PIANO ANNUALE
PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026
PARS 2026

REVISIONE	DATA	PREPARATO DA	APPROVATO DA	DISTRIBUITO A
0	Febbraio 2022	Risk Manager Commissione Rischio Clinico Presidente CCICA - CCICA Direzione Sanitaria SGQ	Direzione Generale Direzione Sanitaria Direzione Amministrativa Servizio Infermieristico	Tutto il Personale
1	Aprile 2022	Risk Manager Commissione Rischio Clinico Presidente CCICA - CCICA Direzione Sanitaria SGQ	Direzione Generale Direzione Sanitaria Direzione Amministrativa Servizio Infermieristico	Tutto il Personale
2	Febbraio 2023	Risk Manager Commissione Rischio Clinico Presidente CCICA - CCICA Direzione Sanitaria SGQ	Direzione Generale Direzione Sanitaria Direzione Amministrativa Servizio Infermieristico	Tutto il Personale
3	Maggio 2023	Risk Manager Commissione Rischio Clinico Presidente CCICA - CCICA Direzione Sanitaria SGQ	Direzione Generale Direzione Sanitaria Direzione Amministrativa Servizio Infermieristico	Tutto il Personale
4	Febbraio 2024	Risk Manager Commissione Rischio Clinico Presidente CCICA - CCICA Direzione Sanitaria SGQ	Direzione Generale Direzione Sanitaria Direzione Amministrativa Servizio Infermieristico	Tutto il Personale
5	Febbraio 2025	Risk Manager Commissione Rischio Clinico Presidente CCICA - CCICA Direzione Sanitaria SGQ - CVS	Direzione Generale Direzione Sanitaria Direzione Amministrativa Servizio Infermieristico	Tutto il Personale
6	Maggio 2025	Risk Manager Commissione Rischio Clinico Presidente CCICA - CCICA Direzione Sanitaria SGQ - CVS	Direzione Generale Direzione Sanitaria Direzione Amministrativa Servizio Infermieristico	Tutto il Personale
7	Febbraio 2026	Risk Manager Commissione Rischio Clinico CCICA Direzione Sanitaria SGQ - CVS	Direzione Generale Direzione Sanitaria Direzione Amministrativa Servizio Infermieristico	Tutto il Personale

INDICE

PREMESSA.....3

1. IL CONTESTO ORGANIZZATIVO.....5
2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....8
3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....11
4. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PARS 2023 IN CONTINUITA' CON IL PARS 2022.....12
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS.....23
6. OBIETTIVI.....24
6.1 Obiettivi specifici anno 2024.....24
6.2 Attività e Matrice delle Responsabilità.....25
7. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.....28
7.1 Obiettivi.....28
7.2 Attività.....30
8. MODALITA' DI DIFFUSIONE.....34
9. RIFERIMENTI NORMATIVI.....34
Allegato 1.....37
Allegato 2.....42
Allegato 3 Relazione sintetica Programma legionellosi

PREMESSA

Nella Regione Lazio l'attenzione nei confronti della qualità e la sicurezza delle cure e della persona assistita ha trovato espressione nella definizione dei contenuti del Piano Annuale per il Rischio Sanitario (PARS), che dal 2022 riunisce i precedenti PARM e PAICA. È un documento che, oltre a rappresentare espressione del commitment regionale, consente a tutte le Strutture del Servizio Sanitario di rendere pubblica la propria policy su questi temi.

Con la consapevolezza che il sistema sanitario è un sistema complesso per la specificità dei pazienti, per la gravità degli interventi, per l'interazione tra processi gestionali nonché per la presenza di molteplici professionalità che intervengono e per questo, anche se è impossibile eliminare errori e/o incidenti, uno degli obiettivi precipui aziendali è certamente quello di migliorare la sicurezza della pratica clinica e assistenziale, di realizzare una risposta alla domanda di cura che in solido garantisca la centralità del paziente e "*renda sicuri tutti i processi assistenziali*".

In questa cornice si inserisce la redazione del presente documento, "Piano Annuale per il Rischio Sanitario" (PARS) per l'anno 2026 dell'Ospedale Cristo Re.

La redazione del PARS 2026 segue le indicazioni presenti nella Nota Regionale *U0037825 del 15.01.2026 "Piano annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2026 (PARS)"*

È fondamentale chiarire quali siano gli scopi del presente documento, in continuità con le precedenti emanazioni:

- Visione unitaria del rischio sanitario
- Formazione e sensibilizzazione del personale
- Miglioramento della qualità e sicurezza nella pratica clinica e assistenziale
- Corretta gestione del rischio infettivo in armonia con il *PRP- Piano Regionale della Prevenzione e il PNCAR- Piano Nazionale per il contrasto all'Antimicrobico Resistenza*
- Attività sul Piano Regionale sull'Igiene delle mani
- Implementazione delle buone pratiche per la prevenzione e controllo delle ICA (Documento regionale relativo).

In quest'ottica è certamente necessaria un'azione di sistema che, partendo da seriate e continue analisi di processo, istruzioni operative, buone pratiche e procedure, realizzazione di SWR e audit, conduca, in definitiva, ad un miglioramento oggettivo dei processi organizzativi e decisionali.

Il ruolo della gestione del Rischio Clinico, si integra totalmente con le politiche di qualità e sicurezza, essendone sempre più strumento di promozione attiva trasversale e obiettivo delle attività della Direzione Strategica.

Tale management si realizza soprattutto con il processo di sensibilizzazione del personale ospedaliero, che è stato implementato anche con la realizzazione di intensa attività formativa individuale, collettiva, specifica e generale.

Tutti i Comitati e le Commissioni dell'Ospedale, i facilitatori, le professionalità del SGQ e del Sistema Gestione per la Salute e la Sicurezza sui luoghi di lavoro ed altresì il GAPAC, sono strumento di contributo irrinunciabile a tale attività consentendo anche un pratico collegamento alla realtà organizzativa.

Nel presente PARS gli obiettivi tengono in considerazione l'intero Rischio Sanitario Integrato, con la finalità di perseguire gli scopi di miglioramento della Qualità e della Sicurezza delle cure come parte integrante della propria attività e come scelta direzionale, mettendo a disposizione adeguate risorse organizzative, tecnologiche e finanziarie.

Infatti, promuovere il miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie si basa sulla valutazione e il monitoraggio dei risultati, a tutela della salute, della sicurezza e dell'umanizzazione delle cure, a garanzia degli utenti e dei lavoratori, aderendo in via preliminare all'applicazione e alla conformità con la normativa vigente. Di conseguenza progettare e realizzare le eventuali modifiche e/o nuove attività nonché le azioni di miglioramento e/o mantenimento deriva dagli esiti delle verifiche effettuate e degli audit clinici, nonché da un'attenta analisi dei dati applicata al contesto.

1. IL CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Ospedale Cristo Re è una struttura che eroga prestazioni sanitarie, autorizzata ed accreditata istituzionalmente e definitivamente con DCA della Regione Lazio n. U00124 del 27.03.2015 e ss.mm.ii. Le prestazioni sono erogate in regime di ricovero ospedaliero per n.185 posti letto complessivi tra accreditati e autorizzati, dei quali 170 di degenza ordinaria e n.15 di Day Hospital/Day Surgery (DH/DS). Nella *Tabella 1,* sono riportati schematicamente i dati strutturali e di attività ospedaliera riferiti all'anno 2024.

L'Ospedale è provvisto di Pronto Soccorso Generale ampliato con nuovo percorso ostetrico-ginecologico con 4 pp.ll. tecnici di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.), Area Travaglio/Parto, Terapia Intensiva (12 pp.ll.), Servizio di Anestesia e Rianimazione e Terapia del dolore, Laboratorio Analisi con Frigoemoteca (convenzione con SIMT del Polo Ospedaliero Santo Spirito - San Filippo Neri), Blocco Operatorio con 9 sale operatorie di cui 2 ambulatori chirurgici. Questi ultimi sono stati attivati dopo autorizzazione, ai sensi L.R. n.4 del 3 marzo 2023- R.R.- n. 20 del 6 novembre 2019, all'ampliamento volumetrico dell'Ospedale Cristo Re nuovo PC2 dell'edificio H).

Si effettuano prestazioni di Day Service e ambulatoriali, anche chirurgiche, ivi comprese quelle per recupero e riabilitazione funzionale per Medicina Fisica e Riabilitazione; prestazioni ambulatoriali di Diagnostica per immagini e Radiologia Diagnostica con sezione RX, TAC, Ecografia, RMN, MOC, radiologia interventistica; prestazioni di Laboratorio Analisi generale di base e specialistico con cito-istopatologia, patologia e biochimica clinica, ematologia e coagulazione, microbiologia, virologia, immunologia, allergologia, biologia molecolare; Medicina Nucleare. Inoltre, nello specifico, l'ambulatorio di assistenza specialistica multidisciplinare prevede anche le seguenti branche: Chirurgia Vascolare-Angiologia, Cardiologia, Pneumologia, Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica, Endocrinologia – Diabetologia, Neurologia, Oculistica, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Dermosifilopatia-Dermatologia, Gastroenterologia-Chirurgia/endoscopia digestiva, Anestesia, Medicina Generale.

Con DCA della Regione Lazio n. U00089 del 24.03.2016, è stato, inoltre, autorizzato l'ambulatorio di Odontoiatria.

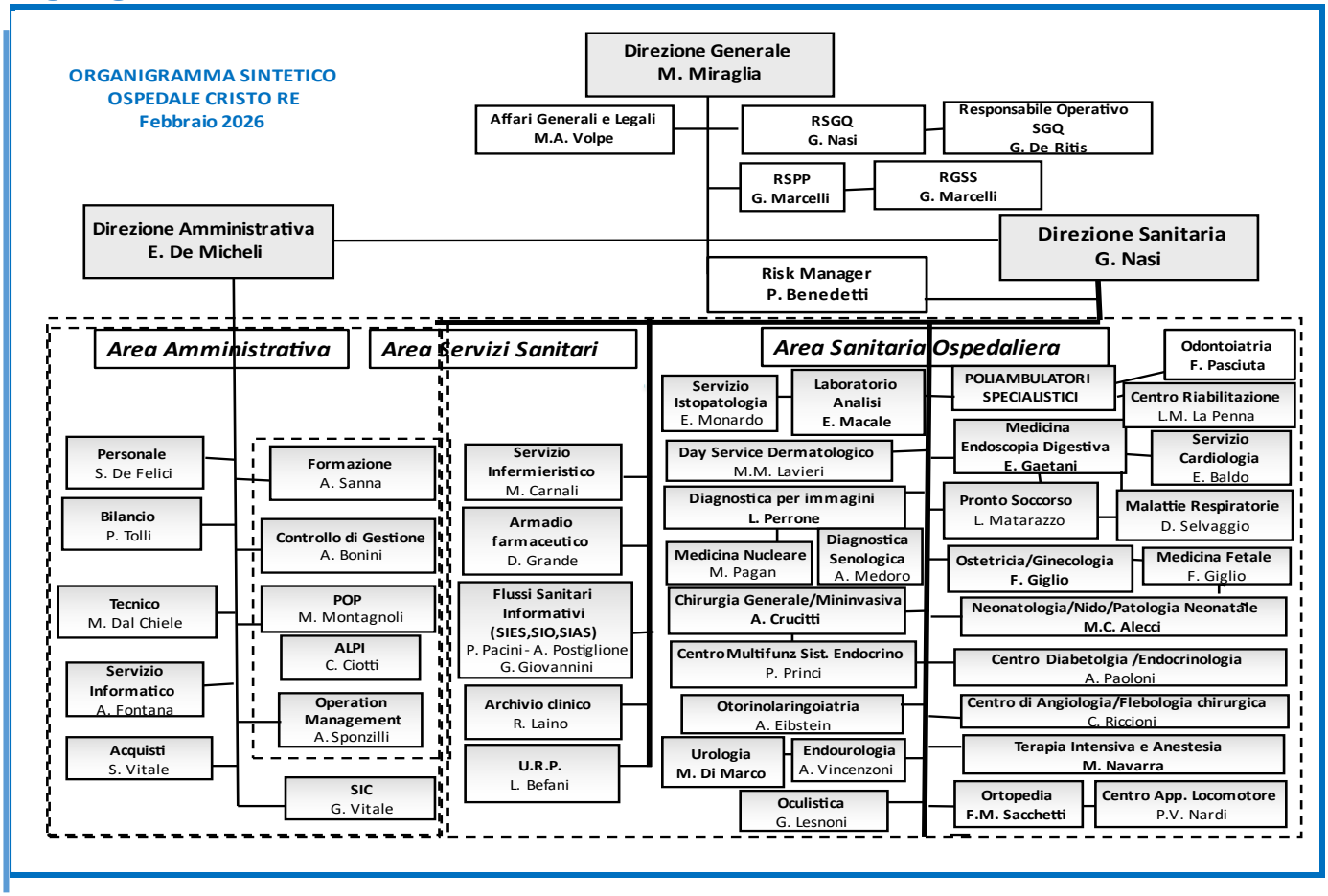
L'Ospedale è organizzato in Unità Operative/Centri/Servizi/Percorsi/Uffici/Sistemi per la parte sanitaria e amministrativa e in Direzioni per la sezione strategica come risulta dallo schema di seguito riportato.

Tabella 1

DATI STRUTTURALI 2025			
Posti letto ordinari	170	**Area della Medicina**	36
		Area delle Chirurgie	64
		Area Materno-Infantile	58 + 20 culle
		Area Critica	12
Posti letto diurni	15	**Servizi Trasfusionali**	Frigoemoteca collegata SIMT ASL Roma 1 S.Spirito/S.F.Neri
Blocchi Operatori	4	**Sale Operatorie**	9 (di cui 2 ambulatori chirurgici)
Hub	Fondazione Policlinico A. Gemelli IRCCS per tutte le reti	Per la rete di emergenza di Chirurgia della mano si fa riferimento ai turni mensili regionali	
Hub	Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea	Per prelievi e accertamenti catena di custodia	
Pronto Soccorso Posti letto OBI	4		
DATI DI ATTIVITA') 2024*			
Ricoveri ordinari	5630	**Ricoveri diurni**	1673
Accessi PS	26378	**Neonati o parti**	1078
Branche specialistiche	24+odontoiatria	**Prestazioni ambulatoriali erogate**	167601 (Escluse le analisi di laboratorio) + APA 2616 + diagnostica per immagini per interni 25.661

*Fonte dei dati: Sistema di Gestione - aggiornati al 31.12.2025

Organigramma



Per quanto riguarda la gestione del rischio infettivo, nel richiamare il PARS 2025 in termini di obiettivi e risultati, come successivamente rappresentati, sono stati aggiornati i nominativi dei componenti del Comitato Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) e della Commissione Rischio Clinico con Delibera del Direttore Generale n. 02 del 02.02.2026.

