

TITOLO DOCUMENTO **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025**

TIPO DOCUMENTO ☐ POS – Procedura Operativa Standard ☐ IOP – Istruzione Operativa ☐ LG – Linea Guida
☐ PROT - Protocollo ☐ PDTA – Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale
☐ REG - Regolamento ☒ Altro (specificare) **PIANO ANNUALE**

	FUNZIONE	NOMINATIVO	FIRMA	DATA
ELABORATO	Coordinatore Comitato Infezioni correlate all'Assistenza	V. Rendo		26/02/25
	Resp. UOS Flussi SDO Codifica e Risk Management	V. Venturini		26/02/25
	Resp. Qualità Accreditamento e Processi	L. Farella		26/02/25
APPROVATO	Direttore Sanitario	Gennaro Capalbo		26/02/25

Archiviazione originale

☒ UFFICIO QUALITÀ

Copia Controllata

☒ Intranet aziendale

Lista di distribuzione

☒ Tutto il personale interessato

ELENCO ALLEGATI (cod)	Descrizione
1	PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI
2	PIANO IGIENE DELLE MANI 2025

SOMMARIO

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
1.1. COMPOSIZIONE DEL COMITATO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	4
1.2. COMPOSIZIONE DEL COMITATO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	5
2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	6
3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	10
4. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS.....	12
5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE	12
5.1. resoconto attività' rischio clinico 2024	13
5.2. RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO INFETTIVO 2024.....	15
6. OBIETTIVI ED ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	23
6.1. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	23
6.2. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2025	26
7. appendice riferimenti normativi e bibliografia	30

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Ospedale *Isola Tiberina – Gemelli Isola* è un Ospedale Classificato gestito dalla Società “Gemelli Isola Società Benefit S.p.a.” dal 1° settembre 2022.

Con il DCA 84 del 10/03/2017, l'Ospedale ha ricevuto conferma, condizionata al puntuale adempimento degli obblighi previsti dal Decreto del Commissario ad Acta 585/2015, dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale definitivo.

Con Deliberazione n.665/2022 a seguito della voltura dell'autorizzazione ed accreditamento alla società Gemelli Isola, sono stati contestualmente rimodulati i posti letto nelle aree di degenza.

L'ospedale Isola Tiberina – Gemelli Isola è sede di DEA di I livello ed Unità di Assistenza Perinatale di II livello.

Il piano annuale gestione rischio sanitario PARS viene redatto tenuto conto delle indicazioni regionali contenute nel "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" Determinazione n. G00643 del 25/01/2022 e successive comunicazioni dal Centro Regionale rischio clinico Prot. N. U.0098868 del 01-02-2022.

I giorni 08/03/23, 09/10/23, 10/10/23, 13/10/23, 10/11/23 e 13/11/23 si sono svolte le verifiche interne da parte degli Enti preposti (ASL RM1) per il mantenimento dei requisiti ulteriori di accreditamento (ai sensi del DCA 552/2017 ed in attuazione dell'art.12 del R.R. 3/2007).

Le verifiche si sono concluse con esito positivo.

Tabella 1 – Dati di struttura e di attività

DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari accreditati		Medicina	22
		Neurologia	6
		Oncologia	10
		Medicina d'Urgenza	10
		Cardiologia	19
		Chirurgia generale	32
		Urologia	11
		Ortopedia	13
		Otorinolaringoiatria	13
		Oculistica (solo autorizzato)	1
		Ostetricia e Ginecologia	56
		Neonatologia	13
		Nido	36
Posti letto diurni		DH medico	18
Posti letto diurni		DH chirurgico	4
Terapie intensive	3	Rianimazione	12
		UTIC	4
		Terapia intensiva neonatale	12
Numero Blocchi operatori	2	Numero sale operatorie	6
Altre Sale Chirurgiche		Chirurgia ambulatoriale	4

DATI DI ATTIVITÀ ^(A)			
Ricoveri ordinari e DS	18.900	Ricoveri DH Medico	797
Accessi PS	31.711	Parti	3.043
(di cui ricoverati)	6.486	Nati	3.092
Branche specialistiche	26	Prestazioni ambulatoriali erogate (incluso Diagnostica di Laboratorio)	regime SSN 724.127

(A): Dati forniti dalla Direzione Sanitaria e aggiornati al 31/12/2024.

1.1. COMPOSIZIONE DEL COMITATO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il CGR è composto da:

- Direttore Sanitario: Il Direttore Sanitario è il titolare del Governo Clinico e Presidente del CGR.
- Responsabile U.O.S. Flussi Informativi, Codifica, SDO e Risk Management
- Dirigente Medico - Area critica
- Dirigente Medico - Area medica
- Dirigente Medico - Area chirurgica
- Dirigente Medico - Area materno infantile
- Infermiere area critica
- Infermiere area medica
- Ostetrico/a area materno infantile
- Fisico Sanitario - Area servizi

Sono inoltre membri del CGRC anche i rappresentanti delle seguenti aree non cliniche:

- Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP)
- Responsabile UOS Ufficio Tecnico
- Responsabile Ufficio Accreditamento Qualità e Processi
- Responsabile SITRA
- Direttore Farmacia Interna
- Responsabile Sistemi Informativi
- Responsabile Servizio di Ingegneria Clinica
- Referente Affari Legali.

Il Comitato si riunisce una volta l'anno per la valutazione complessiva delle azioni riferite all'anno in corso.

Si riunisce inoltre in tutte le occasioni di eventi sentinella o eventi che richiedano una particolare attenzione da parte della Struttura Organizzativa Aziendale.

CODICE DOC.	ITGI PARS 2025	Rev. n.	
Inizio validità	1 gennaio 2025	Prossima Rev.	1 anno

I membri del Comitato partecipano agli Audit solo se espressamente convocati mentre prendono parte alle riunioni periodiche eventualmente facendosi rappresentare da persona formalmente delegata.

Il comitato inoltre si avvale della collaborazione di professionisti che, appositamente formati e sensibili agli aspetti di gestione della qualità e della sicurezza, svolgono l'importante ruolo di raccolta delle segnalazioni di eventi avversi all'interno delle proprie unità operative e organizzazione dei momenti di analisi mediante audit clinico.

1.2. COMPOSIZIONE DEL COMITATO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) è stato istituito nel 20/02/2015 con prot. N. 651/DG e successivamente aggiornato nel dicembre 2022.

Attualmente è in fase di revisione il Regolamento CIO a valle del quale verranno formalizzati i componenti del CIO alla data di pubblicazione.

Fanno parte del Comitato un dirigente medico infettivologo in rapporto di consulenza ed un Assistente Sanitario che svolge attività di Infection Control.

Il comitato ICA è composto dalle seguenti figure:

Presidente: Direttore Sanitario

Direttore UOC Laboratorio

Direttore UOC Farmacia

Dirigente Farmacista

Responsabile SITRA

Direttore UOC Chirurgia digestiva e Colon retto

Direttore UOS Medicina

Direttore UOC Dipartimento Anestesia e Rianimazione

Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia

Direttore UOC Neonatologia e TIN

Medico di Direzione Sanitaria

Medico Infettivologo

Assistente Sanitaria

Il Comitato si riunisce ogni 2 mesi e tutte le volte che se ne ravveda l'opportunità.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

2.1 EVENTI

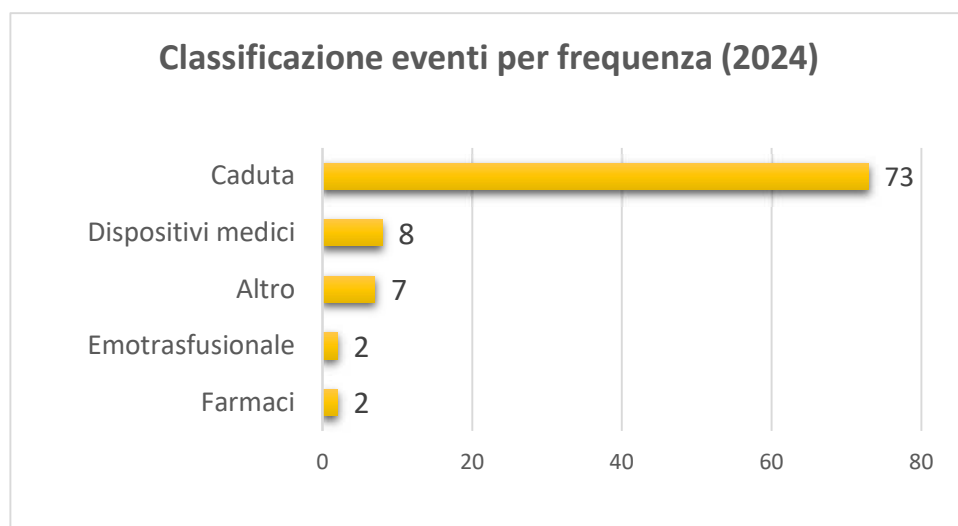
Nel corso dell'anno 2024 sono state raccolte 69 segnalazioni di cui il 72% circa riguarda le cadute.

