

TITOLO DOCUMENTO **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026**

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		26/02/26
	Resp. UOS Flussi SDO Codifica e Risk Management	V. Venturini		26/02/26
	Resp. Qualità Accreditamento e Processi	L. Farella		26/02/26
APPROVATO	Direttore Sanitario	G. Capalbo		26/02/26

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	3
1.2. COMPOSIZIONE DEL COMITATO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	4
2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	8
3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	12
4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE	14
4.1. RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO CLINICO 2025	14
4.2. RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO INFETTIVO 2025	16
5. OBIETTIVI ED ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026	23
5.1. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2026	23
5.2. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2026	26
6. APPENDICE RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA.....	54

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.

Con Determina n. 358 del 23 maggio 2025 è stato formalizzato un aggiornamento dei Posti Letto accreditati: in aggiunta al posto letto di Oculistica, già deliberato, si aggiungono 4 PL di TIN ai 12 già presenti, per un totale di 16 posti letto.

L'ospedale Isola Tiberina – Gemelli Isola è sede di DEA di I livello ed Unità di Assistenza Perinatale di II livello. E' presente una Breast Unit, un Servizio di Dialisi e Radioterapia, un Centro di riferimento per l'Amiloidosi nell'ambito delle Malattie Rare.

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.

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.

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 sistema di prevenzione e controllo delle infezioni dell'Ospedale Isola Tiberina – Gemelli Isola si è sviluppato nel tempo attraverso una serie di atti formali, aggiornamenti organizzativi e strumenti regolatori che ne hanno progressivamente definito struttura, responsabilità e modalità operative.

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) rappresenta il nucleo storico di questo sistema. La sua istituzione risale al 20 febbraio 2015 e ha segnato l'avvio di un modello strutturato di governance del rischio infettivo. La composizione è stata aggiornata nel dicembre 2022, per adeguare il Comitato alla crescente complessità assistenziale e ai requisiti normativi emergenti.

Un ulteriore passaggio fondamentale è avvenuto il 21 marzo 2025, quando la Direzione Sanitaria, ha rinnovato la composizione del Comitato, integrando due figure strategiche: il Risk Manager e il Referente dei Sistemi Informativi. Questa scelta riflette la consapevolezza che la prevenzione delle ICA richiede oggi una forte integrazione tra gestione del rischio, qualità dei dati, sorveglianza epidemiologica e supporto informatico.

Parallelamente, il 7 marzo 2023, è stato istituito l'Antimicrobial Stewardship Team (AST), organismo multidisciplinare dedicato alla promozione dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici e al contrasto dell'antimicrobico-resistenza. La sua istituzione ha rappresentato un tassello essenziale per allineare l'ospedale agli standard del Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR 2022–2025).

Il percorso di rafforzamento della governance ICA ha compiuto un ulteriore passo nel 2025, quando, con lo stesso provvedimento del 21 marzo, è stato istituito il Gruppo Operativo ICA (G.O. ICA), responsabile

dell'attuazione concreta delle attività programmate dal Comitato. La sua composizione multidisciplinare — medico igienista, infettivologo, internista, intensivista, microbiologo, farmacista, coordinatore del blocco operatorio e assistente sanitaria — riflette la natura trasversale del rischio infettivo e la necessità di un approccio operativo integrato.

A coronamento di questo assetto, il 25 marzo 2025 è entrato in vigore il nuovo Regolamento del Comitato per le misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ospedale, approvato dal Direttore Sanitario e archiviato presso l'Ufficio Qualità.

Il Comitato ICA, istituito con prot. 651/DG del 20/02/2015 e aggiornato nel dicembre 2022, è ulteriormente integrato secondo quanto disposto dalla Direzione Sanitaria con prot. 554/25 del 21/03/2025 è composto da:

- Direttore Sanitario (Presidente)
- 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
- Referente Microbiologia
- Medico di Direzione Sanitaria
- Medico Infettivologo
- Assistente Sanitaria
- Risk Manager
- Referente Sistemi Informativi

Il Comitato si riunisce 3 volte all'anno e ogni volta che se ne ravveda la necessità.

Gruppo Operativo ICA (G.O. ICA)

Composto da:

- Medico Igienista (coordinatore)
- Medico Infettivologo
- Medico Internista
- Medico Intensivista
- Microbiologo
- Farmacista
- Coordinatrice Blocco Operatorio
- Assistente Sanitaria

Il Gruppo Operativo è responsabile dell'attuazione e della rendicontazione delle attività programmate dal Comitato ICA. Si riunisce ogni 2 mesi e ogni volta che se ne ravveda la necessità.

Antimicrobial Stewardship Team (AST)

Composto da:

- Medico Infettivologo (coordinatore)
- Medico Intensivista
- Microbiologa
- Farmacista
- Medico Igienista

Il Team è responsabile delle attività di stewardship antibiotica, della reportistica semestrale e della formazione clinica sull'uso appropriato degli antibiotici. Si riunisce ogni 2 mesi e ogni volta che se ne ravveda la necessità.

Tabella 1 – Dati di struttura e di attività (riferimento 31/12/2025)

DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari accreditati		Medicina	22
		Neurologia	6
		Oncologia	10
		Medicina d'Urgenza	10
		Cardiologia	19
		Chirurgia Generale	31
		Urologia	11
		Ortopedia	13
		Otorinolaringoiatria	13
		Oculistica	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	16
Numero Blocchi operatori	2	Numero sale operatorie	6
Blocco Operatorio Ostetricia	1	Sale Operatorie	2
Box travaglio parto			8+1 emergenza
Altre Sale Chirurgiche		Chirurgia Ambulatoriale	4

DATI DI ATTIVITÀ ^(A)			
Ricoveri ordinari e DS	19.296	Ricoveri DH Medico	797
Accessi PS	33.476	Parti	3.049
(di cui ricoverati)	6.525	Nati	3.094
Branche specialistiche	26	Prestazioni ambulatoriali erogate	regime SSN 762.000 (di cui 490.000 circa Laboratorio)

(A): Dal 01/02/2025 al 31/12/2025. Fonte 360 encompass + Stampa Statistiche Parti SIO Melograno.+ Riepilogo CDC ente CUP Melograno

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

2.1 EVENTI

Nel corso dell'anno 2025 sono state raccolte 63 segnalazioni di cui il 78% circa riguarda le cadute.

E' in uso il software TALETE per la gestione delle segnalazioni e del rischio clinico aziendale.

Come nei precedenti anni, le cadute rappresentano la gran parte degli eventi.

A partire dalla fine dell'anno 2025 è stato istituito un tavolo congiunto per la revisione delle procedure di gestione degli eventi caduta che include un più preciso inquadramento degli eventi rispetto ai criteri che definiscono l'episodio "caduta", al fine di circoscrivere in modo più puntuale il fenomeno.

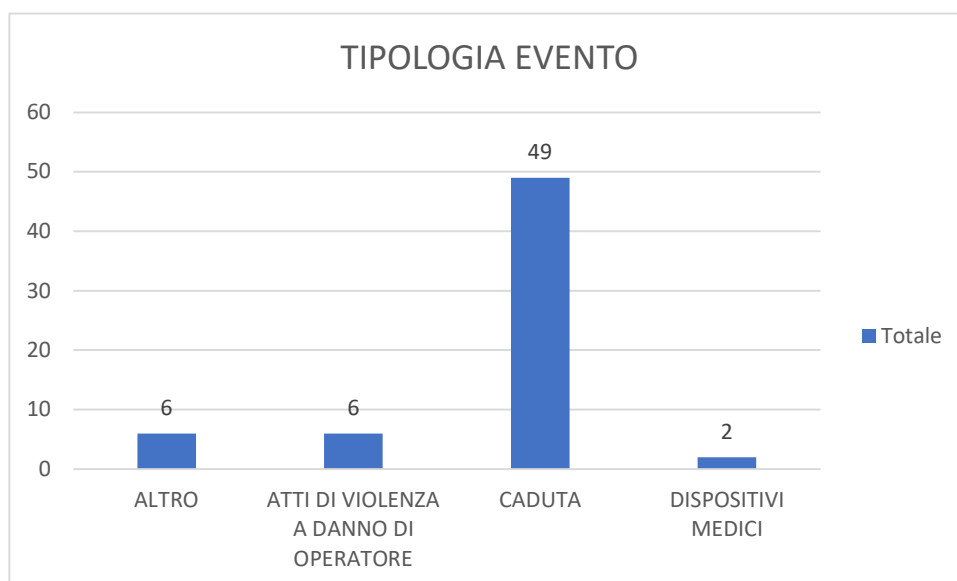
Nel merito degli episodi di violenza, si specifica che, ad eccezione di 2 casi, si è trattato di aggressioni verbali e non fisiche.

I due casi di aggressione fisica hanno riportato danni tra lieve e moderato.

Le tabelle di seguito esposte descrivono i numeri e la tipologia di eventi segnalati nel 2025.

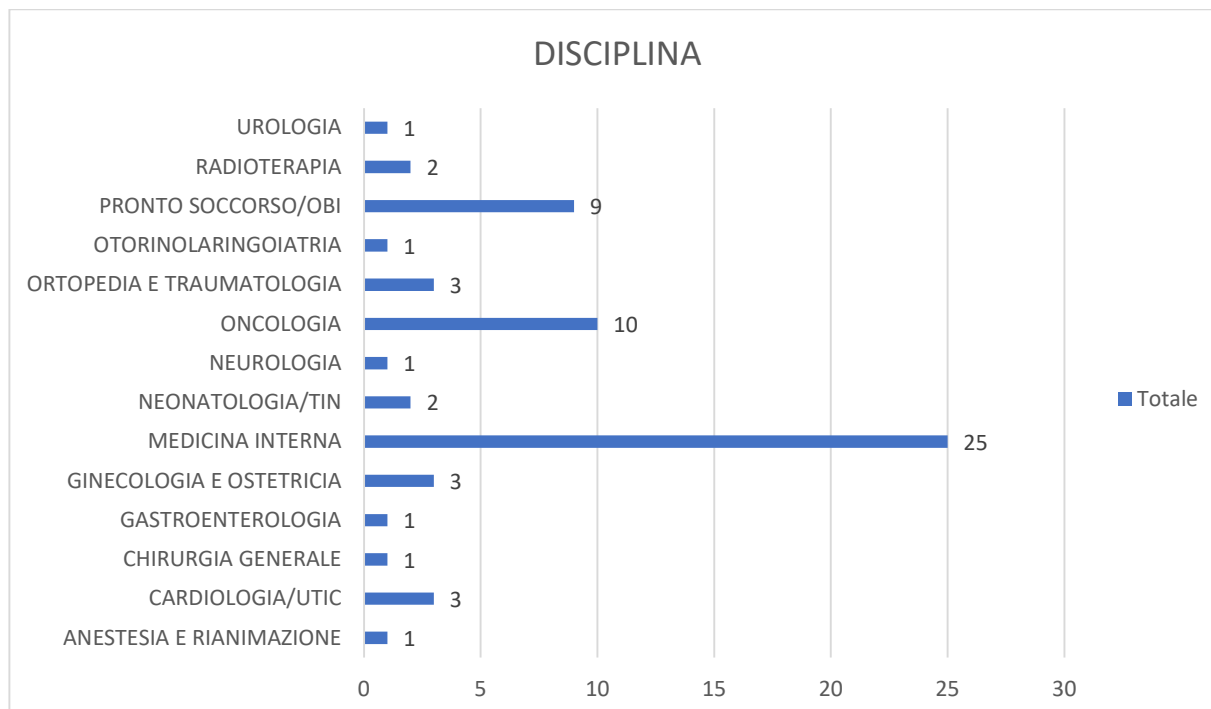
TIPOLOGIA EVENTI SEGNALATI

Tipologia Evento	N°
ALTRO	6
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	6
CADUTA	49
DISPOSITIVI MEDICI	2
Totale complessivo	63



