

DELIBERAZIONE

Struttura proponente: U.O.C. ACCREDITAMENTO, QUALITA E RISK MANAGEMENT		Proposta n. 1582 del 2026
Oggetto: Rettifica ed integrazione della Deliberazione n. 234 del 27.02.2026 avente ad oggetto: "Adozione del Piano annuale Rischio Sanitario 2026 (PARS)".		
Estensore: Simona AMATO (<i>Firma elettronica</i>)		
Responsabile del Procedimento: Simona AMATO (<i>Firma elettronica</i>)		
<i>Il Responsabile della Struttura proponente con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attesta, ai fini dell'art. 1 della L. n°20/1994 così come modificato dall'art.3 della L.639/1996, che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.</i>		
Data 02/04/2026		Firmato Simona AMATO
Gestore di spesa/ Titolare di budget		
Per presa visione		
Il Direttore attesta che il presente atto non comporta complessivamente uno scostamento sfavorevole rispetto al budget assegnato.		
		Direttore U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE
Data 02/04/2026		Firmato (Delegato) Massimiliano Calisti
Per presa visione		
		Direttore U.O.C. RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE
Data 07/04/2026		Firmato Marilù Saletta
Parere del Direttore Amministrativo ☒ Favorevole ☐ Non favorevole		
Data 10/04/2026		Firmato Mirella Peracchi
Parere del Direttore Sanitario ☒ Favorevole ☐ Non favorevole		
Data 10/04/2026		Firmato Maria Cedrola
Il Direttore Generale		
Data 14/04/2026		Firmato Francesco Amato
La presente deliberazione si compone di n. 65 pagine, di cui n. 62 pagine di allegati, che ne formano parte integrante e sostanziale. Ai sensi dell'art. 23 del Decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e s.m.i. (c.d. CAD - Codice dell'Amministrazione digitale), esso è firmato digitalmente e, se trasmesso in forma cartacea, costituisce copia dell'originale informatico predisposto e conservato presso questa Amministrazione in conformità alle regole tecniche (artt. 3 bis e 71 del CAD).		

IL DIRETTORE DELLA UOC ACCREDITAMENTO, QUALITÀ E RISK MANAGEMENT

RICHIAMATI

- il Decreto del Commissario ad Acta U00606 del 30 dicembre 2015, con cui, a far data dal 1° gennaio 2016 è stata istituita, tra l'altro, la ASL Roma 2, con contestuale soppressione delle preesistenti AA.SS.LL. Roma B e Roma C;
- il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00005 del 10 gennaio 2025 avente ad oggetto: *“Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 2 (Art. 8, comma 7 bis, della legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i.)”*;
- la deliberazione n. 1 del 15 gennaio 2025 di insediamento ed assunzione in carica del Direttore Generale dell'ASL Roma 2, dott. Francesco Amato;
- la deliberazione n. 992 del 06/08/2025 recante *“Ripartizione tra funzioni proprie della Direzione strategica e funzioni proprie dei dirigenti: indicazione degli atti da adottarsi con deliberazione e di quelli da adottarsi con determinazione dirigenziale - Ricognizione deleghe dirigenziali”*;

RICHIAMATA ALTRESI' la deliberazione n. 1388 del 13/11/2025 con cui al proponente veniva attribuita la direzione della struttura proponente;

RICHIAMATA la Determinazione Regionale G00643 del 25 gennaio 2022: Adozione del *“Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”*, avente per oggetto *“Comunicazioni relative all'elaborazione del PARS 2022”*;

PRESO ATTO

- del Piano di azione locale sull'igiene delle mani (PALIM): adottato con Determinazione n. G02044 del 26 febbraio 2021;
- delle Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi adottato con DGR n. 460 del 28 giugno 2024 e dal Piano di sicurezza dell'acqua (di cui al D.Lgs 18/2023 di recepimento della Direttiva UE 2020/2184);

VISTO che con Deliberazione n.234 del 27.02.2026 è stato deliberato il Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) per l'anno 2026 comprensivo anche del Piano locale Igiene delle mani e della Procedura per la Prevenzione e il Controllo del rischio Legionellosi nelle strutture ospedaliere della ASL Roma 2;

RILEVATO CHE nel provvedimento de quo, e nello specifico nel Piano locale Igiene delle Mani e nella Procedura per la Prevenzione e il Controllo del rischio Legionellosi nelle strutture ospedaliere della ASL ROMA 2 i documenti allegato 1 (PALIM 2026) e allegato 2 (Piano controllo legionellosi) presentano delle difformità rispetto ai documenti sopra richiamati;

RITENUTO pertanto necessario per le motivazioni sopra esposte di dover rettificare parzialmente la Deliberazione n. 234 del 27.02.2026 avente ad oggetto: *“Adozione del Piano annuale Rischio Sanitario 2026 (PARS)”* sostituendo i documenti allegato 1 (PALIM 2026) e allegato 2 (Piano controllo legionellosi) parte integrante del presente atto;

DATO ATTO CHE il presente atto non comporta oneri a carico del Bilancio né genera proventi allo stesso imputabili;

ATTESTATO INFINE sotto la responsabilità del sottoscritto che il presente provvedimento è adottato nel pieno rispetto della disciplina sulla protezione dei dati personali di cui al Regolamento (UE) 2016/679 (c.d. GDPR) e al D. lgs. n. 196/2003 e s.m.i. (c.d. Codice della Privacy)

PROPONE

- 1) di rettificare ed integrare la Deliberazione n. 234 del 27.02.2026 avente ad oggetto: “Adozione del Piano annuale Rischio Sanitario 2026 (PARS)” sostituendo i documenti allegato 1 (PALIM 2026) e allegato 2 (Piano controllo legionellosi) parte integrante del presente atto;
- 2) di stabilire che il rispetto di quanto contenuto nel Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario (PARS) e la realizzazione degli interventi in esso individuati sono obbligo di servizio “per tutti i dipendenti e il personale delle ditte/società in *outsourcing* che operano nella e/o per conto della ASL Roma 2”.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Francesco Amato, in attuazione del Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00005 del 10 gennaio 2025 nonché dell’atto deliberativo n. 1 del 15.01.2025;

VISTA la superiore proposta di deliberazione formulata dal Dirigente responsabile della struttura proponente indicata nel frontespizio, che, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

VISTO il parere tecnico espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

DELIBERA

di approvare la superiore proposta che qui si intende integralmente riportata e trascritta per come sopra formulata sottoscritta dal Dirigente responsabile della struttura proponente.

La presente deliberazione sarà posta in pubblicazione all’Albo pretorio *online* sul sito *web* istituzionale aziendale www.aslroma2.it per quindici giorni consecutivi e contestualmente resa disponibile al Collegio sindacale.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Francesco Amato

(firmato digitalmente)

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

ASL ROMA 2

Sommario

A0. Premessa.....	3
A1. Contesto organizzativo.....	3
A2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	10
A3. Descrizione della posizione assicurativa.....	15
A4. Gestione del rischio infettivo, organizzazione e riduzione del rischio	16
A5. Resoconto delle attività del piano precedente	17
A5.1 PARS 2025_Risk Management	17
A6. Matrice delle Responsabilità.....	24
A7. Obiettivi e Attività_Risk Management	25
A7.1 Obiettivi	25
A7.2 Attività	26
A8. Obiettivi e Attività per la Gestione del Rischio Infettivo	30
A8.1 Obiettivi	30
A8.2 Attività	31
A9. Gestione del Rischio Clinico nelle Case della Comunità (CdC)	35
A10. Gestione del Rischio Ospedali di Comunità (OdC)	38
A11. Modalità di Diffusione del Documento	42
A12. Bibliografia, Sitografia e Riferimenti Normativi	42
A13. Allegati	44

A0. Premessa

La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività (art 1 legge 24/2017). La "cultura della sicurezza" è dunque presupposto indefettibile per poter garantire il diritto alla salute della persona assistita.

L'attività di prevenzione, gestione e contenimento del rischio sanitario rappresenta un interesse primario dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) Roma 2, poiché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la sicurezza delle cure a tutela persona assistita.

La UOC Accreditamento, Qualità e *Risk Management* opera secondo una *vision* partecipata della sicurezza, condivide e sperimenta sul campo le pratiche per la sicurezza, le adatta alla realtà operativa e ne evidenzia efficacia e criticità. La gestione del rischio clinico richiede forzatamente un approccio multidisciplinare ed ha una finalità sostanzialmente preventiva, nell'ottica di garantire cure sicure e prestazioni qualitativamente soddisfacenti.

L'ASL Roma 2 (Azienda), in recepimento del Documento regionale e della Normativa di riferimento, predispone e redige annualmente il Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS), strumento operativo nel quale si definiscono gli obiettivi prioritari da raggiungere nel medio periodo includendo e definendo le attività tese a raggiungerli.