Nel 2023 è stato acquisito il software TALETE per la gestione delle segnalazioni e del rischio clinico aziendale anche se il tasso di utilizzo dello strumento per la segnalazione degli eventi è ancora migliorabile; nel corso dell'anno 2024 si è offerto al personale sanitario un corso FAD appositamente orientato alla formazione base sul Rischio Clinico con sessioni pratiche basate sull'utilizzo del software.

Le tabelle di seguito esposte descrivono i numeri e la tipologia di eventi registrati nel 2024.

CLASSIFICAZIONE

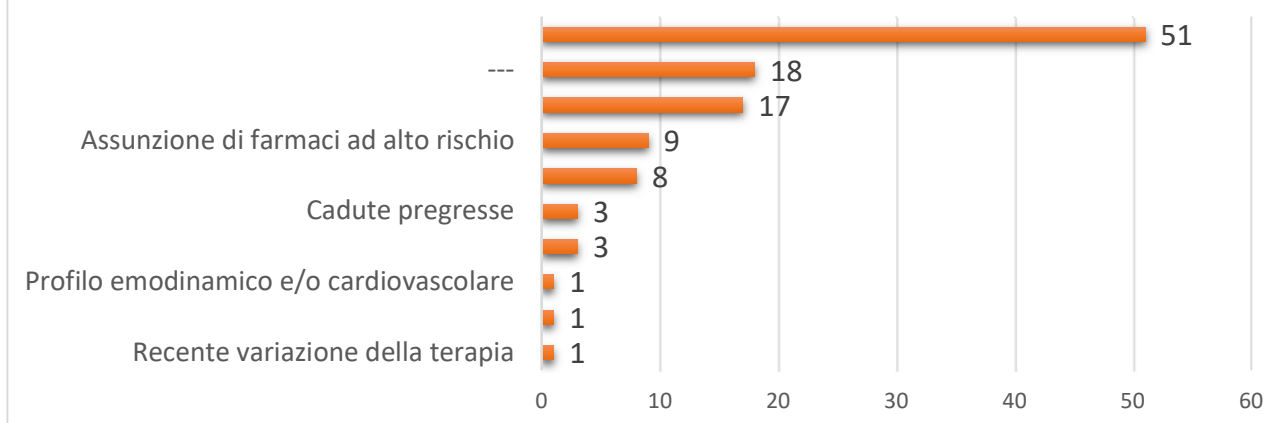
Classificazione	Occorrenze
Farmaci	2
Emotrasfusionale	2
Altro	7
Dispositivi medici	8
Caduta	73



EVENTI FAVORENTI

Fattori favorenti	Occorrenze
Recente variazione della terapia	1
Incontinenza	1
Profilo emodinamico e/o cardiovascolare	1
Deficit visivi	3
Cadute pregresse	3
Calzature non adeguate	8
Assunzione di farmaci ad alto rischio	9
Deficit neurocognitivi	17
---	18
Problemi di equilibrio/mobilità/tono muscolare	51

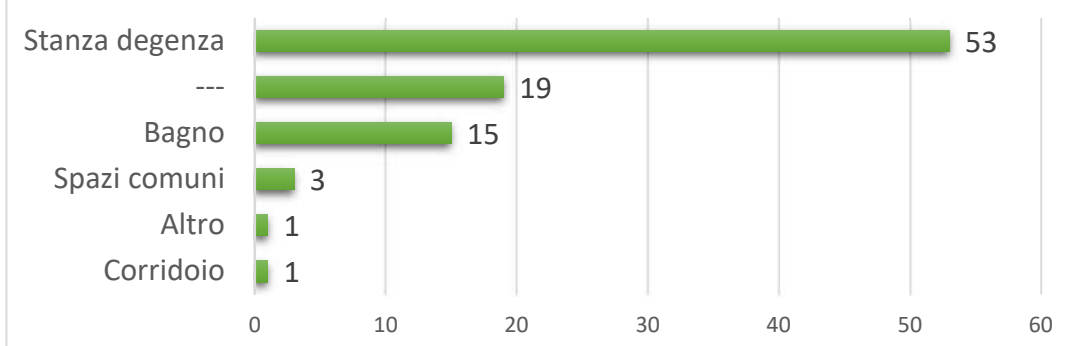
Fattori favorenti l'evento per frequenza (2024)



LUOGO DELL'EVENTO

Luogo	Occorrenze
Corridoio	1
Altro	1
Spazi comuni	3
Bagno	15
---	19
Stanza degenza	53

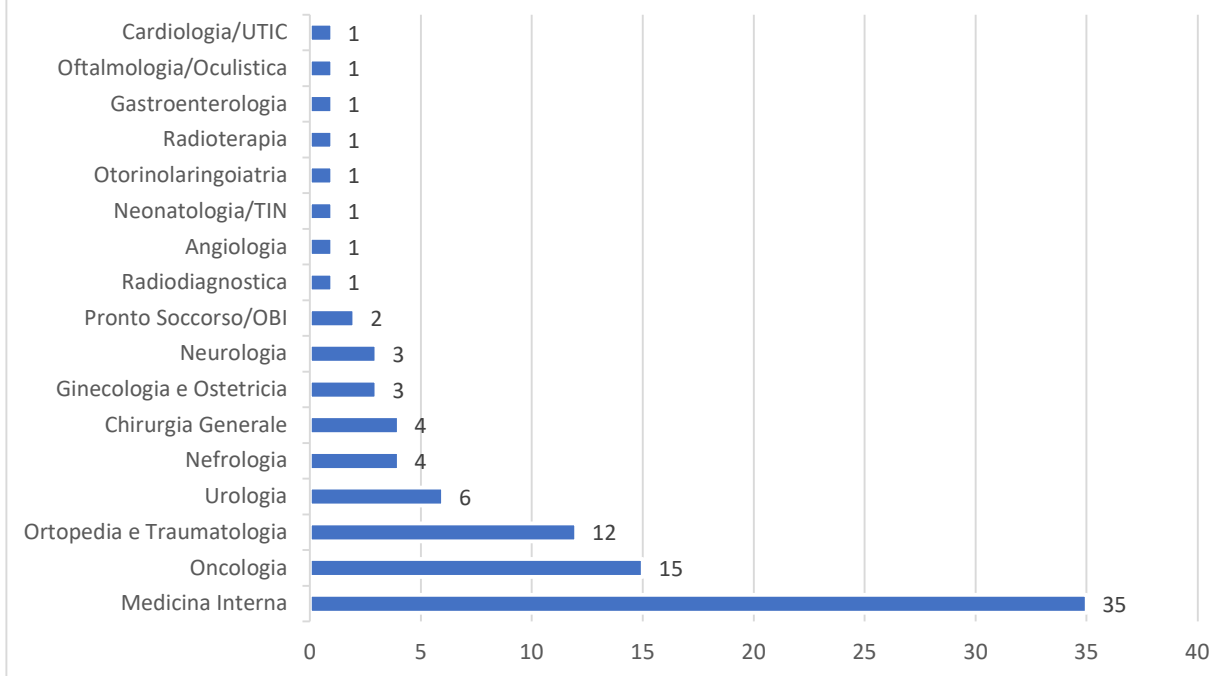
Luogo dell'evento per frequenza (2024)



DISCIPLINA

Medicina Interna	35
Oncologia	15
Ortopedia e Traumatologia	12
Urologia	6
Nefrologia	4
Chirurgia Generale	4
Ginecologia e Ostetricia	3
Neurologia	3
Pronto Soccorso/OBI	2
Radiodiagnostica	1
Angiologia	1
Neonatologia/TIN	1
Otorinolaringoiatria	1
Radioterapia	1
Gastroenterologia	1
Oftalmologia/Oculistica	1
Cardiologia/UTIC	1

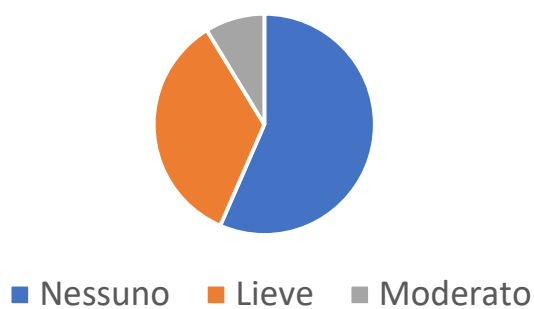
Disciplina coinvolta nell'evento (2024)



CLASSIFICAZIONE DELL'EVENTO

Classificazione	Occorrenze
Nessuno	52
Lieve	32
Moderato	8

Classificazione dell'evento per frequenza (2024)



2.2 SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO (ART. 4, C. 3 DELLA L.24/2017)

ANNO	N. SINISTRI(A)	RISARCIMENTI EROGATI(B)
2017	51	75.853,00 €
2018	20+15	500.000,00 €
2019	20 + 6	41.480,55 €
2020	26	575.000,00 €
2021	21	0
2022	17	0
2023	16 Gemelli Isola + 17 Casa Generalizia	0
2024	11 Gemelli Isola + 7 Casa Generalizia	0

(A): riportate solo le richieste di risarcimento relative al rischio clinico, escludendo i sequestri di cartelle cliniche non correlati a danni da responsabilità professionale e gli eventi non connotabili come sinistri (ad esempio smarrimento effetti personali, richieste di rimborso, ecc.)

