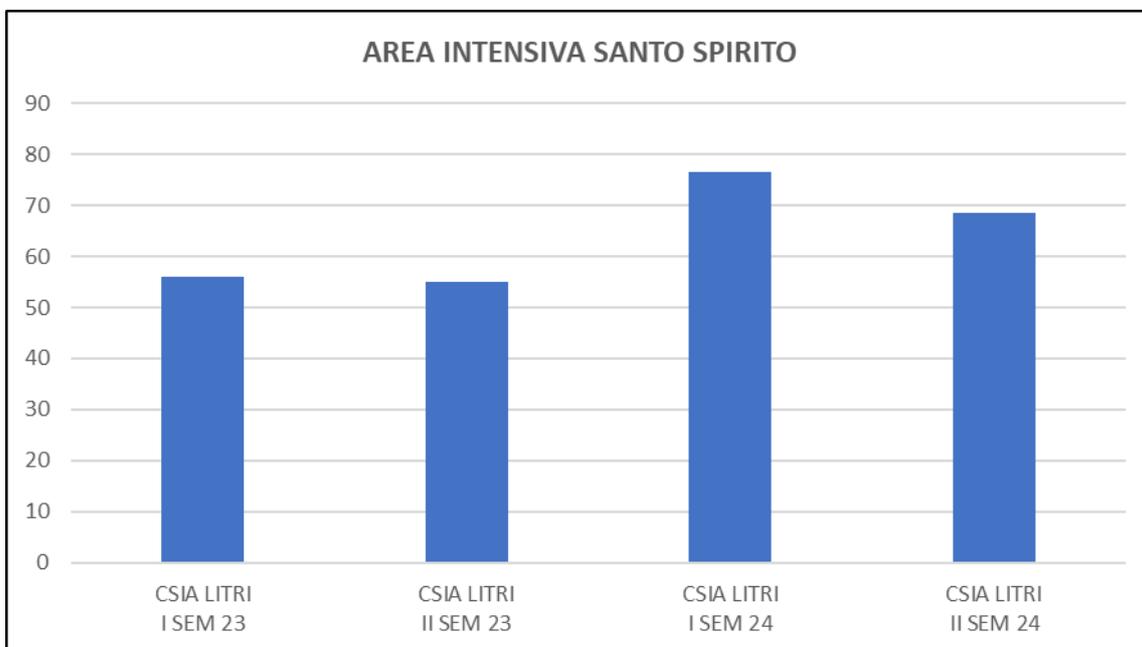
Si descrive l'andamento delle richieste in litri per ogni area di degenza degli ospedali san Filippo Neri, santo Spirito e Oftalmico, nelle more dell'invio dei giorni di degenza ospedaliera non ancora pervenuti, che permetterà di osservare i dati in relazione all'indicatore OMS (20 LT/1000 gg deg). Premesso che è stato raggiunto l'obiettivo prefissato l'anno precedente e cioè la fornitura di idonea crema emolliente per le mani che viene regolarmente dispensata a tutti i richiedenti, e dei supporti da letto per i flaconi di gel, distribuiti a tutti i reparti, si descrive di seguito la tendenza dei consumi di soluzione idroalcolica nei presidi ospedalieri della ASL.

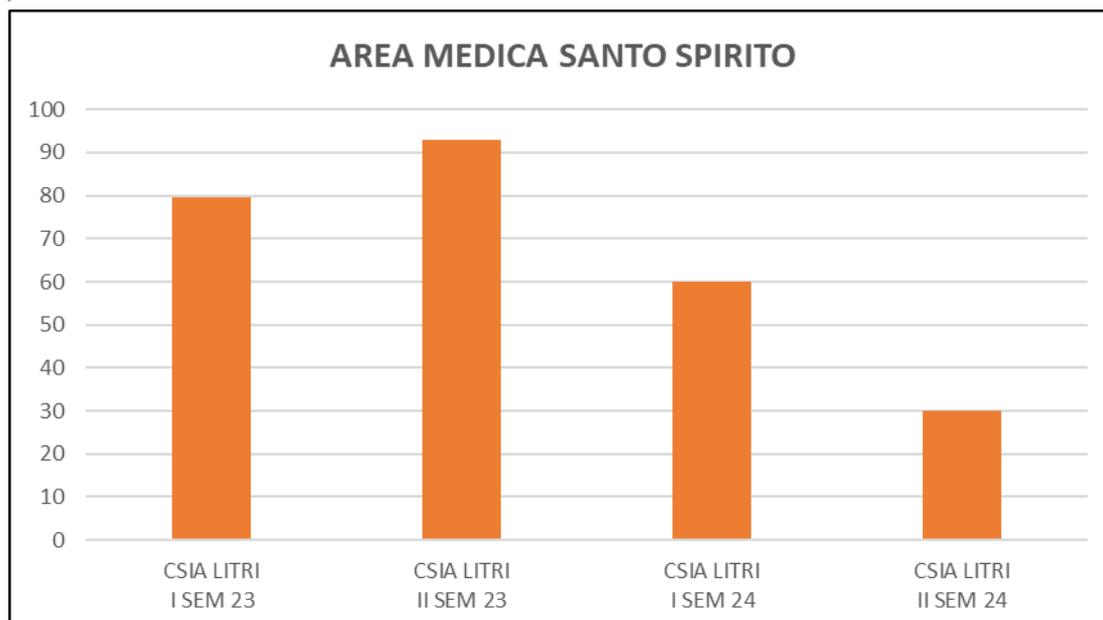
Per quanto riguarda il San Filippo Neri il consumo totale (anche per la non degenza) fra il primo e il secondo semestre 2024 è raddoppiato. Per le aree di degenza si osserva la tendenza a un miglioramento dell'adesione all'igiene delle mani in particolare in Area Medica, dove fra il primo e il secondo semestre 2024 l'aumento delle richieste è stato del 54%, ma anche in Area Chirurgica, +16%. L'Area Intensiva aumentando ulteriormente la richiesta, +7%, sembra confermare la tendenza ad essere quella a maggior utilizzo di soluzioni idroalcoliche che vedremo in rapporto alle giornate di degenza.

<b>OSPEDALE SAN FILIPPO NERI</b>	<b>CSIA LITRI I SEM 23</b>	<b>CSIA LITRI II SEM 23</b>	<b>CSIA LITRI I SEM 24</b>	<b>CSIA LITRI II SEM 24</b>
<b>AREA INTENSIVA</b>	<b>82</b>	<b>137</b>	<b>132</b>	<b>141,5</b>
<b>AREA MEDICA</b>	<b>218</b>	<b>270,5</b>	<b>197</b>	<b>304</b>
<b>AREA CHIRURGICA</b>	<b>109,5</b>	<b>153</b>	<b>192,5</b>	<b>223,5</b>



Per quanto riguarda il **Santo Spirito**, mentre il consumo in Area Intensiva diminuisce di poco mantenendo un andamento simile ai semestri precedenti, si osserva una contrazione dell'utilizzo in Area Chirurgica che nel secondo semestre 2024 è minore sia del primo semestre 2024 che del secondo del 2023 (ovviamente anche qui bisognerà vedere se il rapporto con le degenze confermerà la tendenza). In Area Medica si ricorda che il reparto di Medicina è stato trasferito alla Columbus e che il consumo del II semestre '24 è associato solo alla Cardiologia, e andrà rapportato quindi ad un numero di giorni di degenza minore.





Nell' **Ospedale Oftalmico** il consumo di soluzione idroalcolica si mantiene in aumento anche fra il primo e il secondo semestre 2024.

OSPEDALE OFTALMICO	CSIA LITRI I SEM 23	CSIA LITRI II SEM 23	CSIA LITRI I SEM 24	CSIA LITRI II SEM 24
<b>AREA CHIRURGICA</b>	<b>37,5</b>	<b>32</b>	<b>78</b>	<b>78,5</b>

### Attività di invio report microbiologici

I report microbiologici vengono elaborati semestralmente dalla UOC Microbiologia con invii alle DS di Presidio e alle UUOO per valutazioni ed eventuali azioni da intraprendere se necessario.