Per quanto concerne il programma di "Antimicrobial Stewardship" si rinvia agli obiettivi del punto 7.

L'Ospedale, inoltre, aderisce all'annuale campagna di sensibilizzazione sul lavaggio delle mani, con iniziative che, a partire dal 5 maggio (Giornata Mondiale per l'Igiene delle Mani), vengono riproposte durante tutto l'anno, per il coinvolgimento continuo degli operatori, dei pazienti e dei visitatori, anche in linea con quanto previsto dal Piano Locale per l'Igiene delle mani dell'Ospedale (Allegato 2), redatto sulla base del Documento Regionale relativo. Sono disponibile nei reparti e nelle sale d'attesa nonché pubblicate sul sito internet dell'Ospedale, locandine e pieghevoli illustrativi e vengono rinnovati i poster affissi in tutte le aree di degenza e non.

In tale ambito, è consuetudine, infatti, organizzare da parte della Commissione RC e CCICA momenti di formazione e di condivisione con gli operatori sanitari dei dati sul monitoraggio delle infezioni, sul consumo degli antibiotici e del gel idroalcolico.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Nelle seguenti tabelle 2 e 3 vengono riportati gli eventi occorsi e comunicati relativi al 2024 distinti per near miss, eventi avversi ed eventi sentinella, ai sensi dell'art. 2, comma 5 della L. 24/2017.

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2024 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti*	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	1 (2,9%)	0	1 Strutturali (2,9%) 5 Tecnologici (14,7%) 16 Organizzativi (47,1%) 12 Procedure/Comunica-zione (35,3%)	(1) Strutturali (100,0%) (5) Tecnologiche (20,0%) (16) Organizzative (93,0%) (12) Procedure/Comunica-zione (83,0%)	32 Segnalazioni (94,1%) 1 URP (2,9%) 1 doc. clinica (2,9%)
Eventi Avversi	32 (94,1%)	21 (65,6%)			
Eventi Sentinella	1 (2,9%)	1 (100,0%)			

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

Tabella 3 - Eventi occorsi nel 2024 sottoposti ad analisi

	Strutturali	Tecnologici	Organizzativi	Procedure/Comunicazione/ Formazione
*Principali fattori causali/contribuenti**	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Principali azioni di miglioramento	100,0%	20,0%	93,0%	83,0%

**I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi*

Analisi e criticità riscontrate

Anche per il 2025, nonostante la costante sensibilizzazione rivolta agli operatori, dobbiamo registrare un numero limitato di segnalazioni, in particolare per i near miss. A questo proposito, nell'analisi affrontata all'interno della CRC (Commissione Rischio Clinico), era emersa la difficoltà della segnalazione legata anche al timore che potesse non essere anonima. Ribadito nuovamente l'obiettivo in ambito di rischio sanitario, cioè *"imparare dall'errore*" e non l'individuazione del colpevole con intento punitivo, per incrementare le segnalazioni, la CRC, come azione di miglioramento e superamento della criticità emersa, ha concordato e chiesto all'Ufficio Informatico di realizzare un link interno a cui il personale potesse accedere e la segnalazione potesse arrivare direttamente al RM, potendo mantenere anche l'anonimato. L'iniziativa al momento non ha ancora fornito i risultati sperati. Infatti l'unico near miss segnalato ha riguardato una criticità strutturale che è stata risolta.
Per il resto, gli eventi avversi segnalati nel 2025, tra cui 1 evento sentinella per le cadute, sono stati 33 in totale di cui:

a. n. 22 cadute;
b. n. 3 lesioni da pressione (LdP);
c. n. 3 infezioni sito chirurgico;
d. n. 2 aggressione al personale;
e. n. 3 altro.

a. Cadute

Dalla disamina delle segnalazioni riguardo all'evento "caduta", esso si conferma, nella maggioranza dei casi, a carico di persone assistite per la quasi totalità anziane con comorbilità.
I fattori contribuenti risultano ancora riferiti prevalentemente, come in passato, alla mancata adesione del paziente al piano assistenziale (ad es. discesa dal letto non consentita in assenza di assistenza, mancata chiamata con campanello del personale in caso di necessità di aiuto, uso di percorsi non autorizzati anche se correttamente segnalati, mancato rispetto degli avvisi e della segnaletica, ecc.) o alla presenza di patologie complesse o gravi che costituiscono esse stesse determinanti di rischio, in primis i deficit cognitivi, che sono tra i fattori più difficilmente arginabili.
In ogni caso, gli esiti sono stati senza danni, o danno lieve (escoriazioni, piccole ferite), salvo in uno dei casi in Pronto Soccorso (ES) in cui la paziente di 90 anni, con gravi comorbilità, ha riportato una frattura di femore che ha richiesto naturalmente intervento chirurgico e trasferimento in Terapia Intensiva. Al momento della caduta, il letto, regolabile in altezza e con protezioni laterali che lasciano libera la parte inferiore del letto, era posizionato a quella più bassa ed erano applicate tutte le misure del caso.

- **a.1** Numero di eventi per reparto e reparti interessati dall'evento caduta

- n. 4 Pronto Soccorso
- n. 9 Medicina

- n. 6 Ortopedia
- n. 1 Chirurgia generale
- n. 1 Urologia
- n. 1 Sala prelievi

➢ **a.2** Sesso

Le cadute hanno riguardato 14 pazienti di sesso F e 8 di sesso M

b. Evento Lesioni da pressione (LdP)

Per le LdP ci sono state 3 segnalazioni

- 1 dalla Medicina al 2° stadio – presente già all'ingresso
- 2 dalla Rianimazione, di cui 1 al 4° stadio, 1 al 2° stadio, quest'ultima non presente all'ingresso.

c. Infezioni del sito chirurgico

n. 1 in Chirurgia generale
n. 1 in Urologia
n. 1 in Ortopedia vertebrale

d. Aggressioni al personale

Sono stati segnalati 2 episodi in Pronto Soccorso (PS), tutti di natura verbale, entrambi da parte di pazienti sotto effetto di abuso alcolico e/o sostanze e indirizzati al personale medico di sesso femminile.

e. Altro

n. 1 evento segnalato a carico della radiodiagnostica
n. 1 in ginecologia
n. 1 al laboratorio analisi

Attraverso il monitoraggio delle richieste di risarcimento presentate nel 2025, rispetto ad eventi accaduti negli anni precedenti, abbiamo rilevato *i sinistri riportati nella Tabella 4*, per la maggior parte a carico delle discipline chirurgiche, per complicanze pre e post operatorie.

L'analisi e la gestione dell'evento sentinella ha seguito la procedura interna e regionale prevista in questi casi.

Azioni di miglioramento rispetto agli eventi segnalati

Sono state rivolte principalmente a:
- Implementazione dei sistemi di incident reporting, in particolare i Near Miss, con semplificazione delle modalità di segnalazione allo scopo di favorire la partecipazione degli operatori alla cultura del rischio
- Revisione e implementazione di Procedure e Buone pratiche
- Monitoraggio e miglioramento della tracciabilità documentale
- Audit clinici e di rischio
- Audit di sistema
- Formazione, sul campo, residenziale e FAD

Particolare attenzione è stata riservata alle cadute: sostituzione progressiva dei letti regolabili in altezza e con protezioni laterali parziali nel reparto di Medicina e in quello di Chirurgia, sessioni ripetute di formazione sul campo, revisione delle modalità di contenzione, elaborando una procedura specifica e definita una procedura per la gestione dei pazienti deliranti.
Per le lesioni da pressione (LdP), è stata implementata la buona pratica di riportare la/e lesione/i nelle cartelle cliniche all'ingresso da parte del medico nell'esame obiettivo e nella lettera di dimissione, oltre alla diaria infermieristica, ancora in monitoraggio durante gli audit.

Tabella 4 - Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)
(A): sono riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario, esclusi quelli riferiti a danni di altra natura (es smarrimento di effetti personali, danni a cose, ecc).

Anno	N. Sinistri aperti(A)	N. Sinistri liquidati(A)	Risarcimenti erogati(A)
2021	8	2	28.600,00
2022	10	6	340.527,00
2023	10	6	593.526,00
2024	16	12	664.898,00
2025	14	7	571.334,00*
Totale			

**Dei 7 sinistri conteggiati come liquidati nel 2025, 4 si riferiscono a transazioni di anni precedenti rateizzate, i cui importi sono compresi nei risarcimenti erogati nell'anno*

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Per quanto riguarda la posizione assicurativa dell'Ospedale Cristo Re si descrive nella Tabella 5 lo storico dell'ultimo quinquennio, ove si evince che dal 22/02/2020 a tutt'oggi l'Ospedale adotta le misure analoghe di autoassicurazione e autoritenzione del rischio (Fondo riserva sinistri e Fondo rischi con accantonamento nelle voci di Bilancio).

Tabella 5 -Posizione Assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicuratrice	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2020	Dal 22/02/2020 Autoassicurazione/auto ritenzione del rischio				European Brokers srl.
2021-2022-2023-2024-2025	Autoassicurazione e autoritenzione del rischio-				

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PARS 2025 IN CONTINUITA' CON IL PARS 2024

L'analisi riportata in questa sezione scaturisce dalle azioni di miglioramento poste in essere e integrate con il PARS dello scorso anno, che ci ha permesso di implementare una serie di attività volte all'avanzamento continuo della qualità e della sicurezza delle cure.

Nella Tabella 6 si riportano schematicamente il resoconto gli obiettivi del PARS dell'anno 2025 in base alle attività previste e relativo stato di realizzazione/attuazione.

Tabella 6 - RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PARS 2025

1) Obiettivo A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
a. Progettazione ed esecuzione di un corso ECM su tematica di rischio clinico comunicazione e consenso informato	SI	Corso realizzato nelle giornate di formazione aziendale del 10 e 11 dicembre 2025 a tutto il personale, con focus in tema di gestione del rischio clinico sulla comunicazione e consenso informato a cura di SGQ/Commissione Rischio Clinico/RSPP/Servizio Infermieristico Corsi di formazione ISO 9001 e ISO 45001 Corso ECM previsto anno 2026
a. Giornata mondiale della sicurezza della persona assistita del 17 settembre 2025	SI	La Giornata Mondiale per la Sicurezza delle Cure del 17 settembre 2025 è stata promossa dall'OMS con il tema "Cure sicure per ogni neonato e ogni bambino" e lo slogan "Patient safety from the start!" (La sicurezza del paziente fin dall'inizio!) focalizzati sulla necessità di aumentare la consapevolezza del problema della sicurezza dei pazienti a tutti i livelli, fin dall'inizio, a partire dunque dai danni evitabili nelle cure pediatriche e neonatali. L'Ospedale Cristo Re, come negli anni precedenti, ha aderito all'iniziativa organizzando un incontro tenutosi il 17 settembre 2025 presso l'Aula Magna della struttura, aperto a tutto il personale interessato e rivolto anche ai futuri genitori, neo genitori, nonni, medici, cittadini, per condividere le nostre iniziative di informazione, sensibilizzazione e coinvolgimento volte a raggiungere gli obiettivi proposti dall'OMS. È stata l'occasione di far conoscere le azioni poste in essere durante l'anno e gli sforzi continui dell'Ospedale, in aree chiave, per migliorare la sicurezza del bambino e del neonato, quindi della mamma, tra cui: -parto sicuro e cure post natali, -sicurezza diagnostica,

a. Giornata mondiale contro la violenza sulle donne del 25 novembre 2025 Evento ECM	SI	-supporto psicologico alla genitorialità, -sicurezza delle vaccinazioni, -prevenzione delle infezioni, -agenda della natalità, -facilitazione degli accessi in gravidanza, -realizzazione di brochure informative e diffusione delle varie iniziative sui social. Il programma dell'incontro ha previsto i seguenti temi: - Presentazione dell'ampliamento del percorso ostetrico del Pronto Soccorso - Presentazione degli Open Walking Day - Presentazione dei dati dei test per la prevenzione della depressione post-partum - Agenda della natalità fornita dai neonatologi ai genitori alla dimissione della mamma e del neonato - Presentazione proposta di ambulatorio condiviso ginecologo-internista per il trattamento multidisciplinare dell'anemia sideropenica in gravidanza, a tutela della salute del nascituro e della mamma - Informazioni sulla Campagna Vaccinale di prevenzione anti HPV per la coppia che prevede la collaborazione del ginecologo e dell'urologo - Informazioni sulla Campagna Vaccinale di prevenzione Virus Sinciziale del Centro nascita dell'Ospedale Cristo Re. Il 5 dicembre 2025, a dieci giorni dalla Giornata mondiale contro la violenza sulle donne che si celebra ogni 25 novembre, l'Ospedale Cristo Re e l'AIDM Sezione Roma Centro hanno organizzato, anche con l'ANMDO Lazio, Zonta e Mida Academy, un evento dal titolo "*Dalla Parte delle donne e non solo: prevenire la violenza, anche assistita, promuovere la cultura del rispetto, saper prendersi cura*". La violenza assistita sui minori, in forma esplicita e implicita costituisce un grave fattore di rischio evolutivo. L'obiettivo del convegno è stato quello di voler promuovere consapevolezza, competenze e reti operative per proteggere, prevenire e sostenere la cultura del rispetto, del prendersi cura e della responsabilità relazionale. Il dialogo promosso tra i professionisti della salute, delle istituzioni, del sociale, delle forze dell'ordine, della scuola e dell'associazionismo ha lo scopo di favorire quella visione integrata e multidisciplinare del fenomeno che può supportare le donne nei percorsi di autonomia, offrire alle bambine e ai bambini contesti sicuri dove crescere, sostenere una comunità che sappia riconoscere e intervenire, affinché il rispetto diventi un valore quotidiano e la prevenzione un impegno comune e continuativo. Il messaggio che l'evento ha voluto lasciare è quello di riconfermare la speranza che liberarsi dalla violenza è