(B): riportati i risarcimenti erogati dall'ospedale al netto della copertura assicurativa relativamente ai sinistri aperti nell'anno (a prescindere dalla data del pagamento)

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	POLIZZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	RITENZIONE ASSICURATIVA	BROKERAGGIO
2018 I sem	90449.1	Swiss Re	350.000,00 €	Ecclesia Geas
2018 II sem	IMED000014	AIG	250.000,00 € 500.000,00 € (maternità/ostetricia)	Ecclesia Geas
2019 (fino al 31.10.2019)	IMED000014	AIG	250.000,00 € 500.000,00 € (maternità/ostetricia)	Ecclesia Geas
2019 (dal 31.10.2019)	RCH00020000009	Am Trust	350.000,00 € Aggregata annua 225.000,00 €	Ecclesia Geas
2020	RCH00020000009	Am Trust	350.000,00 € Aggregata annua 225.000,00 €	Ecclesia Geas

2021 (fino al 31.10.2021)	RCH00020000009	Am Trust	350.000,00 € Aggregata annua 225.000,00 €	Ecclesia Geas
2021 (dal 31.10.2021)	RCH00020000108	Am Trust	350.000,00 € Aggregata per contratto 500.000,00 €	Ecclesia Geas
2022	RCH00020000108	Am Trust	350.000,00 € Aggregata per contratto 500.000,00 €	Ecclesia Geas /AON
2023	Fino a 31/07/23 RCH00020000108	Am Trust	€ 350.000,00 Aggregata per contratto € 500.000,00	AON
2023	Dal 01/08/2023 RCH00020000186 Per eventi successivi al 01/09/2022	Am Trust	€ 500.000,00 Aggregata per contratto € 0	AON
2023	Dal 01/08/2023 RCH00020000187 Per eventi antecedenti al 01/09/2022	Am Trust	€ 50.000,00 Aggregata assistita per anno: € 2.000.000,00	AON
2024	RCH00020000186 Per eventi successivi al 01/09/2022	Am Trust	€ 500.000,00 Aggregata per contratto € 0	AON
2024	RCH00020000187 Per eventi antecedenti al 01/09/2022	Am Trust	€ 50.000,00 Aggregata assistita per anno: € 2.000.000,00	AON

Fonte dati: Ufficio Affari Legali

4. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

Azione	Presidente CCICA/Medico di Direzione Sanitaria	Risk Manager	Responsabile Affari Legali	Direttore Sanitario	Direzione Operation	Strutture di supporto
Redazione PARS	C	R	C	C	C	-
Redazione Tabelle Sinistrosità e Posizione Assicurativa	C	C	R	I	C	-
Redazione Resoconto ed Obiettivi Rischio Clinico	R	C	I	I	I	-
Approvazione PARS e diffusione a tutto il personale	I	I	I	R	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto rischio infettivo)	C	R	C	I	C	C
Monitoraggio Rischio Infettivo	R	C	I	I	I	C

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

5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Di seguito sono riportati i risultati ottenuti nel 2024 in relazione agli obiettivi e attività prefissati e/o eventuali ulteriori azioni intraprese.

Le attività previste nel Piano Annuale Rischio sanitario 2024 sono state tutte costantemente monitorate dal Risk Manager, attraverso una contestuale azione di supporto all'organizzazione in funzione delle criticità via via rilevate.

Si riporta di seguito la descrizione delle Attività relative agli obiettivi previsti nel PARS 2024, con definizione di attività, realizzazione e stato di attuazione.

Per quanto riguarda l'obiettivo C attività n.1, il risultato può considerarsi raggiunto per il 90% in quanto il Piano, pur essendo stato quasi del tutto completato, in virtù della sua complessità, richiede una approfondita revisione prima della deliberazione finale, prevista per il prossimo mese di marzo.

5.1. RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO CLINICO 2024

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

Attività 1	Realiz- zata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 – Corso FAD base sulla Gestione del rischio clinico INDICATORE partecipazione al corso di almeno il 40% degli operatori sanitari entro il 31/12/2024	NO	Il corso è stato regolarmente svolto ma risulta che, al mese di dicembre 2024, sia stato svolto dal 35% degli operatori iscritti

OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI

Attività 1	Realiz- zata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 Piano di Assistenza Individuale (PAI): documento che raccoglie tutte le informazioni di un malato in stato di bisogno per poter impostare un progetto di cura multidisciplinare incentrato sulle sue specifiche esigenze. INDICATORE Adesione da parte di tutto il personale infermieristico per i reparti di Medicina, Chirurgia, Cardiologia, Solventi	SI	Il PAI risulta applicato ed utilizzato da tutti i reparti indice
Attività 2	Realiz- zata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 2 Implementazione Braccialetto di Identificazione del Paziente presso il Pronto Soccorso INDICATORE utilizzo del braccialetto su tutti i pazienti con ingresso in PS entro il 31/12/2024	SI	A tutti i pazienti provenienti da PS e destinati al ricovero viene applicato il braccialetto, utilizzato da tutte le UUOO.
Attività 3	Realiz- zata	Stato di attuazione
Implementazione Check List Cartella Clinica INDICATORE controllo e verifica di almeno il 10% dei ricoveri ordinari+DH entro il 31/12/2024	SI	La check list è stata avviata nel mese di febbraio ed aggiornata progressivamente. Si sta procedendo ad una ulteriore revisione al fine di semplificare le operazioni di monitoraggio periodico.

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

Attività 1	Realiz- zata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 Piano Integrato Qualità e Sicurezza INDICATORE Elaborazione e diffusione entro il 31/12/2024	NO	Quasi del tutto ultimato ma prorogata de- liberazione al 31 marzo 2025
Attività 2	Realiz- zata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 2 Seminari di approfondimento in tema di responsabilità professionale INDICATORE Svolgimento di almeno due giornate di approfondimento in tema di responsabilità professionale e due giornate per la gestione della cartella clinica	SI	Svolte 4 giornate di formazione di cui: - ottobre e novembre in tema rischio clinico e responsabilità professionale promosso da AMTRust - settembre e dicembre in tema di responsabilità sanitaria
Attività 3	Realiz- zata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 3 – Procedura di Gestione della Cartella Clinica INDICATORE Elaborazione di una procedura sulla Gestione integrata della Cartella Clinica e diffusione al personale sanitario ed amministrativo interessato	SI	ITGI DS POS 37 deliberata a maggio 24

N.B. AD INTEGRAZIONE DEGLI OBIETTIVI GIÀ FISSATI PER L'ANNO 2024 SI È PROCEDUTO ALL'IMPLEMENTAZIONE E PRESA IN CARICO DI ULTERIORI ATTIVITA':

- ✓ CICLO DI CORSI DI FORMAZIONE SU RESPONSABILITÀ CIVILE SANITARIA E SINISTRI
- ✓ ELABORAZIONE E DIFFUSIONE DI NUMEROSI PROTOCOLLI AD USO INTERNO DELLE UU.OO.
- ✓ MONITORAGGIO DELLA APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI
- ✓ N. 4 AUDIT SU EVENTI SEGNALATI
- ✓ N. 8 RIUNIONI DEL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI
- ✓ COMPILAZIONE QUESTIONARIO AGENAS DM 19/12/22
- ✓ CREAZIONE DI UN EVENTO IN OCCASIONE DELLA GIORNATA NAZIONALE SULLA SICUREZZA DELLE CURE
- ✓ IMPLEMENTAZIONE DEL PERCORSO JCI PER L'AREA MATERNO INFANTILE