### Attività di audit monitoraggio disponibilità prodotti igiene mani

L'attività di monitoraggio per mappare e valutare la presenza e disponibilità dei prodotti quali soluzioni a base alcolica, sapone, salviettine monouso, ecc. viene effettuata sia nell'ambito delle riunioni CC-ICA, che attraverso ispezioni/osservazioni dirette nelle UUOO/servizi e consultazione con la Farmacia Ospedaliera.

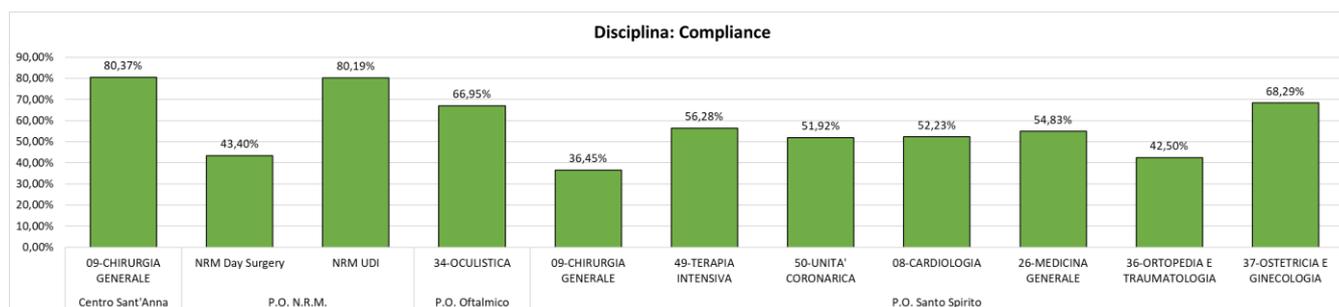
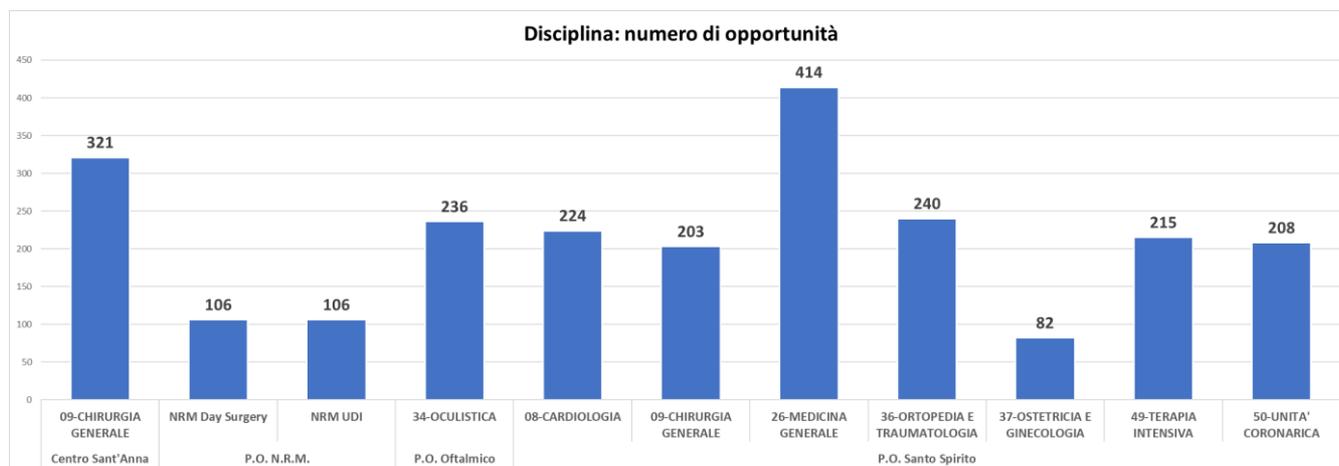
### Attività di osservazione diretta nelle UUOO/Servizi presso i Presidi Ospedalieri S. Spirito e Nuovo Regina Margherita, S. Filippo Neri, Oftalmico, Centro s. Anna: di seguito i risultati

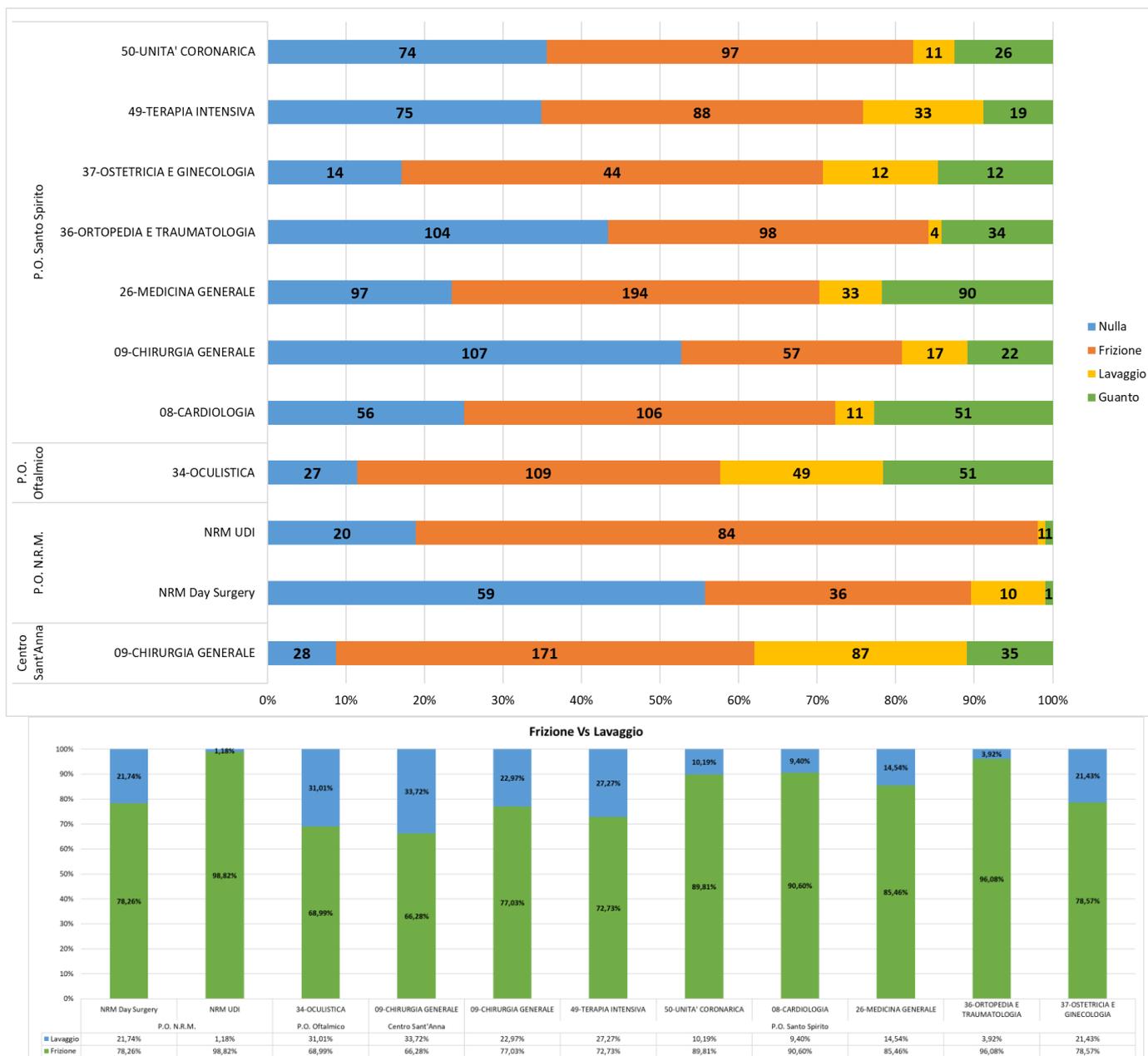
Le sessioni di osservazione si sono svolte da parte del Gruppo aziendale di osservatori.