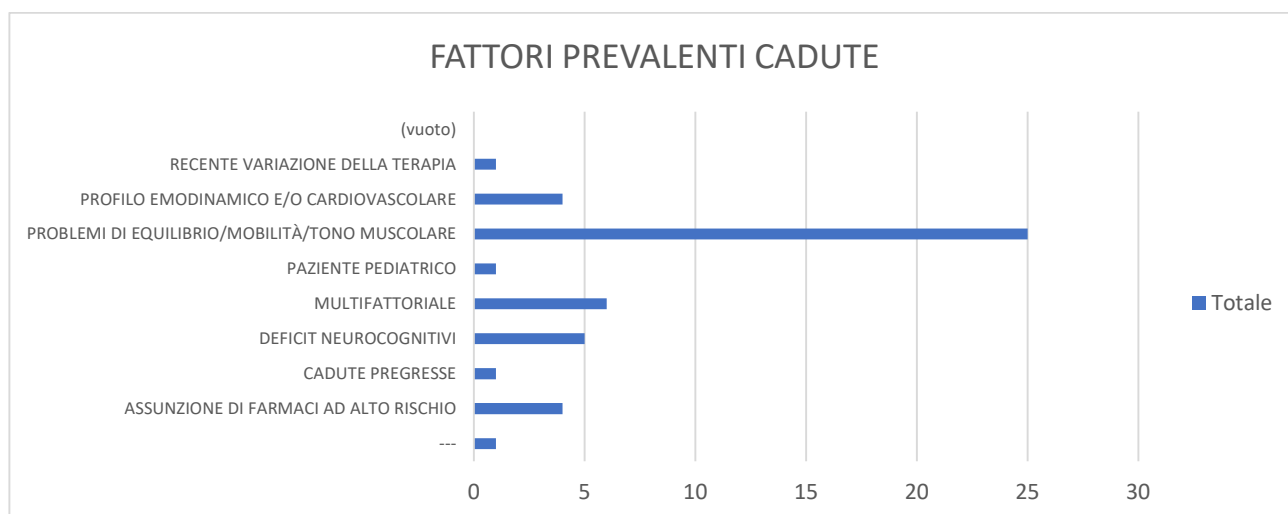
DISCIPLINA COINVOLTA

Disciplina coinvolta	N°
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1
CARDIOLOGIA/UTIC	3
CHIRURGIA GENERALE	1
GASTROENTEROLOGIA	1
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	3
MEDICINA INTERNA	25
NEONATOLOGIA/TIN	2
NEUROLOGIA	1
ONCOLOGIA	10
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3
OTORINOLARINGOIATRIA	1
PRONTO SOCCORSO/OBI	9
RADIOTERAPIA	2
UROLOGIA	1
Totale complessivo	63



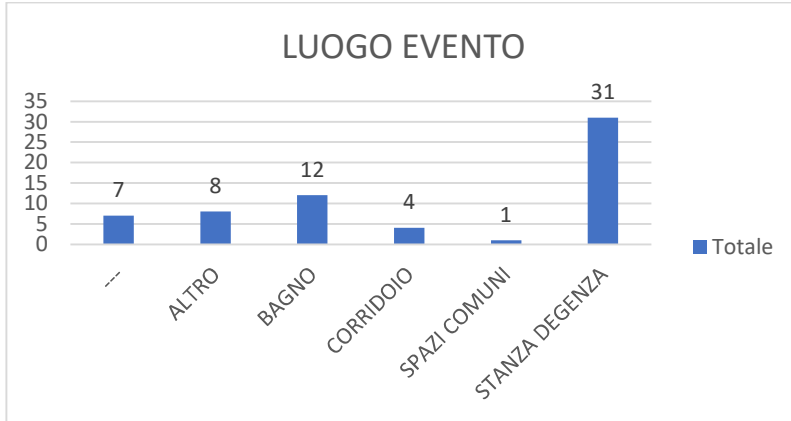
FATTORI PREVALENTI CADUTE

FATTORI FAVORENTI	n°
---	1
ASSUNZIONE DI FARMACI AD ALTO RISCHIO	4
CADUTE PREGRESSE	1
DEFICIT NEUROCOGNITIVI	5
MULTIFATTORIALE	6
PAZIENTE PEDIATRICO	1
PROBLEMI DI EQUILIBRIO/MOBILITÀ/TONO MUSCOLARE	25
PROFILO EMODINAMICO E/O CARDIOVASCOLARE	4
RECENTE VARIAZIONE DELLA TERAPIA	1
(vuoto)	
Totale complessivo	48



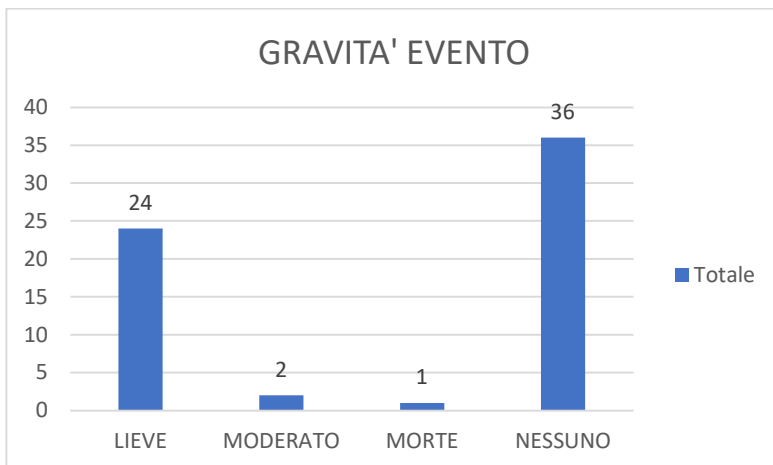
LUOGO DELL'EVENTO

Luogo evento	N°
---	7
ALTRO	8
BAGNO	12
CORRIDOIO	4
SPAZI COMUNI	1
STANZA DEGENZA	31
Totale complessivo	63



ESITO DELL'EVENTO

GRAVITA' EVENTO	n°
LIEVE	24
MODERATO	2
MORTE	1
NESSUNO	36
Totale complessivo	63



NB L'evento con esito morte riguarda un caso di morte neonatale non classificabile come evento sentinella.

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

ANNO	N. SINISTRI(A)	RISARCIMENTI EROGATI(B)
2022	2 Gemelli Isola	-
2023	16 Gemelli Isola	-
2024	11 Gemelli Isola	-
2025	20 Gemelli Isola	-

(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)

(C) : riportati solo i sinistri di competenza Gemelli Isola (ad esclusioni quindi di quelli riferiti a Casa Generalizia, con diversa ragione sociale)

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	POLIZZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	RITENZIONE ASSICURATIVA	BROKE-RAGGIO
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 Eventi successivi al 01/09/22 (GI)	Am Trust	€ 500.000,00 Aggregata per contratto € 0	AON
2024	RCH00020000186 Eventi successivi al 01/09/22 (GI)	Am Trust	€ 500.000,00 Aggregata per contratto € 0	AON
2025 (fino al 31/07/25)	RCH00020000186 Eventi successivi al 01/09/22 (GI)	Am Trust	€ 500.000,00 Aggregata per contratto € 0	AON
2025 (dal 01/08/25)	RCH00020000288 Eventi successivi al 01/09/22 (GI)	Am Trust	€ 500.000,00 per sinistro € 650.000,00 per sinistro da parto Aggregata per contratto € 0	AON

Fonte dati: Ufficio Affari Legale

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.

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Di seguito sono riportati i risultati ottenuti nel 2025 in relazione agli obiettivi e attività prefissati e/o eventuali ulteriori azioni intraprese.

Le attività previste nel Piano Annuale Rischio sanitario 2025 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 2025, con definizione di attività, realizzazione e stato di attuazione.

4.1. RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO CLINICO 2025

OBBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITA' 1: INCONTRI FORMATIVI IN TEMA DI STANDARD JCI 1a_REVISIONE PROCEDURE ED APPLICAZIONE STANDARD JCI ED 8 1b_DISCUSSIONE IN PLENARIA DELLE PROCEDURE E DEGLI STANDARD DA APPLICARE ALL'ATTIVITA CLINICO-ASSISTENZIALE 1c_CORSI IN AULA RIVOLTI ALL'AREA OSTETRICA E GINECOLOGIA E SERVIZI OSPEDALIERI	Esito
INDICATORE: COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE DI AFFERENZA MATERNO INFANTILE	
STANDARD: 30%	
FONTE Ufficio Qualità	
1a_Dal 1° Gennaio 2025 tutte le revisioni di procedure aziendali sono state adeguate allo standard JCI ed 8. In particolare, oltre 15 procedure di interesse Rischio Clinico sono state adeguate allo standard.	SI
1b_Svolte e concluse 5 giornate formative sui temi JCI, singolarmente accreditate e aperte a 50 partecipanti di tutte le professioni e di tutte le UO aziendali	SI
1c_Svolto e concluso un corso specifico accreditato ECM di 7 giornate per 25 operatori medici, ostetrici e infermieristici afferente alla UOC Ostetricia, su temi specifici relativi al recepimento degli standard JCI nei processi di UO.	SI

ATTIVITA' 2: CORSO SULLA FORMAZIONE DI EQUIPE, STRUMENTO DI GESTIONE PROATTIVA DEL RISCHIO CLINICO NELL'EMERGENZA OSTETRICA - CORSO IN AULA	Esito
INDICATORE: PARTECIPAZIONE DEL PERSONALE DI AFFERENZA MATERNO INFANTILE	
STANDARD 30% (rif. Partecipazione personale di area ostetrica)	
FONTE Risk Management	
Svolte e concluse 4 giornate formative accreditate ECM a tema: "La formazione di equipe, strumento di gestione proattiva del rischio clinico nell'emergenza ostetrica. Percorso per l'equipe di sala parto"	SI

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	Esito
INDICATORE: ELABORAZIONE DIFFUSIONE ED APPLICAZIONE DI ALMENO 3 PROCEDURE RELATIVE ALLA CORRETTA GESTIONE DEI FARMACI	
STANDARD SI	
FONTE UOC Farmacia Interna	
Aggiornamento PTO (validità 01 settembre 2025)	SI
Istruzione operativa per le verifiche saggi media fill presso UMACA (validità 02 luglio 2025)	SI
Procedura "Approvvigionamento e gestione dei farmaci, dispositivi e IVD" (validità 01 febbraio 2025)	SI
Procedura: "Prescrizione di farmaci off-label" (validità 01 luglio 2025)	SI

ATTIVITÀ 2: PIANO INTEGRATO QUALITÀ E SICUREZZA	Esito
INDICATORE Elaborazione e diffusione entro il 01 aprile 2025	
STANDARD SI	
FONTE UOS Risk Management/Ufficio Qualità	
Elaborato il "Piano Integrato di Qualità, Sicurezza e Formazione" (validità 01 marzo 2025)	SI

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)	Esito
INDICATORE: PARTECIPAZIONE DI ALMENO 2 OPERATORI SANITARI PER CIASCUNA AREA FUNZIONALE	
STANDARD SI	
FONTE UO Servizio di Prevenzione e Protezione	
Obiettivo parzialmente raggiunto in quanto nel 2025, pur essendosi concluso il corso triennale, i partecipanti non hanno raggiunto il limite prefissato dall'indicatore (2 operatori per area)	NO

ATTIVITÀ 2: ELABORAZIONE PROCEDURA DI PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA SUGLI OPERATORI	Esito
INDICATORE ELABORAZIONE E DIFFUSIONE DELLA PROCEDURA ENTRO IL 30/09/2025	
STANDARD SI	
FONTE UOS Risk Management	
Elaborata entro i tempi e pubblicata con decorrenza 1 gennaio 2026	SI

4.2. RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO INFETTIVO 2025

Nel corso del 2025 l'Ospedale Isola Tiberina – Gemelli Isola ha ulteriormente rafforzato il proprio sistema di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), grazie al lavoro sinergico del Comitato ICA (CC-ICA), del Gruppo Operativo (G.O. ICA), dell'Antimicrobial Stewardship Team (AST) e del Gruppo di Lavoro dedicato alla Legionellosi. L'azione coordinata di questi organismi ha consentito di consolidare i risultati ottenuti negli anni precedenti e di affrontare con maggiore maturità le nuove sfide emerse.