		possibile, sebbene queste situazioni possano apparire tanto drammatiche e senza via d'uscita. Il giusto supporto di accoglienza, rispetto e fiducia da parte degli operatori dei Centri di ascolto, dei Centri antiviolenza, possono far crescere nelle donne vittime di violenza la capacità di dare fiducia per utilizzare i canali di denuncia, partendo anche da un primo accesso ospedaliero.
Esecuzione di Sessioni di Informazione/Formazione secondo il Piano Formativo Aziendale (PFA)	SI	Tra i corsi realizzati per la tipologia "on The Job": Retraining Audit di rischio clinico Violenza a danno degli operatori
2) Obiettivo B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
a. Elaborazione Procedura specifica sulla contenzione Esecuzione di Sessioni di Informazione/Formazione secondo il Piano Formativo Aziendale (PFA)	SI SI	E' stata elaborata la Procedura sulla Contenzione fisica di pazienti deliranti separata da quella più generale "*Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del Delirio"* **Formazione "on the job"** - Protocolli e Procedure. Aggiornamento delle competenze metodologiche ed operative (6 edizioni) - Ventilazione meccanica non invasiva (NIV) (23 edizioni) - Esecuzione radiografie a letto nel reparto di patologia neonatale/sala parto (retraining previsto come azione di miglioramento evento) - Formarsi per non cadere (retraining previsto come azione di miglioramento evento cadute) (2 edizioni) **Corsi di residenziali interni** - Seminari di cardiologia (11 edizioni) **Formazione a distanza (FAD**) - Triage infermieristico (2 edizioni 50 ore ogni edizione)
b. Coinvolgimento degli operatori: Bando Safety & Quality	SI/IN PARTE (Bando in corso anche per anno 2026)	E' stato indetto un Concorso su 4 temi: - Igiene delle mani - Riduzione delle infezioni da germi MDR - Isolamento del paziente infetto - Contenimento del contagio indiretto Il Bando, promosso in particolare dal CCICA, è stato approvato dalla Direzione Strategica per lo svolgimento di progetti ad hoc. A seguito di valutazione, sono previsti eventuali premi per i relativi lavori migliori. Sono stati presentati e accettati 8 progetti in fase di prosecuzione delle attività operative.

c. Seminari clinici di interesse internistico accreditati ECM	SI	È stata realizzata una edizione di 10 seminari clinici nell'arco del 2025. I temi affrontati hanno riguardato la presentazione di casi clinici trattati presso il nostro ospedale tra Pronto Soccorso e reparto di medicina per affrontarne la conoscenza e le criticità sollevate, con l'opportunità di verificare le condotte di gestione in "real life" e confrontarle con le *evidence based* della letteratura. I casi approfonditi sono stati: - Sindrome Coronarica Acuta - I sanguinamenti gastrointestinali acuti - Tromboembolismo venoso - Clostridium difficile e complicanze - Lo scompenso ascitico - La fibrillazione atriale - Riacutizzazioni respiratorie - Ischemia critica arti inferiori - Shock settico - La palliazione di fine vita
d. Nutrizione artificiale nel paziente ricoverato	SI	Elaborazione Procedura
3) Obiettivo C: Favorire una visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
a. Rischio sanitario da radiazioni ionizzanti Accreditamento ECM	SI/IN PARTE	Formazione sul campo Corso residenziale Art. 27 – D.lgs 81/2008 Evento ECM riprogrammato nel 2026
b. Allerta Scabbia: approccio multidisciplinare ad una sfida sempre più attuale Evento Formativo residenziale ECM	SI	Realizzato Convegno presso l'Ospedale Cristo Re in data 8 novembre 2025. Il razionale evidenzia come si renda necessario parlare ancora di questa patologia poiché si è registrato, anche nel nostro Ospedale, un aumento di casi, anche in contesti non endemici. L'evento, sfruttando un approccio multidisciplinare, ha approfondito i dati epidemiologici attuali, le caratteristiche cliniche, le possibilità terapeutiche, le implicazioni sociali e sanitarie, gli aspetti medico-legali e comunicativi nella gestione dei pazienti con scabbia. Rivolto a medici e operatori sanitari.
c. Umanizzazione delle cure Evento residenziale accreditato ECM	SI/IN PARTE SI	Definito il gruppo di lavoro per l'elaborazione della Procedura di fine vita ancora in corso per valutare le indicazioni della SIAARTI Nell'ambito dell'Umanizzazione delle cure è stato realizzato un evento residenziale dal titolo: "*L'Ospedale si umanizza e va verso la persona in ambito di Medicina di genere valorizzando l'approccio integrato nella cura dell'endometriosi"* in

		collaborazione con l'Associazione "La voce di una è la voce di tutte" E' stato presentato il progetto "SEDIAMOCI SUL GIALLO: ENDOPANK®", con l'installazione di una panchina gialla con targa interattiva presso l'Ospedale che informerà i passanti sul perché della panchina colorata in relazione all'endometriosi e all'Associazione. L'evento si è svolto il 6 marzo 2025 presso l'Aula Magna del Cristo Re e ha visto interagire pazienti e professionisti con lo scopo di sensibilizzare e divulgare una patologia che ancora resta misconosciuta perché sottodiagnosticata.
d. Fast track in Pronto Soccorso	SI	E' stato esteso il modello di espansione e efficientamento del Fast Track Ortopedico per traumi minori attivato nel 2025 in via sperimentale con l'obiettivo di un target minimo di almeno 5 accessi al giorno e la riduzione dei tempi di gestione Realizzato il seguente documento sul Percorso facilitato diagnostico terapeutico assistenziale: "Fast Track Ortopedico in Pronto Soccorso"
e. Partecipazione alle attività del Comitato Valutazioni Sinistri (CVS) e Ufficio Legale	SI	Partecipazione alle riunioni del Comitato Valutazioni Sinistri dell'Ospedale Cristo Re. Contributo alla valutazione e istruzione di casi con richiesta di risarcimento in collaborazione con l'Ufficio Legale. Predisposizione della tracciabilità documentale dei casi secondo i tredici oneri probatori in tema di ICA, scaturiti dalla sentenza Corte di Cassazione III sezione Civile n. 6386 del 2023 nonché sulla base del Documento di Indirizzo sulle Buone Pratiche per la Prevenzione e il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza, redatto dal CRRC il 25 novembre 2022.
f. Certificazione Sistema Gestione Qualità e Gestione Sicurezza della Salute sui luoghi di lavoro	SI	Nel corso del 2025 l'Azienda ha proseguito l'implementazione del Sistema di Gestione della Qualità, tutte le attività e i processi sanitari sono stati consolidati in conformità con la norma ISO 9001:2015. L'Ospedale Cristo Re ha già ottenuto il rinnovo della certificazione ISO 9001:2015 con scadenza al 28.03.2029 con audit dell'Ente Certificatore RINA a gennaio 2026, in quanto in scadenza il precedente certificato n. 31338/14/S (21.02.2023 - 28.03.2026). Inoltre, in base all'addendum AMD 1:2024 che introduce cambiamenti significativi agli standard ISO 9001, ISO 14001 e ISO 45001, rispondendo alle nuove sfide globali legate al cambiamento climatico e alla sostenibilità, l'Ospedale ha già iniziato un percorso di modifiche che mirano a integrare ulteriormente i sistemi di gestione aziendale con gli obiettivi di sostenibilità ambientale, di salute e sicurezza sul lavoro.

		Per quanto concerne il Sistema di Gestione della Sicurezza e della Salute sui luoghi di lavoro, l'Ospedale ha conseguito il mantenimento della certificazione ISO 45001:2018 con audit di verifica congiunto con il precedente sopra citato audit per la certificazione ISO 9001:2015.
g. Giornate di formazione al personale	SI	Formazione (8 ore totali) a tutto il personale (dicembre 11-12 2024), anche neoassunto
4) Obiettivo D: Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management		
a. Partecipazione al tavolo permanente regionale dei Risk Manager	SI	Partecipazione alle riunioni del Tavolo Regionale dei Risk Manager presso la sede della regione Lazio a cura del CRRC
b. Formazione continua con partecipazioni a riunioni/eventi rilevanti in tema di rischio clinico	SI	Partecipazione, tra gli altri, ai seguenti eventi: Corsi ANMDO sulle ICA Corso di Formazione ECM "Registri di monitoraggio AIFA presso Istituto Nazionale per le Malattie Infettive L. Spallanzani
ATTIVITA' 2025 PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
1) Obiettivo A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
1. Concorso Interno	SI	Realizzazione del bando per la presentazione e realizzazione di Progetti innovativi in tema di lotta alle ICA rivolto a tutte le figure operanti nell'Ospedale nell'ambito del Progetto Safety & Quality 2025, in particolare nell'ambito della terapia intensiva.
2. PDTA a supporto di pazienti cronici (ferite - ulcere – piede diabetico	IN PARTE	In implementazione presso l'ambulatorio di chirurgia flebologica-vascolare
2) Obiettivo B: Implementazione del Piano Regionale di Igiene delle Mani		
2. Consumo del gel idroalcolico per giornate di degenza (GD)	SI	Il monitoraggio del consumo di Gel idroalcolico viene effettuato sulle richieste dei vari Reparti/Centri/Servizi, Ambulatori e Uffici all'Armadio Farmaceutico. È stato valutato per l'area medica, l'area chirurgica, l'area critica e per degenze ordinarie di altre discipline nonché per l'area della non degenza come DH, DS, ambulatori, sale d'attesa. Il relativo consumo risulta in evidente ripresa rispetto agli anni precedenti post pandemia con valori medi totali di 18,9 L/1000GD (Valore effettivo = 96,4%), rispetto al 15.2 L/1000GD del 2024 (Valore effettivo = 75%). Consolidata l'attività di auditing e formazione specifica nei vari reparti per mantenere costantemente adeguata l'osservanza delle disposizioni in termini di Igiene delle mani, in particolare nelle

		aree ospedaliere maggiormente sensibili alla colonizzazione di Germi MDR (Terapia Intensiva e Medicina Interna). Dall'analisi si sono registrati consumi superiori all'anno precedente di Gel idroalcolico in Terapia Intensiva (40,7 L/GD1000) e nelle are di non degenza. Il consumo totale del gel idroalcolico nel **2025 è stato di 598,5 litri rispetto ai 266 litri del 2024.** In programmazione la premiazione del reparto più virtuoso.
Giornata mondiale per l'igiene delle mani 2025		L'Ospedale Cristo Re, ogni anno, in linea con quanto promosso dall'OMS, celebra la giornata Mondiale dell'igiene delle mani che cade il 5 maggio. Premesso che il 5 maggio è universalmente riconosciuta come data simbolica, quest'anno, per vari motivi, la nostra Struttura ha promosso le maggiori iniziative al 2 luglio, anche con lo scopo di sottolineare che lo sforzo di ognuno di noi è quello di lavorare in modo che in tutti i giorni dell'anno sia fortemente posta l'attenzione sull'igiene delle mani come nella giornata del 5 maggio. Infatti, è il nostro impegno continuo e costante che mantiene viva *l'abitudine* alle buone pratiche sull'igiene delle mani, per aumentare sempre più la consapevolezza dell'importanza dei nostri comportamenti nel contrasto alle ICA. In particolare, quest'anno, abbiamo voluto che le iniziative da realizzare venissero dagli operatori impegnati quotidianamente nell'assistenza, perché fossero quanto più innovative e coinvolgenti. E' in questa ottica che il CCICA, la Direzione Sanitaria e il Servizio Infermieristico hanno condotto il Concorso sulle *Buone pratiche di igiene delle mani*, nell'ambito della 3° edizione del Bando Safety & Quality, indetto dalla Direzione Strategica, il cui obiettivo è proprio quello di rendere gli operatori protagonisti con la proposta di iniziative da tradurre in atti che aumentino la sicurezza delle cure e riducano il rischio infettivo nelle loro attività quotidiana di assistenza al paziente/utente. Vi L'entusiasmo, l'adesione e i contributi sono stati tali che li abbiamo tutti ammessi rimandando la premiazione del progetto vincitore a quello che sarà realizzato con le migliori evidenze e risultati applicabili per il miglioramento della pratica assistenziale. Per i premi ringraziamo il contributo della Direzione Amministrativa, Il 2 luglio, pertanto, presso l'Aula Magna sono state condivise le seguenti iniziative nell'ambito della Giornata Mondiale dell'igiene delle mani 2025: - Report semestrale sul monitoraggio dei microrganismi isolati nei vari reparti, in particolare i microrganismi *alert*, in base ai dati rilevati dalla Microbiologia del nostro Laboratori Analisi.