Presso il **P.O. Santo Spirito e Nuovo Regina Margherita, P.O. Oftalmico e Centro S. Anna** sono state osservate 677 figure professionali di diversa categoria su un totale di 2355 opportunità in 283 sessioni per una durata totale di 64 ore e 18 minuti. La compliance sul totale delle opportunità è pari al 57,4%.

La tabella che segue riporta nel dettaglio quanto osservato per ogni singola Unità Operativa.

Polo Ospedaliero	Unità Operativa	Tot. Figure Prof. Osservate	Totale Sessioni	Totale Opportunità	Totale ore Osservazioni hh:mm	Compliance sul totale opportunità
Nuovo Regina Margherita	DEGENZA DH NRM	35	19	106	1:41:00	43,4%
Nuovo Regina Margherita	DEGENZA UDI NRM	25	14	106	2:07:00	80,2%
Oftalmico	DEGENZA OFTALMICO	36	12	236	6:00:00	66,9%
Sant'Anna	DEGENZA DIURNA SANT'ANNA	46	17	321	7:50:00	80,4%
Santo Spirito	CARDIOLOGIA SS	72	24	224	7:32:00	52,2%
Santo Spirito	CENTRO RIANIMAZIONE E TIPO SS	67	29	215	7:24:00	56,3%
Santo Spirito	CHIRURGIA SS	61	25	203	4:39:00	36,5%
Santo Spirito	MEDICINA SS NORD	70	33	173	6:43:00	55,5%
Santo Spirito	MEDICINA SS OVEST	83	38	241	6:38:00	54,4%
Santo Spirito	ORTOPEDIA SS	72	32	240	5:49:00	42,5%
Santo Spirito	OSTETRICIA E GINECOLOGIA SS	41	16	82	1:49:00	68,3%
Santo Spirito	UTIC SS	69	24	208	6:06:00	51,9%
<b>Totale</b>		<b>677</b>	<b>283</b>	<b>2355</b>	<b>64:18:00</b>	<b>57,4%</b>



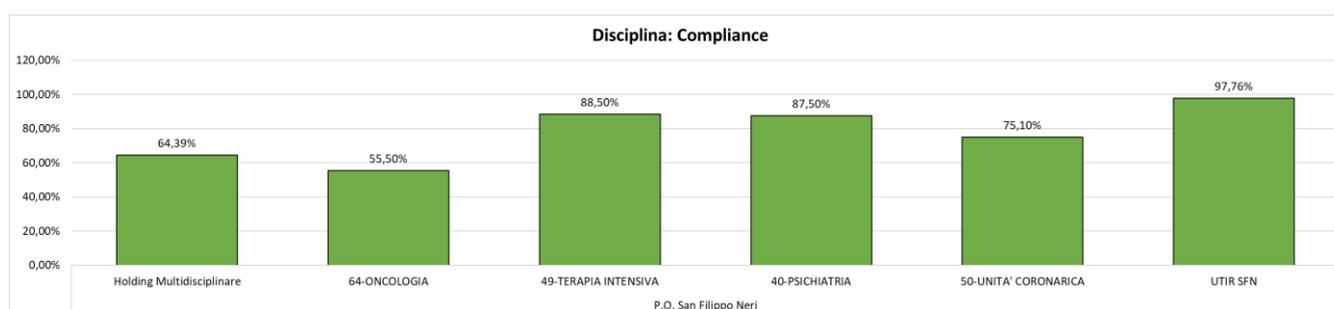
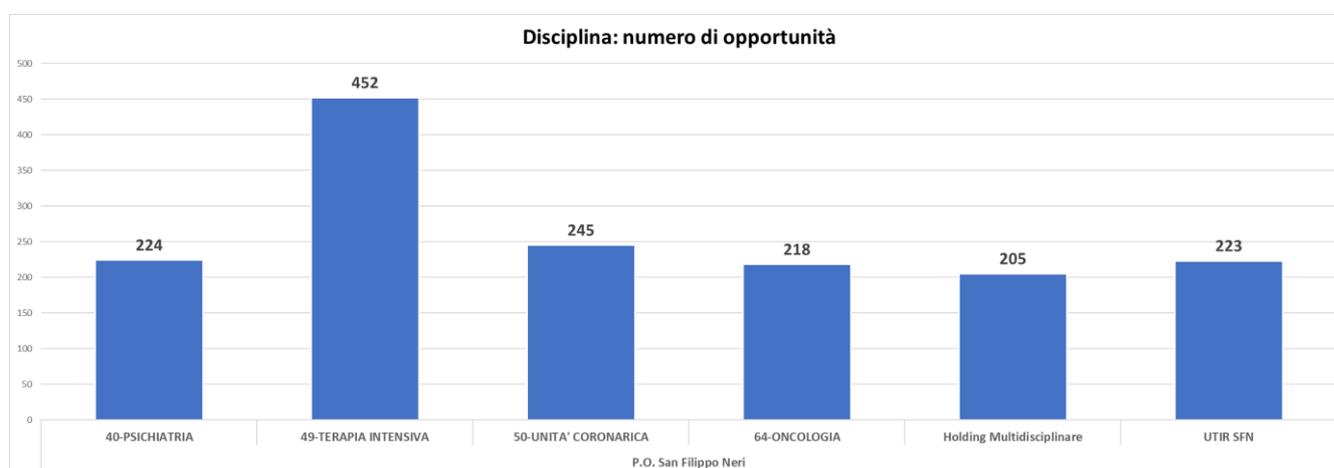