5.2. RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO INFETTIVO 2024

Il Comitato ICA, deliberata la nuova composizione il 5/12/22, nel 2024 si è riunito 6 volte portando a termine tutti gli obiettivi del PARS e ha provveduto all' implementazione di altre attività di prevenzione e controllo delle ICA:

1. Implementazione di nuovi protocolli e revisione di procedure aziendali e verifica dell'adesione alle procedure e protocolli aziendali in tema di controllo e prevenzione ICA
2. Estensione dello screening dei tamponi rettali per CRE in area medica
3. attivazione progetto della squadra di osservatori per l'adesione all'igiene delle mani
4. organizzazione della giornata mondiale per l'igiene delle mani il 6/5/2024
5. indagine di prevalenza delle ICA in ospedale
6. creazione di una dashboard sui dati microbiologici
7. report semestrali sulla compliance all'igiene delle mani e il consumo di gel idroalcolico
8. Partecipazione alla sorveglianza nazionale sul consumo di gel antisettico
9. Partecipazione alla sorveglianza regionale sulle infezioni del sito chirurgico
10. Sopralluoghi nei reparti e servizi sull'applicazione delle procedure di prevenzione del rischio infettivo
11. Attività svolte dal GDL su Antimicrobial Stewardship nel 2024
12. Attività del sistema di sorveglianza degli Alert sui germi sentinella
13. Piano formativo 2024

1. Sono stati implementati e revisionati i seguenti protocolli e procedure:

- Procedura sulle misure di isolamento e relativa cartellonistica
 - ITGI CC-ICA POS 13 Indicazioni sui percorsi di pazienti e operatori e la sanificazione degli ambienti in Sala Cardiologica per il controllo delle infezioni
 - ITGI CC-ICA PROT 08 Protocollo di Gestione delle Emocolture – rev. N.1
2. **Estensione dello screening dei tamponi rettali per CRE in area medica** a seguito di indagine a campione sul rispetto dei criteri di selezione dei pazienti per la sorveglianza per CRE. A seguito di audit con i responsabili di area medica per la condivisione dei risultati dell'indagine è stata condivisa la necessità di estendere la sorveglianza a tutti i pazienti di area medica.
 3. E' attivo dal 1 giugno 2024 un **sistema di monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani** da parte di una rete di osservatori che ha permesso di coprire quasi tutte le unità operative. Per il personale coinvolto sono stati organizzati 2 sessioni formative al fine di garantire l'efficacia del progetto e condividere eventuali criticità legate all'ambiente, ai professionisti osservati. A seguito delle osservazioni sull'igiene delle mani eseguite in occasione di eventi avversi sono stati effettuati audit con i direttori e coordinatori delle unità coinvolte e organizzate sessioni formative per aumentare l'adesione all'igiene delle mani.

CODICE DOC.	ITGI PARS 2025	Rev. n.	
Inizio validità	1 gennaio 2025	Prossima Rev.	1 anno

4. E' stata organizzata la **giornata celebrativa dell'igiene delle mani** al fine di sensibilizzare operatori e visitatori all'importanza di questa misura di prevenzione per il controllo delle infezioni in ospedale.
5. A ottobre 2024 è stata effettuata una **indagine di prevalenza delle ICA in ospedale** che ha registrato il 9,2 % di ICA in quel determinato periodo (Media europea 9.8 % -Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals – 2022-2023 - European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) e il 34,4 % di uso di antibiotici (media europea 44.7%).
6. E' stata elaborata una **dashboard per la trasmissione di dati microbiologici** da condividere in sede di incontri dedicati con i responsabili di unità operativa
7. Sono stati elaborati **report semestrali sull'adesione all'igiene delle mani e il consumo di gel idroalcolico** e inviati ai Direttori e coordinatori delle unità operative.
8. E' stato inviato il consumo di gel idroalcolico, suddiviso per aree, all'istituto superiore di sanità (CSIA) per l'anno 2024;
9. Dal 1° dicembre 2024 è iniziata una indagine di sorveglianza sugli interventi di colon retto su richiesta del SERESMI attraverso il portale messo a disposizione dall'Istituto superiore di Sanità - HAI-Net SSI
10. E' stato attivato un sistema di **controlli sull'applicazione delle procedure sulla prevenzione del rischio infettivo** in modalità proattiva effettuando sopralluoghi presso le unità operative e trasmettendo le non conformità registrate in occasione della visita sia ai responsabili di unità operativa sia agli uffici competenti per i requisiti strutturali e tecnologici.
11. Il **Team Antimicrobial Stewardship, nel 2024** si è riunito 3 volte e alla composizione iniziale sono stati aggiunti un medico internista e un medico intensivista per l'implementazione di protocolli di terapia empirica.

Ha prodotto diversi documenti, proseguito la formazione del personale medico sull'appropriatezza antibiotica e i protocolli di terapia empirica e analizzato i dati di profilassi antibiotica perioperatoria in un campione di cartelle cliniche.

Di seguito si riportano i documenti implementati nel 2024:

ITGI CC-ICA PAAST Programma Annuale dell'Antibiotic Stewardship Team 2024

ITGI CC-ICA POS 14 Terapia antibiotica empirica delle infezioni di cute e tessuti molli nell'adulto

ITGI CC-ICA POS 15 Terapia antibiotica empirica delle infezioni intra-addominali nell'adulto

ITGI CC-ICA POS 16 Terapia antibiotica empirica delle infezioni urinarie

ITGI CC-ICA POS 17 Terapia antibiotica empirica delle polmoniti ospedaliere in pazienti sottoposti a ventilazione meccanica invasiva (HAP-VAP)

ITGI CC-ICA POS 18 Terapia antibiotica empirica delle polmoniti nell'adulto

12. L'attivazione del **sistema Alert di germi sentinella** ha permesso di identificare precocemente i cluster in reparto e intervenire tempestivamente con le misure correttive e di miglioramento. Sono stati effettuati n. 4 audit in seguito a riscontro di infezioni e cluster in alcune unità operative che ha portato all'implementazione di interventi di miglioramento in alcune aree critiche in termini di igiene delle

mani e comportamenti operatori sanitari e maggiore disponibilità di prodotti di disinfezione per le superfici e i dispositivi medici.

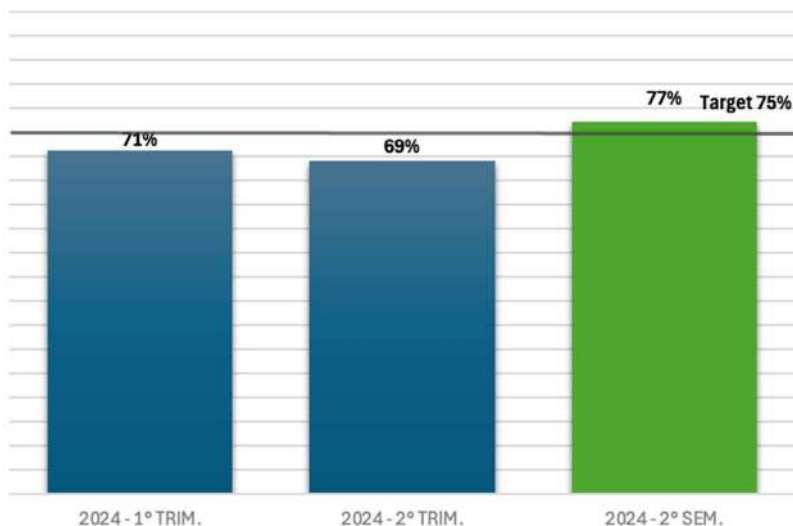
13. Il piano formativo 2024 è stato portato termine con i seguenti risultati:

sono state effettuate n.7 edizioni del corso sull'igiene delle mani e le misure di isolamento, n.6 edizioni sulle infezioni del torrente ematico, n.4 incontri formativi sull'igiene delle mani al gruppo di osservatori dell'igiene delle mani e n.6 meeting formativi sull'appropriatezza antibiotica.