		- Consumi del gel idroalcolico, in base ai dati rilevati dalla Farmacia. - Appropriatezza prescrittiva e consumo degli antibiotici, anche in riferimento alle ultime richieste regionali (consumo farmaci Access, Walch e Reserve), dati risultanti alla Farmacia. - Presentazione dei Progetti selezionati dalla Direzione Sanitaria, dalla Direzione Amministrativa e dal Servizio Infermieristico per il Concorso sull'igiene delle mani, nell'ambito della 3° edizione del Bando Safety & Quality.
Elaborazione Piano Locale per l'Igiene delle Mani 2024	SI	Vedi Allegato 2
Elaborazione relazione sintetica sul "Programma di controllo della legionellosi"	SI	Vedi Allegato 3
3) Obiettivo C: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e il monitoraggio e/o contenimento delle ICA, incluse quelle da infezioni invasive da Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi (CRE)		
1.Sorveglianza attiva colonizzazioni/infezioni da CRE- Report annuale % di colonizzazioni	SI	Consolidamento del modello di sorveglianza attiva tramite tampone rettale e faringeo per MRSA, VRE, KPC e Acinetobacter nei reparti di Area medica e Rianimazione/TI, all'ingresso e in corso di ricovero e attuazione delle corrette procedure di isolamento da contatto/droplets dopo alert microbiologico. Dal report annuale relativo al 2025 si rilevano i seguenti dati: Nel 2025 i tamponi positivi sono stati 107 su 5630 ricoveri ordinari e 33551 giornate di degenza. I microrganismi isolati sono stati: -Stafilococco aureo MRSA: 44 casi isolati (35 casi=79,5% in neonatologia) -Enterococco VRE: 18 casi isolati (10 casi isolati =55% in T.I. – 8 casi=55,6% in Medicina) -Klebsiella Pneumoniae CRE: 20 casi isolati (10 casi=75% in T.I - 5 casi =25% in Medicina.) -Acinetobacter baumannii MDR: 20 casi isolati (16 casi=80% in T.I.-4 casi=20% in Medicina) E.coli CRE: 5 casi isolati (4 casi=80% in T.I. – 1 caso=20% in Medicina)
2.Sorveglianza attiva batteriemie da CRE	SI	Assolto il debito informativo sul flusso dei dati per il Sistema di Sorveglianza Nazionale delle batteriemie da CRE con report annuale.

		Risultati: su 69 emocolture, 36 sono risultate positive (52%) a germi alert di cui: - Escherichia coli CRE (nessun caso isolato); - Klebsiella Pneumoniae CRE CZA S (4/5 casi isolati = 11, 1%) - Klebsiella Pneumoniae CRE CZA R (4/3 casi isolati = 8.3%)
3. Sorveglianza attiva patogeni alert	SI	Aggiornamento delle Procedure interne per la prevenzione delle ICA e la diffusione dei patogeni alert. La prevalenza delle infezioni da germi alert nei nostri reparti in base al monitoraggio dei dati microbiologici, con 100 (50,2%) alert sul totale di 199 isolati nel 2025, rispetto a 89 (28.9% alert su un totale di 243 isolati del 2024), mostra un trend generale in continua riduzione, ma con la quota di alert aumentata. In particolare, si è osservato aumento: tra i Gram + , di Stafilococco aureo; tra i Gram –, di Klebsiella CRE e anche CZA; tra gli MDR, di Acinetobacter baumanii Registrata flessione di: Pseudomonas ae, tra gli MDR (*v. Allegato 1)*
Indagini di prevalenza sulle infezioni Urinarie	SI	Il report annuale riporta i seguenti dati: su 96 urinocolture , 39(40,6%) sono sostenute da germi alert, tra cui Klebsiella ESBL.: 6/10 casi= 15.4% del totale Klebsiella Pneumoniae CRE CZA S 5/9 casi = 12,8 del totale Klebsiella Pneumoniae CRE CZA R = 3/8 =7,7% del totale Escherichia coli CRE (nessun caso alert isolato) Per gli altri dati sulle infezioni in T:i: siano in attesa dell'analisi dei risultati del Progetto " Lotta alla ICA" nell'ambito del Concorso safety & QualitY
Mappe di farmacoresistenza	SI	L'attività di antimicrobial stewardship si basa sull'incidenza delle infezioni causate da germi multiresistenti ai farmaci (MDR), la stima del consumo degli antibiotici e gli indici di spesa sono riferiti alle giornate di degenza. Per il 2025, il consumo degli antibiotici è distinto secondo la classificazione AWERE come riportato nella Tabella a pag. 38. Del presente documento. Per la fascia verde ACCESS, compaiono: Amoxicillina/ac. clavulanico, Ampicillina, Gentamicina e Cefazolina i cui consumi sono rimasti più o meno invariati rispetto al 2024, ad eccezione di una flessione del consumo della gentamicina. Per la fascia gialla WATCH, si registra la diminuzione del consumo dei chinolonici, della piperacillina/tazobactam e teicoplanina, a fronte di un aumento del meropenem. Per la fascia rossa RESERVE, l'aumento più significativo è da attribuire al meropenem/vaborbactam, seguito dalla colimicina, diminuito il consumo di daptomicina.

		La spesa affrontata per gli antibiotici nel 2025 è di circa il 10% superiore al 2024, da riferire al maggior costo dei farmaci in fascia RESERVE(dati in Allegato 1).
4. Monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico Uso antisettici e disinfettanti Check list di sala operatoria	IN PARTE	3 segnalazioni (incident reporting): 1 dal reparto di chirurgia 2 dal reparto di ortopedia, di cui 1 di chirurgia vertebrale E' stata revisionata la relativa procedura in base alla normativa europea recepita dall'AIFA, per cui dal 31 agosto 2025 i disinfettanti sono considerati farmaci. Da questa data in sala operatoria è in uso il cloraprep, nome commerciale della clorexidina al 2% in soluzione con alcool isopropilico al 70% e nei reparti per le attività che richiedono sterilità è utilizzato lo stesso disinfettante allo 0,5%. Revisione delle check list di sala operatoria nella sezione pre-operatoria per migliorare la tracciabilità della prescrizione del tipo di antibiotico somministrato e l'inserimento della tracciabilità del disinfettante utilizzato anche sul registro di sala e l'apposizione dell'etichetta sullo stesso.
5. Sepsi: strumenti per il riconoscimento precoce in Pronto Soccorso e monitoraggio dei tempi di durata della terapia antibiotica empirica	SI	Applicazione del qSOFA al Triage e applicazione del PDTA "Gestione della sepsi in Pronto Soccorso che comprende anche l'effettuazione degli esami microbiologici al momento dell'accettazione del paziente ed inizio della terapia empirica in Pronto Soccorso con successiva de-escalation in OBI o in reparto di degenza. Previsto a 6 mesi dall'accesso Gipse web il primo monitoraggio degli indicatori
6. Tabelle riassuntive per l'appropriatezza della terapia antibiotica nelle principali infezioni in ospedale	SI	Realizzate e distribuite nei vari reparti con formazione sul campo le tabelle riassuntive allegate alla procedura sulla terapia antibiotica empirica e preoperatoria, , in formato plastificato, di rapida e facile consultazione per utilizzare in modo appropriato e di tempo di durata della terapia antibiotica empirica. Per la riduzione della durata della terapia antibiotica empirica come ulteriore azione di miglioramento nella lotta alle ICA, l'Ospedale si è dotato di sistemi di laboratorio e di *"carba test"* che permettono risposte più rapide da parte della microbiologia e quindi l'impostazione più precoce della terapia antibiotica mirata da parte dei clinici. Inoltre, l'implementazione del sistema di gestione della documentazione con la piattaforma "*Talete web", promette* una raccolta dati in formato digitale più ampia e mirata, sicuramente di più facile fruizione e consultazione per gli operatori ma anche per l'attività di monitoraggio, in particolare per le ICA.
Attività Scientifica extra obiettivi prefissati		
Tra l'attività scientifica svolta, si riportano i lavori più	SI	Atti 18th European Public health Helsinki, Finland 11-14 november 2025 *Infection control: comparison analysis*

significativi in tema di rischio clinico presentati a Congressi nazionali e internazionali nel corso del 2025		*between 2023 and 2024 at "Cristo Re" Hospital in Rome;* Atti 18th European Public health Helsinki, Finland 11-14 november 2025 *Etiopathogenetic classification of Abdominal Aortic Aneurysms: new discoveries and evolving concepts;* 33rd Medical Women's International Association (MWIA)Congress, October 12-14, 2025, Cairo, Egypt *Perinatal mental health prevention and treatment program: from screening to care in the territory*; 33rd Medical Women's International Association (MWIA)Congress, October 12-14, 2025, Cairo, Egypt *Care management and clinical-assistance pathway for women victims of violence at the Cristo Re hospital in Rome*; 33rd Medical Women's International Association (MWIA) Congress, October 12-14, 2025, Cairo, Egypt *A coordinated ambulatory senology pathway for patient management: best practices in women's health;* OFFICINA DELLE IDEE Poster 20° Forum Risk Management in Sanità "Un nuovo sistema sanitario – la riforma in cammino: Arezzo, Centro Congressi 25 – 28 novembre 2025 *Prevenzione e gestione delle infezioni nell'Ospedale Cristo Re di Roma attraverso strategie integrate di sorveglianza e stewardship antimicrobica: analisi del I semestre 2024 versus I semestre 2025;* Atti 58° Congresso Nazionale SItI 22-25 ottobre 2025 *Programma di Prevenzione e Cura della Salute Mentale Perinatale dallo Screening alla presa in Carico sul Territorio;* Atti 58° Congresso Nazionale SItI 22-25 ottobre 2025 *Implementazione di strategie integrate di sorveglianza e stewardship antimicrobica: risultati dell'esperienza presso l'Ospedale Cristo Re anni 2023-2024;* 43° Congresso Nazionale AIDM Napoli dal 27 al 29 novembre 2025 Medicina Genere Specifica nelle Malattie Oncologiche: dalle cure appropriate alla lungo-sopravvivenza *Differenze di genere nelle malattie respiratorie influenzate dall'inquinamento atmosferico: dati di attività dell'Ambulatorio di Pneumologia dell'Ospedale Cristo Re di Roma;* 43° Congresso Nazionale AIDM Novembre 2025 Napoli medicina Genere Specifica nelle Malattie Oncologiche: dalle cure appropriate alla lungo-sopravvivenza 27-29 Novembre 2025 Napoli *Impatto dello screening precoce dell'anemia sideropenica nel reparto di Medicina dell'Ospedale Cristo Re di Roma;* 43° Congresso Nazionale AIDM Novembre 2025 Napoli medicina Genere Specifica nelle Malattie Oncologiche: dalle cure appropriate alla lungo-sopravvivenza 27-29 Novembre 2025 Napoli *Paradosso di genere nella chirurgia tiroidea: donne più numerose, uomini più a rischio di malignità;*

		43° Congresso Nazionale AIDM Novembre 2025 Napoli medicina Genere Specifica nelle Malattie Oncologiche: dalle cure appropriate alla lungo-sopravvivenza 27-29 Novembre 2025 Napoli *Team multidisciplinare in time per un servizio senologico fast-track.*

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS

La realizzazione del PARS riconosce specifiche responsabilità (tabella 7):

• Il Risk Manager, la Commissione Rischio Clinico, il Presidente del CCICA e il Comitato stesso, in collaborazione con la Direzione Sanitaria, e il Gruppo del Sistema Gestione Qualità (SGQ), redigono e promuovono il PARS tenendo in debito conto le linee guida regionali ed aziendali in materia di risk management sanitario, nonché le Raccomandazioni Ministeriali.

• La Direzione Strategica Aziendale si impegna a fornire direttive (piano budgeting, valutazione performance, definizione di specifici progetti aziendali) e risorse a tutte le macrostrutture coinvolte nel PARS.

Tabella 7 – Matrice delle responsabilità della redazione e adozione del PARS

Azione	Presidente CCICA	*Risk Manager*	Ufficio Affari Legali/Generali	Direttore Generale/ Proprietà	Direttore Sanitario (1)	Direttore Amministrativo	RSPP	Strutture di supporto
Redazione PARS eccetto Tabella 4* e capitolo 7**	C	R	C	C	C	C	C	-
Redazione Tabella 4 e 5* **	C	C	R	I	C	C	C	-
Redazione capitolo 7	R	C	I	I	C	I	C	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	C	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto il capitolo 7)	C	R	C	I	C	C	C	C
Monitoraggio capitolo 7	R	C	I	I	C	I	C	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.
(1) Ove non coincida con il Presidente CCICA
*Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, **Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo, ***Posizione Assicurativa.

6. OBIETTIVI

Il *Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario* (PARS), si configura come uno strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi, compresi quelli correlati alle ICA e quindi in integrazione del *Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani*. L'Ospedale, attraverso le politiche di qualità, sicurezza e risk management messe in pratica con i relativi manuali, documenti e piani annuali di sviluppo è orientato a migliorare le buone pratiche clinico-assistenziali e clinico-gestionali a tutela dell'interesse del paziente/utente/operatore.