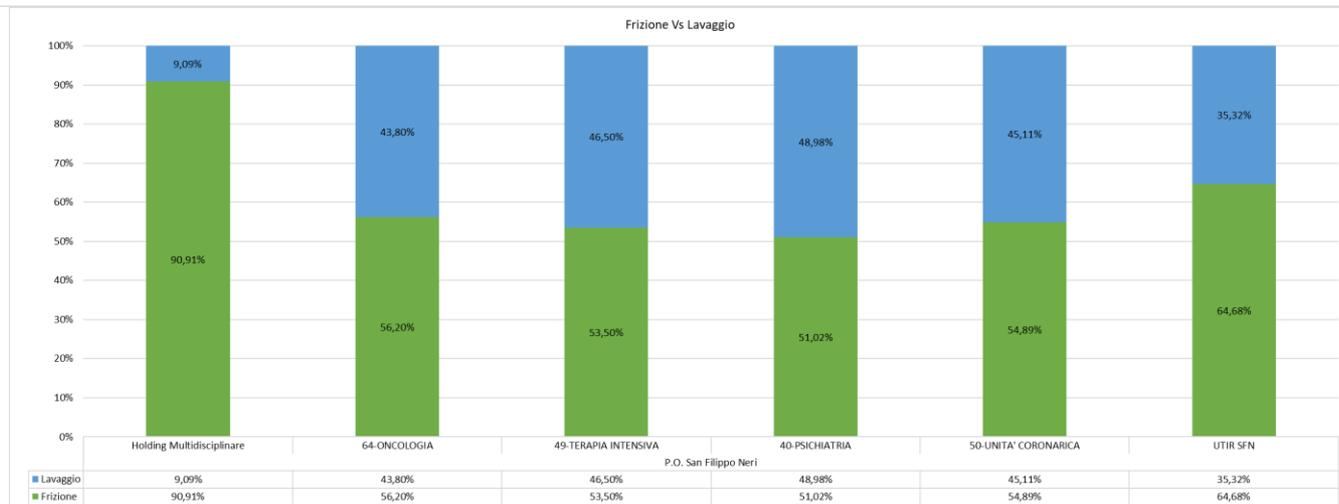
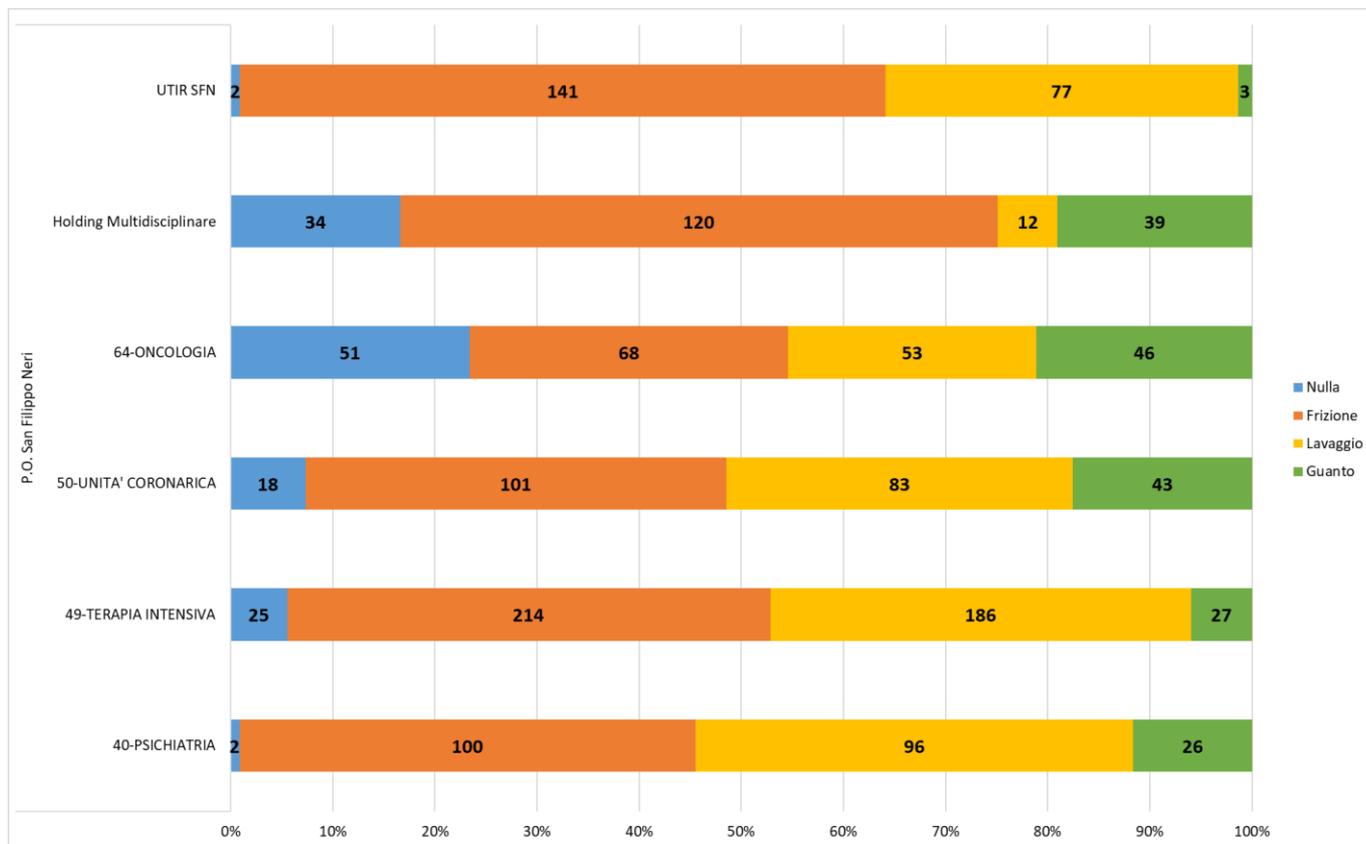
Il grafico seguente indica le azioni eseguite: frizione, lavaggio con acqua e sapone, nulla e guanto eseguite sul numero totale di opportunità suddivise per disciplina.

Presso il **P.O. San Filippo Neri** sono state osservate 247 figure professionali di diversa categoria su un totale di 1567 opportunità in 247 sessioni per una durata totale di 31 ore e 19 minuti. La compliance sul totale delle opportunità è pari al 79,5%.

La tabella che segue riporta nel dettaglio quanto osservato per ogni singola unità operativa.

Polo Ospedaliero	Unità Operativa	Tot. Figure Prof. Osservate	Totale Sessioni	Totale Opportunità	Totale ore Osservazioni hh:mm	Compliance sul totale opportunità
San Filippo Neri	HOLDING MULTIDISCIPLINARE SFN	54	15	205	7:15:00	64,4%
San Filippo Neri	ONCOEMATOLOGIA SFN	28	7	218	3:40:00	55,5%
San Filippo Neri	RIANIMAZIONE SFN	34	9	219	4:35:00	76,3%
San Filippo Neri	SPDC SFN	28	7	224	2:55:00	87,5%
San Filippo Neri	TIPO SFN	31	8	233	2:04:00	100,0%
San Filippo Neri	UTIC SFN	41	13	245	4:50:00	75,1%
San Filippo Neri	UTIR SFN	31	11	223	6:00:00	97,8%
<b>Totale</b>		<b>247</b>	<b>70</b>	<b>1567</b>	<b>31:19:00</b>	<b>79,5%</b>





Il grafico seguente indica le azioni eseguite: frizione, lavaggio con acqua e sapone, nulla e guanto eseguite sul numero totale di opportunità suddivise per disciplina.

#### 4. COMUNICAZIONE PERMANENTE

Il punteggio ottenuto è 100 (livello avanzato)

- I Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani, come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica e la tecnica corretta di lavaggio delle mani, sono esposti in tutti i reparti/servizi.
- Regolare aggiornamento dei materiali (poster, opuscoli, promemoria, etc.) e loro sostituzione se obsoleti e danneggiati.
- Sono state distribuite le brochure sull'igiene mani e in collaborazione con la UOC STIC sono stati trasmessi su tutti i monitor di chiamata dei CUP e dei Poliambulatori le informative su come effettuare l'igiene delle mani e sui 5 momenti dell'assistenza al paziente.

#### 5. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT:

Il punteggio ottenuto è 60 (livello intermedio)

- Presenza di un gruppo aziendale di Coordinamento e un gruppo aziendale multidisciplinare di formatori/osservatori definito per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani.
- Registrati e divulgati dei corsi FAD per tutto il personale sanitario della Asl Roma I inerenti al tema delle ICA. I corsi sono disponibili nell'area intranet sezione applicativi aziendali.
- I componenti del gruppo GO-CICA hanno partecipato in presenza alla 1<sup>a</sup> edizione del modulo D specialistico, indirizzato ai componenti dei comitati ICA, presso il Centro Congressi dell'INMI "Lazzaro Spallanzani" IRCCS, come previsto nel MODULO D SPECIALISTICO PNRR M6 C2 Sub investimento 2.2 (b).
- Presenza di un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio.
- I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani attraverso l'informativa fornita dagli operatori.
- Distribuiti poster, opuscoli, promemoria in tutti i PPOO e Distretti e inserito materiale informativo nel sito istituzionale (in occasione della Giornata per la sicurezza delle cure)
- I dipendenti neoassunti vengono regolarmente formati sulla tematica.

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI PREVISTO PER L'ANNO 2025.