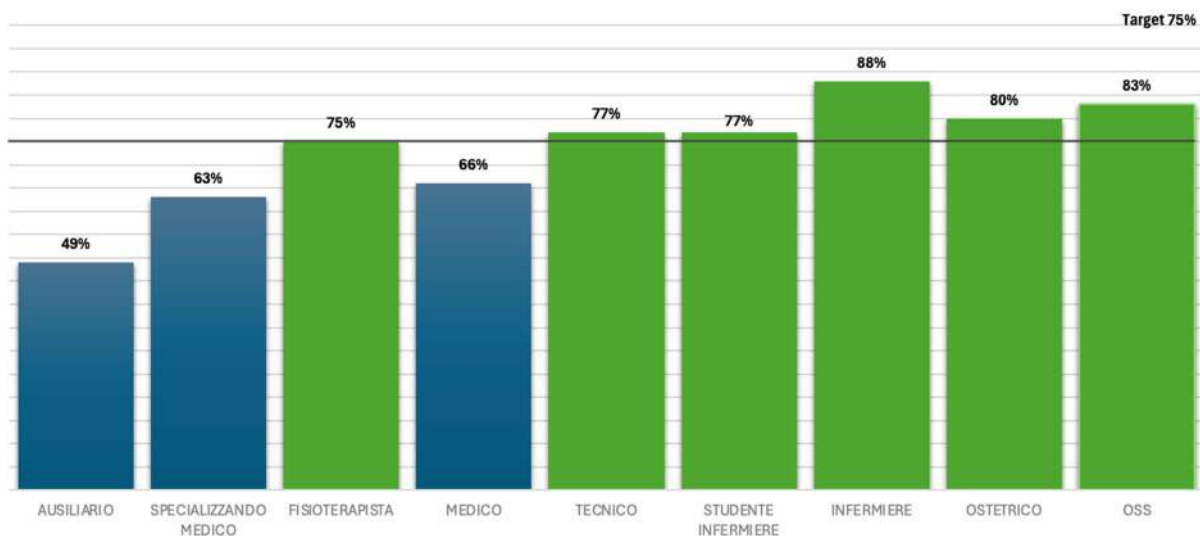
REPORTISTICA DATI DI PRODUZIONE DEL COMITATO ICA PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

IGIENE DELLE MANI – anno 2024

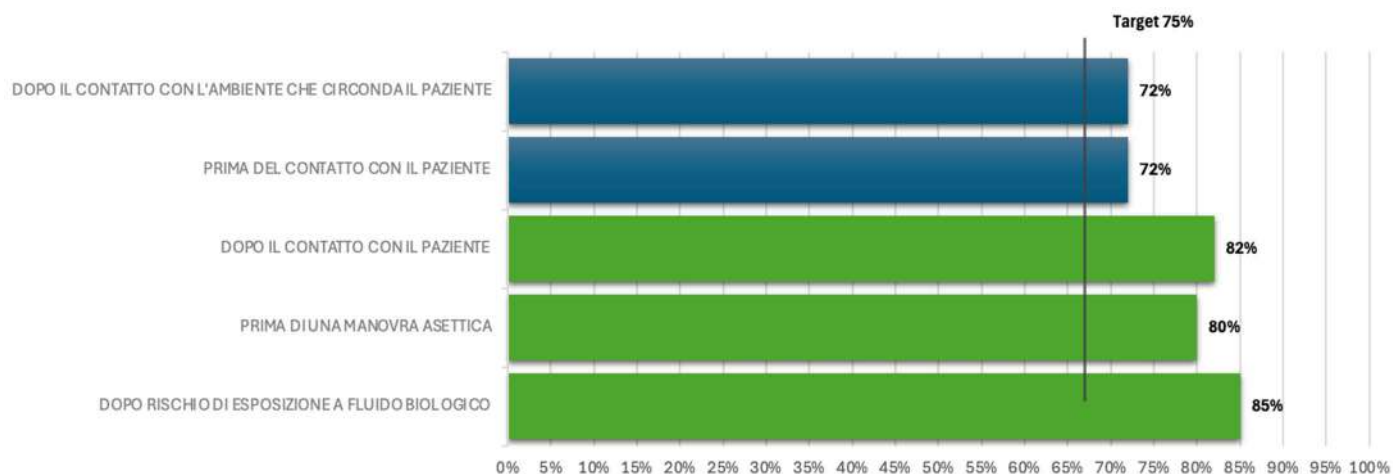
Compliance all'igiene delle mani 1°-2° semestre 2024



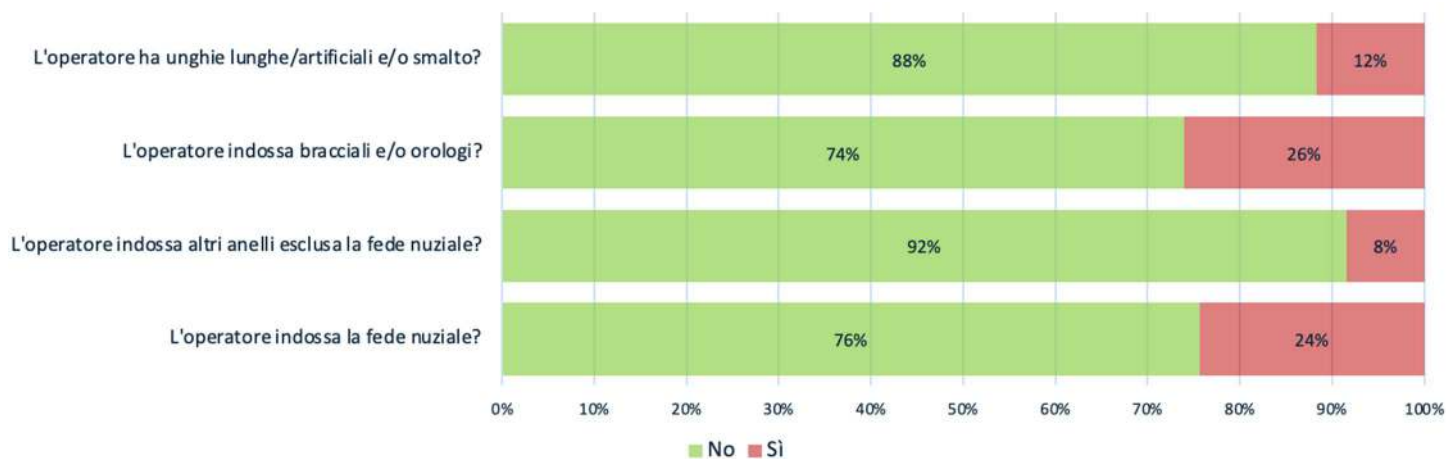
Compliance all'igiene delle mani e numero di rilevazioni per categoria professionale 1°-2° semestre 2024



Compliance all'igiene delle mani e numero di rilevazioni per momento 1°-2° semestre 2024