A1. Contesto organizzativo

Con Decreto del Commissario ad Acta U00606 del 30 dicembre 2015, in attuazione dei programmi operativi 2013-2015 approvati con DCA n. U00247/14, a far data dal 1° gennaio 2016 è stata istituita la ASL Roma 2, con contestuale soppressione delle AA.SS.LL. Roma B e Roma C. L'Azienda si articola in sei Distretti Sanitari Territoriali e tre Presidi Ospedalieri a gestione diretta: il Presidio Sandro Pertini (di seguito denominato OP o Pertini) sede di un DEA di I livello, il Presidio S. Eugenio (di seguito denominato OSE o SE) sede di DEA di I livello, ed il Presidio CTO Andrea Alesini sede di un PS specialistico ortopedico e ospedale a vocazione ortopedico - traumatologica e riabilitativa. Sono, altresì, presenti nel territorio aziendale Presidi pubblici e privati accreditati che concorrono all'interno del SSR al ricovero dei cittadini che presentano problemi di salute e necessitano di assistenza per acuti, lungodegenza e riabilitazione. Sul territorio dell'ASL Roma 2

nell'ambito del IV Municipio, viene gestita, con proprio personale, l'attività assistenziale per le persone ristrette nel Polo Penitenziario Rebibbia.

La ASL Roma 2 si estende nell'area sud est della Città di Roma, su una superficie di circa 470 km², la popolazione assistita è circa 1.300.00 abitanti, pari al 45% della popolazione comunale con una densità media di circa 2.800 abitanti per km² (**Tabella A**), rappresenta l'Azienda più grande di Europa, non solo per la popolazione assistita ma anche per i volumi di produzione e spesa. La struttura demografica rispecchia quella di una popolazione "invecchiata", caratterizzata da un tasso di mortalità più alto di quello di natalità e da una elevata proporzione di anziani rispetto ai giovani. Il Distretto 7 ha il maggior numero di residenti, corrispondente al 25% del totale della popolazione della ASL. I Distretti 5 e 7 risultano i più densamente popolati; al contrario, i Distretti 9 e 6 risultano particolarmente estesi e con bassa densità di popolazione. Nella ASL Roma 2 le donne rappresentano il 52% della popolazione residente, sono più numerose dei maschi in tutti i distretti.

Tabella A – Superficie e densità abitativa per municipio al 31 dicembre 2024

Municipio	Superficie (kmq)	Popolazione	Densità (abitanti per kmq)
IV	47,9	168.039	3.504,3
V	30,6	239.925	7.848,6
VI	109,5	242.069	2.211,3
VII	47,6	311.895	6.552,7
VIII	47,2	127.086	2.695,5
IX	183,3	183.043	998,5

Fonte: Ufficio di Statistica di Roma Capitale dati aggiornati al 31/12/2024

In Azienda è stato ridisegnato il modello organizzativo dell'assistenza territoriale creando un Dipartimento territoriale che assicuri la operatività di quanto disposto dal DM 77/2022 sempre in una logica di percorsi tra professionisti per soddisfare il bisogno di salute della popolazione. Alla luce dei principi sanciti dal D.lgs. 502/1992 s.m.i. e delle scelte strategiche della Regione Lazio, tra le principali linee di intervento aziendali assume un impulso strategico la presa in carico della persona assistita che mira a gestire in modo integrato i bisogni complessi della persona, garantendo un'assistenza personalizzata e continuità delle cure anche attraverso l'Ospedale di Comunità e le Case della Comunità. Nella ASL Roma 2 sono state istituite n.22 Case della Comunità *HUB e Spoke* (**Tabella B**) e n.2 Ospedali di Comunità (**Tabella C**).

Tabella B – Case di Comunità _Distretto, indirizzo e denominazione

Distretto	Indirizzo Presidio	Denominazione
IV	Via del Frantoio 44	Frantoio
	Via Francesco Paolo Bonifacio Snc	Torraccia
	Via Mozart 25	Tiburtino III
	Via di Casal dei Pazzi 16	Villa Tiburtina
	Via Pietralata, 497	Pietralata
V	Via degli Eucalipti 20	San Felice
	Via della Rustica 218	La Rustica
	Via Giacomo Bresadola 56	Bresadola
	Via Nicolò Forteguerri 4	Santa Caterina della Rosa
VI	Via Tenuta di Torrenova 138	Torrenova
	Via Tommaso Agudio 5	Lunghezza
	Via Torricella Sicura 4	Villaggio Prenestino
	Via delle Averle, 6	Torre Spaccata
VII	Via Antistio, 12	Antistio
	Via Cartagine 85	Appio Claudio
	Via della Stazione di Ciampino 31	Morena
	Via Monza 2	Tuscolano
VIII	Via Casal de Merode 6	Ardeatino
	Via Antonio Malfante 35	Garbatella
	Via San Nemesio 21	San Nemesio
IX	Viale Camillo Sabatini Snc	Torrino
	Via Giuseppe Marotta 11	Laurentino

Fonte: Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2026-2028

Tabella C – Ospedali di Comunità _Distretto, indirizzo e denominazione

Distretto	Indirizzo Presidio	Denominazione
IV	Via del Frantoio 44	Frantoio
V	Via Nicolò Forteguerri 4	Santa Caterina della Rosa

Fonte: Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2026-2028

Il contesto strutturale organizzativo e i dati di attività aggregati dell'Azienda sono rappresentati nella **Tabella 1**; la tipologia di servizio prestato nei singoli Presidi Ospedalieri e il rispettivo volume di attività vengono illustrati nella **Tabella 2**.

Tabella 1 – Dati di attività aggregati dell'Azienda ASL Roma 2

DATI STRUTTURALI ^(A)			
Estensione territoriale	470Km ²	Popolazione residente	1.272.057
Distretti Sanitari	4 Distretto 5 Distretto 6 Distretto 7 Distretto 8 Distretto 9 Distretto	Presidi Ospedalieri Pubblici	1. Sandro Pertini 2. Sant'Eugenio 3. CTO - A. Alesini
Posti letto ordinari	659	Cardiologia	46
		Chirurgia Generale	39
		Chirurgia Plastica	2
		Chirurgia Vascolare	18
		Detenuti	9
		Ematologia	12
		Geriatria	16
		Grandi ustionati	10
		Medicina d'Urgenza	31
		Medicina Generale	137
		Nefrologia	22
		Neonatologia	12
		Neurochirurgia	9
		Neurologia	15
		Oncologia	12
		Ortopedia e Traumatologia	85
		Ostetricia e Ginecologia	33
		Otorinolaringoiatria	5
		Pediatria	12
		Pneumologia	20
		Psichiatria / SPDC	22
		Riabilitazione e Recupero Funzionale	15
		Terapia Intensiva	24
		Unità Spinale	16
		Urologia	17

DATI STRUTTURALI ^(A)			
		UTIC	17
		UTIN	3
Posti letto diurni	81	Servizi trasfusionali	2
Blocchi Operatori	9	Sale Operatorie	29
Terapie Intensive	4	UTIC	2
DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI			
Ricoveri ordinari	23.251	Ricoveri diurni	5.430
Accessi PS	124.025	Neonati o parti	1742 neonati 1680 parti
Branche specialistiche	25	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	921.097

Dei 9 blocchi operatori 8 sono attivi; delle 29 sale operatorie 27 sono attive
(A) Fonte: Ufficio Statistico del Comune di Roma aggiornati al 31/12/2024 - Dati forniti da: DD.SS. OO Ospedaliere, UOS Flussi Informativi Sanitari ASL Roma 2 (Sistemi N-SIS, SIO, SIES, SIAS) aggiornati al 31/12/2025 per N-SIS e SIES e aggiornati al 30/11/2025 per SIAS e SIO

Tabella 2 – ASL ROMA 2: Dati di attività aggregati per singolo Presidio Ospedaliero

DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO PRESIDIO ^(A)			
OSPEDALE SANDRO PERTINI			
Posti letto ordinari	295	Cardiologia	30
		Chirurgia Generale	20
		Chirurgia Vascolare	10
		Detenuti	9
		Medicina Generale	76
		Medicina Urgenza	16
		Nefrologia	8
		Neonatologia	6
		Oncologia	12
		Ortopedia e Traumatologia	30
		Ostetricia e Ginecologia	13
		Otorinolaringoiatria	4
		Pediatria	6
		Pneumologia	20
		Psichiatria / SPDC	15
		Terapia Intensiva	8
		Urologia	4
		UTIC	8
Posti letto diurni	27	Servizi trasfusionali	1
Numero Blocchi Operatori	3	Numero Sale Operatorie	11
Numero Terapie Intensive	1	Numero UTIC	1
Numero ricoveri ordinari	10.677	Numero ricoveri diurni	1.770
Numero Accessi PS	56.598	Numero neonati o parti	563 neonati 572 parti