6.1 Obiettivi specifici anno 2026

Nel recepire le indicazioni regionali con particolare riferimento al CRRC del Lazio che ha prodotto il "Documento per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario" (PARS), l'Ospedale Cristo Re, per la stesura dello stesso ed in coerenza con la *Mission* aziendale, ha individuato per l'anno 2025 le seguenti attività all'interno dei tre obiettivi strategici:

Obiettivo A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

a. *Progettazione ed esecuzione di un "Corso Base di Gestione del Rischio Clinico".*

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:

a. *Evento ECM sull'osteoporosi a 360° in ottica di genere*
b. *Operatori protagonisti: Bando Safety and Quality con progetti innovativi in materia di rischio sanitario*
c. *Corso di formazione teorico-pratico per la gestione della Sala Rossa in Pronto Soccorso*
d. *Laboratorio e clinica: percorsi diagnostici integrati per la sicurezza del paziente*

Obiettivo C: Favorire una visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture

a. *Evento formativo : Rischio sanitario da radiazioni ionizzanti per i professionisti e i pazienti*
b. *Revisione e Monitoraggio della check list di sala operatoria in un'ottica di miglioramento continuo*
c. *Umanizzazione delle cure: attività in ambito materno- infantile*
d. *Corso accreditato ECM: carenza marziale e anemia carenziale*

Obiettivo D: Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management

a. *Partecipazione al tavolo permanente dei Risk Manager*

6.2 Attività e Matrice delle Responsabilità

Obiettivo A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure
Attività a.: *Progettazione ed esecuzione di un "Corso Base di Gestione del Rischio Clinico"*
Indicatore: Esecuzione di un corso ECM in tema di comunicazione e consenso informato
Standard: 1/1
Fonte: Commissione Rischio Clinico (RC), Comitato scientifico, Ufficio Formazione, SGQ, Direzione Sanitaria

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Commissione RC, Comitato scientifico, Direzione Sanitaria**	**Ufficio formazione**	**Personale UU.OO.**
Progettazione del Corso	R	C	I
Accreditamento del Corso	C	R	I
Esecuzione del Corso	R	C	I

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

Obiettivo B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa
***Attività a**: Evento sull'osteoporosi a 360 in ottica di genere*
Indicatore: 1/1
Standard: si
Fonte: Commissione Rischio clinico, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico, SGQ

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Commissione RC/Servizio Infermieristico.**	**Direzione Sanitaria/SGQ**	**Personale UU.OO.**
Progettazione	R	C	I
Diffusione/Formazione	R	C	I
Applicazione	I	C	R

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

Obiettivo B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa
*Attività **b.**: Coinvolgimento degli operatori: Bando Safety and Quality su progetti innovativi in tema di rischio sanitario*
Indicatore: N. Progetti presentati/N. Progetti accettati/N. Progetti realizzati
Standard: si
Fonte: Commissione RC, CCICA, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico, SGQ, Direzione Strategica

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Commissione RC, CCICA, SGQ Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico**	**Direzione Strategica**	**Tutto il personale**
Preparazione Bando	R	I	C
Valutazione Progetti	R	C	I
Premiazione dei Progetti scelti	I	R	C

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

Obiettivo B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa
Attività c*: Realizzazione di corsi di formazione clinico-pratici accreditati ECM per la gestione della Sala Rossa in Pronto Soccorso*
Indicatore: Realizzazione di 2 edizioni
Standard: 2 edizioni
Fonte: Commissione RC, CCICA, Servizio Infermieristico**,** Pronto Soccorso, Anestesia e Rianimazione, SGQ, Uff. Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
Azione	**Pronto Soccorso/Anestesia Rianimazione**	**Commissione RC, CCICA, Servizio Infermieristico, SGQ**	**Ufficio Comunicazione**	**Professionalità Sanitarie interessate**
Progettazione corso	R	I	C	I
Realizzazione	R	I	C	I
Analisi dei risultati	C	R	I	I

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

Obiettivo B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa
Attività d: *Laboratorio e Clinica: Percorsi Diagnostici Integrati per la sicurezza del paziente*
Indicatore: Realizzazione evento
Standard: 1/1
Fonte: Commissione RC, SGQ, Laboratorio Analisi, Servizio Infermieristico, Ufficio Comunicazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
Azione	**Laboratorio Analisi**	**Commissione RC, SGQ, Servizio Infermieristico**	**Ufficio Comuncazione**	**Personale UU.OO/Centri/Servizi**
Progettazione corso	R	C	I	C
Realizzazione	R	C	I	C
Applicazione	R	C	I	C

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

Obiettivo C) Favorire una visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture
Attività a. *Evento formativo ECM: Rischio sanitario da radiazioni ionizzanti per i professionisti e i pazienti*
Indicatore: realizzazione evento
Standard: **1/1**
Fonte: Ufficio formazione, Servizio di radiodiagnostica, Commissione RC, RSPP, Direzione Sanitaria, SGQ

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Ufficio Formazione Servizio Radiodiagnostica**	**Commissione RC, SGQ, RSPP, Direzione Sanitaria**	**Personale e Utenti**
Organizzazione	R	C	I
Realizzazione	R	C	I
Applicazione	C	I	R

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

Obiettivo C) Favorire una visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture
Attività b. *Monitoraggio della check list in un'ottica di miglioramento continuo (revisione)*
Indicatore: check list controllate/ check list corrette
Standard: **100%**
Fonte: Commissione RC, Direzione Sanitaria, SGQ, Servizio Infermieristico, CICCA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Centro di Dermatologia, Ufficio formazione,**	**Commissione RC, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico, SGQ, CICCA**	**Professionalità Interessate**
Organizzazione	R	C	I
Realizzazione	R	C	I
Applicazione	C	I	R

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

Obiettivo C) Favorire una visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture
Attività c.: *Umanizzazione delle cure: attività in ambito materno infantile*
Indicatore: realizzazione di giornate di formazione
Standard: 1/1
Fonte: Commissione RC, SGQ, Ostetricia e ginecologia, Servizio Infermieristico, Direzione Sanitaria, Ufficio formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
Azione	**U.O.C. Ostetricia e Ginecologia Servizio Infermieristico**	**SGQ, Commissione RC**	**Ufficio Comunicazione**	**Personale Ostetricia e Ginecologia/ Centri/Servizi**
Preparazione	R	C	I	C
Realizzazione	R	R	C	C
Applicazione	C	C	-	R

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

Obiettivo C) Favorire una visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture				
Attività c.: *Corso accreditato ECM: Carenza marziale e anemia Carenziale*				
Indicatore: Realizzazione corso				
Standard: 1/1				
Fonte: Commissione RC, SGQ, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico, UOC Medicina, Ufficio Formazione				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
Azione	**UOC Medicina**	**Direzione Sanitaria, SGQ, Commissione RC**	**Ufficio Comunicazione**	**Personale UU.OO./Centri/Servizi**
Preparazione	R	C	I	I
Realizzazione	R	I	C	I
Applicazione	R	C	-	I

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

Obiettivo D) Partecipare alle attività regionali in tema di risk management			
Attività a: *Partecipazione al tavolo permanente dei Risk Manager*			
Indicatore: Partecipazione alle riunioni			
Standard: >50%			
Fonte: Risk Manager, Direzione Sanitaria, Commissione Regionale Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Risk Manager**	**Direzione Sanitaria**	**Comitato Regionale**
Organizzazione riunioni	I	I	R
Informazione/Comunicazione	I	I	R
Partecipazione	R	C	I

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

7. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

7.1 Obiettivi

In continuità con le attività eseguite nel corso del 2025, per l'anno 2026 sono stati identificati i seguenti obiettivi:

A) *Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo*:

1. *evento residenziale accreditato ECM: Gestione ICA e Antibiotico Resistenza*

B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, mantenga e consolidi le attività raggiunte entro il 31/12/2023 per gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento Regionale:

1. Condivisione dei risultati relativi agli obiettivi del Piano locale per l'Igiene delle mani 2025 con programmazione di attività di *auditing* e *retraining, di formazione sul campo* per il mantenimento e l'implementazione dei risultati raggiunti nell'anno 2025 con prosecuzione delle attività anche per l'anno 2026. Report semestrali sull'osservazione della compliance dell'igiene delle mani redatti secondo le indicazioni fornite dal SERESMI)

2. Monitoraggio del consumo della soluzione idroalcolica (CSIA) per reparti di degenza e NON Degenza e raggruppati per area/disciplina, con report redatti secondo le indicazioni del SERESMI, all'esito del quale è prevista una giornata di condivisione dei risultati e premiazione della U.O./del Servizio più virtuosa/o nell'anno 2025.

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 resistenti ai carbapenemi (CRE):

1. Sorveglianza attiva (tampone rettale/faringeo/ coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE.

Utilizzo dei dati di colonizzazione per guidare la terapia empirica nei pazienti critici

2. Implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE. Monitoraggio dei campioni urinari

3. Implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert. Indagini di prevalenza sulle infezioni in T.I.

4. Sorveglianza Nazionale delle infezioni del sito chirurgico di qualsiasi eziologia: indagini di Prevalenza.

5. Sepsi: strumenti per il riconoscimento precoce in Pronto Soccorso e monitoraggio dei tempi di durata della terapia antibiotica empirica.

6. Patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza - dati di consumo di farmaci antinfettivi.

7. Collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione/UOC Vaccinazioni ASL Roma 1 in base al PNPV.

7.2 Attività

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo			
ATTIVITA' 1- *Evento residenziale accreditato ECM: Gestione ICA e Antibiotico Resistenza*			
Indicatore*:* Realizzazione evento			
Standard: 1/1			
Fonte*:* CCICA, Commissione RC, Direzione Sanitaria, SGQ			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CCICA, SGQ, Commissione RC/Direzione Sanitaria**		**Tutto il personale**
Progettazione corso	R		I
Realizzazione	R		I
Applicazione	C		R

OBIETTIVO B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.			
ATTIVITÀ 1– *Condivisione dei risultati relativi agli obiettivi del Piano locale per l'Igiene delle mani 2025 con programmazione di attività di auditing e retraining e formazione sul campo per il mantenimento e l'implementazione dei risultati raggiunti anche nel 2026*.			
Indicatore: Programmazione attività			
Standard: almeno 80% di adesioni			
Fonte: CCICA, Commissione RC, SGQ, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CCICA, SGQ, Commissione RC**	**Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico**	**Personale U.O.**
Progettazione attività	R	C	I
Realizzazione attività	R	I	C
Analisi dei dati	R	C	I

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

OBIETTIVO B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.
ATTIVITÀ 2 *– Monitoraggio del consumo del gel idroalcolico espresso in L/1000GD e sapone disinfettante per reparto di degenza e NON degenza e per area/disciplinai, all'esito del quale è prevista una giornata di condivisione dei risultati e premiazione della U.O./del Servizio più virtuosa/o nell'anno 2026.*
Indicatore: Report trimestrali
Standard: valore effettivo= valore reale/valore atteso >100%

Fonte: CCICA, Commissione RC, SGQ, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico, Farmacia

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA, SGQ, Commissione RC	Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico	Farmacia
Progettazione attività	R	I	C
Flusso dati	C	I	R
Valutazione dati	R	C	I

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

OBIETTIVO C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

ATTIVITÀ 1 *- Sorveglianza attiva (tampone rettale/faringeo/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE*.
Utilizzo dei dati di colonizzazione per guidare la terapia empirica nei pazienti critici

Indicatore: Report annuale % di colonizzazioni/infezioni

Standard: 1/1

Fonte: CCICA, Commissione RC, SGQ, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico, Laboratorio analisi

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Commissione RC, CCICA, SGQ	Direzione Sanitaria Servizio Infermieristico	Laboratorio analisi
Progettazione	R	C	I
Monitoraggio colonizzazione	C	I	R
Analisi dati	R	C	I

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

OBIETTIVO C) Migliorare l'appropriatezza. assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

ATTIVITÀ 2 *Monitoraggio dei campioni urinari positivi a microrganismi alert associati a cateterismo urinario*

Indicatore: Report annuale urinocolture da CRE/ cateteri vescicali posizionati

Standard: 1/1

Fonte: CCICA, GSQ, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico, Laboratorio analisi

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA, SGQ,	Direzione Sanitaria,SGQ/Servizio Infermieristico	Laboratorio analisi	PersonaleUU.OO./Centro/ Servizi
Pianificazione del monitoraggio	R	I	C	I
Flusso dati	C	C	R	I
Analisi dati	R	I	C	I

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

OBIETTIVO C) Migliorare l'appropriatezza. assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

ATTIVITÀ 3 *– Analisi sulla di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert attraverso Indagini di prevalenza sulle principali infezioni in T.I.*

Indicatore: Report annuale

Standard: 1/1

Fonte: CCICA, Commissione RC, SGQ, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico, Laboratorio analisi, Terapia Intensiva

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA, SGQ, Commissione RC	Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico	Laboratorio analisi	Operatori Terapia Intensiva
Monitoraggio	C	I	C	R
Flusso dati	C	I	R	C
Analisi dati	R	I	C	I

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

OBIETTIVO C) Migliorare l'appropriatezza. assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

ATTIVITÀ 4 *- Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico di qualsiasi eziologia: indagini di prevalenza.*

Indicatore: Monitoraggio del numero di infezioni nei reparti chirurgici /anno

Standard: Monitoraggio in 2 giornate indice (1 e 15 del mese) per ogni reparto/anno

Fonte: CCICA, Commissione RC, SGQ, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico, Laboratorio analisi, SIO

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Commissione RC, CCICA, SGQ	Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico	Laboratorio analisi	SIO
Monitoraggio	R	C	I	I
Flusso dati	I	C	R	I
Analisi dei dati	R	C	I	I

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

OBIETTIVO C) Migliorare l'appropriatezza. assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

ATTIVITÀ 5 *– Sepsi: strumenti per il riconoscimento precoce in Pronto Soccorso e monitoraggio dei tempi di durata della terapia antibiotica empirica.*

Indicatore: n. di applicazione QSofa Score- News 2/ n. d infezioni

Standard: > 80%

Fonte: CCICA, Commissione RC, SGQ, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico, Laboratorio Analisi, SIO, Farmacia

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**CCICA, SGQ, Commissione RC**	**Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico**	**Laboratorio analisi**	**SIO**
Monitoraggio	R	C	C	I
Flusso dati	C	I	R	R
Diffusione e implementazione	R	C	I	I

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

OBIETTIVO C) Migliorare l'appropriatezza. assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

ATTIVITÀ 6 *- Patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza – monitoraggio dati di consumo di farmaci antinfettivi secondo la classificazione AWARE: formazione sul campo nei reparti di degenza in merito alla durata e appropriatezza della terapia antibiotica da parte dell'infettivologo*

Indicatore: 1 giornata/settimana/reparto

Standard: 100%

Fonte: CCICA, Commissione RC, SGQ, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico, UU.OO./Centri/Servizi, Armadio farmaceutico

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	**CCICA, SGQ, Commissione RC**	**Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico**	**Armadio Farmaceutico**	**UU.OO./Centri/Servizi**
Report Consumo farmaci AWARE	R	C	R	I
Formazione	R	I	I	C
Analisi dati	R	I	C	I

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

OBIETTIVO C) Migliorare l'appropriatezza. assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

ATTIVITÀ 7 *– Collaborazione istituzionale con la Asl Roma 1 con l'attivazione di sedute vaccinali dedicate a gruppi specifici di popolazione assistiti presso la Struttura, in particolare: vaccinazione anti papilloma virus(HPV), anti pertosse, anti Herpes Zoster*

Indicatore: attivazione Collaborazione

Standard: aumento copertura vaccinale popolazione nostri assistiti e operatori

Fonte: Medici UU.OO./Centri/Servizi, Medico Competente, Farmacia, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico, SGQ, Commissione RC, CICCA, Farmacia

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	**Medici UU.OO./Centri/Servizi, Direzione Sanitaria**	**Servizio Infermieristico CCICA, SGQ, Medico competente, Farmacia Commissione RC**	**UU.OO./Centri/Servizi**
Attivazione collaborazione	R	C	I
Attività	C	C	R
Analisi dati	R	C	I

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

8. MODALITA' DI DIFFUSIONE

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso:

./Presentazione del Piano all'interno dell'incontro tra Direzione Strategica, Responsabili di UU.OO./Centri/Servizi/Uffici e Coordinatori Infermieristici, della Commissione Rischio Clinico e del CCICA

./ Pubblicazione del PARS sul sito aziendale nella sezione Intranet;

./Pubblicazione del PARS sulla home page e nella sezione "Trasparenza" del sito internet dell'Ospedale

./ Iniziative di diffusione del PARS a tutti gli operatori.

9. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. *Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502* recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".
2. *D.P.R. 14 gennaio 1997* recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
3. *Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229* recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".
4. *Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81,* integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro".
5. *Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009* Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
6. *Circolare Ministeriale n.52/1985* recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere".
7. *Circolare Ministeriale n. 8/1988* recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza".
8. *Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008* recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131".
9. *Determinazione Regionale n. G04112 depn 01/04/2014* recante "Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)".
10. *Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria* – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio.
11. *Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23/02/2015* della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti".
12. *Legge 28 dicembre 2015, n. 208* recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)".
13. *DCA n° U00563 del 24/11/2015* "Linee di indirizzo per la stesura dei Piani attuativi per i Comitati di Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza della Regione Lazio".
14. *Determinazione n. G14486 del 24/11/2015* "Gruppi di lavoro tematici in materia di Rischio Clinico".

15. *Determinazione G12355 del 25/10/2016* "Approvazione del documento recante la definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" e successivamente con il DCA n°U00328 del 4/11/2016 all' "Approvazione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
16. *Legge 8 marzo 2017, n. 24* - Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonche' in materia di responsabilita' professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
17. *DCA 469/2017* Regione Lazio – Nuovo manuale per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie.
18. *Ministero della Salute* - Piano Nazionale di Contrasto Antibiotico Resistenza (PNCAR) 2022-2025. 02.02.2025.
19. *Decreto del Ministero della Salute* 19 novembre 2022 "valutazione in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie".
20. *Sentenza Corte di Cassazione* n. 6386/2023, Sulla responsabilità della struttura sanitaria in caso di infezioni nosocomiali.
21. *Determinazione n°G01226 del 2/2/2018: "*Approvazione documento recante Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017.
22. *Determinazione n°G00164 del 11/01/2019* "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
23. *Nota Regione Lazio U 0063179* del 23 gennaio 2020 "Comunicazioni relative all'elaborazione del PARM 2020".
24. *Nota Regione Lazio* U 0884417 del 15 ottobre 2020 "Comunicazioni relative all'elaborazione del PARM 2021".
25. *Determinazione Regione Lazio n.G00643 del 25.01.2022* "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS).
26. *Determinazione G09850 del 20 luglio 2022* "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella".
27. *Determinazione Regione Lazio n.G15198 del 06.11.2022 "*Documento di indirizzo per la prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita".
28. *Determinazione Regione Lazio n.G16501del 28.11.2022* "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza (ICA)".
29. *Protocollo nr. 124752 del 02.02.2023 - REGLAZIO* – Regione Lazio Piano annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2023 (PARS).
30. *Piano nazionale prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025* è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni il 2 agosto 2023 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 21 agosto 2023 (G.U. Serie Generale, n. 194 del 21 agosto 2023).
31."*Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)"* in sostituzione delle "Linee Guida regionali per la gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" (Determinazione n. G09535 del 02 luglio 2014) a cura del CRRC Prima emissione del 7 novembre 2023.
32. *Deliberazione Giunta Regione Lazio n.869 del 7 dicembre 2023 "*Approvazione Documento tecnico: Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015".
33. *R.U. REGLAZIO n.U0091714 del 22.01.2024* – Regione Lazio Piano annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARS).
34. *R.U. REGLAZIO n.U0079798 del 22.01.2025 – Regione Lazio - Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2025 (PARS).*
35. Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza e il controllo della legionellosi(DGR n. 460 del 28 giugno 2024).
36. *Manuale di Gestione della Qualità ISO 9001:2015 Rev. 8 Gennaio 2025 Ospedale Cristo Re di Roma.*
37. R.U. REGLAZIO n.U0037825 del 15.01.2026 – Regione Lazio - Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2026 (PARS).

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live".
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997.
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997.
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1688_allegato.pdf
7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1783_allegato.pdf
8.WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. World Health Organization 2009
9. http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=contenutiDettaglio&id=311.
10. Agenas – Osservatorio Buone Pratiche: gestione rischio clinico e sicurezza del paziente.
11. Istituto Superiore di Sanità (ISS) – https://www.iss.it/gestione-del-rischio-clinico
12. Gazzetta Ufficiale: raccolta degli atti recanti misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
13. Ministero della Salute: Nuovo coronavirus – www.salute.gov.it
14. Epicentro.iss.it/sorveglianza ICA/informazionigenerali

Allegato 1 Consumo di antibiotici, soluzione idroalcolica, report di microbiologia 2025,
Allegato 2 Piano di azione locale sull'igiene delle mani 2026 – Questionario di Autovalutazione-Monitoraggio osservazione compliance igiene mani (SERESMI)
Allegato 3 Programma di controllo della legionellosi

10. Allegato 1

- **Consumo medio Antibiotici anno 2025**

Farmaci	DDD/1000 gd 2024	DDD/1000 gd 2025
Amoxicillina/ac. clavulanico	1,03	1,30
Ampicillina 1g	1,62	1,20
Cefazolina	14,74	14,09
Gentamicina	4,63	0,25
Ampicillina/Sulbactam 2g+1g	8,20	1,67
Ampicillina/Sulbactam 500+250 mg	6,20	0,53
Ceftriaxone 1gr	6,10	5,51
Ciprofloxacina	1,29	0,47
Levofloxacina	0,99	0,14
Meropenem 500 mg	2,39	7,14
Piperacillina/tazobactam	10,01	4,06
Teicoplanina	0,42	0,12
Vancomicina	2,60	2,30
Ceftarolina	0,15	-
Ceftazidime/avibactam	0,33	0,28
Colimicina	0,32	2,00
Daptomicina 350 mg	0,66	0,51
Daptomicina 500 mg	0,93	0,51
Fosfomicina	-	0,25
Imipenem/cilastina 500+500mg	-	0,12
Meropenem/vaborbactam	0,26	7,22
Caspofungin	0,36	0,27
Voriconazolo	0,10	0,037
Gel idroalcolico	15,16L/GD	18,92L/GD

- **Dati di soluzione idroalcolica (CSIA) e GDO**

Anno di riferimento: **2025** Intervallo di tempo: **annuale** **CSIA**: 598 L **GDO**: 31628

per aree di degenza/NON degenza		
Area di:	CSIA	GDO
Degenza	411	31628
NON Degenza	187	
TOTALE	598	31628

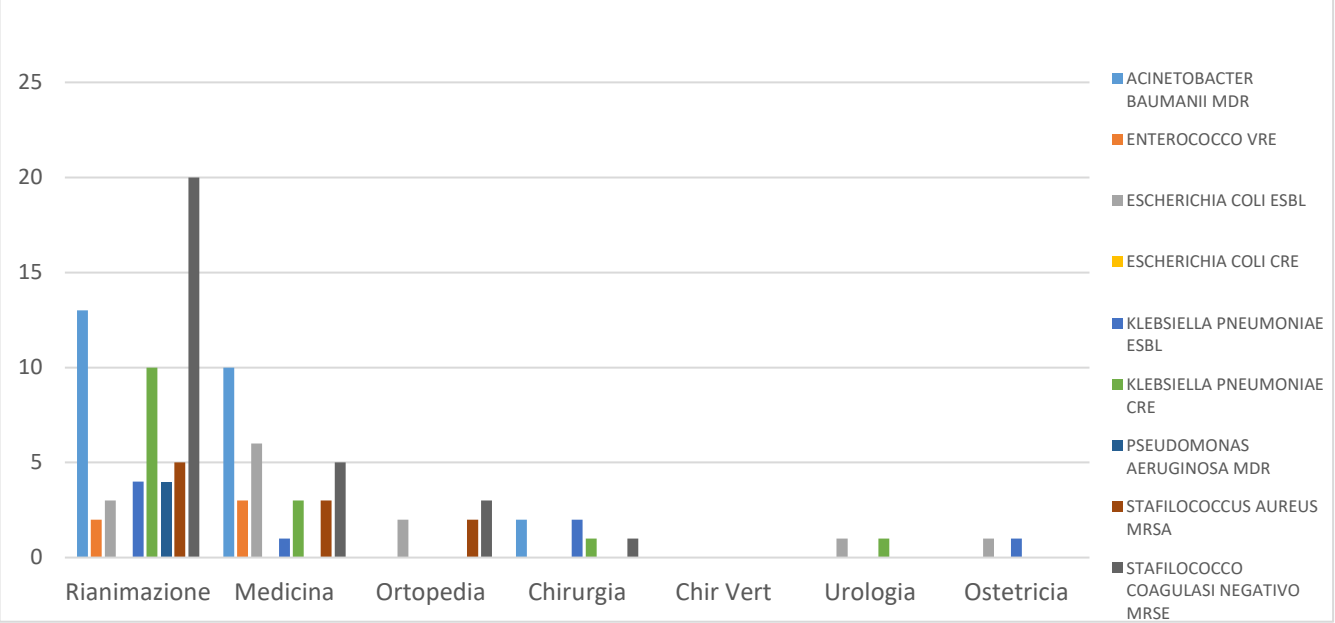
- **Dati di soluzione idroalcolica (CSIA) e GDO**

Dati suddivisi per Area/disciplina		
Area/Disciplina	CSIA	GDO
Medica	133,5	12542
Chirurgia	35	6330
Terapia Intensiva	101	2494
Emergenza Urgenza	69.5	0
Ortopedia e Traumatologia	33	4842
Tutte le altre aree	39	5420
TOTALE	411	31628

- **Report microbiologico 2025**

MICRORGANISMI	PREVALENZA 2023	PREVALENZA 2024	PREVALENZA 2025
ACINETOBACTER BAUMAN MDR	3,4	4,7	14.1
ASPERGILLUS	0,31	0	0
CLOSTRIDUM DIFFICILE	1,24	0,62	nd
ESCHERICHIA COLI ESBL	8,40	8,2	23.1
ESCHERICHIA COLI CRE(KPC)	0	0,31	13.1
ENTEROCOCCO VRE	3,4	3,7	8.0
PROTEUS MIRABILIS ESBL	2,48	0,94	nd
PROTEUS MIRABILIS MDR	0	0,31	nd
KLEBSIELLA PNEUMONIAE KPC	5,58	1,5	10
KLEBSIELLA PNEUMONIAE ESBL	1,86	4,4	10.5
PSEUDOMONAS AERUGINOSA ESBL	0,62	0,31	nd
PSEUDOMONAS AERUGINOSA MDR	4,65	2,2	6.0
STAFILOCOCCO AUREO MRSA	4,65	2,8	9.0
STAFILOCOCCO COAG.NEG.MRSE	4,65	4,7	14.6
STAFILOCOCCO EPIDERMIDIS MRSE	4,65	3,7	Compreso in MRSE
STAFILOCOCCO HAEMOLYTICUS MRSE	3,1	0,94	Compreso in MRSE
STENOTROPHOMONAS MALT. SXT:R	0,31	0	0
LEGIONELLA	0,62	0,31	0
TOT ANNO	**48**	**39,64**	**108.4**

- **Alert distribuiti per Reparti 2025**



REPORT DI SORVEGLIANZA 2025.
Prevalenza delle infezioni da germi alert associate all'assistenza sanitaria

	N Isolati totali	N Isolati sensibili	N Isolati Alert	% Alert
Cocchi Gram positivi				
Stafilococco aureo MRSA	*18*	*3*	15	**83,3**
Enterococco VRE	*16*	*8*	8	**50,0**
Enterobacteriaceae prod. beta-lattamasi a spettro esteso				
Escherichia coli ESBL	*46*	*26*	20	**43,5**
Klebsiella pneumoniae ESBL	*21*	*11*	10	**47,6**
Enterobacteriaceae produttori di carbapenemasi				
Escherichia coli CRE	*26*	*26*	0	**0**
Klebsiella pneumoniae CRE	*20*	*11*	9	**45,0**
Klebsiella pneumoniae CRE Ceftazidima / Avibactam resist	*9*	*11*	6	**66,7**
Altri batteri Gram neg produttori di carbapenemasi e/o MDR				
Acinetobacter baumannii MDR	*28*	*0*	28	**100,0**
Pseudomonas aeruginosa MDR	*12*	*9*	3	**25,0**
Pseudomonas aeruginosa MDR Ceftazidima / Avibactam resist	*3*	*9*	1	**33,3**
Stenotrophomonas maltophilia SXT R	*0*	*0*	0	**0**

- **<u>Batteriemie germi sentinella 2025</u>**

		Campioni		
Num	MICRORGANISMO sentinella	EMOCOLTURA SENSIBILE	Emocoltura Alert	% ALERT
1	ACINETOBACTER BAUMANII MDR	0	15	41.7
2	ESCHERICHIA COLI ESBL	6	5	13.9
3	**ESCHERICHIA COLI CRE**	**6**	**0**	**0.0**
4	KLEBSIELLA PNEUMONIAE ESBL	5	3	8.3
5	**KLEBSIELLA PNEUMONIAE CRE CZA S**	**5**	**4**	**11.1**
6	KLEBSIELLA PNEUMONIAE CRE CZA R	4	3	8.3
7	PSEUDOMONAS AERUGINOSA CZA S	3	0	0.0
8	PSEUDOMONAS AERUGINOSA MDR CZA R	0	0	0.0
9	STAPHYLOCOCCUS AUREUS MRSA	1	6	16.7
10	ENTEROCOCCUS SPP VRE	3	0	0.0
Somma		33	36	100.0
Totale emocolture positive		69		
Emocolture positive alert		52.2%		