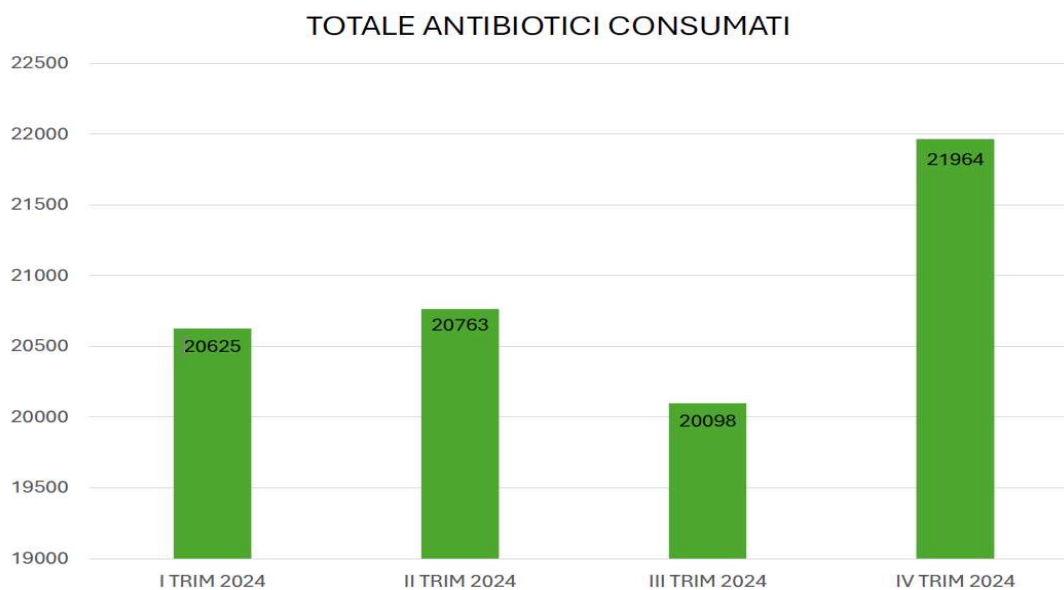


Cura della mano 2° semestre 2024

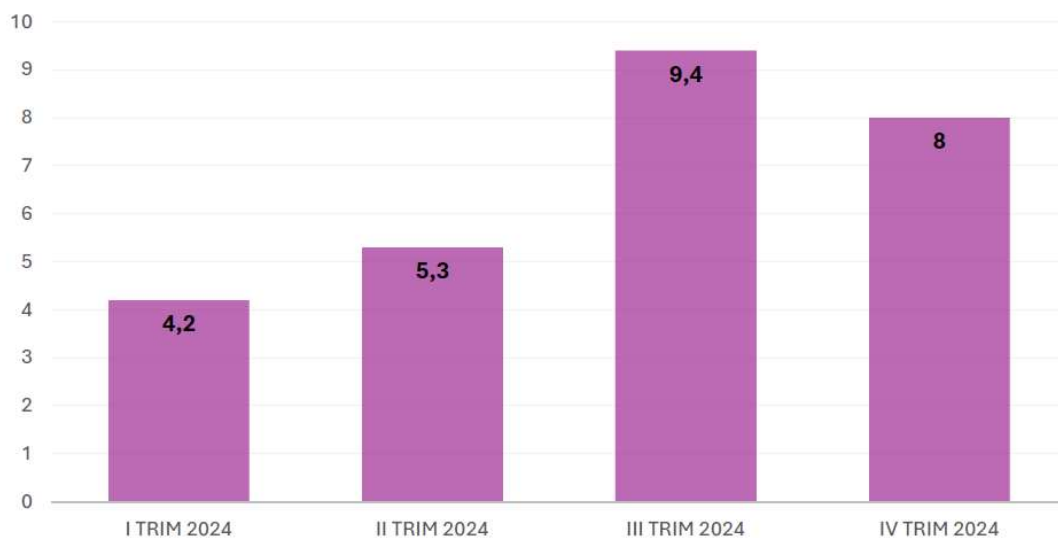


CONSUMO DI ANTIBIOTICI

Antibiotici consumati – comparazione per trimestre - Anno 2024

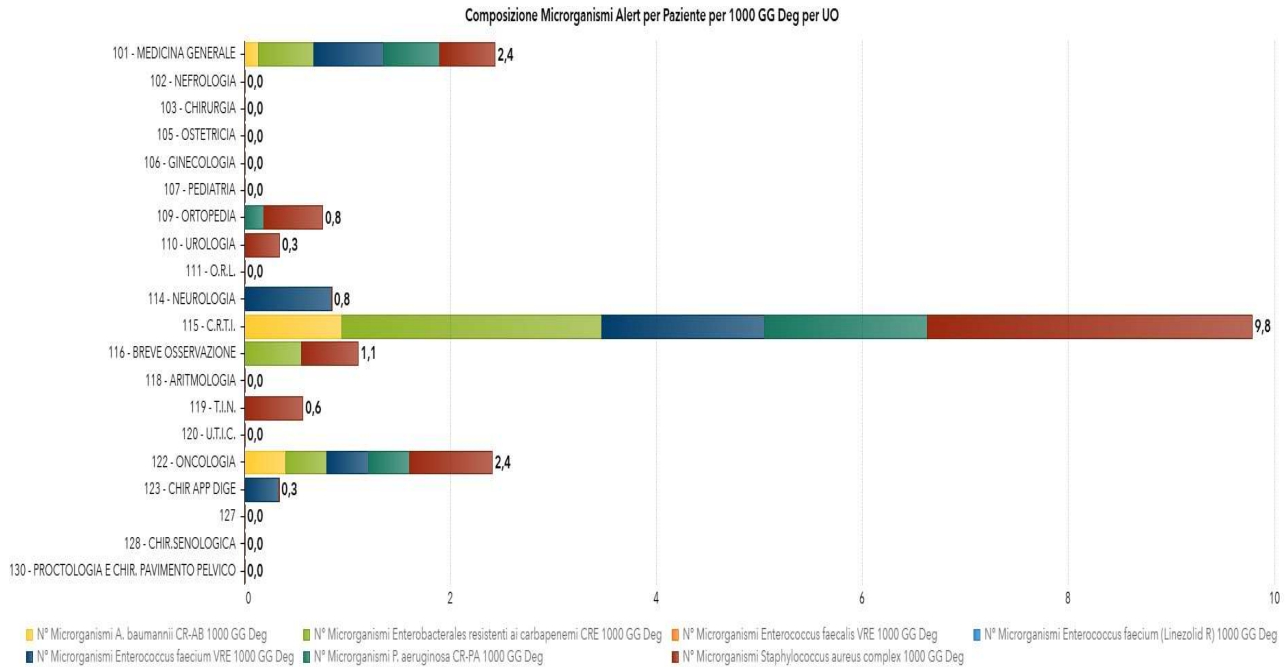


Antibiotici – Consumo carbapenemi totale per 100 gg di degenza (Anno 2024)

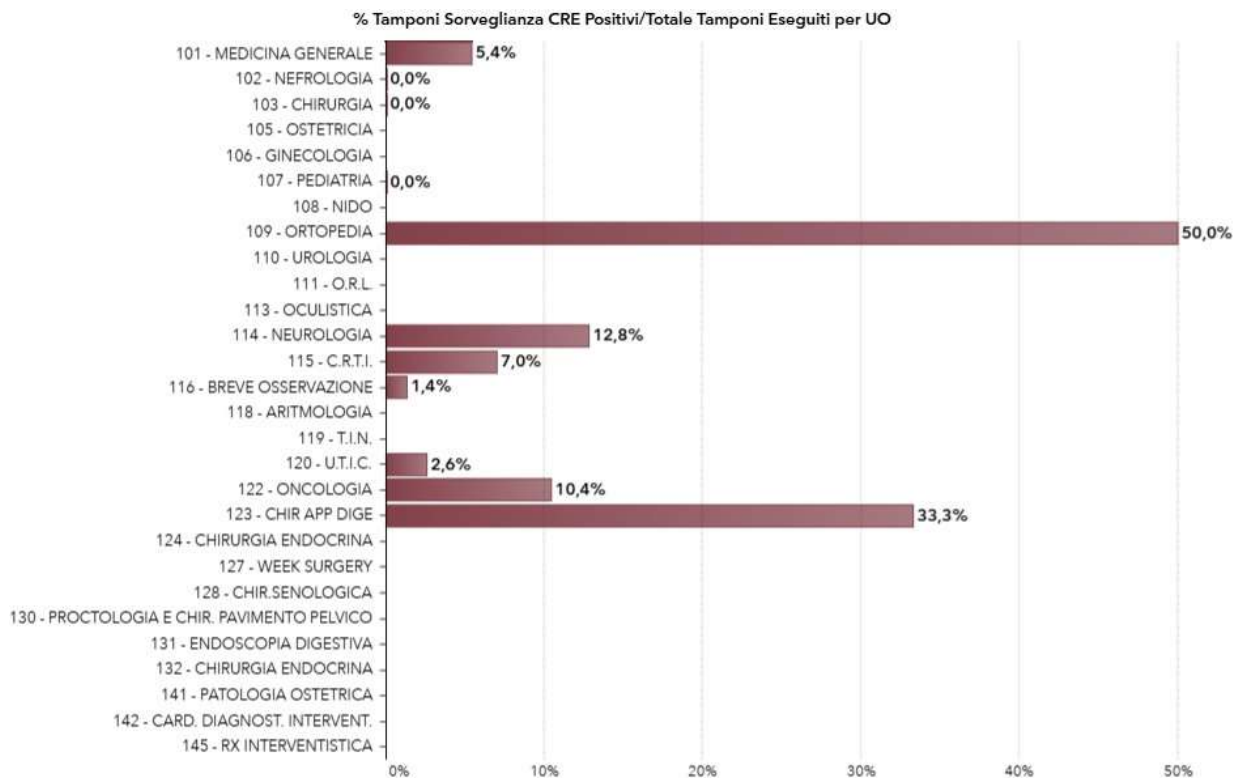


MICRORGANSIMI ALERT E TAMPONI DI SORVEGLIANZA PER CRE

Composizione microrganismi alert per paziente per 1000 gg di degenza per UO – Anno 2024



Tamponi di sorveglianza per CRE – anno 2024



Si riportano in tabella 6 i risultati degli obiettivi contenuti nel PARS 2024 per le attività di prevenzione e controllo del rischio infettivo:

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

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: CORSO DI FORMAZIONE SU IGIENE MANI, PRECAUZIONI DA CONTATTO E MISURE DI ISOLAMENTO	SI	Sono state effettuate n. 7 edizioni del corso di formazione, reso obbligatorio a tutto il personale sanitario e accreditato ECM. Obiettivo raggiunto
Attività 2: MEETING FORMATIVI SU APPROPRIATEZZA ANTIBIOTICA	SI	Sono state effettuate n. 6 edizioni dei meeting formativi rivolti al personale medico. Obiettivo raggiunto
Attività 3: CORSO DI FORMAZIONE SULLE INFEZIONI DEL TORRENTE EMATICO	SI	Sono state effettuate n.6 edizioni del corso di formazione, reso obbligatorio e accreditato per il personale medico di alcune unità operative. Obiettivo raggiunto
Attività 4: FORMAZIONE RETE DI OSSERVATORI PER L'IGIENE DELLE MANI	SI	Organizzate 4 sessioni formative. Obiettivo raggiunto

OBIETTIVO B: IMPLEMENTAZIONE ATTIVITA' DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: RAGGIUNGIMENTO LIVELLO AVANZATO QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE	SI	Rimane da migliorare la sezione della comunicazione permanente e clima organizzativo
Attività 2: Monitoraggio adesione igiene mani	SI	Rimane da coprire alcune aree dell'Ospedale dove non stati registrate le osservazioni per carenza di personale
Attività 3: Sorveglianza consumo di soluzione idroalcolica	SI	Sono stati elaborati i report e trasmessi ai responsabili di unità operativa e discussi in sede di comitato ICA

OBIETTIVO C: PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA.

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: Indagine di sorveglianza infezioni del sito chirurgico	SI	E' stata avviata la sorveglianza per gli interventi di colon retto a partire dal 1 dicembre e i risultati saranno discussi appena conclusa l'indagine.
Attività 2: Indagine di prevalenza ICA e appropriatezza prescrittiva antibiotici	SI	E' stata effettuata l'indagine di prevalenza ad ottobre 2024 e discussi i risultati in occasione dell'ultima riunione del Comitato ICA 2024
Attività 3: Implementazione di procedure e protocolli raccomandati dal documento regionale sulle buone pratiche ICA	SI	Obiettivo soddisfatto
Attività 4: Monitoraggio applicazione misure di isolamento e precauzioni da contatto per i germi sentinella segnalati	SI	Obiettivo soddisfatto
Attività 5: Aumento del numero di tamponi di screening CRE nei pazienti delle categorie a rischio	SI	Nel 2024 sono aumentati del doppio i tamponi di screening per CRE eseguiti dalle unità operative. Obiettivo raggiunto
Attività 6: Monitoraggio profilassi antibiotica perioperatoria	SI	Obiettivo raggiunto

6. OBIETTIVI ED ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

6.1. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025

Con l'emanazione della Determinazione regionale prot. N. G00643 del 25/01/2022 è stato approvato il documento recante "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" e sono state approvate le linee guida, identificati gli obiettivi strategici da declinare in linee di attività aziendali da implementare nel corso dell'anno 2023.

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

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

In questa sezione sono illustrate le linee di attività individuate con indicazione di standard e matrice delle Responsabilità, strutture responsabili e strutture coinvolte.

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITA' 1: INCONTRI FORMATIVI IN TEMA DI STANDARD JCI			
– REVISIONE PROCEDURE ED APPLICAZIONE STANDARD JCI ED 8			
– DISCUSSIONE IN PLENARIA DELLE PROCEDURE E DEGLI STANDARD DA APPLICARE ALL'ATTIVITA CLINICO-ASSISTENZIALE			
CORSI IN AULA RIVOLTI ALL'AREA OSTETRICA E GINECOLOGIA E SERVIZI OSPEDALIERI			
INDICATORE: COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE DI AFFERENZA MATERNO INFANTILE			
STANDARD: 30%			
FONTE Ufficio Qualità			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager	UO Formazione	Ufficio Qualità
Progettazione del corso	I	C	R
Accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	C	I	C

ATTIVITA' 2: CORSO SULLA FORMAZIONE DI EQUIPE, STRUMENTO DI GESTIONE PROATTIVA DEL RISCHIO CLINICO NELL'EMERGENZA OSTETRICA

CORSO IN AULA

INDICATORE: PARTECIPAZIONE DEL PERSONALE DI AFFERENZA MATERNO INFANTILE

STANDARD 30%

FONTE Ufficio Qualità

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	UO Formazione	DIP Donna Bambino
Progettazione del corso	I	C	C
Accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	C	I	R

OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI

ATTIVITÀ 1: PROCEDURE DI GESTIONE DEI FARMACI

INDICATORE: ELABORAZIONE DIFFUSIONE ED APPLICAZIONE DI ALMENO 3 PROCEDURE RELATIVE ALLA CORRETTA GESTIONE DEI FARMACI

STANDARD SI

FONTE UOC Farmacia Interna

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	Ufficio Qualità	Direttore SIF
Elaborazione e verifica	C	C	R
Diffusione ed implementazione	C	R/C	C
Sorveglianza e verifica applicazione	C	I	R

ATTIVITÀ 2 Piano Integrato Qualità e Sicurezza

INDICATORE Elaborazione e diffusione entro il 01 aprile 2025

STANDARD SI

FONTE UOS Risk Management/Ufficio Qualità

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	Ufficio Qualità ed Accredimento
Istituzione Gruppo di lavoro	C	R
Condivisione requisiti e documentazione richiesta con i responsabili Direttori e coordinatori di UO	C	R
Trasmissione e monitoraggio	C	R

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

ATTIVITÀ 1: CORSO DI FORMAZIONE PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA SUGLI OPERATORI SANITARI			
CORSO E-LEARNING			
INDICATORE: PARTECIPAZIONE DI ALMENO 2 OPERATORI SANITARI PER CIASCUNA AREA FUNZIONALE			
STANDARD SI			
FONTE UO Servizio di Prevenzione e Protezione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager	Formazione	RSPP
Progettazione del corso	I	C	R
Svolgimento del corso	I	I	R

ATTIVITA' 2: ELABORAZIONE PROCEDURA DI PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA SUGLI OPERATORI		
INDICATORE ELABORAZIONE E DIFFUSIONE DELLA PROCEDURA ENTRO IL 30/09/2025		
STANDARD SI		
FONTE UOS Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Qualità
Elaborazione e verifica	R	C
Diffusione ed implementazione	C	R/C
Sorveglianza e verifica applicazione	C	I

6.2. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2025

In ottemperanza a quanto riportato:

- nella nota regionale “Piano annuale di rischio sanitario 2025” del 22-01-2025 prot. N. U.0079798
- nel documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all’assistenza, del 28/11/22 prot. N. G16501
- nel Piano regionale di intervento regionale sull’igiene delle mani, del 26/02/21 prot. N. G02044

e in virtù degli obiettivi strategici riportati dal documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano annuale rischio sanitario (PARS), del 25/01/22 prot. N. G00643, si confermano i seguenti scopi:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale
- C) Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

Nelle tabelle sottostanti sono riportati gli obiettivi e le attività da svolgere per l’anno 2025, comprensive di indicatore, standard di riferimento e matrice delle responsabilità.

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

ATTIVITÀ 1: CORSO DI FORMAZIONE SU IGIENE MANI E CURA DELLA MANO		
INDICATORE: personale sanitario formato sulle attività di prevenzione delle ICA		
STANDARD: 50%		
FONTE: TEAM INFECTION CONTROL		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Team Infection Control	Ufficio Formazione
Programmazione corso di formazione obbligatorio	R	R
Esecuzione edizioni	R	I
Verifica dell’effettiva acquisizione di conoscenze e competenze in campo	R	I

ATTIVITÀ 2-MEETING FORMATIVI SU APPROPRIATEZZA ANTIBIOTICA		
INDICATORE: PERSONALE MEDICO FORMATO SU APPROPRIATEZZA ANTIBIOTICA		
STANDARD: 50%		
FONTE: TEAM ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	AMT/Medico Infettivo- logo	Ufficio Formazione
Programmazione corso di formazione	R	I
Esecuzione edizioni del corso e verifica della partecipazione di tutto il personale medico	R	R

ATTIVITÀ 3- CORSO DI FORMAZIONE SULLE INFEZIONI NEI VARI SETTING ASSISTENZIALI		
INDICATORE: PERSONALE SANITARIO FORMATO AD HOC		
STANDARD: 40%		
FONTE: CC-ICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CC-ICA	Ufficio Formazione
Programmazione e acquisizione crediti ECM	R	I
Esecuzione edizioni del corso	R	I
Verifica della partecipazione del personale sanitario ai corsi programmati	I	R