Dei 3 blocchi operatori 2 sono attivi; delle 11 sale operatorie 9 sono attive

(A) Fonte: Dati forniti da: UOS Flussi Informativi Sanitari ASL Roma 2 (Sistemi N-SIS, SIO, SIES); Direzione Sanitaria di Presidio. Dati aggiornati al 31/12/2025 per N-SIS e SIES, aggiornati al 30/11/2025 per SIAS e SIO

DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO PRESIDIO ^(A)
OSPEDALE SANT'EUGENIO

Posti letto ordinari	289	Cardiologia	16
		Chirurgia Generale	19
		Chirurgia Plastica	2
		Chirurgia Vascolare	8
		Ematologia	12
		Geriatria	16
		Grandi Ustionati	10
		Medicina d'Urgenza	15
		Medicina Generale	61
		Nefrologia	14
		Neonatologia	6
		Neurochirurgia	9
		Neurologia	15
		Ortopedia e Traumatologia	17
		Ostetricia e Ginecologia	20
		Otorinolaringoiatria	1
		Pediatria	6
		Psichiatria / SPDC	7
		Terapia Intensiva	10
		Urologia	13
		UTIC	9
		UTIN	3
Posti letto diurni	42	Servizi trasfusionali	1
Numero Blocchi Operatori	4	Numero Sale Operatorie	13
Numero Terapie Intensive	2	Numero UTIC	1
Numero ricoveri ordinari	10.673	Numero ricoveri diurni	2.773
Numero Accessi PS	51.542	Numero neonati o parti	1.179 neonati 1.108 parti

(A) Fonte: Dati forniti da: UOS Flussi Informativi Sanitari ASL Roma 2 (Sistemi N-SIS, SIO, SIES); Direzione Sanitaria di Presidio. Dati aggiornati al 31/12/2025 per N-SIS e SIES, aggiornati al 30/11/2025 per SIAS e SIO

DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO PRESIDIO ^(A)			
OSPEDALE CTO - A. ALESINI			
Posti letto ordinari	75	Ortopedia e Traumatologia	38
		Riabilitazione e Recupero Funzionale	15
		Terapia Intensiva	6
		Unità Spinale	16
Posti letto diurni	12	Servizi trasfusionali	-
Numero Blocchi Operatori	2	Numero Sale Operatorie	5
Numero Terapie Intensive	1	Numero UTIC	-
Numero ricoveri ordinari	1.901	Numero ricoveri diurni	887
Numero Accessi PS	15.885	Numero neonati o parti	-

(A) Fonte: Dati forniti da: UOS Flussi Informativi Sanitari ASL Roma 2 (Sistemi N-SIS, SIO, SIES); Direzione Sanitaria di Presidio. Dati aggiornati al 31/12/2025 per N-SIS e SIES, aggiornati al 30/11/2025 per SIAS e SIO

A2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

La sicurezza del Paziente è un aspetto fondamentale delle cure e un elemento basilare della qualità dell'assistenza sanitaria, richiede impegno individuale e di *team*. I singoli operatori e processi sono raramente uniche cause degli errori, piuttosto, la combinazione di elementi separati nell'insieme producono situazioni ad alto rischio. Comprendere il rischio nei complessi processi di assistenza e di cure mediche richiede informazioni sugli errori e sui cosiddetti quasi errori (*near miss*), da essi si può imparare come colmare le lacune di sicurezza, ridurre la morbilità e la mortalità ed aumentare la qualità dell'assistenza sanitaria (*learn from experience*). A tale scopo diventa indispensabile avere una cultura della sicurezza non punitiva (*no blame*) per affrontare gli errori con meccanismi di segnalazione che aiutino a prevenire e correggere errori di sistema ed errori umani. In Azienda, negli anni, sono stati erogati numerosi corsi di formazione e realizzate campagne di sensibilizzazione rivolti agli operatori della salute al fine di implementare il sistema di segnalazione in ambito di rischio clinico, *incident reporting*. Dal 2024, al fine di favorire un utilizzo più estensivo e puntuale *dell'incident reporting*, oltre al formato cartaceo, è stata adottata la modulistica informatizzata, reperibile sull'applicativo AREAS così da garantire la compilazione e trasmissione alla UOC Accreditamento, Qualità e Risk Management in tempo reale. La Struttura ha inoltre garantito un documento di sintesi trimestrale degli eventi segnalati e relativa analisi che ha condiviso con tutte le UU.OO./Servizi. Nel corso dell'anno 2025, tramite il sistema di *reporting* aziendale, sono pervenute complessivamente n.494 segnalazioni, in lieve decremento rispetto al 2024 (n.524) (**Figura 1**). il dato riportato è un dato grezzo non

rapportato ai volumi di attività ospedaliera/prestazioni territoriali (residenziali/ambulatoriali). Il totale degli eventi, n.494, risulta così distribuito tra le articolazioni Aziendali: nei Presidi ospedalieri si registrano n.417 (84%) segnalazioni, nelle Strutture sanitarie territoriali n.77 (16%) (**Figura 2**).

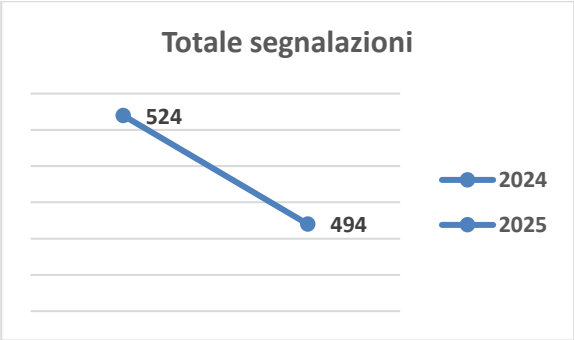


Fig. 1 Totale segnalazioni stratificato per anno

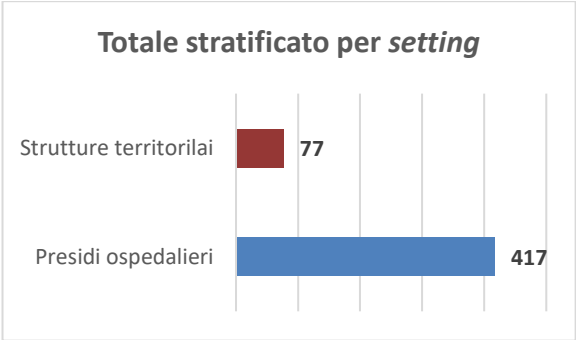


Fig.2 Totale segnalazioni stratificato per setting

Per quanto concerne la classificazione, risultano n.183 (37%) *Near Miss* (NM), n.302 (61%) Evento Avverso (EA), n.9 (2%) Evento Sentinella (ES) (**Tabella 3**). Gli eventi classificati come *Near Miss* includono eventi intercettati e/o che non hanno determinato alcun danno al paziente; gli eventi avversi includono gli eventi che hanno necessitato di esami successivi correlati all’episodio e/o con esito lieve e/o moderato; gli eventi sentinella sono stati classificati come tali in base alle indicazioni ministeriali e regionali e/o correlati all’esito severo riportato.

Tabella 3 – Eventi segnalati nel 2024 (ai sensi dell’art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ^(B)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
<i>Near Miss</i> ^(A)	183	Tecnologici n.5 (56%) Organizzativi n.2 (22%); Procedure/Comunicazione n.6 (67%); Ambientali n.1 (11%); Fattori umani n.3 (33%)	Tecnologici n.5 (56%); Organizzativi n.2 (22%); Procedure/Comunicazione n.6 (67%); Ambientali n.1 (11%); Fattori umani n.3 (33%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi ^(A)	302			
Eventi Sentinella ^(A)	9			

Fonte: Qualità e Risk Management

^A Glossario (secondo le definizioni del Ministero della Salute)

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 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 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
- b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

^B I **fattori causali/contribuenti** fanno riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi ("Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella" adottato con Determinazione Regione Lazio n. G09850 20/07/2021e ss.mm.ii.)

Il totale delle segnalazioni, n.494, stratificato per categoria di evento, risulta così distribuito: **Caduta di paziente** n.363 (74%), **Atti di violenza a danno di operatore** (di seguito anche aggressioni) n.111 (22%), **Altro** n.20 (4%), riferibile alle attività clinico-assistenziali ordinarie (**Figura 3**).