- **Germi sentinella urinocolture 2025**

		Campioni		
Num	**MICRORGANISMO sentinella**	**URINOCOLTURA S**	**URINOCOLTURA R**	**% ALERT TOTALI**
1	ACINETOBACTER BAUMANII MDR	0	9	23.1
2	ESCHERICHIA COLI ESBL	17	9	23.1
3	**ESCHERICHIA COLI CRE**	**17**	**0**	**0.0**
4	KLEBSIELLA PNEUMONIAE ESBL	4	6	15.4
5	**KLEBSIELLA PNEUMONIAE CRE CZA S**	**4**	**5**	**12.8**
6	KLEBSIELLA PNEUMONIAE CRE CZA R	5	3	7.7
7	PSEUDOMONAS AERUGINOSA CZA S	3	1	2.6
8	PSEUDOMONAS AERUGINOSA MDR CZA R	1	0	0.0
9	STAPHYLOCOCCUS AUREUS MRSA	0	0	0.0
10	ENTEROCOCCUS SPP VRE	6	6	15.4
	Somma	57	39	100.0
	Totale	96		
	Urinocolture positive alert	40.6%		

- **Tamponi sorveglianza 2025**

TAMPONI SORVEGLIANZA														Distribuzione reparti					
GERME	Gen	febb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sette	Otto	Nove	Dice	TOTALE	Rianimazione	Medicina	Neonatologia	Rianimazione	Medicina	Neonatologia
Staphylococcus MRSA	2	2	3	1	1	7	5	5	2	5	9	2	44	5	4	35	11.4	9.1	79.5
Enterococcus VRE	1		3	3	1	1	2	3		1		3	18	10	8	0	55.6	44.4	0.0
Klebsiella p. CRE			2	1	1	1	3		3	4	2	3	20	15	5	0	75.0	25.0	0.0
Acinetobacter baumannii	3	4		3	2		1	2			4	1	20	16	4	0	80.0	20.0	0.0
E. coli CRE							3				1	1	5	4	1	0	80.0	20.0	0.0
Totale per mese													107	assoluti			percentuale		

11. Allegato 2

PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2026

Autori del documento:

Gruppo operativo CCICA

Il **Questionario di autovalutazione** sull'Igiene delle mani per il 2024 ha dato i seguenti risultati:

Sezione A - REQUISITI STRUTTURALI TECNOLOGICI

Per questa sezione l'Ospedale Cristo Re mantiene il livello **avanzato**. Nel 2025 si propone di consolidare e migliorare questo risultato mantenendo e implementando le seguenti attività:

- continuare a monitorare la disponibilità di dispenser a muro nei corridoi e all'esterno delle stanze di degenza e sui carrelli, implementare la disponibilità di gel all'interno delle stanze per facilitarne l'accesso al punto di assistenza per gli operatori ma anche per i pazienti e visitatori;
- continuare il monitoraggio delle ICA sottese da microrganismi alert con report trimestrali che verranno presi in esame durante le riunioni del CCICA;
- continuare il monitoraggio del consumo di Gel idroalcolico con report trimestrali che verranno presi in esame durante le riunioni del CCICA per attenzionare i reparti che faranno registrare una flessione dei consumi al di sotto della media dell'ospedale;
- condivisione dei risultati e premiazione della UO/Servizio più virtuosa/o nella Giornata Mondiale dell'Igiene delle mani

Sezione A - MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direttore Sanitario	Presidente CCICA	Risk Manager	Farmacia Ospedaliera	Laboratorio di Microbiologia	CCICA
Disponibilità dei dispenser nelle diverse postazioni	**C**	**R**	**C**	**R**	**I**	**C**
Monitoraggio delle ICA report trimestrali	**C**	**C**	**C**	**C**	**R**	**C**
Monitoraggio del consumo di Gel idroalcolico Report trimestrali	**C**	**C**	**C**	**R**	**I**	**C**
Analisi dei dati	**I**	**C**	**C**	**C**	**C**	**R**
Condivisione dei risultati con gli operatori e premiazione della UO più virtuosa	**C**	**R**	**C**	**I**	**I**	**C**

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

Sezione B - FORMAZIONE DEL PERSONALE

Nel 2025 l'Ospedale raggiunge il livello **avanzato (80)**
Nel 2026, per questa sezione sono previste le seguenti azioni:

- continuare a monitorare e promuovere un corretto comportamento da parte degli operatori sanitari;
- formazione e affiancamento dei neo assunti
- interventi di reauditing e retraining on the job per garantire che le buone pratiche siano conservate da parte di tutto il personale
- Monitoraggio dell'avvenuta formazione degli operatori con indicatori e test di apprendimento (Pre e post formazione)

- Sezione B – MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direttore Sanitario	Servizio Infermieristico	Risk Manager	Osservatori	CCICA
Monitoraggio	**C**	**C**	**C**	**C**	**R**
Formazione	**I**	**C**	**C**	**C**	**C**

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

Sezione C - MONITORAGGIO E FEEDBACK

L'autovalutazione per il 2025 registra il passaggio al livello **avanzato**.

Per questa sezione l'Ospedale intende mantenere le seguenti azioni:

- attività di osservazione e valutazione durante gli audit di Qualità e Rischio Clinico per ogni Reparto di Degenza, DH, e ambulatori dedicati all'assistenza della disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani con comunicazioni al CCICA. La Farmacia Ospedaliera, come indicatore di risultato, continuerà a fornire a cadenza trimestrale il report sul consumo di GEL idroalcolico e di sapone disinfettante;
- valutazione durante gli audit di Qualità e Rischio clinico della corretta tecnica e delle indicazioni per l' igiene delle mani secondo la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale;
- partecipazione al monitoraggio SERESMI sulle osservazione dell'igiene della mani
- comunicazione da parte del CCICA dei risultati dell'analisi effettuata alla Direzione Sanitaria nonché al Personale dei reparti e degli ambulatori, eventualmente anche tramite i Responsabili di Unità Operativa ed i Coordinatori Infermieristici per i setting assistenziali che si collocano al di sotto degli standard sugli indicatori prefissati per il 2026 (almeno 80% di adesione), almeno una volta l'anno (Giornata Mondiale Igiene mani);

Sezione C – MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direttore Sanitario	Presidente CCICA	Risk Manager	Formatori	Osservatori	CCICA
Osservazione dell'Adesione al Piano	**C**	**C**	**C**	**C**	**R**	**I**
Analisi e diffusione dei Dati	**C**	**C**	**C**	**I**	**I**	**R**
Obiettivi di implemento degli indicatori	**C**	**C**	**C**	**C**	**I**	**R**

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

Sezione D - COMUNICAZIONE PERMANENTE

L'Ospedale mantiene il livello **Avanzato** e si propone di confermare il risultato con le seguenti azioni:

- Premiazione dei Progetti innovativi presentati nel 2025 in tema di igiene delle mani, nell'ambito del Bando Safety e Quality presentati dagli operatori con diffusione e condivisione dei risultati
- promozione continua con specifici poster aggiornati sull'utilizzo del Gel idroalcolico e le Istruzioni operative per la corretta igiene delle mani in ogni ambiente deputato all'assistenza, rivolta non solo agli operatori ma anche alle persone assistite e ai visitatori
- Promozione della Giornata Mondiale dell'Igiene delle mani

Sezione D – MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direttore Sanitario	Coordinatori infermieristici	Risk Manager	Formatori	Operatori	CCICA
Promozione della Giornata Mondiale dell'Igiene delle mani	**C**	**C**	**C**	**I**	**C**	**R**
Progettazione Bando di concorso	**C**	**C**	**C**	**I**	**I**	**R**
Elaborazione Progetti	**I**	**I**	**I**	**I**	**R**	**C**
Distribuzione del Materiale Informativo (opuscoli e poster)	**C**	**R**	**C**	**I**	**I**	**C**

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

Sezione E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT

Il livello raggiunto nel 2025 si conferma **intermedio**

L'Ospedale si propone di mantenere e consolidare le seguenti attività:

- proseguire con l'autovalutazione periodica (almeno annualmente) e descrivere i cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti;
- individuazione di promotori per l'igiene delle mani nelle varie discipline;
- comunicare i progressi e i risultati ottenuti dai diversi reparti e diffondere il messaggio attraverso altri canali (social media, siti web, cartellonistica, video con i momenti di assistenza in cui è corretto praticare l'igiene delle mani che coinvolge operatori, pazienti e visitatori, realizzato per la giornata del 5 maggio);
- mantenere la diffusione di materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori da distribuire a partire dalla Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani per tutto l'anno.

Sezione E – MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direttore Sanitario	Presidente CCICA	Risk Manager	Direzione strategica	Formatori	Osservatori	CCICA
Autovalutazione annuale	**C**	**R**	**C**	**C**	**I**	**I**	**R**
Comunicazione	**C**	**R**	**R**	**I**	**C**	**C**	**R**
Coinvolgimento pazienti e visitatori	**C**	**R**	**C**	**C**	**C**	**I**	**R**

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

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE PER LE STRUTTURE

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
DOMANDE	**RISPOSTE**	**PUNTEGGIO**
A.1 - Nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani?	Non disponibile	0
	Disponibile solo in alcuni reparti o in modo discontinuo	5
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo	10
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza nella maggior parte dei reparti	30
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo in ogni punto di assistenza	50
A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?	Meno di 1:10	0
	Almeno 1:10 nella maggior parte dei reparti (almeno il 75 % dei reparti)	5
	Almeno 1:10 nell'intera Struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento e in terapia intensiva	10
A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?	NO	0
	SÌ	10
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	NO	0
	SÌ	15
A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	15

INADEGUATO	0-25
BASE	26-50
INTERMEDIO	51-75
AVANZATO	76-100 (80)

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE		
DOMANDE	**RISPOSTE**	**PUNTEGGIO**
B.1 Formazione degli operatori sanitari		
B.1.1 Nella Struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull'igiene delle mani?	Mai	0
	Una tantum	5
	Formazione continua per il personale infermieristico e medico o per tutte le categorie professionali almeno una volta all'anno	10
	Formazione obbligatoria per tutte le categorie professionali di neoassunti e successive formazione continua periodica almeno una volta all'anno	20
B.1.2 - Esiste un Sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	NO	0
	SÌ	20
B.2 - Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali		
B.2.1 Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale	NO	0
	SÌ	5
B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
B.2.4 Poster informativi	NO	0
	SÌ	5
B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	15
B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	NO	0
	SÌ	15
B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	10

INADEGUATO	0-25
BASE	26-50
INTERMEDIO	51-75 (65)
AVANZATO	76-100 (85)

SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK		
DOMANDE	**RISPOSTE**	**PUNTEGGIO**
C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)	NO	0
	SÌ	10
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani		
C.3.1 Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SÌ	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SÌ	5
C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0
	SÌ	5
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani **NB**: Rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale		
C.4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai	0
	Irregolarmente	5
	Annualmente	10
	Ogni 3 mesi o meno	15
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≤ 30%	0
	31-40%	5
	41-50%	10
	51-60%	15
	61-70%	20
	71-80%	25
	≥ 81%	30
C.5 Feedback		
C.5.1 Feedback immediato: al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	0
	SÌ	5
C.5.2 Feedback sistematico: viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamentonel tempo ai professionisti sanitari?	NO	0
	SÌ	7.5
C.5.3 Feedback sistematico: viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura**?**	NO	0
	SÌ	7.5

INADEGUATO	0-25
BASE	26-50
INTERMEDIO	51-75 (72.5)
AVANZATO	76-100 (82.5)

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE		
DOMANDE	**RISPOSTE**	**PUNTEGGIO**
D.1 Sono esposti i seguenti poster (o materiali locali con contenuti simili)?		
D.1.1 - Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	15
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	20
	Esposti in tutti I reparti/dipartimenti (100%)	25
D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	10
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	15
D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	7.5
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	10
D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	Mai	0
	Almeno una volta all'anno	10
	Ogni 2-3 mesi	15
D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento dipo-ster diversi da quelli sopra menzionati?	NO	0
	SÌ	10
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	10
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	NO	0
	SÌ	15

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT		
DOMANDE	**RISPOSTE**	**PUNTEGGIO**
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:		
E.1.1 - Esiste un team definito?	NO	0
	SÌ	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0
	SÌ	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?		
E.2.1 - Direzione generale?	NO	0
	SÌ	10
E.2.2 - Direzione sanitaria?	NO	0
	SÌ	5
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	NO	0
	SÌ	5
E.3 - Esiste un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio?	NO	0
	SÌ	10
E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline?		
E.4.1 - Designazione dei "promotori" dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:		
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene dellemani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0
	SÌ	5
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
	SÌ	10
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:		
E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo istituzionale da raggiungere sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0
	SÌ	5
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0
	SÌ	5
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0
	SÌ	5
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	NO	0
	SÌ	5

INADEGUATO	0-25
BASE	26-50
INTERMEDIO	51-75
AVANZATO	76-100 (80)

INADEGUATO	0-25
BASE	26-50
INTERMEDIO	51-75(75)
AVANZATO	76-100

Compliance dell'Igiene Mani 1° semestre 2025 (in elaborazione i dati del 2° semestre 2025)