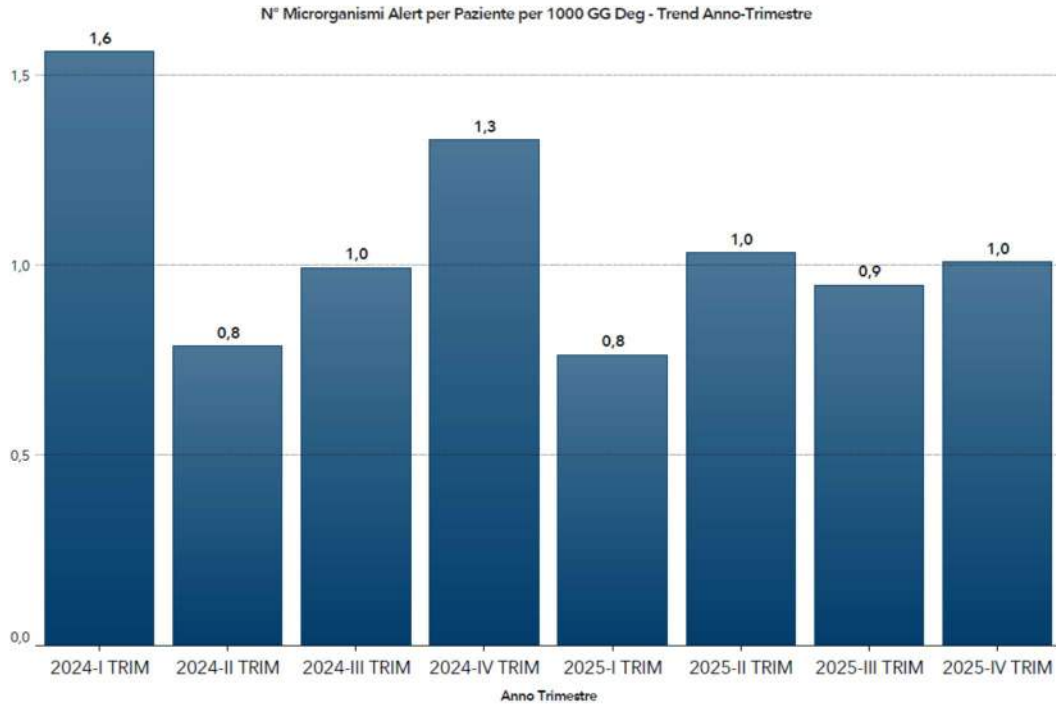
Il Comitato ICA ha svolto tre riunioni istituzionali focalizzandosi su temi chiave quali l'andamento dei germi sentinella, il consumo di antibiotici, la compliance all'igiene delle mani, la profilassi chirurgica, la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico e l'indagine di prevalenza. Nel quadro degli obiettivi regionali PARS e del Risk Assessment, il Comitato ha inoltre aggiornato la documentazione, implementato le procedure richieste dalla Regione Lazio e programmato le attività per il biennio 2025–2026. Tra le criticità emerse figurano la scarsa adesione allo screening CRE in area chirurgica, il mancato raggiungimento del target di igiene delle mani, ritardi nella trasmissione dei dati microbiologici e la necessità di integrare nei report le informazioni relative a *Legionella* e *C. difficile*.

Il G.O. ICA ha garantito un'intensa attività operativa, riunendosi cinque volte nel corso dell'anno. Tra le principali attività svolte si segnalano l'avvio dell'indagine di prevalenza, la sorveglianza delle ISC (colon-retto, senologia, urologia), gli audit sull'igiene delle mani in Dialisi, Blocco Operatorio e Pronto Soccorso, la revisione delle procedure sugli antisettici e sull'antisepsi preoperatoria, il monitoraggio degli screening CRE e MRSA, il supporto alla campagna vaccinale e la gestione delle non conformità JCI. Le criticità operative hanno riguardato soprattutto la scarsa adesione allo screening CRE in chirurgia, le non conformità relative all'igiene e alla cura della mano, problemi nella comunicazione delle emocolture e alcune carenze nella modulistica degli antibiotici Watch.

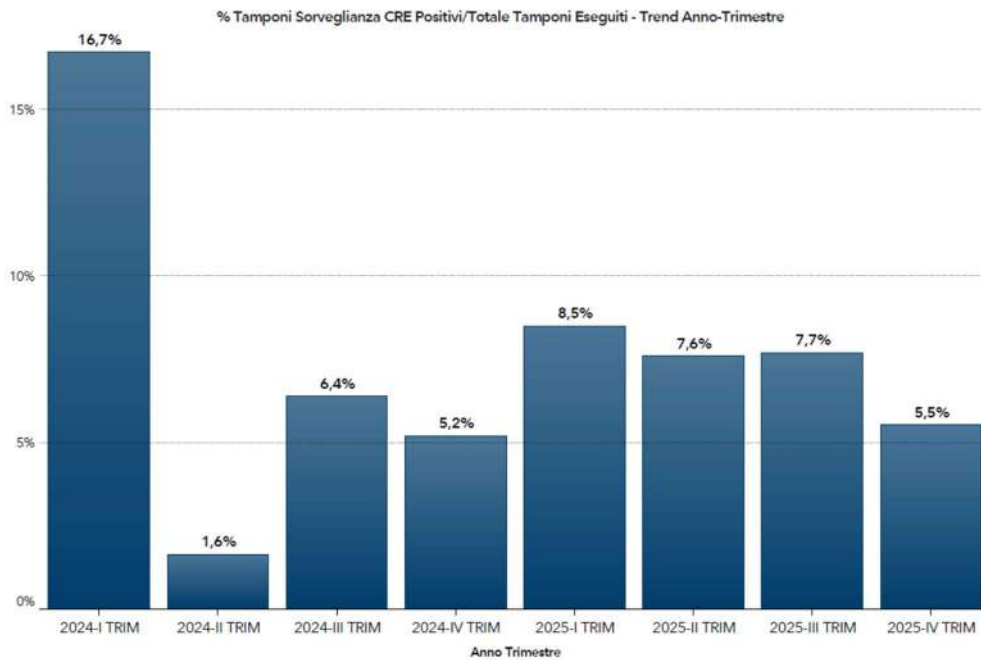
L'AST ha proseguito il proprio impegno nel promuovere un uso più appropriato degli antibiotici. Nel 2025 è stata avviata l'indagine "Adotta un reparto", che nella sua prima fase ha raggiunto un livello di appropriatezza dell'81,8%. L'attività del team ha incluso il monitoraggio dei consumi antibiotici, audit sul timing della profilassi chirurgica, iniziative formative rivolte al personale medico e l'implementazione delle note regionali CO.RE.FA., oltre alla pianificazione delle attività per il 2026.

Nel complesso, il biennio 2024–2025 ha mostrato un profilo microbiologico stabile, con valori contenuti di microrganismi alert e un andamento favorevole nella diffusione dei germi multiresistenti. Rimangono tuttavia alcune aree operative che richiedono interventi mirati, differenziati per unità operativa, al fine di consolidare i risultati raggiunti e proseguire nel percorso di miglioramento continuo.

MICROORGANISMI ALERT

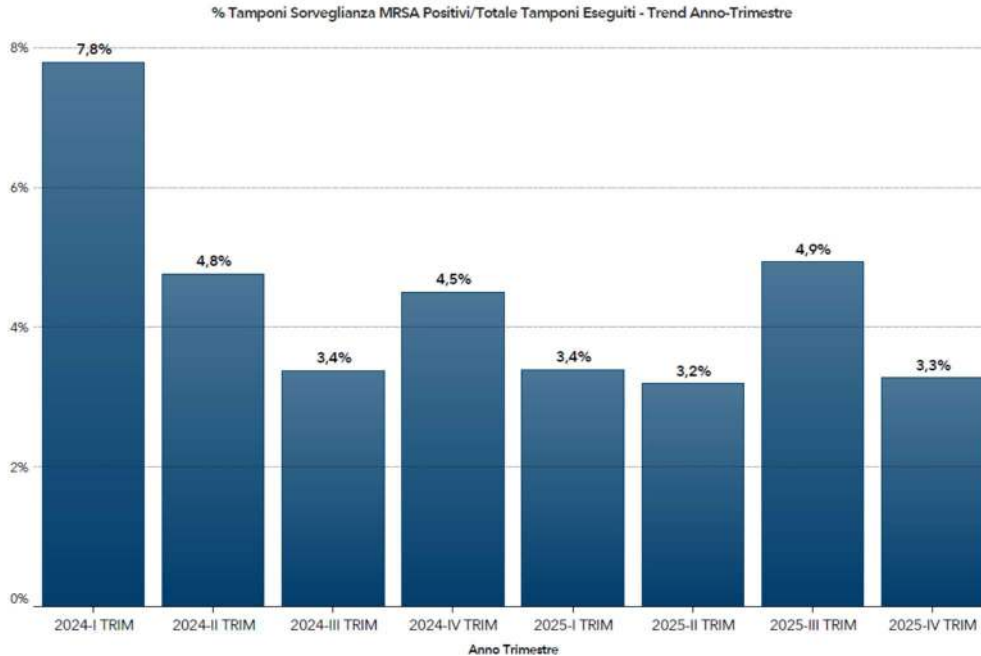


Il numero di microrganismi alert per 1.000 giornate di degenza si mantiene su valori bassi e costanti (0,8–1,0), confermando un buon controllo complessivo del rischio infettivo.



Il trend delle positività CRE mostra un calo significativo, passando dal 16,7% del 2024 al 5,5% nel IV trimestre 2025. Questo dato suggerisce un miglioramento nell'adozione delle misure di contenimento.

Permane invece una scarsa adesione allo screening in area chirurgica, che ha reso necessario l'avvio di audit dedicati e la progettazione di uno screening universale sperimentale per migliorare l'identificazione precoce dei portatori.



La positività ai tamponi MRSA si mantiene su valori moderati (3–5%). Il dato conferma la necessità di rafforzare le misure di prevenzione, in particolare la cura della mano, l'aderenza al dress code e la corretta gestione dei dispositivi.

Nel complesso, i dati mostrano un buon controllo del rischio infettivo, con trend favorevoli per CRE e stabilità dei microrganismi alert. Le criticità emergono soprattutto nei reparti ad alta intensità assistenziale, dove la complessità clinica e l'uso frequente di dispositivi invasivi aumentano il rischio di colonizzazione e infezione.

Le azioni già avviate — audit mirati, formazione, revisione delle procedure, screening universale — risultano coerenti con le evidenze emerse e rappresentano un passo essenziale per consolidare i risultati ottenuti e ridurre ulteriormente la circolazione dei germi multiresistenti.

CONSUMO ANTIBIOTICI E MONITORAGGIO PROFILASSI ANTIBIOTICA 2025

Il profilo di consumo 2025 evidenzia un utilizzo antibiotico coerente con la complessità clinica, ma con alcuni elementi di attenzione:

Dipendenza significativa dalle molecole WATCH, soprattutto ceftriaxone e piperacillina/tazobactam, che suggerisce la necessità di rafforzare le strategie di stewardship.