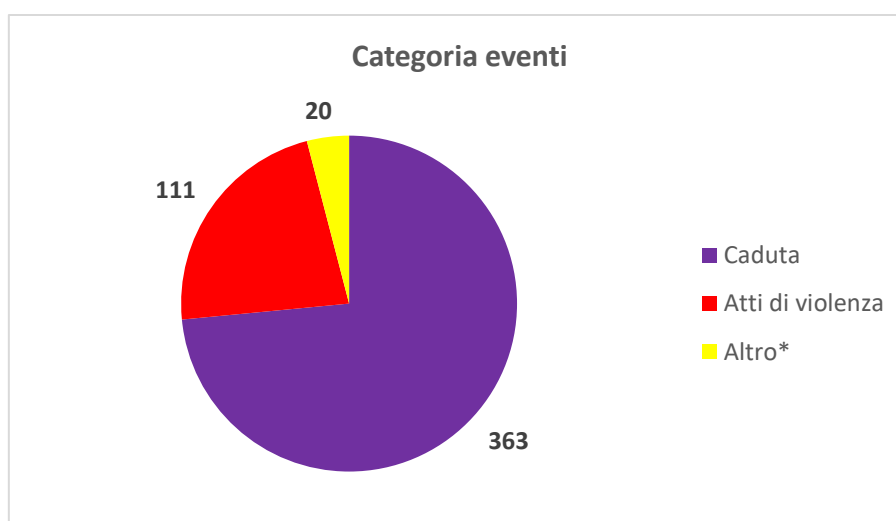


Fig. 3 Totale segnalazioni stratificato per categoria evento

La **Caduta di paziente** con n.363/494 (73%) è l'evento maggiormente ricorrente sia nel *setting* intra ospedaliero (n.340/363) che territoriale (n.23/363) (**Figura 4**). Tra i fattori contribuenti all'insorgenza dell'evento "*caduta*" si riscontrano lo *status* intrinseco del paziente, la mancata adesione al piano assistenziale che costituiscono essi stessi determinanti di rischio. Dall'analisi dei dati aggregati emerge che l'esito determinato dall'evento caduta in n.6 (2%) casi si è configurato come evento con esito severo, dunque sentinella (ES). La ripartizione per genere è così distribuita: i maschi (M) con n.221/363 (61%) risultano più coinvolti rispetto alle femmine (F) n.140/363 (38%), n.2/363 (1%) trattasi di pazienti ignoti (**Figura 5**).

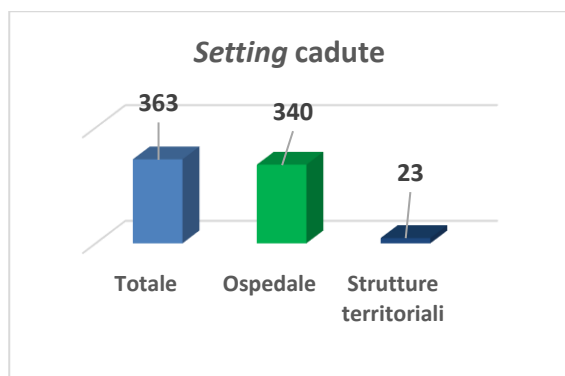


Fig.4 Totale cadute stratificato per setting

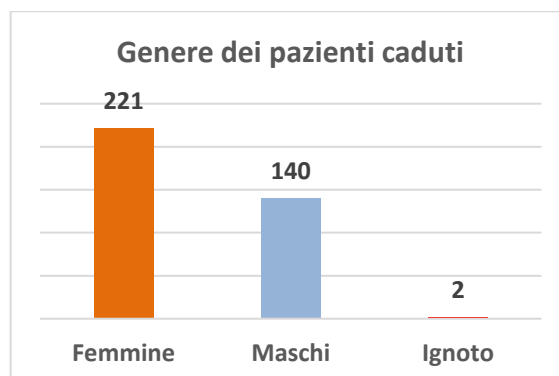


Fig.5 Totale cadute stratificato per genere

Nei Presidi ospedalieri la stanza di degenza risulta il luogo in cui si verificano maggiormente gli episodi di caduta con n.212/340 (62%), nelle Strutture territoriali prevalgono gli spazi comuni (scale, atrio, corridoio) con n.17/23 (74%). Relativamente agli **Atti di violenza a danno di operatore** l'Azienda sta concentrando i propri sforzi affinché sia possibile intervenire sui fattori causali e contribuenti che hanno reso possibile l'evento aggressivo anche con il coinvolgimento sinergico della sicurezza del lavoro e altri uffici/servizi preposti. L'Azienda è inoltre coinvolta nel progetto regionale pilota per la *Rilevazione Aggressioni agli operatori Sanitari e Socio-Sanitari* volto a rilevare eventuali criticità e identificare e promuovere interventi migliorativi da porre in atto. Dall'esame dei dati si evince che il numero complessivo di segnalazioni è pari a n.111/494 (23%), sensibilmente variato rispetto all'anno precedente, 2024, in cui sono state segnalate n.128/524 (circa 25%). Gli atti aggressivi si sono verificati in n.59/111 (53%) nel setting intra ospedaliero, in n.52/111 (47%) nelle Strutture territoriali (**Figura 6**). Per quanto concerne la tipologia di eventi aggressivi segnalati, predominano le aggressioni Verbali con n.81/111 (73%), a seguire le Verbali/Fisiche n.24/111 (22%) e Fisiche n.6/111 (5%) (**Figura 7**).

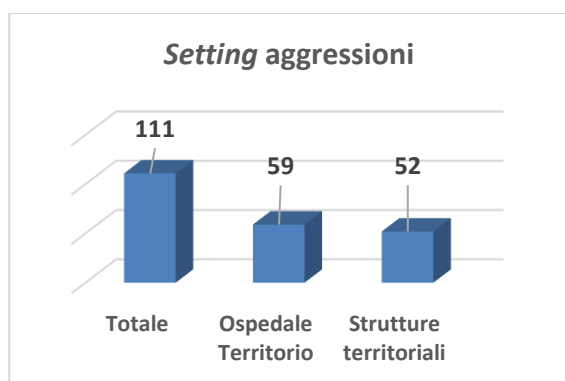


Fig. 6 Totale aggressioni stratificato per setting

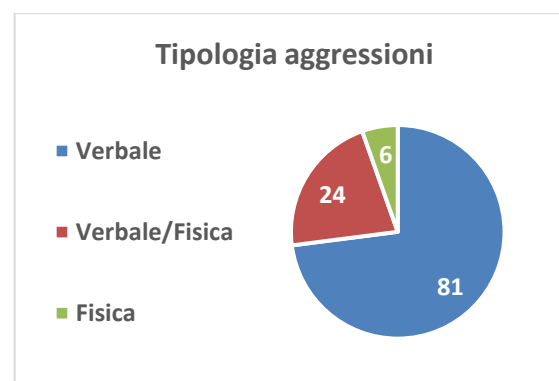


Fig.7 Totale aggressioni stratificato per tipologia

In n.36/111 casi (32%) trattasi di aggressioni multi operatore. L'aggressore è nella maggior parte dei casi rappresentato dal paziente, di genere maschile. L'infermiere risulta coinvolto in misura maggiore con n.62/111 (56%) di atti aggressivi subiti, figura che è chiamata a gestire rapporti con i pazienti/utenti caratterizzati da una condizione di emotività in cui prevale uno stato di forte vulnerabilità e frustrazione. Il DEA/PS con n.26/59 (44%) costituisce il *setting* intra ospedaliero in cui si rileva una maggiore frequenza di aggressioni, a seguire Medicina e Medicina Protetta con n.8/59 (14%), il reparto di Ortopedia con n.5/59 (9%) e il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) con n.3/59 (5%) (**Figura 8**).