STRUTTURA/ASL	AREA	CATEGORIA PROFESSIONALE	MOMENTO OSSERVATO	OPPORTUNITÀ OSSERVATE (N.)	LAVAGGIO (N.)	SIA (N.)	NESSUNA (N.)	SE NESSUNA GUANTI (N.)	COMPLIANCE
Ospedale Cristo Re	Area Medica	3.1 Medicina	Prima del contatto con il paziente	7	0	4	2	1	57,1
Ospedale Cristo Re	Area Medica	1.1 Infermiere-a	Prima del contatto con il paziente	13	1	10	1	1	84,6
Ospedale Cristo Re	Area Medica	4.1 Terapista (Fisioterapista, Terapista Occupazionale, Tecnico di audiometria, Logopedista ...)	Prima del contatto con il paziente	4	0	3	1	0	75,0
Ospedale Cristo Re	Area Medica	3.3 Anestesista/ Rianimatore/ Medico di Pronto Soccorso	Prima di una manovra asettica	5	3	2	0	5	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Medica	1.1 Infermiere-a	Prima di una manovra asettica	9	7	2	0	9	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Medica	1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con liquidi biologici	4	2	2	0	4	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Medica	4. Altro Operatore Sanitario	Dopo il contatto con liquidi biologici	2	0	2	0	2	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Medica	3.1 Medicina	Dopo il contatto con il paziente	6	0	3	0	0	50,0
Ospedale Cristo Re	Area Medica	1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con il paziente	11	1	8	2	0	81,8
Ospedale Cristo Re	Area Medica	4. Altro Operatore Sanitario	Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	4	0	4	0	4	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Medica	1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	7	0	2	1	0	28,6
Ospedale Cristo Re	Area Chirurgica	3.2 Chirurgia	Prima del contatto con il paziente	7	0	5	1	1	71,4
Ospedale Cristo Re	Area Chirurgica	1.1 Infermiere-a	Prima del contatto con il paziente	10	1	0	9	10	10,0
Ospedale Cristo Re	Area Chirurgica	4.4 Studente	Prima del contatto con il paziente	2	2	0	0	2	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Chirurgica	3.5 Ginecologo	Prima di una manovra asettica	6	4	2	0	6	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Chirurgica	1.1 Infermiere-a	Prima di una manovra asettica	10	8	2	0	10	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Chirurgica	1.2 Ostetrico-a	Prima di una manovra asettica	2	2	0	0	2	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Chirurgica	3.2 Chirurgia	Dopo il contatto con liquidi biologici	2	2	1	0	2	150,0
Ospedale Cristo Re	Area Chirurgica	1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con liquidi biologici	3	3	0	0	3	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Chirurgica	1.2 Ostetrico-a	Dopo il contatto con liquidi biologici	1	1	0	0	1	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Chirurgica	4. Altro Operatore Sanitario	Dopo il contatto con liquidi biologici	1	1	0	0	1	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Chirurgica	3.2 Chirurgia	Dopo il contatto con il paziente	6	0	4	1	1	66,7
Ospedale Cristo Re	Area Chirurgica	1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con il paziente	9	1	8	0	0	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Chirurgica	1.2 Ostetrico-a	Dopo il contatto con il paziente	2	1	1	0	0	100,0

STRUTTURA/ASL	AREA	CATEGORIA PROFESSIONALE	MOMENTO OSSERVATO	OPPORTUNITÀ OSSERVATE (N.)	LAVAGGIO (N.)	SIA (N.)	NESSUNA (N.)	SE NESSUNA GUANTI (N.)	COMPLIANCE
Ospedale Cristo Re	Area Chirurgica	3.2 Chirurgia	Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	4	0	1	0	1	25,0
Ospedale Cristo Re	Area Chirurgica	1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	5	0	3	2	0	60,0
Ospedale Cristo Re	Area Chirurgica	1.2 Ostetrico-a	Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	2	0	1	0	1	50,0
Ospedale Cristo Re	Area Chirurgica	4. Altro Operatore Sanitario	Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	1	0	0	0	1	0,0
Ospedale Cristo Re	Area Pronto Soccorso	3. Medico	Prima del contatto con il paziente	6	0	3	3	5	50,0
Ospedale Cristo Re	Area Pronto Soccorso	1.1 Infermiere-a	Prima del contatto con il paziente	8	0	5	1	8	62,5
Ospedale Cristo Re	Area Pronto Soccorso	3.3 Anestesista/ Rianimatore/ Medico di Pronto Soccorso	Prima di una manovra asettica	2	1	1	0	2	3,0
Ospedale Cristo Re	Area Pronto Soccorso	3. Medico	Dopo il contatto con liquidi biologici	2	2	0	0	0	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Pronto Soccorso	1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con liquidi biologici	3	1	2	0	0	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Pronto Soccorso	4. Altro Operatore Sanitario	Dopo il contatto con liquidi biologici	1	1	0	0	0	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Pronto Soccorso	3.1 Medicina	Dopo il contatto con il paziente	6	0	2	4	0	33,3
Ospedale Cristo Re	Area Pronto Soccorso	1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con il paziente	7	0	4	1	0	57,1
Ospedale Cristo Re	Area Pronto Soccorso	3.2 Chirurgia	Dopo il contatto con il paziente	3	0	1	2	0	33,3
Ospedale Cristo Re	Area Pronto Soccorso	1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	4	0	2	1	1	50,0
Ospedale Cristo Re	Area Pronto Soccorso	3.5 Ginecologo	Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	1	0	0	1	0	0,0
Ospedale Cristo Re	Area Intensiva	3.3 Anestesista/ Rianimatore/ Medico di Pronto Soccorso	Prima del contatto con il paziente	6	1	4	0	1	83,3
Ospedale Cristo Re	Area Intensiva	1.1 Infermiere-a	Prima del contatto con il paziente	10	2	0	0	8	20,0
Ospedale Cristo Re	Area Intensiva	1.1 Infermiere-a	Prima del contatto con il paziente	4	0	3	0	1	75,0
Ospedale Cristo Re	Area Intensiva	3.3 Anestesista/ Rianimatore/ Medico di Pronto Soccorso	Prima di una manovra asettica	5	2	3	0	5	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Intensiva	1.1 Infermiere-a	Prima di una manovra asettica	9	3	6	0	9	100,0

STRUTTURA/ASL	AREA	CATEGORIA PROFESSIONALE	MOMENTO OSSERVATO	OPPORTUNITÀ OSSERVATE (N.)	LAVAGGIO (N.)	SIA (N.)	NESSUNA (N.)	SE NESSUNA GUANTI (N.)	COMPLIANCE
Ospedale Cristo Re	Area Intensiva	3.3 Anestesista/ Rianimatore/ Medico di Pronto Soccorso	Dopo il contatto con liquidi biologici	4	2	2	0	0	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Intensiva	1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con liquidi biologici	6	3	3	0	0	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Intensiva	3.3 Anestesista/ Rianimatore/ Medico di Pronto Soccorso	Dopo il contatto con il paziente	6	1	4	1	1	83,3
Ospedale Cristo Re	Area Intensiva	1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con il paziente	10	2	7	1	0	90,0
Ospedale Cristo Re	Area Intensiva	3. Medico	Dopo il contatto con il paziente	4	0	3	0	1	75,0
Ospedale Cristo Re	Area Intensiva	3.3 Anestesista/ Rianimatore/ Medico di Pronto Soccorso	Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	5	1	3	0	1	80,0
Ospedale Cristo Re	Area Intensiva	1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	8	1	6	0	1	87,5
Ospedale Cristo Re	Area Intensiva	4. Altro Operatore Sanitario	Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	2	0	0	0	2	0,0
Ospedale Cristo Re	Area Ortopedica	3. Medico	Prima del contatto con il paziente	2	0	0	0	0	0,0
Ospedale Cristo Re	Area Ortopedica	1.1 Infermiere-a	Prima del contatto con il paziente	2	0	0	0	2	0,0
Ospedale Cristo Re	Area Ortopedica	4.1 Terapista (Fisioterapista, Terapista Occupazionale, Tecnico di audiometria, Logopedista ...)	Prima del contatto con il paziente	1	0	1	0	1	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Ortopedica	1.1 Infermiere-a	Prima di una manovra asettica	1	1	0	0	1	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Ortopedica	1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con liquidi biologici	2	2	0	0	2	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Ortopedica	3.2 Chirurgia	Dopo il contatto con il paziente	2	0	1	0	0	50,0
Ospedale Cristo Re	Area Ortopedica	1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con il paziente	3	0	2	1	0	66,7
Ospedale Cristo Re	Area Ortopedica	1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	3	0	2	1	0	66,7
Ospedale Cristo Re	Area Ortopedica	4. Altro Operatore Sanitario	Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	1	0	0	0	1	0,0
Ospedale Cristo Re	Area Altro (materno -infantile)	3.4 Pediatra	Prima del contatto con il paziente	3	3	0	0	3	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Altro (materno -infantile)	4. Altro Operatore Sanitario	Dopo il contatto con l'ambiente circostante al paziente	10	3	5	0	2	80,0
Ospedale Cristo Re	Area Altro (materno -infantile)	3.5 Ginecologo	Prima di una manovra asettica	2	2	2	0	2	200,0
Ospedale Cristo Re	Area Altro (materno -infantile)	1.2 Ostetrico-a	Dopo il contatto con liquidi biologici	5	5	0	0	0	100,0
Ospedale Cristo Re	Area Altro (materno -infantile)	1.1 Infermiere-a	Dopo il contatto con il paziente	3	3	0	0	0	100,0
Ospedale Cristo Re	Aree Osservate								73,6

Allegato 3

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI OSPEDALE CRISTO RE

a. Costituzione del Team

In riferimento alla DGR 460/2024 l'attuale team è stato formalizzato dal Legale Rappresentante dell'Ospedale Cristo Re con nota Prot. n. 144/DG/2026 in base alle professionalità indicate, quale sottogruppo operativo all'interno di CCICA:

- Presidente del CCICA
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)
- Responsabile tecnico/manutentore degli impianti (idrici, aeraulici)
- Responsabile del laboratorio analisi
- Rappresentante delle aree cliniche (Responsabile UOC Medicina interna)
- Rappresentante della Direzione Sanitaria delegato all'Infettivologo referente
- Risk Manager
- Medico Competente

b. Piattaforma documentale

La piattaforma condivisa documentale è attualmente costituita da documentazione cartacea aggiornata con i risultati degli esiti analitici periodici programmati, le schede delle manutenzioni, la registrazione delle attività svolte lungo la filiera, in base alle procedure interne e alle normative vigenti.
In implementazione la piattaforma informatica su sistema di gestione integrato "Talete web".

c. Modalità di esecuzione e tempi della valutazione del rischio e indicazione sintetica delle misure di controllo previste

La valutazione del rischio legionellosi è condotta secondo un approccio sistematico e multidisciplinare, sulla base delle Linee Guida nazionali 2015, D.Lgs. 18/2023 e D.G.R. Lazio 460/2024 e le Procedura Interne, GEN. 69 *(Procedura di controllo per la Legionella)* nonché la GEN. 10.3 (*spin-off della Procedura GEN. 10 Istruzione operativa per la notifica delle Malattie infettive- primo compendio e aggiornamento complessivo delle edizione/revisioni precedenti Legionellosi: operatività interne/comunicazione/informazioni*).

L'analisi considera le caratteristiche dell'impianto con:

- censimento dei punti critici (rami morti, terminali poco utilizzati),
- tipologia della popolazione assistita,
- precedenti epidemiologici,
- prestazioni erogate.

La valutazione del rischio è annuale a carico del RSPP, con rivalutazione in caso di:

- interventi rilevanti sugli impianti;
- positività significative da Legionella nei controlli periodici;
- segnalazione di eventi clinici sospetti o accertati come eventuale possibile ICA.

Misure di controllo principali:
Attività di controllo messe in campo:

1. Programmate visite ispettive sull'impianto idrico al fine di verificare possibili stagnazioni d'acqua, intersezioni tra sistemi di acqua potabile e anche per effettuare misurazioni delle temperature di accumulo e di mandata dell'acqua calda ad uso sanitario.
2. Eseguite le pulizie periodiche degli impianti, dei filtri e dei soffioni doccia.
3. Controllate periodicamente e a campione le temperature dai boiler e ai terminali.
4. Verificata periodicamente la concentrazione della soluzione sanificante.
5. Effettuato monitoraggio microbiologico con cadenze annuali o, più ravvicinate in base al rischio (trimestrali/semestrali) presso laboratorio esterno accreditato ACCREDIA.

d. Risultato sintetico degli esiti del monitoraggio operativo di verifica sull'efficacia delle misure di controllo in atto

Nel 2025, sui campionamenti d'acqua effettuati dai punti critici, dai rubinetti terminali e dai serbatoi, risulta che le misure di controllo mantengono generalmente la Legionella entro limiti accettabili.
Non c'è coinvolgimento sistemico dell'impianto e nel 2025, anche su indicazione del SISP ASL Roma 1, sono state effettuate due bonifiche dell'intero impianto (iperclorazione shock), già prevista ulteriore iperclorazione shock nel 2026.
Il sistema di gestione integra la sorveglianza ambientale a quella clinica conforme al D.M. 07/03/2022 (PREMAL) e D.Lgs. 18/2023 per cui le eventuali segnalazioni di malattia infettiva sono notificate al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) della ASL Roma1.
Obiettivi:

- intercettare precocemente casi sospetti o accertati di legionellosi;
- monitorare appropriatezza diagnostica;
- correlare tempestivamente dati clinici e ambientali.

e. Sintesi del piano di miglioramento e azioni correttive

- Sono in corso i rifacimenti dei servizi igienici in alcuni terminali critici.
- La struttura ha reso disponibili dispositivi a rischio aerosol (ossigenoterapia e umidificatori) monouso.
- Implementata la scheda di registrazione del flussaggio dei terminali da parte del personale.

Le azioni correttive, applicate in caso di positività, comprendono:

- Shock chimici/termici mirati/bonifica;
- Flussaggi intensivi;
- Sostituzione e/o pulizia dei rompigetto;
- Rifacimento di parti impianto idraulico e rubinetteria;
- Ripetizione dei campionamenti fino a negativizzazione confermata.

f. Pianificazione delle azioni di supporto previste nel 2026

Azioni di supporto strutturate e continuative:

- Formazione e aggiornamento periodico del personale tecnico e sanitario.
- Informazione operativa su buone pratiche (flussaggi, manutenzione dispositivi).
- Audit periodici almeno annuali, condotti dal TEAM ed Auditor interni, con eventuale consulenza tecnica esterna.
- Documentazione e conservazione dei rapporti presso RSPP e Ufficio Tecnico.
- Tenuta sotto controllo dei processi nell'ottica del miglioramento continuo sulla base del ciclo di Deming (Plan-Do-Check-Act).