Presenza di molecole RESERVE, seppur limitata, che richiede un controllo prescrittivo puntuale.

Reparti driver ben identificati, sui quali concentrare audit e interventi formativi.

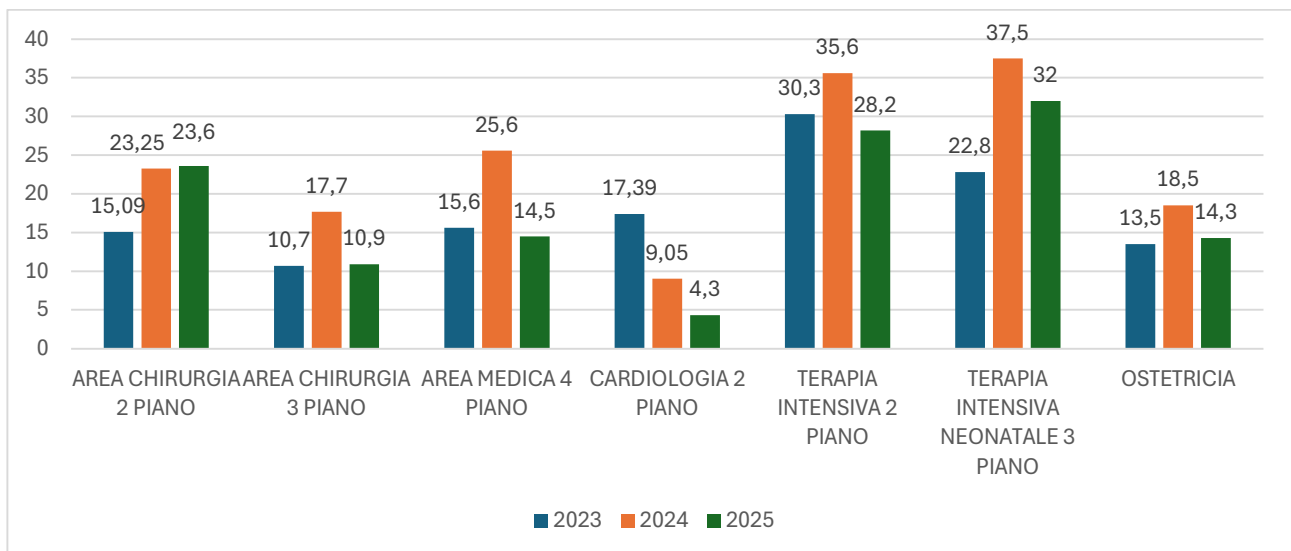
Il dato complessivo, pur non critico, indica l'opportunità di consolidare il percorso avviato con il progetto "Adotta un reparto" e con le attività del Gruppo AST.

La chirurgia conferma un buon livello di appropriatezza, ma con differenze tra specialità. La chirurgia digestiva mostra un'aderenza molto elevata alla profilassi short-term, con solo l'8,25% di estensioni oltre le 24 ore. La chirurgia endocrina mantiene protocolli corretti, con prosecuzioni antibiotiche limitate ai casi complessi. La chirurgia ORL, invece, continua a mostrare una tendenza alla prosecuzione della terapia in reparto e alla prescrizione alla dimissione, soprattutto in chirurgia nasale e tonsillectomie: un ambito che richiede interventi formativi e una revisione condivisa dei protocolli.

CONSUMO GEL IDROALCOLICO 2025

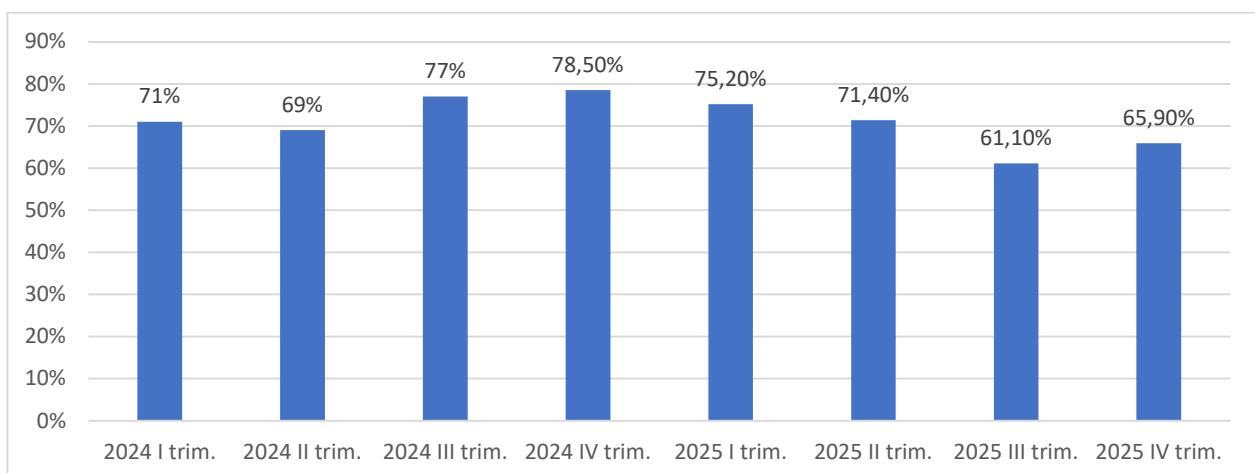
Le aree ad alta intensità assistenziale mostrano consumi adeguati o elevati, coerenti con il rischio clinico.

Le aree sotto standard richiedono interventi di sensibilizzazione, verifica della disponibilità dei dispenser e audit organizzativi.



COMPLIANCE IGIENE MANI 2025

Il 2025 registra un calo generalizzato rispetto al 2024, con criticità marcate tra medici, ostetriche e specialisti. Il momento 5 ("dopo contatto con ambiente") rappresenta il principale punto di vulnerabilità. È necessario un piano strutturato di audit, formazione sul campo e rinforzo della cura della mano.



INDAGINE DI PREVALENZA ICA 2025

L'indagine di prevalenza 2025 conferma un trend positivo nella riduzione delle ICA rispetto agli anni precedenti (11% nel 2023 → 9,2% nel 2024 → 7,8% nel 2025), segnalando un miglioramento complessivo delle pratiche assistenziali e delle misure di prevenzione.

SORVEGLIANZA INFEZIONI SITO CHIRURGICO (ISC)

La sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (ISC) nel 2025 evidenzia un quadro complessivamente positivo, con risultati pienamente coerenti con gli standard di riferimento.

I dati confermano che i percorsi chirurgici monitorati sono appropriati e sotto controllo, con performance pienamente allineate ai benchmark.

LEGIONELLA – MONITORAGGIO 2025

Il 2025 mostra un quadro ambientale più critico rispetto al 2024, con un numero maggiore di positività e cariche batteriche significativamente elevate in alcuni punti della rete idrica. Nonostante ciò, non si sono verificati cluster clinici, segno che le misure di contenimento e la tempestività degli interventi hanno funzionato.

Gli interventi messi in atto — filtri, disinfezioni, revisione della clorazione e audit tecnico — sono coerenti con le linee guida regionali e hanno permesso di riportare la maggior parte dei punti a conformità nei ricampionamenti successivi.

SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA MALATTIE INFETTIVE

Il trend 2022–2025 evidenzia un sistema di sorveglianza **maturo e reattivo**, capace di intercettare precocemente variazioni epidemiologiche e di attivare misure correttive efficaci. Allo stesso tempo, l'aumento di alcune patologie (TBC, infezioni respiratorie) suggerisce la necessità di:

consolidare i programmi vaccinali,

rafforzare la sorveglianza attiva,

mantenere elevati gli standard di prevenzione e controllo delle infezioni,

potenziare la formazione del personale sulle malattie emergenti e riemergenti.

MONITORAGGI AMBIENTALI

Sul fronte ambientale, i campionamenti microbiologici hanno messo in luce aspetti che richiedono interventi strutturali. I controlli sugli endoscopi hanno evidenziato non conformità ricorrenti nel canale operativo, confermando la complessità del reprocessing e la necessità di audit dedicati, verifiche tecniche e ricampionamenti programmati. Questo quadro impone nel 2026 un'attenzione particolare agli impianti di trattamento aria, alla manutenzione dei filtri e alla verifica dei flussi, soprattutto nelle aree a maggiore vulnerabilità.

INFORTUNI A RISCHIO BIOLOGICO

Il 2025 ha registrato un aumento significativo degli infortuni a rischio biologico, passati da 12 a 21 (+75%). Le punture d'ago restano la causa principale, ma cresce in modo marcato il numero di contatti congiuntivali, segnalando possibili criticità nell'uso dei DPI oculari. Infermieri e medici risultano le categorie più esposte. Nel 2026 sarà necessario rafforzare la formazione pratica, verificare la disponibilità dei dispositivi di sicurezza e rivedere l'organizzazione dei contenitori per taglienti.

FORMAZIONE, CAMPAGNE E INIZIATIVE 2025

Nel corso del 2025 l'Ospedale Isola Tiberina – Gemelli Isola ha realizzato un ampio programma di iniziative finalizzate al rafforzamento della cultura della sicurezza e alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. In particolare:

- **Campagna “Mano pulita, isola sicura”** Intervento aziendale mirato a migliorare la cura della mano, ridurre le non conformità (monili, smalto, unghie lunghe) e aumentare la compliance all'igiene delle mani.
- **Giornata mondiale dell'igiene delle mani – 5 maggio** Evento istituzionale con convegno, collegamento con il Policlinico Gemelli e premiazione delle U.O. con migliori performance.
- **Corso obbligatorio UTI (4 edizioni)** Formazione ECM su diagnosi microbiologica e terapia delle infezioni urinarie, con focus su casi clinici e appropriatezza prescrittiva.
- **Campagna vaccinale antinfluenzale 2025–26** Incremento significativo dell'adesione (+63%), con accesso libero presso Medicina Preventiva.
- **Formazione su antisepsi e nuovi antisettici** Aggiornamento obbligatorio a seguito della revisione delle procedure e dell'introduzione di nuovi prodotti con AIC.

Nel complesso, il 2025 restituisce l'immagine di un sistema ICA solido, capace di mantenere sotto controllo i principali indicatori epidemiologici e di rispondere con tempestività alle criticità emergenti. Allo stesso tempo, mette in luce aree che necessitano di un intervento più strutturato e continuativo: l'igiene delle mani, la gestione del rischio biologico, il controllo ambientale, l'appropriatezza antibiotica nei reparti ad alta intensità e la comunicazione tempestiva dei dati microbiologici.