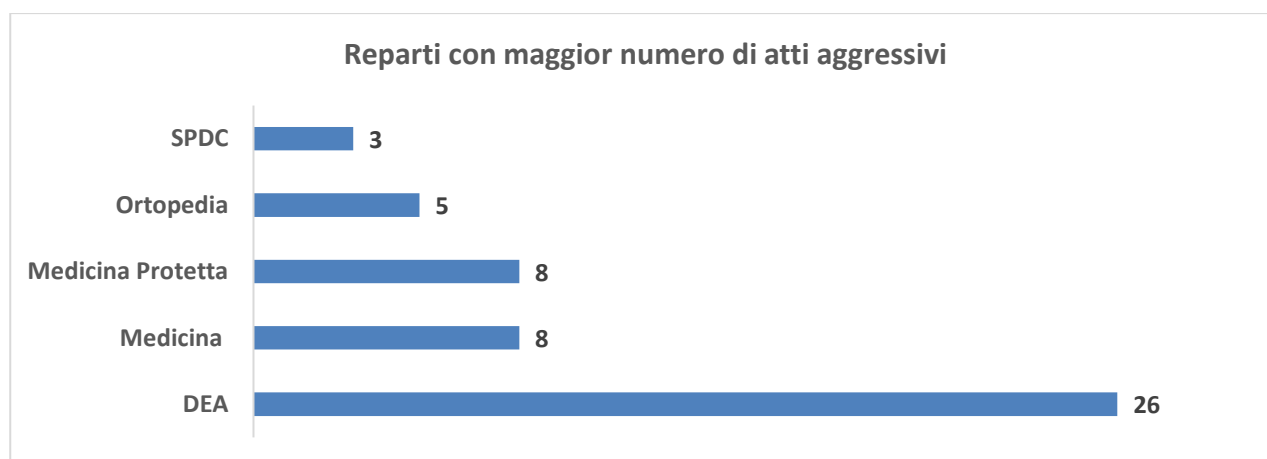


Fig.8 Totale segnalazioni atti aggressivistratificato per Unità Operativa

In ciascuno dei casi la tipologia dei pazienti, per personalità e condizioni cliniche, espone gli operatori ad un maggior rischio di aggressione da parte dei pazienti. Relativamente alle Strutture territoriali la maggioranza degli atti di violenza a danno di operatori sanitari occorrono nelle case di detenzione con n.13/52 (25%). Le segnalazioni ascrivibili ad **Altro** evento risultano pari a n.20/494 (4%) e rientrano nell'ambito della quotidiana attività clinico-assistenziale. La classificazione è così rappresentata: n.9/20 *Near Miss* (45%), n.8/20 Eventi Avversi (40%) e n.3/20 Eventi Sentinella (15%). I tre eventi sono stati classificati come Sentinella in conformità alle Raccomandazioni Ministeriali, trattasi di aggressione tra pazienti.

Tabella 4– Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	N. Sinistri ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2021	RCT = 107	N. 24	€ 3.461.120,28
2022	RCT = 81	N. 12	€ 2.323.899,59
2023	RCT = 72	N. 9	€ 1.834.710,60
2024	RCT = 88	N. 1	€ 25.000,00
2025	RCT = 82	N. 0	€ 0,00
Totale	RCT = 430	N. 46	€ 7.644.730,47

Fonte dati: UOC Affari Generali, Legali e Assicurativi; **(A):** sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

A3. Descrizione della posizione assicurativa

Tabella 5 – Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2023	Polizza n. 166125 Polizza n. 170851 dalle ore 00:00 del 30.07.2023	SHAM dal 02.01.2023 ha cambiato denominazione in Relyens Mutual Insurance	€ 9.984.069,22	SIR € 100.000,00 (applicabile a tutti i sinistri derivanti da medical malpractice)	//
2024	Polizza n. 170851	RELYENS MUTUAL INSURANCE	€ 9.984.069,22	SIR € 100.000,00 (applicabile a tutti i sinistri derivanti da medical malpractice)	//
2025	Polizza n. 170851	RELYENS MUTUAL INSURANCE	€ 9.984.069,22	SIR € 100.000,00 (applicabile a tutti i sinistri derivanti da medical malpractice)	//

Fonte dati: UOC Affari Generali, Legali e Assicurativi

Il Piano Annuale di Rischio Sanitario (PARS) 2025 è stato deliberato il 27/02/2025 (Delibera n. 257 del 27/02/2025) e pubblicato sul sito intranet – internet aziendale. Tale Piano è stato redatto dall'ufficio *Risk Management* dell'Azienda, per la parte di competenza, in conformità alla Determinazione Regionale n. G00643 del 25 gennaio 2022 Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"

Le attività pianificate e realizzate nell'anno 2025 sono illustrate, in modo sintetico e non esaustivo, nel paragrafo A5.

A4. Gestione del rischio infettivo, organizzazione e riduzione del rischio

Contesto

Il rischio associato all'assistenza sanitaria quello infettivo, ossia il rischio per pazienti e operatori di contrarre un'infezione nel corso di un episodio assistenziale, occupa un posto particolare in ragione soprattutto del trend epidemiologico.

La letteratura individua i seguenti **Strumenti**:

- sorveglianza della ferita chirurgica;
- sorveglianza attiva da germi *alert* per procedere ad una indagine precoce volta ad assicurare azioni a contrasto del fenomeno;
- sorveglianza dell'antibiotico-resistenza, essenziale per monitorarne il *trend* e mirare gli interventi correttivi;
- precauzioni standard;
- igiene delle mani;
- corretto uso dei dispositivi di protezione individuale (DPI), l'uso dei guanti, l'adozione di pratiche sicure per la prevenzione dell'esposizione degli operatori sanitari a patogeni trasmissibili per via ematica, la corretta collocazione del paziente, le procedure di sanificazione ambientale, la gestione dei dispositivi medici, la gestione della biancheria e delle stoviglie, il trattamento dei rifiuti.

La ASL Roma 2 come contenimento delle ICA ha implementato al momento le seguenti strategie:

- assicurazione delle segnalazioni come da norma da parte delle DMPO;

- invio trimestrale delle indagini effettuate nei reparti a seguito della rilevazione dei germi *alert*;
- invio report trimestrale del numero di ICA rilevato nei reparti di Terapia Intensiva, Ortopedia, Urologia, Neurochirurgia a cura delle DMPO S. Pertini e S. Eugenio/CTO;
- Identificazione precoce dei casi nei reparti di degenza dei germi presenti all’interno del proprio Nosocomio (DMPO S. Pertini_ S. Eugenio/CTO);
- controllo della efficacia del lavaggio delle mani degli operatori a campione;
- presenza del Nucleo dell’*antimicrobial stewardship*, al fine di contenimento del fenomeno dell’antibiotico-resistenza è operativo presso i P.O. Sandro Pertini e SE/CTO un gruppo per l’uso responsabile degli antibiotici (Delibera aziendale n. 433/2024).

La rendicontazione delle attività realizzate nell’anno 2025 è rappresentata nel paragrafo A5.

A5. Resoconto delle attività del piano precedente

A5.1 PARS 2025_Risk Management

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività	Realizzata ⁽¹⁾	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “CORSO PER OPERATORI SANITARI” in tema di gestione del rischio clinico	SI	TITOLO EVENTO: “CURE SICURE: IL RISCHIO CLINICO E LA TUTELA DEI DIRITTI “ TIPOLOGIA EVENTO: RES CODICE ID: 28 – 7892 Realizzato il 03.09.2025 N. partecipanti 61

¹ Sulla base dello standard prefissato per l’indicatore relativo alla specifica attività.

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

Attività	Realizzata ⁽¹⁾	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 2 Monitoraggio adesione e applicazione procedure aziendali di riferimento attraverso il monitoraggio della cartella clinica	SI	È stato selezionato in modalità random un campione di cartelle cliniche pari al 10% (n. 1390) del totale delle cartelle chiuse presenti sull'applicativo aziendale UNICA relativamente ai ricoveri dell'anno 2024. Sono state escluse dalla valutazione le cartelle cliniche dei ricoveri in <i>Day Hospital</i> , Pronto Soccorso/Dea e con meno di tre giorni. Le risultanze della valutazione delle cartelle cliniche riportate in un <i>Report</i> sono state trasmesse a DSA, ai Direttori/Responsabili UU.OO./Servizi e pubblicate sul sito intranet aziendale nella sezione <i>Risk Management</i> , voce <i>Report e Survey</i> .
ATTIVITÀ 3 Monitoraggio applicazione misure universali di precauzione per la prevenzione e gestione della caduta della persona assistita per <i>setting</i> specifico attraverso i giri della sicurezza (SWA)	SI	Monitorate attraverso visite <i>on site</i> complessivamente n.12 UU.OO. ospedaliere, afferenti all'area critica, medica e chirurgica allo scopo di allineare la modulistica adottata, intercettare le principali criticità presenti nelle Strutture, migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e al contenimento degli eventi avversi.

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

Attività	Realizzata ⁽¹⁾	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 4 Gestione dei rischi e della sicurezza nelle strutture territoriali afferenti ASL Roma 2: <i>empowerment</i> degli <i>stakeholder</i> (operatori sanitari, Medici Medicina Generale, Distretti)	SI	Progetto biennale, eseguito in più fasi e modalità. Sono stati pianificati incontri in presenza multidisciplinari/multiprofessionali, familiari, <i>stakeholder</i> , colloqui telefonici, acquisizione documentazione relativa. Confronto sulla gestione di comportamenti standardizzati per garantire qualità e sicurezza delle cure e della persona assistita, diretto a consolidare l'alleanza e la collaborazione/interazione tra gli operatori della salute coinvolti nel processo.