OBIETTIVO B: IMPLEMENTAZIONE PIANO DI AZIONE LOCALE IGIENE MANI

ATTIVITÀ 1: MONITORAGGIO ADESIONE LAVAGGIO MANI		
INDICATORE: N. OSSERVAZIONI EFFETTUATE SULL'IGIENE DELLE MANI PER UNITÀ OPERATIVA		
STANDARD: 85% compliance		
FONTE: TEAM INFECTION CONTROL		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	TEAM INFECTION CONTROL	UNITÀ OPERATIVE
Rilevazione compliance igiene delle mani in tutte le unità operative	R	I
Registrazione dei dati rilevati durante le osservazioni nelle unità operative	R	I
Restituzione dei dati relativi alle osservazioni effettuate ogni trimestre	R	I
Redazione di un report sulla compliance all'adesione all'igiene delle mani da diffondere ai Direttori/Coordinatori delle UU.OO.	R	I
Audit per le compliance all'igiene delle mani <65%	R	I

ATTIVITÀ 3: SORVEGLIANZA CONSUMO DI SOLUZIONE IDROALCOLICA		
INDICATORE: N. LITRI DI SOLUZIONE ALCOLICA/1000 GIORNATE DI DEGENZA		
STANDARD: 20 L		
FONTE: TEAM INFECTION CONTROL		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	TEAM INFECTION CONTROL/FARMACIA	UNITÀ OPERATIVE
Invio dati consumo di soluzione alcolica dalla farmacia	R/R	I
Elaborazione indicatore del consumo di soluzione alcolica	R/I	I
Feedback dei risultati dei consumi ai Direttori /coordinatori delle UU.OO.	R/I	I

OBIETTIVO C: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO

ATTIVITÀ 1: INDAGINE DI SORVEGLIANZA INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO			
INDICATORE: N. DI PAZIENTI CON ISC SUL TOTALE DEI PAZIENTI INCLUSI NELL'INDAGINE			
STANDARD: range di incidenza 1.27% (dati ECDC PPS 2011-2012)			
FONTE:CC-ICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Gruppi di lavoro	CC-ICA	Unità operative
Redazione di protocollo di sorveglianza e arruolamento di risorse dedicate all'indagine	R	I	I
Programmazione indagine e presentazione ai Direttori/coordinatori UU.OO.	R	I	
Reportistica risultati indagine di sorveglianza	R	C	
Feedback alle Unità operative sui risultati emersi e programmazione audit	R	I	C

ATTIVITÀ 2: INDAGINE DI PREVALENZA ICA E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ANTIBIOTICI		
INDICATORE: numero di pazienti con almeno un'ICA sul totale dei pazienti eleggibili.		
STANDARD: 9.8% prevalenza ICA, 44.7 % antibiotici(ECDC 2022)		
FONTE: TEAM INFECTION CONTROL/TEAM ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	TEAM INFECTION CONTROL/ATM	CC-ICA
Caricamento dati su strumento informativo per la rilevazione sul campo	R	I

Registrazione dati per ciascun paziente	R	I
Analisi dei dati e presentazione risultati al Comitato ICA	R	C

ATTIVITÀ 3: IMPLEMENTAZIONE PROCEDURE E PROTOCOLLI RACCOMANDATI NEL DOCUMENTO INDIRIZZO BUONE PRATICHE PREVENZIONE E CONTROLLO ICA

INDICATORE: numero di documenti da implementare / totale numero di documenti da implementare secondo documento indirizzo regionale

STANDARD: 50%

FONTE: CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	GDL/CC-ICA	UNITÀ OPERATIVE
redazione di procedure e protocolli	R/I	I
Condivisione e approvazione Comitato ICA	R/R	I
Pubblicazione e trasmissione procedure e protocolli alle UU.OO.	R/I	C

ATTIVITÀ 4: MONITORAGGIO APPLICAZIONE PROCEDURE AZIENDALI PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

INDICATORE: N. SOPRALLUOGHI EFFETUATI/TOTALE UNITA' OPERATIVE

STANDARD: 50%

FONTE: TEAM INFECTION CONTROL

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	TEAM INFECTION CONTROL	UNITÀ OPERATIVE
Visita sul campo per la verifica dell'applicazione delle procedure	R	I
Audit con il personale responsabile e trasmissione Report sulle non conformità registrate	R	C
Sopralluogo per verifica risoluzione non conformità	R	R

ATTIVITÀ 5: AUMENTO DEL NUMERO DI TAMPONI DI SCREENING CRE NEI PAZIENTI DELLE CATEGORIE A RISCHIO

INDICATORE: NUMERO DI TAMPONI CRE EFFETTUATI IN CIASCUNA UNITA' OPERATIVA

STANDARD: 10%

FONTE: MICROBIOLOGIA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	MICROBIOLOGIA	CC-ICA
Report semestrale sui tamponi rettali per CRE	R	C
Sensibilizzazione dei responsabili UU.OO. sulle categorie di pazienti che rientrano nella sorveglianza da CRE	I	R

ATTIVITÀ 6: MONITORAGGIO PROFILASSI ANTIBIOTICA PERIOPERATORIA		
INDICATORE: NUMERO DI INTERVENTI CON PROFILASSI ADEGUATA ALL'INTERVENTO/TOTALE INTERVENTI EFFETTUATI		
STANDARD: 80%		
FONTE: TEAM ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	AMT	UNITA' OPERATIVE
Rilevazione dati su campione cartelle cliniche per ciascuna specialità chirurgica	R	I
Analisi dei dati rilevati e trasmissione ai Direttori delle UU.OO. chirurgiche	R	C
Programmazione audit su non conformità registrate sui dati	R	C

7. APPENDICE RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA

Legge/norma	Descrizione
Legge 5 giugno 2003, n.131	Seduta della Conferenza Stato – Regione del 20 marzo 2008 recante “Intesa tra Governo Regioni e province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell’art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n°131;
Seduta della conferenza Stato-Regioni del 20/03/2008	“Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei apzienti e delle cure. Intesa ai sensi dell’art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131
Decreto 11/12/2009 Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche sociali	Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
DCA n. U00480 del 06/12/2013 intervento 18.1	“Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi”.
Determina n.G09535 del 2/07/2014	Linee Guida Regionali per l’attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria – composizione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri (CVS)
Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta del 6 luglio 2015, n. U00309	Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 - Progetto 7.3, contenimento delle Infezioni Correlate all’Assistenza e monitoraggio dell’uso degli antibiotici”.
DCA 563 del 24/11/2015	Istituzione del Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (CR- CCICA) e del Gruppo di Approfondimento Tecnico per le ICA.

Regione Lazio direzione salute e politiche sociali. Regione Lazio Registro Ufficiale U.0388434 del 22-07-2016	Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Attuativi per i Comitati di controllo delle infezioni correlate all'assistenza della Regione Lazio.
Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017	"Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017"
DCA U00400 del 29/10/2018	Trasferimento delle competenze del centro di coordinamento regionale dei comitati per il controllo delle ICA al centro regionale rischio clinico
Regione Lazio salute e integrazione sociosanitaria. Determinazione G00164 del 11 gennaio 2019	"Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management"
Determinazione Regione Lazio prot. N. G07551 del 25/06/2020	Approvazione del "Documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica" e del "Glossario degli acronimi e delle abbreviazioni in uso nella Regione Lazio"
REGIONE.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE Prot. N. U.0884417 del 15-10-2020	Comunicazioni relative all'elaborazione del PARM 2021
REGIONE.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE Prot. N. I.1034165 del 26-11-2020	Sorveglianza morti materne- segnalazione di procedure
BURL – n. 22 Supplemento n.2: Determinazione 26 febbraio 2021, n. G02044.	Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani".
Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021	Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella
Determinazione n. G00643 Regione Lazio n. 3279 del 25/01/2022	Documento Di Indirizzo Per L'elaborazione Del Piano Annuale Per La Gestione Del Rischio Sanitario (PARS)"
REGIONE LAZIO REGISTRO UFFICIALE Prot. N. U.1287668 del 16-12-2022	Mappatura delle attività di gestione del rischio sanitario 2023-24
REGIONE LAZIO PROT. 1287668 DICEMBRE 2022	Nota Mappatura Rischio Sanitario 2023-2024
Determina Regione Lazio G15665/2023	Approvazione del Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)
Sentenza Corte di Cassazione n. 6386 marzo 2023	Giurisprudenza in tema di Infezioni Ospedaliere