Si riportano in tabelle sottostanti i risultati degli obiettivi contenuti nel PARS 2025 per le attività di prevenzione e controllo del rischio infettivo:

OBBIETTIVO 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 E CURA DELLA MANO	SI	Sono state effettuati n. 10 refresh formativi su igiene delle mani e cura della mano nelle aree maggiormente critiche dove la compliance all'igiene delle mani risultava sotto il 60% Obiettivo raggiunto

Attività 2: MEETING FORMATIVI SU APPROPRIATEZZA ANTIBIOTICA	SI	Sono state effettuate n. 16 edizioni dei meeting formativi rivolti al personale medico. Obiettivo raggiunto
Attività 3: CORSO DI FORMAZIONE SULLE INFEZIONI NEI VARI SETTING ASSISTENZIALI	SI	Sono state effettuate n.4 edizioni del corso di formazione, reso obbligatorio e accreditato per il personale medico di alcune unità operative. Obiettivo raggiunto

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

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1 MONITORAGGIO ADESIONE LAVAGGIO MANI	SI	Raggiunte le 200 osservazioni per ciascuna unità operativa
Attività 2: SORVEGLIANZA CONSUMO DI SOLUZIONE IDROALCOLICA	SI	Elaborati e trasmessi i report sul consumo di gel idroalcolico

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 Urologia e Chirurgia senologica nei mesi di settembre-ottobre-novembre 2025
Attività 2: INDAGINE DI PREVALENZA ICA E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ANTIBIOTICI	SI	E' stata effettuata l'indagine di prevalenza ad ottobre 2025
Attività 3: IMPLEMENTAZIONE PROCEDURE E PROTOCOLLI RACCOMANDATI NEL DOCUMENTO INDIRIZZO BUONE PRATICHE PREVENZIONE E CONTROLLO ICA	SI	Obiettivo soddisfatto
Attività 4: MONITORAGGIO APPLICAZIONE PROCEDURE AZIENDALI PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	SI	Obiettivo soddisfatto
Attività 5: AUMENTO DEL NUMERO DI TAMPONI DI SCREENING CRE NEI PAZIENTI DELLE CATEGORIE A RISCHIO	NO	Obiettivo non raggiunto
Attività 6: MONITORAGGIO PROFILASSI ANTIBIOTICA PERIOPERATORIA	SI	Obiettivo raggiunto

5. OBIETTIVI ED ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

5.1. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2026

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- 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.
- 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.

OBBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITA' 1: IMPLEMENTAZIONE CARTELLA INFORMATIZZATA			
INDICATORE: Implementazione della cartella informatizzata per Aree Chirurgiche e Mediche			
STANDARD: Applicazione ed Utilizzo per almeno il 30% delle UUOO componenti ciascuna Area			
FONTE: Applicativo cartella Informatizzata Engineering			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager	ICT	Ufficio Qualità
Progettazione	C	R	I
Esecuzione	C	R	I

ATTIVITA' 2: AUMENTO DELLE SEGNALAZIONI DI EVENTI AVVERSI			
INDICATORE: Numero di Notifiche di eventi avversi			
STANDARD: aumento delle notifiche del 30% rispetto all'anno 2025			
FONTE: Strumenti di segnalazione Interna (Talet e modulistica interna)			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager	Ufficio Qualità	Direzione Sanitaria
Diffusione e sensibilizzazione	R	I	C
Sorveglianza e verifica applicazione	R	I	C

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

ATTIVITÀ 1: PREVENZIONE E CONTROLLO DEGLI EVENTI DI CADUTA IN OSPEDALE			
INDICATORE: Utilizzo degli strumenti per la prevenzione del rischio caduta (scheda rilevazione rischio)			
STANDARD: schede di rilevazione correttamente compilate in almeno l'80% delle cc			
FONTE: Check List Monitoraggio Cartella Clinica			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager	Ufficio Qualità	Direzione Sanitaria
Elaborazione e verifica	R	C	R
Diffusione ed implementazione	C	I	R
Sorveglianza e verifica applicazione	R	I	C

ATTIVITÀ 2: SVOLGIMENTO DEI TRACER SUGLI STANDARD JCI AFFERENTI ALL'AREA IPSPG (INTERNATIONAL PATIENT SAFETY GOALS)		
INDICATORE: Svolgimento di tracer (area medica/area chirurgica/servizi)		
STANDARD: 3 tracer/anno		
FONTE Ufficio Qualità		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Ufficio Qualità ed Accredimento
Istituzione Gruppo di lavoro	R	C
Condivisione requisiti e documentazione richiesta con i responsabili Direttori e coordinatori di UO	R	I
Trasmissione e monitoraggio	C	I

ATTIVITÀ 3: MONITORAGGIO APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI				
INDICATORE: Raccomandazioni ministeriali su gestione farmaci e Identificazione del paziente				
STANDARD: Monitoraggio sulla applicazione di almeno 4 Raccomandazioni Ministeriali: Raccomandazione sulla Identificazione del sito chirurgico (check list operatoria e di reparto) sulle UUOO operanti nel Blocco Operatorio più almeno 3 per la Gestione dei Farmaci sui reparti di Area medica				
FONTE: Schede di monitoraggio interne Rischio Clinico e check list				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk manager	Resp.Medico e Coord. Blocco Operatorio	Servizio di Farmacia Interna	Ufficio Qualità ed Accredimento
Elaborazione e Diffusione	R	I	I	C
Sorveglianza e verifica	R	C	C	I

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

ATTIVITÀ 1: AGGIORNAMENTO DEL PIANO INTEGRATO QUALITÀ E SICUREZZA PER L'ANNO 2026, COME PREVISTO NEGLI STANDARD JCI QPS				
INDICATORE: Aggiornamento del piano per il 2026				
STANDARD: Aggiornamento del piano entro il 30/04/2026				
FONTE: UO Ufficio Qualità/Direzione Sanitaria/Controllo di Gestione				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk manager	Ufficio Qualità	Formazione	RSPP
Redazione del Piano	R	R/C	R/C	R/C
Monitoraggio	R	R	R/C	R/C

5.2. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2026

L'andamento favorevole delle ICA, la stabilità dei microrganismi alert e l'elevata appropriatezza della profilassi chirurgica confermano la maturità del sistema di prevenzione, ma il calo della compliance all'igiene delle mani, l'aumento degli infortuni a rischio biologico, le non conformità ambientali e l'elevato consumo di antibiotici in alcuni reparti richiedono un impegno più strutturato e continuativo.

In questo contesto, gli obiettivi del 2026 non si limitano a rispondere alle richieste regionali, ma intendono tradurre in azioni concrete le lezioni apprese nel corso dell'ultimo anno, con un approccio che valorizza la multidisciplinarietà, la responsabilità condivisa e la cultura della sicurezza.

Rafforzare l'igiene delle mani come pilastro della sicurezza

Il calo della compliance osservato nel 2025 rappresenta uno dei segnali più chiari della necessità di un intervento mirato. L'obiettivo per il 2026 è riportare l'igiene delle mani al centro della pratica assistenziale quotidiana, non solo attraverso il monitoraggio, ma con un lavoro capillare di formazione, comunicazione e revisione organizzativa. Sarà fondamentale recuperare i livelli di aderenza attesi, ridurre la variabilità tra le Unità Operative e garantire che ogni professionista, indipendentemente dal ruolo, percepisca l'igiene delle mani come un gesto imprescindibile di sicurezza per sé e per i pazienti.

Promuovere un uso più appropriato degli antibiotici e contrastare l'antimicrobico-resistenza

Il consumo di antibiotici nel 2025, pur coerente con la complessità clinica, ha evidenziato una forte dipendenza da molecole ad ampio spettro e un uso elevato nei reparti ad alta intensità assistenziale. Nel 2026 l'obiettivo è rafforzare ulteriormente il programma di stewardship, rendendo più omogenee le pratiche prescrittive, migliorando la tempestività della comunicazione microbiologica e consolidando il percorso avviato con "Adotta un reparto". L'attenzione sarà rivolta soprattutto alla riduzione dell'uso non necessario di ceftriaxone e piperacillina/tazobactam, al controllo delle molecole RESERVE e al mantenimento di un'elevata appropriatezza della profilassi perioperatoria.

Garantire percorsi chirurgici sempre più sicuri

La sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico ha mostrato risultati positivi, ma richiede continuità e ampliamento. Nel 2026 l'obiettivo è estendere la sorveglianza a un numero maggiore di specialità, rafforzare la collaborazione con i team chirurgici e consolidare la gestione della sepsi attraverso una procedura aziendale condivisa e applicata in modo uniforme. La tempestività nella comunicazione delle emocolture, già potenziata negli ultimi anni, dovrà diventare un elemento stabile e affidabile del percorso assistenziale.

Ridurre gli infortuni a rischio biologico e tutelare gli operatori

L'aumento significativo degli infortuni nel 2025, in particolare dei contatti congiuntivali, richiede un intervento deciso. Nel 2026 l'obiettivo è ridurre in modo sostanziale il numero di eventi attraverso una formazione più pratica, una maggiore diffusione dei dispositivi di sicurezza e una revisione dell'organizzazione dei punti di smaltimento dei taglienti. La sicurezza degli operatori rappresenta un elemento essenziale della qualità assistenziale e un indicatore della maturità del sistema.

Migliorare la qualità dei dati e la tempestività della comunicazione

La gestione del rischio infettivo si fonda sulla disponibilità di dati affidabili, tempestivi e facilmente interpretabili. Nel 2026 l'obiettivo è migliorare ulteriormente la qualità della reportistica, integrare in modo sistematico le informazioni su Legionella e *C. difficile*, ridurre i ritardi nella trasmissione dei dati microbiologici e rendere più omogenea la modulistica relativa agli antibiotici. Una comunicazione più fluida e tempestiva consentirà al Comitato ICA e alle Unità Operative di intervenire con maggiore rapidità ed efficacia.

In ottemperanza a quanto riportato nella nota regionale "Piano annuale di rischio sanitario 2026" del 15-01-2025 prot. N. U.0037825 le attività da predisporre per il 2026 sono le seguenti:

- monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica compresa la profilassi antibiotica perioperatoria
- gestione della terapia antibiotica empirica
- gestione della sepsi
- misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici
- monitoraggio del consumo di antibiotici secondo la classificazione AWARE

OBBIETTIVO 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-INDAGINE DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E FORMAZIONE SUL CAMPO		
INDICATORE: PERSONALE MEDICO FORMATO SU APPROPRIATEZZA ANTIBIOTICA		
STANDARD: 50%		
FONTE: TEAM ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	AMT/Medico Infettivologo	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 SU DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI		
INDICATORE: PERSONALE SANITARIO MEDICO FORMATO		
STANDARD: 30%		
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

ATTIVITÀ 4- CORSO DI FORMAZIONE/INFORMAZIONE SULLA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DA CATETERE VESICALE, ACCESSI VENOSI, VAP E INFEZIONI FERITA CHIRURGICA		
INDICATORE: PERSONALE SANITARIO FORMATO		
STANDARD: 30%		
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 UNITA' OPERATIVA		
STANDARD: 85% compliance		
FONTE: TEAM INFECTION CONTROL		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	SQUADRA OSSERVATORI IGIENE MANI	UNITÀ OPERATIVE
Rilevazione compliance igiene delle mani in tutte le unità operative	R	C
Registrazione dei dati rilevati durante le osservazioni nelle unità operative	R	I
Restituzione dei dati relativi alle osservazioni effettuate ogni trimestre	R	C
Redazione di un report sulla compliance all'adesione all'igiene delle mani da diffondere ai Direttori/Coordinatori delle UU.OO.	R	C
Audit per le U.O. con una compliance all'igiene delle mani <65%	R	C

ATTIVITÀ 2: 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	G.O. ICA	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	G.O. ICA	UU.OO.
Redazione di protocollo di sorveglianza e arruolamento di risorse dedicate all'indagine	R	I
Programmazione indagine e presentazione ai Direttori/coordinatori UU.OO.	R	C
Reportistica risultati indagine di sorveglianza	R	C
Feedback alle Unità operative sui risultati emersi e programmazione audit	R	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	G.O. ICA	UU.OO.
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 alle unità operative	R	C

ATTIVITÀ 3: PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CON SEPSI		
INDICATORE: Implementazione del Percorso Clinico Assistenziale (PCA) Sepsì		
STANDARD: ≥ 80% delle attività previste completate entro il 31/12/2026		
FONTE: CC-ICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	GDL/CC-ICA	UNITÀ OPERATIVE
Istituzione GDL per l'implementazione del PCA	R	I
Definizione del percorso	R	C
Formazione sul PCA sepsi	R	C