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

Attività	Realizzata ⁽¹⁾	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 5 Gestione dei rischi e della sicurezza delle cure (Strutturale-Tecnologico-Organizzativo). Adesione alle campagne del Ministero della Salute in ambito di rischio clinico	SI	In collaborazione con altre UU.OO./Servizi aziendali sono state redatte e diffuse <i>brochure</i>/opuscoli su temi specifici: -Adesione campagna di sensibilizzazione del Ministero 2024 volta a migliorare le conoscenze e il livello di consapevolezza sull'uso appropriato di antibiotici in tutti gli ambiti assistenziali e per tutte le figure assistenziali e promuovere nei cittadini la consapevolezza dell'importanza di un uso responsabile degli antibiotici;  –“Carta dei diritti per la sicurezza del paziente” predisposta dalla WHO per promuovere sia la cultura della sicurezza, l’equità, la trasparenza e <i>accountability</i> all’interno dei sistemi sanitari, sia l’<i>empowerment</i> dei pazienti affinché partecipino attivamente al proprio percorso di cura come <i>partner</i> attivi e attenti al rispetto del proprio diritto alle cure sicure; 

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		
Attività	Realizzata ⁽¹⁾	Stato di attuazione
		-giornata mondiale per la sicurezza della persona assistita: <i>“Cure sicure per ogni neonato e ogni bambino”</i>. 
ATTIVITÀ 6 <i>“Analisi Sinistri e Risarcimenti relativi al Rischio Clinico”</i> esaminati in sede di Comitato Valutazione Sinistri (CAVS) finalizzato alla riduzione dei costi del contenzioso promosso verso l’Azienda	SI	Dal totale dei casi esaminati in sede CAVS, nel triennio 2021/2024, sono stati estrapolati dati utili, rappresentativi di alcuni indicatori dei singoli sinistri e inseriti in un software Microsoft Excel, Data Base (DB). Il Report è in fase di condivisione, successivamente sarà diffuso alla DSA e ai Direttori/Responsabili delle UU.OO./Servizi.

In recepimento dei rilievi emersi dalla visita *on site* del Centro Regionale di Rischio Clinico per il progetto “Mappatura del Rischio Sanitario” sono state revisionate/implementate le procedure sottoelencate:

- *Procedura per sicura gestione della terapia farmacologica_Raccomandazioni Ministeriali nn. 1-7-10-12-14-17-18-19;*
- *Procedura per la gestione della sicurezza in chirurgia_Raccomandazioni Ministeriali nn.2-3;*
- *Procedura per la prevenzione del suicidio in ospedale_Raccomandazione Ministeriale n.4;*
- *Procedura per la gestione del rischio trasfusionale da incompatibilità ABO_Raccomandazione Ministeriale n.5;*
- *Procedura per la prevenzione della morte materna correlata a travaglio e/o parto_Raccomandazioni Ministeriali nn.6-16;*
- *Procedura per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari_Raccomandazione Ministeriale n.8;*

- *Procedura per la gestione delle attrezzature al fine di prevenire eventi avversi da malfunzionamento dei dispositivi medici, attrezzature e apparecchi elettromedicali_Raccomandazione Ministeriale n.9;*
- *Procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute all'interno delle Strutture Sanitarie ASL Roma 2_Raccomandazione Ministeriale n.13;*
- *Procedura Aziendale per la corretta identificazione del paziente_Documento di indirizzo regionale;*
- *Procedura gestione della documentazione sanitaria;*
- *Procedura gestione documentale;*
- *Procedura Gestione Contenzione.*

A5.2 PARS 2025_Rischio Infettivo

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività	Realizzata ⁽²⁾	Stato di attuazione
ATTIVITÀ Corso di formazione aziendale dal titolo "Raccolta del campione e i percorsi analitici Microbiologici"	SI	Il corso è stato regolarmente realizzato secondo la programmazione prevista, con partecipazione del personale destinatario. Il corso è stato effettuato in modalità RES, proposto in due edizioni (Codice ECM 1766 - 1914)
ATTIVITÀ Corso di formazione aziendale dal titolo "La notifica infezioni: cosa fare e cosa sapere"	SI	Il corso è stato regolarmente erogato, secondo la partecipazione del personale destinatario e a completamento delle attività formative. Il corso è stato effettuato in modalità RES, proposto in due edizioni. Tipologia del corso: RES, con ECM proposto in due edizioni (CODICE ECM 1765 - 1913)

² Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

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

Attività	Realizzata ⁽²⁾	Stato di attuazione
ATTIVITÀ Corso di formazione aziendale dal titolo <i>"PROGRAMMI DI ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP: RUOLI E COMPETENZE"</i>	SI	Il Corso, rivolto a Dirigenti Medici, Coordinatori Infermieristici e Tecnici si è svolto in modalità asincrona ed è stato completato in data 27.03.2025 su piattaforma aziendale. Totale partecipanti n.30 CODICE ECM 7456

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

Attività	Realizzata ⁽³⁾	Stato di attuazione
ATTIVITÀ Estensione del progetto pilota alle UU.OO. individuate	SI	<u>Presidio Ospedaliero S. Eugenio</u> L'estensione del progetto pilota alle UU.OO. individuate per l'igiene delle mani è stata regolarmente avviata secondo la pianificazione prevista. Le attività sono in fase di implementazione progressiva nelle Unità Operative coinvolte, con adeguato coordinamento organizzativo e supporto formativo. Il processo di estensione risulta in corso, in coerenza con gli obiettivi progettuali e gli <i>standard</i> di prevenzione del rischio infettivo. <u>Presidio Ospedaliero S. Pertini</u> Tale obiettivo è stato perseguito presso l'Ospedale Pertini pianificando una serie di iniziative per l'anno 2025: 1. Somministrazione questionario "Aderenza alle pratiche di igiene delle mani" ad un campione di n.290 operatori; 2. Utilizzo box pedagogica per il lavaggio delle mani, quale strumento formativo e di monitoraggio, nelle UU.OO. secondo cronoprogramma definito, a partire dal mese di luglio 2025 (Cardiologia, Ortopedia, Area Degenza chirurgica, Pneumologia);

³ Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI		
Attività	Realizzata ⁽³⁾	Stato di attuazione
		3. Attività di osservazione sull'adesione alle buone pratiche di igiene delle mani. Sono state osservate n.222 opportunità di igiene delle mani. Si rileva una persistente eterogeneità dei livelli di <i>compliance</i> tra le diverse aree assistenziali e tra i profili professionali.

OBIETTIVO C) MIGLIORAMENTO DELLA APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA NEI PROPRI PRESIDI OSPEDALIERI RIGUARDO AL MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA, E IN PARTICOLARE DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA.		
Attività	Realizzata ⁽⁴⁾	Stato di attuazione
ATTIVITÀ Monitoraggio adesione procedura ospedaliera riguardo la gestione della ferita chirurgica (ISC)	SI	<u>Presidi Ospedalieri: S. Eugenio - S Pertini</u> Il monitoraggio dell'adesione alla procedura ospedaliera relativa alla gestione della ferita chirurgica è stato regolarmente avviato ed è attualmente in corso in entrambi i Presidi ospedalieri. Le attività di monitoraggio vengono condotte in conformità con le indicazioni previste dal progetto ISC ministeriale, garantendo coerenza metodologica, tracciabilità dei dati e standardizzazione delle modalità di rilevazione. Il processo risulta correttamente implementato secondo le linee progettuali definite.

OBIETTIVO C) MIGLIORAMENTO DELLA APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E IMPLEMENTAZIONE DELLA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.		
Attività	Realizzata ⁽⁵⁾	Stato di attuazione
ATTIVITÀ Monitoraggio adesione procedura ospedaliera riguardo la gestione della sepsi	SI	<u>Presidio Ospedaliero S Eugenio</u> È stata elaborata una procedura interna dal titolo " <i>Corretta gestione della terapia empirica</i> "

⁴ Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

⁵ Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

OBIETTIVO C) MIGLIORAMENTO DELLA APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E IMPLEMENTAZIONE DELLA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.		
Attività	Realizzata ⁽⁵⁾	Stato di attuazione
		della sepsi all'interno del presidio S. Eugenio CTO". <u>Presidio Ospedaliero S Pertini</u> L'attività si è svolta monitorando gli indicatori assegnati Standard Indicatore 1<40% (tasso di emocoltura positiva da VP) Standard Indicatore 2<10% (tasso di contaminazione) In ambedue i semestri del 2025, le risultanze sono sotto lo standard fissato. Indicatore 1 =28,7% emocolture positive; Indicatore 2 =4,7-6,8% tasso di contaminazione.
ATTIVITÀ - Predisposizione di un corso ECM per i MMG e delle Cure Primarie sul tema della appropriatezza prescrittiva della terapia antibiotica al fine di ridurre il rischio di antibiotico resistenza nei pazienti trattati sul territorio - Utilizzo della procedura sulla gestione della terapia antibiotica empirica di cui al punto A.7.2.3 e adeguarla a seconda delle necessità del territorio	SI	TITOLO EVENTO: "UTILIZZO DEGLI ANTIBIOTICI NELL'OTTICA ONE-HEALTH " TIPOLOGIA EVENTO: FAD+RES ID CORSO: 1777 Partecipanti n.73 Effettuazione dall' 8 maggio FAD al 21 maggio (in presenza)

A6. Matrice delle Responsabilità

La realizzazione del PARS riconosce delle specifiche responsabilità:

1. *Risk Manager* redige e monitora l'implementazione per la parte di competenza;
2. CC-ICA individua le politiche aziendali per il contrasto alle ICA;
3. Responsabile UOC Affari Generali, Legali e Assicurativi redige la parte inerente alla sinistrosità e la copertura assicurativa;
4. Direzione Strategica Aziendale che si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione e a fornire al *Risk Manager* e all'Organizzazione Aziendale le risorse e le opportune direttive per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

Tutte le Strutture Aziendali, per quanto di competenza, collaborano e concorrono, con il *Risk Manager*, per la realizzazione degli interventi individuati nel PARS, che sono obbligo di servizio “per tutti i dipendenti e il personale delle ditte/società in *outsourcing* che operano nella e/o per conto della ASL Roma 2”.