### I. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

**AZIONE:** mappatura delle risorse disponibili per garantire l'igiene delle mani in tutti i punti di assistenza (prodotti a base alcolica, sapone, dispenser a muro/carrelli/guide del letto, lavandini, ecc.)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio per verifica efficace e regolare fornitura prodotti a base alcolica, sapone, dispenser a muro/carrelli/guide del letto</li> <li>• Valutazione della tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso e messa a disposizione degli operatori creme emollienti</li> </ul>	<p><b>R=</b> CC-ICA; DSPO/Igiene Ospedaliera; Dip. Professioni Sanitarie; UOC SQRM; Area Tecnica; Area Farmacia Ospedaliera <b>T=</b> Entro 30 dicembre 2025 <b>M=</b> annuale</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio sul consumo di soluzione alcolica</li> </ul>	<p><b>R=</b> Area Farmacia Ospedaliera; DSPO/Igiene Ospedaliera <b>T=</b> Entro 30 giugno e 30 dicembre 2025 <b>M=</b> semestrale</p>
<p><b>AZIONE: Manutenzione dei lavandini</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoraggio per verificare stato di manutenzione dei lavandini e dispenser</li> </ul>	<p><b>R=</b> UOC MASI e UOC Logistica <b>T=</b> Entro 30 dicembre 2025 <b>M=</b> Annuale e secondo necessità</p>

## 2. FORMAZIONE DEL PERSONALE

### AZIONE: Formazione obbligatoria per tutto il personale sull'igiene delle mani e ICA

- Programmazione e realizzazione corsi aziendali sulle procedure ICA.
- Attivazione di un sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione da parte di tutti gli operatori sanitari.
- Prevedere un rimando specifico all'igiene delle mani in tutti i protocolli, procedure, istruzioni operative, ove applicabile.

**R=** UOC Formazione; UOC SQRM; Dip. Professioni Sanitarie; DSPO; Gruppi di coordinamento procedure aziendali; CC-ICA  
**T=** Entro 30 dicembre 2025  
**M=** annuale

### AZIONE: Gruppo aziendale degli Osservatori

- Retrainig degli Osservatori.
- Informatizzazione della scheda osservazione e addestramento all'uso della scheda di monitoraggio nella piattaforma tecnologica di prevenzione, controllo e trattamento delle infezioni.

**R=** Gruppo Aziendale Formatori; Dip. Professioni Sanitarie - UOC STI- CC-ICA  
**T=** Entro 30 dicembre 2025  
**M=** annuale

### AZIONE: Attività di osservazione diretta nelle UUOO/Servizi presso i Presidi Ospedalieri

- Calendarizzazione delle attività di osservazione diretta nelle UUOO/Servizi presso i Presidi Ospedalieri/Servizi ambulatoriali.
- Svolgimento delle osservazioni presso le UUOO/Servizi dei Presidi Ospedalieri e i Poliambulatori territoriali.

**R=** CC-ICA; DSPO; Dip. Professioni Sanitarie; Gruppo Coordinamento Aziendale "Piano di intervento Regionale igiene delle mani"  
**T=** Entro 30 dicembre 2025  
**M=** semestrale

### AZIONE: Aggiornamento del materiale per la formazione e la sostituzione di quello obsoleto

- Predisposizione/aggiornamento del materiale utilizzato per la formazione da parte del Gruppo Aziendale Formatori.

**R=** CC-ICA; DSPO; Dip. Professioni Sanitarie; UOC Comunicazione; UOC SQRM  
**T=** Entro 30 dicembre 2025  
**M=** annuale e secondo necessità

### 3. MONITORAGGIO E FEEDBACK

#### AZIONE: Presentazioni dei risultati delle osservazioni sul campo

- Consegna dei report dei dati relativi alle osservazioni effettuate ai Resp. di funzione di Coordinamento e ai Direttori UUOO con feedback di ritorno al CC-ICA circa le misure di miglioramento da implementare

**R=** CC-ICA; DSPO; Dip. Professioni Sanitarie; UUOO  
**T=** Entro 30 dicembre 2025  
**M=** semestrale

#### AZIONE: Valutazione delle informazioni sui tassi ICA

- Realizzazione di report semestrali da parte della UOC Microbiologia da condividere con le DSPO e le UUOO.
- Individuazione delle azioni di miglioramento laddove necessario.

**R=** UOC Microbiologia; DDSSPP; UUOO  
**T=** Entro 30 dicembre 2025  
**M=** annuale

#### AZIONE: Indagine sul consumo di soluzione alcolica/sapone

- Elaborazione e trasmissione reportistica al CC ICA a cura dell'area del farmaco.
- Invio della reportistica elaborata ai Direttori e F.O. di Coordinamento delle UOC/UOSD Aziendali al fine di garantire un feedback sistematico a tutti professionisti sanitari a cura del CC-ICA.

**R=** Area del farmaco; CC-ICA  
**T=** Entro 30 dicembre 2025  
**M=** semestrale

### 4. COMUNICAZIONE PERMANENTE

#### AZIONE: Piano di aggiornamento regolare dei materiali (poster, opuscoli, promemoria, etc.) e loro sostituzione se obsoleti e danneggiati.

- Aggiornamento regolare dei materiali (poster, opuscoli, promemoria, etc.) e loro sostituzione se obsoleti e danneggiati.
- Predisposizione e collocazione di promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura: Screensaver.

**R=** UOC Comunicazione; DSPO; Dip. Professioni Sanitarie; UOC SQRM  
**T=** Entro il 30 dicembre 2025  
**M=** semestrale

## 5. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

**AZIONE:** Verifica dell'attuazione e monitoraggio stato avanzamento attività pianificate nel Piano di Azione Locale

- Incontri dedicati del Gruppo Go-CICA, con produzione di relazioni di quanto discusso nelle riunioni.
- Organizzazione di sessioni interattive/formative per gli operatori sanitari per restituire l'interpretazione dei risultati del monitoraggio della compliance all'igiene delle mani.
- Predisposizione e invio di informativa ai dirigenti apicali sulle iniziative circa l'igiene delle mani attraverso il sito intranet aziendale.
- Inserimento dell'obbligo della formazione sull'igiene delle mani da parte di tutti gli operatori negli obiettivi annuali dei dirigenti apicali.
- Assicurare un budget regolare e adeguato per le attività di promozione e sostegno dell'igiene delle mani e per le attività di miglioramento.
- Realizzazione di materiali educativi al fine di coinvolgere i pazienti, i parenti e i visitatori sull'igiene delle mani per facilitare le interazioni tra pazienti e operatori sanitari su questo tema.

**R=** DSPO; CC-ICA; Dip. Professioni Sanitarie: UOC Comunicazione

**T=** Entro 30 dicembre 2025

**M=** semestralmente il Gruppo GO-CICA effettua il monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività programmate

## ALLEGATO 2 - Programma di controllo della legionellosi

### Indice

Attività di trattamento dell'acqua e campionamento in <i>outsourcing</i> .....	44
Procedura aziendale per il controllo e il monitoraggio della Legionella comprendente la valutazione del rischio.....	46
Dati relativi all'attività svolta nell'anno 2024 .....	48
Attività pianificata per l'anno 2025 .....	49

In ottemperanza alle Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza e controllo della legionellosi (DRG n. 460 del 28.06.2024), con la **Deliberazione del Direttore Generale n. 137 del 21.02.2025**, che si allega, è stato formalizzato il Gruppo di Lavoro Multidisciplinare con il compito di definire, in continuità con quanto già attuato e sotto esposto, con cadenza annuale il presente programma di controllo della legionellosi.

### **Attività di trattamento dell'acqua e campionamento in outsourcing**

In riferimento al programma di monitoraggio e controllo della legionellosi, l'Azienda ASL Roma I 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 *outsourcing* a due Ditte esterne all'Azienda, ha riguardato tutti i presidi ospedalieri dell'ASL Roma I Presidio Ospedaliero S. Spirito in Sassia, Ospedale S. Filippo Neri, Ospedale Oftalmico, Presidio Ospedaliero Nuovo Regina Margherita, Casa di Cura S. Anna e Presidio Cassia S. Andrea) e ha compreso 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 I
  - eventuale tipizzazione

Per poter procedere alla realizzazione del suddetto progetto la ASL Roma I, successivamente alla stesura del capitolato tecnico, con **Deliberazione n. 1036 del 25.11.2020** ha indetto una **procedura di gara per l'acquisizione del servizio di "Monitoraggio e controllo della Legionella, suddiviso in due lotti nei presidi ospedalieri e relative pertinenze ASL Roma I"**. L'affidamento del servizio è stato strutturato, quindi, nelle due linee di attività sopra descritte, secondo le attività previste nel capitolato tecnico di gara, redatto seguendo le linee guida nazionali [Conferenza Stato-Regioni del 7 maggio 2015, Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi].