ATTIVITÀ 4: MANTENIMENTO DEL NUMERO DI TAMPONI DI SCREENING CRE NEI PAZIENTI DELLE CATEGORIE A RISCHIO		
INDICATORE: NUMERO DI TAMPONI CRE EFFETTUATI IN CIASCUNA UNITA' OPERATIVA		
STANDARD: ≥ 60% dei pazienti a rischio sottoposti a screening CRE		
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 5: MONITORAGGIO CONSUMI ANTIBIOTICI SECONDO LA CLASSIFICAZIONE AWARE		
INDICATORE: Distribuzione percentuale dei consumi antibiotici (DDD/100 giornate di degenza) nelle tre categorie AWARE: ACCESS, WATCH, RESERVE.		
STANDARD: Riduzione della quota WATCH rispetto al 2025		
FONTE: FARMACIA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	G.O. ICA	Unità Operative
Report semestrale sul consumo di antibiotici aware	R	I
Trasmissione dei report sul consumo degli antibiotici ai Direttori di U.O.	R	C

ATTIVITÀ 6: MONITORAGGIO PROFILASSI ANTIBIOTICA PERIOPERATORIA		
INDICATORE: NUMERO DI INTERVENTI CON PROFILASSI ADEGUATA ALL'INTERVENTO/TOTALE INTERVENTI EFFETTUATI		
STANDARD: ≥ 90% di appropriatezza complessiva		
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

PIANO DI CONTROLLO LEGIONELLOSI 2026

ALLEGATO A PARS 2026

Ospedale Isola Tiberina Gemelli Isola

SOMMARIO

1. SCOPO, CAMPO DI APPLICAZIONE E RESPONSABILITÀ	34
1.1. Scopo del documento.....	34
1.2. Campo di applicazione del documento ed esclusioni.....	34
1.3. Responsabilità	34
2. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO.....	35
2.1. Leggi e Norme tecniche	35
2.2. Disposizioni interne e di riferimento	35
3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI	35
3.1. Terminologia.....	35
3.2. Abbreviazioni.....	36
4. Costituzione del Team del PSA	36
5. Piattaforma documentale	36
6. Valutazione del rischio	37
7. Misure di controllo.....	37
7.1. Registri di Autocontrollo	38
8. Esiti del Monitoraggio di Verifica dell'Efficacia delle Misure di Controllo	40
8.1. Risultati del monitoraggio 2025.....	40
8.2. Valutazione dell'efficacia delle misure di controllo	40
9. Pianificazione delle Azioni di Supporto.....	41

1. SCOPO, CAMPO DI APPLICAZIONE E RESPONSABILITÀ

1.1. Scopo del documento

Il presente programma di controllo della legionellosi ha lo scopo di garantire la gestione sicura e continua del sistema idrico dell'edificio, prevenendo e controllando i rischi microbiologici, chimici e fisici associati all'utilizzo dell'acqua nelle diverse aree della struttura sanitaria.

Il documento definisce:

- l'analisi dei pericoli e la valutazione del rischio associato ai sistemi idrici;
- le misure di controllo necessarie per prevenire la proliferazione di *Legionella spp.* e altri contaminanti;
- le attività di monitoraggio operativo e di verifica;
- le responsabilità del Team e le modalità di gestione delle non conformità;
- le procedure di comunicazione, formazione e gestione documentale;
- il sistema di miglioramento continuo basato sui risultati dei monitoraggi e sugli audit interni.

1.2. Campo di applicazione del documento ed esclusioni

Il programma si applica a **tutti i sistemi idrici dell'edificio**, inclusi:

- rete di acqua fredda sanitaria (AF);
- rete di acqua calda sanitaria (ACS) e ricircolo;
- serbatoi di accumulo e sistemi di trattamento;
- boiler, scambiatori e gruppi di produzione ACS;
- reti di distribuzione interne, montanti e derivazioni;
- terminali di erogazione (rubinetti, docce, riuniti odontoiatrici, lavabi tecnici);
- apparecchiature che utilizzano acqua (dialisi, riuniti odontoiatrici, sterilizzatori, umidificatori, ecc.);
- aree critiche (TIN, Terapia Intensiva, Oncologia, Ostetricia, Chirurgia, Pronto Soccorso);
- sistemi di monitoraggio e telecontrollo delle temperature;
- registri di autocontrollo e documentazione correlata.

Il documento si applica a tutto il personale coinvolto nella gestione, manutenzione, utilizzo e controllo del sistema idrico.

1.3. Responsabilità

Attività PSA	Team Leader	CIO	Ufficio Tecnico	SPP	Laboratori
Raccolta documentazione impiantistica	C	I	R/A	I	I
Mappatura nodi e internodi	C	I	R	I	I
Identificazione pericoli microbiologici	C	R	C	C	C
Identificazione pericoli chimici/fisici	C	C	C	C	R

Identificazione eventi pericolosi impiantistici	C	I	R	C	I
Valutazione del rischio (matrice)	A	R	R	C	C
Definizione misure di controllo	A	C	R	C	C
Piani di miglioramento	A	C	R	C	C
Monitoraggio operativo e analitico	C	C	R	C	C
Audit e verifica interna	A	C	R	C	C
Gestione cloud PSA	A	I	R	I	I
Aggiornamento documentazione	A	C	R	C	C

Legenda: R=responsabile; C=coinvolto; I= informato

2. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

2.1. Leggi e Norme tecniche

Legge/norma	Descrizione
Rapporto ISTISAN 22/32	Piani di Sicurezza dell'Acqua negli edifici.
Linee guida ISS	Linee Guida nazionali per la prevenzione e il controllo della Legionellosi (2015 e aggiornamenti)
Ministero della Salute	Linee guida per la qualità dell'acqua nelle strutture sanitarie

2.2. Disposizioni interne e di riferimento

Disposizione	Descrizione/titolo

3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

3.1. Terminologia

Termine	Descrizione
Acqua destinata al consumo umano	acqua utilizzata per bere, preparare alimenti, igiene personale e usi sanitari.
Piano di Sicurezza	approccio sistematico basato sulla valutazione e gestione del rischio lungo l'intero

dell'Acqua (PSA):	sistema idrico dell'edificio.
Ramo morto	tratto di tubazione senza circolazione d'acqua, favorevole alla stagnazione e alla crescita microbica
Biofilm	matrice microbica aderente alle superfici interne delle tubazioni, difficile da rimuovere e sede di proliferazione batterica

3.2. Abbreviazioni

Termine	Descrizione
ACS	Acqua Calda Sanitaria
AF	Acqua Fredda Sanitaria
PSA	Piano di Sicurezza dell'Acqua
ISTISAN	Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN
UFC/L	Unità Formanti Colonia per Litro

4. Costituzione del Team del PSA

Il **Team del PSA** è il gruppo multidisciplinare incaricato di sviluppare, attuare, aggiornare e gestire il Piano di Sicurezza dell'Acqua dell'edificio.

E' composto da un Team Multidisciplinare:

- Direttore sanitario o delegato qualificato (medico igienista).
- Ufficio Tecnico
- SPP
- Direttore Laboratorio analisi
- Direttore Dipartimento Emergenza e di Medicina Interna

5. Piattaforma documentale

La piattaforma cloud dedicata al Piano di controllo della Legionellosi costituisce l'ambiente documentale centralizzato per archiviare, analizzare e condividere in sicurezza tutti i dati e i documenti relativi al sistema idrico dell'edificio.

La piattaforma comprende:

Documenti elaborati dal team

- matrice delle competenze;
- cronoprogramma;
- verbali delle riunioni;
- matrice di rischio.

Dati e informazioni a supporto dell'analisi di rischio

Per ogni nodo e internodo:

- dati di monitoraggio analitico;
- ispezioni e check list;

- caratteristiche strutturali e materiali;
- telecontrollo e anomalie;
- reclami e feedback degli utenti.

Piani di emergenza

Documenti relativi alle azioni da attuare in caso di contaminazione o interruzione della fornitura.

6. Valutazione del rischio

La valutazione del rischio consente di identificare, classificare e prioritizzare i rischi associati ai pericoli e agli eventi pericolosi del sistema idrico interno. L'obiettivo è distinguere i rischi più significativi, così da orientare in modo efficace le successive misure di controllo e gli interventi di miglioramento.

Finalità della valutazione del rischio

- Identificare i rischi associati ai pericoli rilevati lungo la filiera idrica.
- Stabilire una scala di priorità per la gestione e il controllo dei rischi.
- Supportare la definizione delle misure preventive e correttive.
- Garantire un approccio sistematico, documentato e tracciabile.

La valutazione del rischio si articola in due fasi:

La valutazione utilizza una matrice rischio-probabilità (scala 1–25) che combina:

- punteggio di probabilità (da “raro” a “quasi certo”);
- punteggio di gravità (da “insignificante” a “molto grave”).

Tabella matrice dei rischi

Impianto	Probabilità	Gravità	Rischio	Classe
Contatore Acea	1	5	5	M
Boiler	5	5	25	E
Distribuzione Acqua calda	5	5	25	E
Terminali	5	5	25	E

Legenda

Valore (P×G)	Classe	Significato
1–4	B	Basso
5–9	M	Medio
10–16	A	Alto
17–25	E	Elevato

7. Misure di controllo

Il piano prevede l'adozione delle seguenti barriere preventive:

A. Gestione Termica

- **Produzione:** Temperatura di stoccaggio nei boiler $\geq 60^{\circ}\text{C}$.
- **Distribuzione:** Temperatura di ritorno del ricircolo $\geq 50^{\circ}\text{C}$
- **Punti d'uso:** Obiettivo $> 50^{\circ}\text{C}$ entro 1 minuto dall'apertura.

B. Azioni sui Terminali e Barriere Fisiche

- Filtri Assoluti (0,2 μm)
- Programma di Flussaggio

C. Controllo boiler

7.1. Registri di Autocontrollo

I registri di autocontrollo costituiscono strumenti operativi fondamentali per garantire la tracciabilità delle attività di prevenzione e controllo del rischio Legionella e per verificare l'efficacia delle misure implementate.

1. Registro dei Flussaggi

Il flussaggio programmato dei punti idrici a basso utilizzo rappresenta, secondo ISTISAN 22/32, la prima barriera contro la formazione del biofilm e la proliferazione di *Legionella spp.*.

Contenuti del registro

Per ogni flussaggio devono essere registrati:

- reparto / punto di utilizzo
- data e ora del flussaggio
- operatore (infermiere, OSS, tecnico)
- durata del flussaggio
- eventuali anomalie rilevate (odore, colore, temperatura non conforme)
- firma o sigla dell'operatore

Finalità

- prevenire stagnazione e rami morti
- mantenere temperature idonee
- ridurre la carica batterica nei terminali
- garantire tracciabilità delle attività

2. Registro delle Temperature (Log Termico)

Il controllo delle temperature rappresenta la misura di verifica più importante per valutare l'efficacia del sistema ACS e del ricircolo.

Parametri da registrare

- temperatura in uscita dal boiler

- temperatura di ritorno del ricircolo
- temperatura al terminale (entro 60 secondi)
- eventuali scostamenti rispetto ai valori obiettivo

Valori di riferimento

- Boiler: 55–60°C
- Terminali ACS: $\geq 50^\circ\text{C}$ entro 60 secondi
- AF: $< 20^\circ\text{C}$ (quando possibile)

Criteri di rischio

- $\geq 50^\circ\text{C}$ → conforme
- 30–45°C → rischio elevato (range di massima crescita della Legionella)
- $< 30^\circ\text{C}$ → rischio inaccettabile (come rilevato in UTIC)

Finalità

- verificare l'efficacia del ricircolo
- identificare rami freddi o tratti stagnanti
- prevenire condizioni favorevoli alla crescita batterica

3. Registro della Manutenzione dei Filtri Assoluti

I filtri assoluti installati nei reparti critici (TIN, Terapia Intensiva, Chirurgia, Oncologia) rappresentano una misura di protezione immediata per pazienti vulnerabili.