Il suddetto servizio è stato affidato, come da **Deliberazione aziendale n. 1445 del 30/01/2021**, alla Ditta Sterimed e alla Ditta Lifeanalytics in riferimento all'attività 1 e 2, rispettivamente. La durata dell'appalto è stata di 3 anni, a decorrere dalla data di effettivo inizio del servizio (**marzo 2022**). Come previsto, l'affidamento è stato rinnovato per ulteriore 24 mesi fino a dicembre 2027.

Come DEC dell'appalto è stato nominato il Direttore dell'Area Ospedaliera, il quale su avvale del seguente funzionigramma (**Figura I**) per la gestione delle ditte a cui è stato appaltato il servizio di monitoraggio e controllo della Legionella.

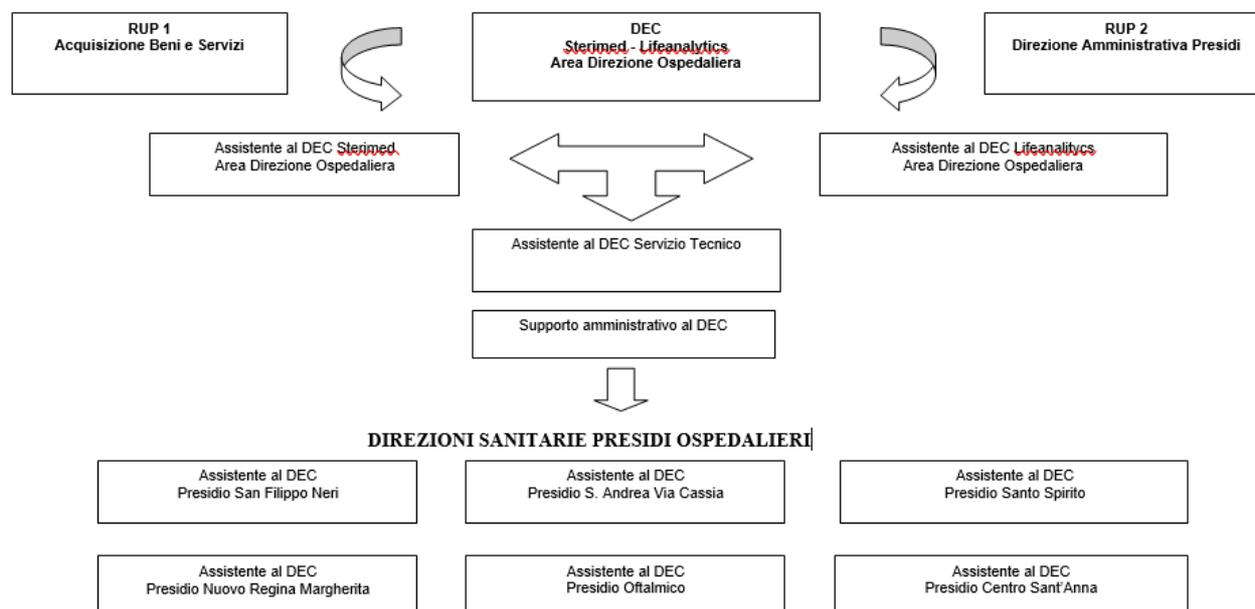
**Figura I.** Funzionigramma per la gestione dell'appalto per il controllo e il monitoraggio della legionellosi.



REGIONIALE



**AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA**  
**FUNZIONIGRAMMA GESTIONE SERVIZIO DI MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLA LEGIONELLA**



L'attività 1 consente un'elevata garanzia di eradicazione della presenza di Legionella e del mantenimento nel tempo di condizioni ottimali per evitare nuove contaminazioni. Dall'avvio dell'appalto sono state attivate tutte le azioni propedeutiche che hanno consentito alla Ditta che gestisce l'attività di elaborare le valutazioni tecnico-progettuali di tutti i Presidi Ospedalieri per l'installazione degli impianti a biossido di cloro per il trattamento in continuo dell'acqua. Le valutazioni tecnico-progettuali sono state redatte al fine di inquadrare correttamente la struttura, in riferimento all'attività erogata, identificare lo stato di fatto degli impianti di acqua calda e fredda sanitaria e valutare le soluzioni opportune da adottare. A seguito di approvazione da parte del DEC dell'appalto di tali progetti, previo parere tecnico favorevole del servizio tecnico dell'Azienda, tali impianti sono stati successivamente installati e collaudati da luglio 2022.

Come previsto da capitolato tecnico, la Ditta incaricata provvede alla fornitura di materiali e ed attrezzature per il corretto funzionamento dell'impianto nonché alla manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature. Il sistema è dotato di un sistema di allarme per casi di mal funzionamento e/o blocco delle apparecchiature, direttamente collegato con il servizio d'assistenza che garantisce un intervento entro 8 ore lavorative dall'allarme. Tale sistema consente anche di poter effettuare gli interventi di sanificazione tramite shock chimico dell'impianto, compresi bollitori e serbatoi di acqua calda sanitaria installati nei presidi.

Il biossido di cloro viene dosato da ogni punto di produzione di acqua calda e fredda sanitaria, mentre il disinfettante residuo viene monitorato e registrato su rete attraverso prelievi periodici in punti definiti come significativi: i valori di concentrazione del cloro vengono mantenuti usualmente a 0,25 ppm. Sulla base dei campionamenti effettuati la ditta provvede agli opportuni aggiustamenti della quantità di biossido di cloro introdotta ed effettua i relativi dosaggi così da mantenere costante il dosaggio in rete.

La garanzia di eliminazione della Legionella, quale risultato programmato per l'attività, è verificata dai risultati delle analisi microbiologiche per la ricerca della Legionella effettuate sulla matrice acqua nei Presidi Ospedalieri, per cui il risultato atteso è rappresentato da una percentuale di riscontri positivi inferiori al 5% sul numero dei campionamenti totali annui con un valore massimo della carica riscontrata non superiore a 1.000 UFC/l.

In caso di riscontro di positività sono messe in atto da parte della Ditta aggiudicataria e su indicazione della Direzione Sanitaria di Presidio secondo le modalità definite dalla procedura aziendale, tutte le misure necessarie all'individuazione delle cause ed al rapido rientro nei limiti suddetti. In particolare, si procede alla valutazione e all'effettuazione di interventi straordinari, quali attività di manutenzione ordinaria/straordinaria dei serbatoi d'accumulo e dei bollitori (se la positività è stata riscontrata al livello

degli stessi), posizionamento di sistemi filtranti locali per un periodo non superiore a 30 giorni: se una carica >100 UFC/L è stata rilevata nei reparti a maggior rischio per caratteristiche dei ricoverati; negli altri reparti posizionamento solo per valori >1000 UFC/L, intervento straordinario di shock chimico (o altro valido intervento).

In riferimento all'attività di campionamento, la ditta aggiudicataria dell'attività 1 provvede ad effettuare, in aggiunta e temporalmente sfalsati rispetto a quanto previsto per l'attività 2, ulteriori campionamenti ambientali sulla matrice acqua per la ricerca di Legionella nei punti critici e/o significativi.

L'attività 2 dell'appalto, invece, prevede:

- campionamento ambientali sulla matrice acqua,
- analisi per la ricerca e il conteggio della Legionella,
- verifica della presenza di Legionella sierogruppo 1,
- eventuale tipizzazione.

La frequenza e le modalità dei campionamenti rispettano le linee guida nazionali e regionali vigenti [Conferenza Stato-Regioni del 7 maggio 2015. Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi]. La frequenza dei campionamenti è quadrimestrale, con in aggiunta e temporalmente sfalsata l'attività integrativa di campionamento svolta dalla ditta aggiudicataria dell'attività 1.