Contenuti del registro

Per ogni filtro devono essere riportati:

- reparto e punto di installazione
- data di installazione
- data di scadenza (31 o 62 giorni, secondo specifica del produttore)
- operatore responsabile dell'installazione
- eventuali sostituzioni anticipate
- anomalie rilevate (pressione, portata, integrità)

Finalità

- garantire la continuità della barriera fisica
- prevenire l'utilizzo di filtri scaduti
- assicurare la protezione dei reparti ad alta vulnerabilità

4. Integrazione dei registri nel Piano

I registri di autocontrollo devono essere:

- archiviati nel cloud PSA con accesso controllato
- verificati periodicamente dal Team Leader e dall'Ufficio Tecnico
- analizzati in occasione delle riunioni del Team
- utilizzati per aggiornare la valutazione del rischio

La mancata compilazione dei registri costituisce una non conformità gestionale e deve essere trattata con azioni correttive.

8. Esiti del Monitoraggio di Verifica dell'Efficacia delle Misure di Controllo

Il monitoraggio di verifica ha lo scopo di valutare l'efficacia delle misure di controllo implementate nel sistema idrico dell'edificio, con particolare riferimento alla prevenzione e al contenimento della proliferazione di *Legionella spp.* e alla garanzia della potabilità dell'acqua nei punti di utilizzo.

Le attività di verifica includono:

- campionamenti microbiologici programmati e straordinari
- misurazioni delle temperature ACS/AF
- controlli funzionali su ricircolo, terminali e dispositivi di trattamento
- analisi delle non conformità e delle azioni correttive attuate

8.1. Risultati del monitoraggio 2025

Nel 1° semestre 2025 sono stati effettuati 45 prelievi, con 2 punti non conformi rispetto ai limiti interni (<100 UFC/L):

- Box 4 Odontoiatria: 1400 UFC/L
- Spogliatoio Donne: 1200 UFC/L

Entrambi i punti sono rientrati nei limiti dopo intervento di disinfezione e flussaggio, con valori <100 UFC/L.

Il monitoraggio successivo (2° semestre) ha previsto 37 prelievi, di cui 11 non conformi.

Le criticità principali hanno riguardato:

- TIN (Terapia Intensiva Neonatale): cariche fino a 9.660 UFC/L
- Ostetricia: 3.200 UFC/L
- Chirurgia – docce: 2.500 → 800 UFC/L (non conforme post-intervento)
- Solventi – lavandino: 3.600 → 20.250 UFC/L (peggioramento critico)
- Odontoiatria Box 3: ripositivizzazione (500 → 1300 UFC/L)

Le temperature rilevate nei punti non conformi risultavano frequentemente nel range 21–36°C, favorevole alla crescita della *Legionella*.

8.2. Valutazione dell'efficacia delle misure di controllo

Le seguenti azioni hanno dimostrato efficacia:

- Installazione di filtri anti-legionella nei reparti critici (TIN, DH Oncologia, Terapia Intensiva, Ostetricia)
- Disinfezioni straordinarie con abbattimento a <100 UFC/L nella maggior parte dei punti

- Pulizia e sanificazione dei terminali
- Ripristino delle temperature dei boiler (55–62°C)

I punti trattati con queste misure hanno mostrato un ritorno alla conformità.

Alcune criticità indicano che le misure in atto non sono sufficienti:

- Persistenza di temperature ACS nel range 25–45°C
- Ricircolo inefficace in più reparti
- Rami morti o terminali in disuso
- Ripositivizzazioni (Odontoiatria, Chirurgia)
- Incremento della carica post-intervento (Solventi: 3.600 → 20.250 UFC/L)

Questi elementi indicano la necessità di interventi strutturali e gestionali aggiuntivi.

I dati confermano il comportamento biologico della *Legionella pneumophila*:

- <20°C → batterio dormiente ma presente
- 25–45°C → massima crescita (range in cui ricadono quasi tutte le positività)
- >50°C → inibizione della replicazione
- >60°C → abbattimento progressivo

La presenza di ACS a 21–36°C in più reparti rappresenta il principale fattore di rischio.

Raccomandazioni operative

1. Mantenere ACS ≥ 50°C ai terminali e ≥ 55–60°C in produzione
2. Verificare il ritorno del ricircolo (mai <50°C)
3. Rimuovere o isolare rami morti
4. Programmare flussaggi obbligatori nei terminali a basso uso
5. Rafforzare la clorazione o valutare sistemi alternativi (biossido di cloro, rame–argento)
6. Ripetere i campionamenti a 7–15 giorni dopo ogni intervento

9. Pianificazione delle Azioni di Supporto

Le azioni di supporto rappresentano l'insieme delle attività organizzative, formative, documentali e tecniche necessarie per garantire l'efficacia e la sostenibilità del Piano di controllo della Legionellosi. Esse assicurano che le misure di controllo siano applicate correttamente, che il personale sia formato, che la documentazione sia aggiornata e che il sistema idrico sia gestito in modo coerente con i requisiti normativi e con le Linee Guida ISTISAN 22/32.

Gestione Documentale e Registri di Autocontrollo

- aggiornamento periodico dei registri di flussaggio
- compilazione del log delle temperature (boiler, ricircolo, terminali)
- gestione del registro dei filtri assoluti (installazione, scadenza, sostituzione)
- archiviazione nel cloud documentale con accesso controllato

- verifica mensile della completezza dei registri da parte del Team Leader

Questi strumenti garantiscono tracciabilità, auditabilità e continuità operativa.

Comunicazione Interna e Segnalazione delle Anomalie

- comunicazioni periodiche ai reparti sui risultati dei monitoraggi
- aggiornamenti operativi in caso di interventi straordinari
- condivisione delle non conformità e delle azioni correttive con il Team

Manutenzione Programmata e Verifiche Tecniche

- manutenzione programmata dei boiler (pulizia fanghi, anodi, taratura sonde)
- bilanciamento idraulico del ricircolo
- ispezione dei terminali e dei flessibili
- verifica dei dispositivi di trattamento (cloratori, UV, addolcitori)
- controllo dei rami morti e dei punti a basso utilizzo
- audit interni semestrali

Supporto Analitico e Monitoraggio Microbiologico

- pianificazione dei campionamenti di routine e straordinari
- ricampionamenti post-intervento
- screening mirati (PCR, Pseudomonas, metalli)
- analisi dei trend storici
- verifica dell'efficacia delle misure di controllo

PIANO DI AZIONE LOCALE IGIENE DELLE MANI 2026

ALLEGATO A PARS 2026

Ospedale Isola Tiberina Gemelli Isola

SOMMARIO

1. SCOPO, CAMPO DI APPLICAZIONE E RESPONSABILITÀ	45
1.1. Scopo del documento.....	45
1.2. Campo di applicazione del documento ed esclusioni.....	45
1.3. Responsabilità	45
2. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	45
2.1. Leggi e Norme tecniche	45
2.2. Disposizioni interne e di riferimento	45
3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI	46
3.1. Terminologia.....	46
3.2. Abbreviazioni.....	46
4. PREMESSA.....	47
5. RISULTATI QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE	47
5.1. Azioni previste	47
6. RISULTATI DEL MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI GEL IDROALCOLICO	48
7. RISULTATI MONITORAGGIO COMPLIANCE IGIENE DELLE MANI 2025	50
7.1. Azioni prioritarie proposte 2026	51
8. INTERVENTI DA ADOTTARE	51
9. INDICATORI	53

10. SCOPO, CAMPO DI APPLICAZIONE E RESPONSABILITÀ

10.1. Scopo del documento

Definire un bundle di requisiti strutturali, organizzativi e professionali per migliorare l'adesione all'igiene delle mani e ridurre il rischio di ICA, in conformità al Piano Regionale sull'Igiene delle Mani e al PARS 2026.

10.2. Campo di applicazione del documento ed esclusioni

Tutte le U.O. di degenza, ambulatoriali, sale operatorie e servizi diagnostici dell'Ospedale Isola Tiberina Gemelli Isola.

10.3. Responsabilità

La Direzione Sanitaria è responsabile dell'esecuzione dell'autovalutazione rispetto ai requisiti riportati nel Piano regionale con cadenza annuale e del mantenimento del livello intermedio richiesto dal piano per il 2026.

11. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

11.1. Leggi e Norme tecniche

Legge/norma	Descrizione
Nota Regione Lazio prot. U.0037825 del 15/01/2026	PARS 2026
Determina Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria G16501 28/11/2022	Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".
Determina Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria G02044 del 26_02_2021	"Adozione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani".
Circolare Ministero della Salute n. 4968 del 26 febbraio 2013	Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE).
Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2	"Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali". Versione del 24 agosto 2020. Tavolo Permanente 17 dicembre 2021.
DCA n. U00328 del 4 novembre 2016, Progetto 7.3	"Contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici".
WHO- World Alliance for Patient Safety — 2008 "Safe Surgery Safe Live"	The second Global Patient Safety — Challeng.
WHO 2009	A Guide to the implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene improvement Strategy.
Circolare Ministeriale n. 52/1985	"Lotta contro le Infezioni Ospedaliere".

11.2. Disposizioni interne e di riferimento

Disposizione	Descrizione/titolo
ITGI CC-ICA POS 10	Procedura gestione Igiene delle mani e uso guanti

12. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

12.1. Terminologia

Termine	Descrizione
Disinfezione	Procedimento chimico o fisico che comporta l'eliminazione di tutte le forme patogeniche del maggior numero di microrganismi presenti in un ambiente o su di un substrato, ad eccezione delle spore.
Infezione	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o in altri siti con evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria; prevede l'invasione, la moltiplicazione e la risposta loco regionale e/o sistemica dell'ospite.
Punto di Assistenza	Il punto di assistenza è il luogo dove tre elementi si uniscono: il paziente, l'operatore sanitario e la cura o il trattamento che comporti il contatto con il paziente o il suo ambiente circostante (all'interno della zona del paziente). Il concetto abbraccia la necessità di eseguire l'Igiene delle Mani nei momenti raccomandati esattamente dove ha luogo l'assistenza. Ciò richiede che un prodotto per l'Igiene delle Mani (a base di soluzione alcolica, se disponibile) sia facilmente accessibile il più vicino possibile - a portata di mano dove si svolge l'assistenza o il trattamento del paziente. I prodotti al punto di assistenza devono essere accessibili senza dover lasciare la zona paziente.
Frizione idroalcolica	Frizione delle mani con preparazione idroalcolica volta a ridurre la flora microbica transitoria, ma non necessariamente quella residente. Si effettua utilizzando un antisettico conforme alla norma EN 1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791. La durata dell'operazione è di 20-30 secondi, in relazione al prodotto impiegato. La frizione antisettica è indicata per procedure a rischio infettivo basso o intermedio: igiene di routine e procedure a settiche di livello intermedio.

12.2. Abbreviazioni

Termine	Descrizione
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
PARS	Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario
CCICA	Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza
CRRC	Centro Regionale Rischio Clinico
HH	Hands Hygiene (igiene delle mani)
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control

13. PREMESSA

Il Piano di Azione Locale per l'Igiene delle Mani 2026 definisce le misure necessarie per migliorare l'adesione alle pratiche di igiene delle mani e ridurre il rischio di ICA, in coerenza con il Piano Regionale e con il PARS 2026. Il documento traduce le indicazioni regionali in azioni operative, strutturali e formative applicabili a tutte le Unità Operative dell'Ospedale.

Il Piano risponde alle criticità emerse nel 2025 – calo della compliance, consumi sotto soglia e differenze tra reparti – e definisce un approccio multimodale orientato a un miglioramento misurabile e sostenibile.

14. RISULTATI QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE

Sulla base delle indicazioni e dei documenti forniti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani per l'igiene delle mani, sono stati utilizzati i questionari autovalutativi relativi ad ogni sezione al fine di consentire di determinare il proprio livello di implementazione delle misure necessarie.

L'attribuzione di un punteggio al termine dei vari questionari ci ha permesso di avere maggiore consapevolezza riguardo le criticità riscontrate nei vari ambiti, e riguardo il livello della struttura (INADEGUATO, BASE, INTERMEDIO, AVANZATO) nei confronti di ciò che viene analizzato dal piano, con l'obiettivo di ottenere un miglioramento entro il 2026 come previsto dal piano e di mirare al raggiungimento del livello AVANZATO in tutti i campi analizzati.

Tabella 1 – Risultati questionario di autovalutazione

Sezione	2023	2024	2025	Livello 2025	Trend
Requisiti strutturali	65	80	80	AVANZATO	stabile
Formazione	85	90	90	AVANZATO	stabile
Monitoraggio e feedback	85	85	85	AVANZATO	stabile
Comunicazione permanente	77,5	77,5	77,5	INTERMEDIO	invariato
Clima organizzativo	65	75	75	INTERMEDIO	migliorato

14.1. Azioni previste

- Rafforzamento comunicazione visiva
- Introduzione strumenti e-learning
- Programma formale per pazienti e caregiver
- Feedback mensile

15. RISULTATI DEL MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI GEL IDROALCOLICO

Il monitoraggio del consumo di gel idroalcolico nel 2025 mostra una situazione non omogenea tra i reparti. Le Terapie Intensive e le Sale Operatorie registrano consumi superiori allo standard OMS, confermando una buona aderenza alle pratiche di igiene delle mani nei contesti a maggiore complessità clinica.

Al contrario, diversi reparti di degenza – in particolare Cardiologia, Area Medica, Chirurgia 3° piano e Ostetricia – presentano consumi inferiori alla soglia minima raccomandata (20 L/1000 giornate di degenza).

La situazione più critica riguarda la Cardiologia, che mostra un consumo molto basso e in costante diminuzione nel triennio, suggerendo possibili problemi di disponibilità, accessibilità o utilizzo dei dispenser.

Anche negli ambulatori emergono differenze rilevanti: alcune aree (Elettrofisiologia, Endoscopia, Radioterapia) mostrano consumi coerenti con il volume di attività, mentre altre – come Endocrinologia – risultano sotto soglia e richiedono un intervento correttivo.

Il trend triennale evidenzia un miglioramento nel 2024, seguito da un calo nel 2025 in diversi reparti.

Degenze – consumo (L/100 giornate di degenza)

Reparto	Consumo (litri/100 gg degenza)
Terapia Intensiva	28.2–32
Chirurgia 2° piano	23.6
Chirurgia 3° piano	10.9
Area Medica	14.5
Cardiologia	4.3
Ostetricia	14.3

Ambulatori – Consumo (Litri)

Ambulatorio	Consumo 2025
Elettrofisiologia / UTIC	46.0
Endoscopia Digestiva	43.5
Ostetricia e Ginecologia	29.5
Radioterapia	31.5
Endocrinologia e Diabetologia	9.0

Sale operatorie – Consumo (Litri)

Sala operatoria	Consumo 2025
Sala Parto	125.2
Blocco Operatorio	147.5
Sala Multidisciplinare	43.0
Oculistica	19.5

Servizi – Consumo (Litri)

Servizio	Consumo 2025
Radiologia	129.5
Dialisi	62.5
Medicina di Laboratorio	76.5
DH Oncologia Medica	35.5

Tabella 2 - Andamento triennale consumo gel idroalcolico(2023–2025) – Reparti di degenza

Reparto	2023	2024	2025	Trend
Chirurgia 2° piano	15.1	23.3	23.6	stabile
Chirurgia 3° piano	10.7	17.7	10.9	calo
Area Medica	15.6	25.6	14.5	calo
Cardiologia	17.4	9.0	4.3	critico
Terapia Intensiva	30.3	35.6	28.2	stabile

Reparto	2023	2024	2025	Trend
TIN Neonatale	22.8	37.5	32.0	stabile
Ostetricia	13.5	18.5	14.3	calo

Azioni previste nel 2026

1. audit mirati nelle aree sotto soglia,
2. revisione della mappa dei punti di assistenza,
3. monitoraggio più frequente dei consumi,
4. interventi formativi mirati nelle U.O. critiche.

16. RISULTATI MONITORAGGIO COMPLIANCE IGIENE DELLE MANI 2025

La compliance 2025 mostra un calo significativo rispetto al 2024.

Minimo nel III trimestre (61%), lieve recupero nel IV trimestre ma sempre sotto lo standard OMS (75%).

Il trend indica una perdita di aderenza trasversale, non limitata a singole U.O. o professioni.

Per categoria professionale

Professione	Compliance	Esito
Infermieri	48.9%	non conforme
Medici	37.5%	critico
Ostetriche	38.5%	critico
Specializzandi	37.6%	critico
OSS	54.5%	non conforme
TSRM	64.5%	non conforme

Tutte le categorie risultano sotto soglia, con performance particolarmente basse in:

- Medici: 37,5%
- Specializzandi: 37,6%
- Ostetriche: 38,5%
- Infermieri: 48,9% (in forte calo rispetto al 2024)
- OSS e TSRM mostrano valori migliori ma comunque non conformi.

Per momento OMS

Momento	Compliance	Criticità
1 – Prima del contatto	61%	bassa

Momento	Compliance	Criticità
5 – Dopo contatto con ambiente	51.2%	peggiore

1. Momento 5 – Dopo contatto con ambiente: 51,2% → *momento più critico dell'anno*
2. Momento 1 – Prima del contatto con il paziente: 61% → scarsa percezione del rischio iniziale

Criticità per Unità Operativa- U.O. con valori più bassi e/o campioni insufficienti:

- Pronto Soccorso
- Oculistica ambulatoriale
- Ostetricia/Ginecologia ambulatoriale
- Blocco Operatorio
- Endoscopia
- Reparto Solventi

Punti di forza

- TIN–SUBTIN–Patologia neonatale: 100%
- Terapia Intensiva: valori costantemente elevati
- Area Medica 4° piano: ottime performance
- Sala Multidisciplinare, Pediatria amb., Elettrofisiologia: sopra standard in più trimestri

16.1. Azioni prioritarie proposte 2026

- Formazione
- Moduli specifici per medici, ostetriche, specializzandi
- Addestramento pratico con box UV
- Retraining immediato nelle U.O. sotto soglia
- Monitoraggio
- Osservazioni trimestrali in tutte le U.O.
- Feedback mensile ai coordinatori
- Audit immediati in caso di non conformità
- Organizzazione
- Revisione mappa dispenser
- Rafforzamento comunicazione visiva (poster, screensaver, adesivi)
- Programma formale per pazienti e caregiver

17. INTERVENTI DA ADOTTARE

Le azioni previste nel presente Piano di Azione Locale rappresentano un intervento strutturato e multilivello, finalizzato a rispondere in modo diretto e mirato alle criticità emerse nel 2025.

Requisiti strutturali e tecnologici

Sul piano strutturale, le attività di verifica periodica dei dispenser, il monitoraggio dell'approvvigionamento e la revisione della mappa dei punti di assistenza mirano a garantire la disponibilità costante dei prodotti per l'igiene delle mani, condizione essenziale per sostenere comportamenti corretti.

Le azioni sono particolarmente rilevanti per i reparti che hanno mostrato consumi sotto soglia, come Cardiologia, Area Medica e Ostetricia.

Azione	Responsabilità	Tempistica	Monitoraggio
Verifica dispenser e punti di assistenza	CC-ICA	semestrale	31/12/26
Aumento dispenser in U.O. critiche	CC-ICA/ Ufficio Facility	giugno	31/12/26

Formazione del personale

Le iniziative formative sono orientate a colmare le lacune evidenziate dalla compliance 2025, con percorsi specifici per le categorie professionali meno aderenti (medici, specializzandi, ostetriche). L'obiettivo è rafforzare la consapevolezza del rischio e standardizzare i comportamenti.

Azione	Responsabilità	Tempistica	Monitoraggio
Formazione obbligatoria	CC-ICA / Ufficio Formazione	annuale	31/12/26
Moduli specifici per professioni e aree critiche	CC-ICA	semestrale	31/12/26
Addestramento e refresh	CC-ICA	trimestrale	31/12/26

Monitoraggio e feedback

Sul versante del monitoraggio, l'incremento della frequenza delle osservazioni e l'introduzione di un sistema di feedback mensile rappresentano un cambio di passo significativo rispetto agli anni precedenti. Questo approccio consente di intervenire tempestivamente, ridurre la variabilità tra le U.O. e promuovere un miglioramento continuo.

Azione	Responsabilità	Tempistica	Monitoraggio
Osservazioni trimestrali	CC-ICA	trimestrale	31/12/26
Feedback mensile	CC-ICA	mensile	continuo
Audit mirati	CC-ICA / DS	trimestrale	31/12/26

Comunicazione permanente e Clima organizzativo e commitment

Le azioni relative alla comunicazione permanente e al clima organizzativo puntano a consolidare la cultura della sicurezza attraverso materiali aggiornati, strumenti innovativi e il coinvolgimento attivo di pazienti e caregiver. Questi elementi sono fondamentali per sostenere un cambiamento duraturo e per rafforzare il commitment dell'intera organizzazione.

Azione	Responsabilità	Tempistica	Monitoraggio
Aggiornamento poster	DS / Ufficio Stampa	annuale	31/12/26
Introduzione screensaver, adesivi, badge	DS / Ufficio Stampa	semestrale	31/12/26
Campagna "libere le mani liberi i polsi"	CC-ICA	annuale	continuo

Azione	Responsabilità	Tempistica	Monitoraggio
Programma per pazienti e caregiver	CC-ICA	annuale	31/12/26
Riconoscimento "Hand Hygiene Champion"	DS / CC-ICA	annuale	31/12/26

Nel complesso, il set di interventi proposto è coerente con le evidenze emerse e orientato a riportare la struttura al livello AVANZATO in tutte le aree del questionario regionale, garantendo un miglioramento misurabile della compliance e una maggiore efficacia nella prevenzione delle ICA.

18. INDICATORI

Il sistema di indicatori definito nel presente Piano di Azione Locale consente di monitorare in modo sistematico l'efficacia delle azioni implementate e di verificare il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PARS 2026.

Gli indicatori di processo – quali la "% di compliance globale", la "% di U.O. con feedback mensile" e il "consumo di gel L/1000 giornate" – permettono di valutare l'aderenza operativa alle misure previste e di identificare tempestivamente eventuali scostamenti rispetto agli standard attesi.

Di seguito l'elenco:

1. % compliance globale
2. % compliance per U.O.
3. % compliance per professione
4. % compliance per momento OMS
5. Consumo gel L/1000 giornate
6. % U.O. con feedback mensile

Gli indicatori di esito, invece, consentono di misurare l'impatto reale delle azioni sulla sicurezza del paziente, con particolare attenzione al "trend delle ICA correlate a scarsa igiene mani" e alla "riduzione della variabilità tra U.O.". L'incremento del consumo di gel nelle aree critiche rappresenta un ulteriore segnale indiretto di miglioramento dei comportamenti.

Di seguito l'elenco:

1. Trend ICA correlate a scarsa igiene mani
2. Riduzione variabilità tra U.O.
3. Aumento consumo gel nelle aree critiche

6. 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 pazienti 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

Legge/norma	Descrizione
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”.
Ministero Salute Luglio 2024	Protocollo per il Monitoraggio 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
Reg Lazio Determinazione_G13405/2025	Adozione del “Manuale_Classificazione_Eventi_Alimentazione_SIRES_Eventi”