Infine, in relazione ai ceppi isolati in conseguenza delle attività di analisi e ricerca sopraindicate, è garantita la conservazione integra e stabile per un periodo almeno pari ad anni 10.

Il numero dei campionamenti effettuati quadrimestralmente è pari a 100 punti complessivi, suddivisi in via puramente indicativa, come di seguito riportato:

- Presidio Ospedaliero S. Spirito in Sassia: 20 punti,
- Ospedale S. Filippo Neri: 35 punti,
- Ospedale Oftalmico: 10 punti,
- Presidio Ospedaliero Nuovo Regina Margherita: 15 punti,
- Casa di Cura S. Anna: 10 punti,
- Presidio Cassia S. Andrea: 10 punti.

## **Procedura aziendale per il controllo e il monitoraggio della Legionella comprendente la valutazione del rischio**

Alla luce di quanto sopra esposto, pertanto, e al fine di definire ogni aspetto e azione, anche sanitaria e integrativa rispetto al progetto in *outsourcing* sopra riportato, relativa all'attività di controllo e monitoraggio della legionellosi, a livello aziendale, è stata redatta una procedura aziendale in merito "**PROCEDURA PER IL CONTROLLO E IL MONITORAGGIO DELLA LEGIONELLA NEI PRESID OSPEDALIERI DELLA ASL ROMA 1**" – 0 ADO PRO 27 Rev. 0 del 12.10.2022 (che si invia quale parte integrante della Deliberazione del Direttore Generale n. 137 del 21.02.2025). La procedura è suddivisa in due parti:

- misure di prevenzione e controllo per contrastare la moltiplicazione e diffusione della Legionella negli impianti idrici,
- manutenzione degli impianti aeraulici per la prevenzione della Legionellosi.

L'obiettivo della procedura è stato anche quello di definire, nell'ambito di un sistema di prevenzione e controllo della trasmissione nosocomiale della Legionellosi nelle strutture ospedaliere:

- gli interventi preventivi e di controllo da effettuarsi sull'impianto idrico e sugli impianti di climatizzazione dell'aria;
- i criteri per il campionamento e le modalità di registrazione e trasmissione dei dati relativi ai controlli periodici delle acque dell'impianto idrico ad uso potabile.

All'interno della procedura sono stati individuati gli indicatori e sono state definite le matrici di responsabilità relative a ciascuna delle due parti di cui è composta la procedura, in relazione alle attività così suddivise, come previsto da linee guida:

### **- Impianti idrici**

#### **a) interventi di prevenzione sugli impianti idrici:**

1. Interventi generali di gestione dell'impianto idro-sanitario: attività di competenza dell'Ufficio tecnico dell'Azienda tramite 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 dell'Ufficio Tecnico (tramite appalto Multiservizio Tecnologico) e 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, anche a seguito;
  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 dell'Ufficio Tecnico;
  5. Flussaggio acqua calda e fredda: attività, realizzata da Coordinatore infermieristico/ufficio tecnico/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 la UOC SQRM, sono state compilati gli Allegati 12 delle linee guida.
- c) Campionamenti impianto idrico:
1. Definizione della periodicità dei campionamenti: sulla base del capitolato tecnico sopra descritto;
  2. Individuazione dei punti prelievo: la Direzione Sanitaria, in accordo con l'Ufficio Tecnico, 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 l'Ufficio tecnico;
  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 in merito e alla Direzione Sanitaria di Presidio;
  6. Archiviazione dei dati di refertazione: è svolta dalla Direzione Sanitaria di Presidio;
  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) Adozione dei provvedimenti necessari in caso di referti positivi o in presenza di casi:
1. Provvedimenti in caso di referti positivi per Legionella: la Direzione Sanitaria di Presidio 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 all'impianto idrico e all'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 (cabina di regia)** nel primo giorno utile che prevede la partecipazione di Direzione Sanitaria di Presidio, Ufficio Tecnico, Risk Manager e RSPP, Assistenza Infermieristica e DEC appalto delle Ditte per la valutazione collegiale delle più opportune azioni da intraprendere.
  2. Provvedimenti in caso di referti positivi per presenza di sottoprodotti dei sistemi di disinfezione: la Ditta in appalto per l'attività comunica eventuali criticità e azioni da intraprendere che saranno recepite da Ufficio Tecnico e Direzione Sanitaria di Presidio
  3. Provvedimenti in caso di notifica di legionellosi: in caso di notifica di un caso di legionellosi, il servizio di igiene ospedale, in accordo con la Direzione Sanitaria di Presidio, dopo aver notificato il caso all'Igiene Pubblica aziendale nei tempi e nelle modalità previste dal sistema PREMAL, provvede ad effettuare un'indagine epidemiologica per valutare la possibile fonte d'infezione. In caso di probabile origine nosocomiale, la Direzione Sanitaria di Presidio convocherà la cabina di regia, valuterà ulteriori azioni correttive con le Ditte in appalto, compresa la possibilità di eseguire ulteriori campionamenti e richiederà la verifica del sistema a biossido di cloro.
- **Impianti aeraulici**  
L'attività di manutenzione degli impianti aeraulici è garantita dal contratto Multiservizio Tecnologico, così come previsto da Linee Guida.

In relazione a tutta la sopra descritta attività è stato anche presentato un abstract, dal titolo "ATTUAZIONE DI UN PIANO OPERATIVO PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI IN OSPEDALE: L'ESPERIENZA DELLA ASL ROMA 1" al 56° Congresso Nazionale SItI - Roma, 2-5 maggio 2023 che è stato accettato come comunicazione nella sessione "DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE 6 ICA E AMR".

## Dati relativi all'attività svolta nell'anno 2024

In riferimento all'attività svolta nell'anno 2024, così come per l'anno 2023, i livelli di biossido sono stati controllati dalla Ditta in appalto con scadenza mensile senza evidenza di criticità.

Per l'attività di campionamento negli anni 2022 e 2023 i prelievi ambientali sull'acqua sono stati eseguiti come da appalto aziendale. Anche durante l'anno 2024 è stato regolarmente rispettato l'appalto e si riportano di sotto nella **Tabella 1** i risultati.

**Tabella 1.** Numero dei campionamenti effettuati nell'anno 2024 sull'impianto idrico suddivisi per Presidio interessati con numero di campionamenti risultati positivi ( $\geq 100\text{UFC/L}$ ).

Campionamenti Presidio	Numero dei campionamenti effettuati suddivisi per Presidio (Numero dei campionamenti risultati positivi per Presidio ( $\geq 100\text{UFC/L}$ ))					
	Febbraio 2024	Aprile 2024	Giugno 2024	Agosto 2024	Ottobre 2024	Dicembre 2024
<b>Presidio San Filippo Neri</b>	10 (0)	39 (2)	11 (0)	35 (2)	14 (0)	38 (4)
<b>Presidio Santo Spirito</b>	10 (0)	20 (2)	9 (0)	20 (6)	13 (2)	19 (2)
<b>Presidio Nuovo Regina Margherita</b>	6 (0)	15 (0)	7 (2)	15 (1)	8 (1)	13 (1)
<b>Oftalmico</b>	7 (0)	10 (0)	6 (4)	10 (0)	6 (0)	9 (0)
<b>Centro Sant'Anna</b>	6 (0)	10 (0)	6 (0)	10 (0)	6 (0)	9 (0)
<b>Presidio Sant'Andrea Cassia</b>	4 (1)	6 (0)	4 (1)	6 (0)	4 (0)	4 (1)

Sulla base dei risultati dei campionamenti, pertanto, la Direzione Sanitaria ha posto indicazione alle necessarie azioni correttive, come previsto da protocollo aziendale e da linee guida. Inoltre, come previsto da procedura, nel corso dell'anno 2024 sono state convocate 2 incontri del gruppo multidisciplinare (cabina di regia), in data 18.4.2024 e 6.08.2024, riguardanti i Presidi Ospedalieri Santo Spirito e San Filippo Neri, in virtù non solo dei risultati dei campionamenti ma soprattutto per una valutazione collegiale del rischio in considerazione dei numerosi cantieri che hanno riguardato i due ospedali e che sono attualmente ancora in corso. Durante i suddetti incontri:

- sono stati illustrati nel dettaglio i lavori in corso ed il cronoprogramma degli stessi alla Ditta che gestisce l'appalto di biossido di cloro,
- è stato deciso di posizionare, in via cautelativa, i filtri terminali anti-Legionella nei reparti ad altissimo rischio per i pazienti (Rianimazione, UTIC, neonatologia, onco-ematologia) al Presidio Ospedaliero Santo Spirito,
- è stato deciso di effettuare, nelle aree oggetto di cantiere, una volta terminati i lavori e prima del riavvio dell'attività sanitaria, i campionamenti per la ricerca di Legionella sui punti terminali,
- con nota prot. 96245 del 14.06.2024 e con nota prot. 129835 del 9.8.2024, indirizzata a tutti i Coordinatori Infermieristici e tecnici è stata aumentata la frequenza dei flussaggi di acqua calda e fredda (circa 5 minuti tutti i giorni) nei reparti/servizi rispetto allo standard definito da procedura aziendale in condizioni di normalità (2 volte/settimana).

Dall'avvio del piano aziendale per il controllo e il monitoraggio della Legionella non sono stati identificati e notificati casi di legionellosi nosocomiale. Per l'anno 2024 sono stati notificati da tutti i Presidi Ospedalieri a gestione diretta in totale 28 casi di Legionellosi, per i quali è stata effettuata indagine epidemiologica che ne ha escluso l'origine nosocomiale (**Tabella 2**).

**Tabella 2.** Casi di legionellosi notificati nell'anno 2024 da parte dei Presidi Ospedalieri a gestione diretta della ASL Roma I.

<b>Presidio</b>	<b>Numero di notifiche</b>
<b>Presidio San Filippo Neri</b>	
Pronto Soccorso	8
Rianimazione	5
Medicina	4
Pneumologia	4
UTIR	1
TIPO	1
Cardiologia	1
Ostetricia	1
<b>Presidio Santo Spirito</b>	
Pronto Soccorso	5
Rianimazione	6
UTIC	1
<b>Presidio Nuovo Regina Margherita</b>	
Ambulatorio Pneumologia	1

I casi di legionellosi sono stati inquadrati clinicamente e laboratoristicamente. Il laboratorio di microbiologia della ASL Roma I, che provvede, come previsto dalle Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza e controllo della legionellosi (DRG n. 460 del 28.06.2024), ad inviare il campione presso il Laboratorio di Microbiologia dell'INMI per l'esame colturale, ha eseguito un numero di esami colturali o di test multiplex di biologia molecolare pari a 2252 esami nell'anno 2024, considerando tali esami quali proxy di sospetta infezione delle basse vie respiratorie. Inoltre sono stati elaborati dal laboratorio di Microbiologia 1283 esami sierologica per Legionella (IgG e IgM), oltre a 2311 ricerche di antigene di Legionella nelle urine.

Sempre in riferimento all'attività di laboratorio è attivo, dal alcuni anni, l'**applicativo di sorveglianza (Mercurio) associato al sistema informatico del Laboratorio di Microbiologia** che genera una e-mail automatica a seguito di identificazione in laboratorio, anche su referto ancora preliminare, di microrganismo *alert* (che include anche la *Legionella spp*) ai servizi di Igiene Ospedaliera del Presidio Ospedaliero interessato, nonché alla Direzione Sanitaria di Presidio e ai reparti coinvolti (nella figura del Direttore di UOC e della Funzione Organizzativa di Coordinamento).

Inoltre, in riferimento all'ambito formativo, il piano di controllo e monitoraggio della Legionella è stato oggetto di **formazione specifica**:

- nell'anno 2023 in uno degli incontri previsto nel Piano Formativo Aziendale previsto per l'Area di Direzione Ospedaliera (Edizione 40 - Cod. 3-5417);
- nell'anno 2024 all'interno del corso aziendale FAD "La prevenzione delle ICA nelle strutture per acuti: dalla sorveglianza al controllo" (Responsabile scientifico: Dott. M. Meledandri-Direttore del Dipartimento dei Laboratori) è stato inserito un intervento specifico sull'igiene dell'acqua in ospedale, che affrontava nel dettaglio il programma del controllo e monitoraggio della Legionellosi. Il corso è stato reso disponibile a tutti gli operatori della ASL Roma I ed è stato incluso tra quelli che era possibile effettuare in ottemperanza alla Direttiva Ministero per la Pubblica Amministrazione del 28.11.2023 e Nota del Ministero per la Pubblica Amministrazione 000430-P-24/01/2024 - Indicazioni operative in materia di misurazione e valutazione della performance individuale anno 2024.

**attività pianificata per l'anno 2025**

Nel corso dell'anno 2025, il programma per il controllo e monitoraggio della Legionellosi prevedrà le seguenti attività, riportata nella **Tabella 3** e di seguito descritta:

- la continuazione degli appalti aziendali già in essere sia per l'attività 1 e 2, rinnovati fino al 31.12.2027;
- il mantenimento dell'operatività del sistema di sorveglianza attiva da laboratorio già operativa (sistema Mercurio);
- la rivalutazione del rischio per i Presidi Ospedalieri a gestione diretta, tramite la compilazione dell'Allegato 12 delle linee guida;
- applicazione della procedura aziendale in essere "Procedura per il controllo e il monitoraggio della Legionella nei Presidi Ospedalieri della ASL ROMA 1" – 0 ADO PRO 27" e revisione della stessa, essendo trascorsi 2 anni dall'emanazione, che comprende già all'interno anche la modalità operativa nel caso di verifiche un'infezione correlata all'assistenza;
- stante la persistenza nei Presidi Ospedalieri Santo Spirito e San Filippo Neri di cantieri, aumento della frequenza dei flussaggi di acqua calda e acqua fredda;
- in virtù dell'attività formativa già espletata e delle azioni già poste in essere, sensibilizzazione del personale dedicato all'assistenza ad ipotizzare il sospetto di polmonite da Legionella associata a pratiche assistenziali e all' utilizzo di test diagnostici appropriati.

**Tabella 3.** Attività pianificate per il 2025 per il controllo e il monitoraggio della legionellosi.

ATTIVITA'	FUNZIONI AZIENDALI COINVOLTE						
	DMPO	UOC SQRM	UOC MASI	Assist. Inferm.	DEC/RUP Appalto	RSPP	Lab. Micro
Continuazione appalti in essere	C	I	C		R	I	
Mantenimento operatività del sistema di sorveglianza laboratorio	C			C			R
Rivalutazione del rischio	C	I	C			R	
Applicazione procedura aziendale	R*	C	R*	R*	R*	C	
Aumento dei flussaggi di acqua calda e fredda	*	I	I	R*	C	I	
Revisione procedura aziendale	R*	C	R*	C	R*	C	
Sensibilizzazione personale assistenza	R*	R*	R*	C			

DMPO: Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri  
 UOC SQRM: UOC Sicurezza, Qualità e Risk Management  
 UOC MASI: UOC Manutenzione e Sicurezza Immobili e Impianti  
 R: Responsabile  
 R\*: Responsabile per ambito di competenza  
 C: Coinvolto  
 I: Informato

Roma, 24/02/2025

Il Gruppo di Lavoro Multidisciplinare (Cognome, Nome e Firma)

Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Alfredo Basso

Risk Manager Marta

RSP Alfredo

Dirigente del Servizio Tecnico Luca Basso

Assistenza Infermieristica Carlo

Responsabile del laboratorio di microbiologia Marco Basso

DEC del Servizio Alfredo Basso

RUP di Esecuzione del Servizio Alfredo Basso