Matrice delle responsabilità PARS:

AZIONE	Presidente CCICA	Risk Manager	Responsabile UO Affari Generali Legali e Assicurativi	Direttore Generale	Direttore Sanitario (1)	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS (eccetto: Tabella 4 del punto A2; punti A3, A4 e A8)	C	R	C	C	C	C	-
Redazione Tabella 4 del punto A2 e del punto A3	C	C	R	I	C	C	-
Redazione punto A8	R	C	I	I	C	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	R	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto il punto A8)	C	R	C	I	C	C	C
Monitoraggio punto A8	R	C	I	I	C	I	C

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

A7. Obiettivi e Attività_ Risk Management

A7.1 Obiettivi

L'Azienda, di concerto con le vigenti disposizioni, adotta i principi e gli strumenti del Governo Clinico come elementi strategici del proprio modello organizzativo mediante la quale si rende responsabile del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati *standard* assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale e, dunque, di riflesso anche assistenziale. Il principio base è la condivisione degli obiettivi, realizzata attraverso la partecipazione di tutti gli attori ai vari livelli di pianificazione, nonché numerosi strumenti quali formazione continua, gestione del rischio, audit clinico, *evidence-based medicine*, linee guida e percorsi assistenziali, coinvolgimento attivo dei pazienti.

Il PARS è stato redatto in coerenza con la *Mission* aziendale tenendo conto delle peculiarità dei *setting* assistenziali e delle priorità delle criticità riscontrate e in aderenza ai 3 obiettivi strategici regionali tesi al raggiungimento della “sicurezza delle cure e della persona assistita” e di seguito elencati:

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

A7.2 Attività

ATTIVITÀ E MATRICE DI RESPONSABILITÀ

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “CORSO PER OPERATORI SANITARI” in tema di gestione del rischio clinico		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2026		
STANDARD SI		
FONTE UOC Accreditamento, Qualità e <i>Risk Management</i>		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	<i>Risk Manager</i>	UOC Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 2 - Corso di formazione aziendale interdistrettuale *“Comunicazione efficace e lavoro in equipe nelle Case e Ospedali di Comunità”*

INDICATORE

Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2026

STANDARD

SI

FONTE

UOC Direzione Distretto

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione Distretto	Risk Manager	UOC Formazione
Progettazione del corso	R	C	C
Accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	R	C	I

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 3 - Corso di formazione aziendale interdistrettuale *“Comunicazione centrata sulla persona nelle Case e Ospedali di Comunità: relazione, alleanza terapeutica e continuità di cura”*

INDICATORE

Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2026

STANDARD

SI

FONTE

UOC Direzione Distretto

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione Distretto	Risk Manager	UOC Formazione
Progettazione del corso	R	C	C
Accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	R	C	I

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

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

ATTIVITÀ 4 – Monitoraggio adesione e applicazione procedure aziendali di riferimento attraverso la revisione delle cartelle cliniche relative alle UU.OO./Servizi oggetto di segnalazione

INDICATORE

N. UU.OO. monitorate/N. tot. UUOO eleggibili

STANDARD

10%

FONTE

UOC Accreditamento, Qualità e *Risk Management* - Applicativo Aziendale UNICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria	UU.OO. coinvolte
Monitoraggio	R	I	I
Analisi dati	R	I	C
Report	R	I	C
Diffusione	R	C	I

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

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

ATTIVITÀ 5 –*Audit & Feedback* (A&F) quale strumento di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria per promuovere il cambiamento

INDICATORE

Report

STANDARD

100%

FONTE

UOC Accreditamento, Qualità e *Risk Management*

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Direzione Distretto	Strutture coinvolte
Monitoraggio	R	R*	C
Analisi dati	R	I	I
Report	R	I	C
Diffusione	R	C	I

Legenda: R = Responsabile; R* Responsabile ciascuno per propria competenza; 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 6– Gestione dei rischi e della sicurezza nelle Strutture territoriali afferenti ASL Roma 2: *empowerment* degli *stakeholder* (Operatori sanitari, Medici Medicina Generale, Distretti) attraverso i giri della sicurezza (SWA)

INDICATORE

Effettuazione di almeno 1 incontro nel 10% delle Strutture eligibili

STANDARD

Audit condivisi tra gli *stakeholder* e formazione per una semantica condivisa

FONTE

UOC Accreditamento, Qualità e *Risk Management*

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	<i>Risk Manager</i>	Direzione Distretto	Altre Strutture/ <i>stakeholder</i>
Programmazione Riunione	R	C	C
Stesura documento	R	C	I
Diffusione	C	R	I

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 7– Gestione dei rischi e della sicurezza delle cure (Strutturale-Tecnologico-Organizzativo). Adesione alle campagne del Ministero della Salute in ambito di rischio clinico

INDICATORE

Effettuazione di almeno 1 incontro produzione di un documento condiviso

STANDARD

100%

FONTE

UOC Accreditamento, Qualità e *Risk Management*

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	<i>Risk Manager</i>	Direzione Sanitaria	Altre Strutture/ <i>stakeholder</i>
Programmazione Riunione	R	C	C
Stesura documento	R	C	I

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 8–Supporto alla asseverazione HIMSS *Healthcare Information and Management Systems Society* tesa all’implementazione della digitalizzazione

INDICATORE

Effettuazione incontri come da cronoprogramma

FONTE

ICT Aziendale

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Information and Communication Technology (ICT)	Altre Strutture/stakeholder
Attività	I	R	C
Programmazione Riunione	C	R	C

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

A8. Obiettivi e Attività per la Gestione del Rischio Infettivo

L’obiettivo di gestione per la prevenzione e il controllo del rischio infettivo della Azienda Sanitaria Roma 2 è identificare e ridurre i rischi di acquisizione e trasmissione delle infezioni nei pazienti e nel personale sanitario, senza tralasciare i lavoratori di aziende terze e/o lavoratori esterni, i volontari, gli studenti, i visitatori e la comunità locale. Il presente paragrafo in raccordo agli obiettivi regionali declina gli obiettivi Aziendali e le attività che la ASL Roma 2 ha individuato per l’anno 2026 al fine di comprimere il relativo rischio stimato, in collaborazione e in linea con le metodologie del *Risk Management* per l’analisi puntuale delle procedure messe in atto e per la gestione delle azioni di miglioramento. È in corso la revisione del regolamento e della composizione del CC-ICA al fine di migliorare l’attuale organizzazione.

A8.1 Obiettivi

La Regione Lazio ha definito per la elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) in armonia con il Piano Regionale della Prevenzione (PRP, in particolare dal Piano Predefinito 10 – PP10) e il Piano Nazionale di Contrasto alla Antibiotico resistenza (PNCAR) i seguenti obiettivi strategici:

- A.** Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.
- B.** Implementazione del piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui

le attività per raggiungere entro il 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento o il miglioramento negli anni successivi.

C. Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa in tema di rischio infettivo attraverso la promozione di interventi mirati:

- *a misure di contrasto alla resistenza degli antimicrobici (AMR, Antimicrobial Resistance);*
- *al monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica;*
- *al monitoraggio adesione procedura ospedaliera riguardo la gestione della sepsi;*
- *all'implementazione del piano di intervento regionale sull'igiene delle mani.*

A8.2 Attività

ATTIVITÀ E MATRICE DI RESPONSABILITÀ

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITÀ – Corso di formazione aziendale dal titolo <i>“Raccolta del campione e i percorsi analitici Microbiologici”</i> - 2 edizione		
INDICATORE Completamento entro dicembre 2026		
STANDARD 70% del personale afferente a tutti i reparti		
FONTE UOC Formazione		
MATRICE RESPONSABILITÀ		
Azione	DMPO S. Eugenio	UOC Formazione
Progettazione Corso	R	I
Erogazione corso	R	C
Misurazione efficacia formazione	I	R
Analisi delle performance	C	R

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

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

ATTIVITÀ – Corso di formazione aziendale dal titolo *“La notifica infezioni: cosa fare e cosa sapere”* - 2 edizione

INDICATORE

Completamento entro dicembre 2026

STANDARD

70% del personale afferente a tutti i reparti

FONTE

UOC Formazione

MATRICE RESPONSABILITA'

Azione	DMPO S. Eugenio	UOC Formazione
Progettazione Corso	R	I
Erogazione corso	R	C
Misurazione efficacia formazione	I	R
Analisi delle performance	C	R

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

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

ATTIVITÀ – Corso di formazione aziendale dal titolo *“PREVENZIONE DELLE ICA: UN IMPEGNO COSTANTE”*

INDICATORE

Corso verrà effettuato entro il 31 dicembre 2026 per tutti gli operatori sanitari

STANDARD

95% dei referenti GO-CICA OP formati

FONTE

UOC Formazione

MATRICE RESPONSABILITA'

Azione	DMPO S. Pertini	UOC Formazione
Progettazione Corso	R	I
Erogazione corso	R	C
Misurazione efficacia formazione	I	R
Analisi delle performance	C	R

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

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI
ATTIVITÀ – Estensione del progetto pilota alle UU.OO. individuate - prosecuzione

INDICATORE

Almeno un audit nelle rimanenti UU.OO. nel 2026

STANDARD

80% delle attività verificate effettuate in maniera corretta in adesione alla procedura e 70% degli operatori verificati

FONTE

Gruppo operativo C-CICA

MATRICE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	UOC Economato
Acquisizione del box pedagogico	R	C
Azione	CCICA	Ditta aggiudicataria
Addestramento uso box pedagogico	C	R
Azione	CCICA	DMPO e direzioni distretto
Progettazione AUDIT	R	C
Azione	CCICA	GO- CICA
Effettuazione audit	I	R
Azione	GO- CICA e RM	Referenti UUOO individuate
Analisi adesione procedure con box pedagogico	R	R
Azione	CCICA	GO- CICA
Analisi risultati	C	R
Implementazione azioni correttive	I	C
Azione	CCICA	Operatori
Diffusione risultati	R	C

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

OBIETTIVO C) MIGLIORAMENTO DELLA APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA NEI PROPRI PRESIDI OSPEDALIERI RIGUARDO AL MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA, E IN PARTICOLARE DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA
ATTIVITÀ – Monitoraggio adesione procedura ospedaliera riguardo la gestione della ferita chirurgica

INDICATORE

N.ro flaconi cefazolina fornito al blocco operatorio/N. ro interventi chirurgici – cadenza trimestrale

STANDARD: 80%
FONTE

UOC Farmacia-Piattaforma AREAS

MATRICE RESPONSABILITA'

Azione	DMPO	GO- CICA, C – CICA
Monitoraggio procedure	R	I
Invio report	R	I

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

OBIETTIVO C) MIGLIORAMENTO DELLA APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA NEI PROPRI PRESIDI OSPEDALIERI RIGUARDO AL MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA, E IN PARTICOLARE DELLA SEPSI
ATTIVITÀ – Monitoraggio adesione procedura ospedaliera riguardo la gestione della sepsi

INDICATORE 1 Tasso emocoltura positiva da vena periferica (VP) – Rilevazione semestrale

INDICATORE 2 Tasso di contaminazione

STANDARD

INDICATORE 1 < 40%

INDICATORE 2 <10%

FONTE

UOC Microbiologia e Virologia

MATRICE RESPONSABILITA'

Azione	DMPO	GO- CICA, C – CICA
Monitoraggio procedure	R	I
Invio report	R	I

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

A9. Gestione del Rischio Clinico nelle Case della Comunità (CdC)

L'Azienda Sanitaria Roma 2 persegue la concreta realizzazione degli obiettivi del DM 77/2022 e le finalità istituzionali attraverso la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei Servizi territoriali attraverso lo sviluppo di Strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento.

Nelle realtà territoriali, la sicurezza delle cure è garantita adottando tutte le misure necessarie per evitare effetti collaterali, la gestione del rischio clinico è una leva strategica per migliorare i processi e per costruire un ambiente di cura appropriato, di qualità e affidabile. Un approccio efficace parte da una mappatura completa delle aree di rischio, integrata nei processi quotidiani della Struttura che coinvolge l'organizzazione, e i diversi attori locali (Comuni e Municipi, professionisti, pazienti e loro *caregiver*, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore e/o volontariato).

Il nuovo paradigma si fonda su:

- Prevenzione e monitoraggio continuo;
- Analisi dei dati e segnalazioni strutturate;
- Coinvolgimento del personale in ottica *no-blame*, cioè senza colpevolizzazioni;
- Condivisione delle informazioni per imparare dagli eventi, trasformare ogni segnalazione in conoscenza, ogni evento avverso in un'occasione di miglioramento e prevenire/ridurre il re-accadimento;
- Formazione del personale.

Ci si avvale di una visione sistematica che include l'approccio reattivo ad un evento avverso già accaduto, analisi a posteriori (*ex post*), con la ricostruzione a ritroso della sequenza per capire la dinamica dell'incidente e sulla base delle cause identificate introdurre cambiamenti nei processi e barriere protettive. Allo stesso tempo si adotta una tecnica proattiva di valutazione del rischio (*risk assessment*) attraverso giri di sicurezza sul campo, *safety walk round*, pianificati con l'obiettivo di intercettare eventuali criticità presenti nelle Strutture e promuovere interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e al contenimento degli eventi avversi. I "giri di sicurezza *in loco*", sono condotti con il personale della CdC, i familiari/*caregiver* e associazioni.

La gestione del rischio nelle Case della Comunità abbraccia molte dimensioni, gli eventi avversi possono essere:

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026		Pag. 36 di 44
---	---	--	--

a). correlati a errori umani per possibili "scambi accidentali di persona/paziente" da parte degli operatori sanitari nell'ambito delle diverse fasi del processo di erogazione di prestazioni sanitarie. La "corretta identificazione del paziente" costituisce una delle principali raccomandazioni cui dover ottemperare nell'ambito della politica della *clinical governance* per la prevenzione degli errori in sanità. L'attenzione è rivolta ai processi e alle attività, intrinsecamente rischiose poste in essere in merito alla ricerca di logiche e strumenti finalizzati alla riduzione dell'impatto sulla salute dei pazienti degli errori nei processi diagnostici e assistenziali. Questa nuova visione della gestione del rischio pone al centro il paziente, che assume in tale contesto un ruolo attivo. La corretta modalità di identificazione del paziente da parte degli operatori che a vario titolo sono coinvolti nel processo è rappresentata nella procedura aziendale di riferimento ([Adozione Procedura Aziendale per la corretta identificazione del paziente](#)).

b). legati all'assistenza diretta/transizione di cure: rischi legati al passaggio tra Ospedale e Territorio, alla continuità assistenziale, alla gestione della cronicità, agli errori di terapia e/o di esami diagnostici. Il rischio clinico può insorgere in caso di monitoraggio inadeguato, mancata tempestiva identificazione di un peggioramento delle condizioni del paziente, nella gestione di complicanze correlate a prestazioni.

Al fine di rendere i processi più sicuri garantendo in tal modo prestazioni appropriate, sono stati adottati documenti specifici con l'obiettivo di offrire strumenti a supporto degli operatori in grado di prevenire gli eventi avversi, promuovere l'assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento di sistema. A tal proposito, sono stati redatti protocolli dedicati per le diverse patologie croniche e per i pazienti in fase di stabilizzazione o riacutizzazione attraverso la definizione preventiva di percorsi, avvalendosi della collaborazione strutturata tra i vari livelli assistenziali. E' stata formalizzata una procedura specifica per la gestione delle emergenze e delle complicanze nell'ambito della rete di emergenza-urgenza locale ([Procedura per la gestione delle situazioni di emergenza nelle case di comunità CdC – Istruzione Operativa per la gestione del carrello di emergenza](#)). Inoltre sono stati definiti modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul Territorio e in Ospedale, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio. Con l'ausilio della telemedicina si è potenziata l'assistenza domiciliare per l'individuazione precoce di utenti a rischio di riacutizzazione, evitando accessi impropri al PS ([Procedura per la gestione del paziente in telemedicina](#)). Per quanto attiene alla corretta gestione della terapia farmacologica in Azienda è in vigore la procedura trasversale che descrive modalità preventive e di contenimento di errori pertinente all'intero processo di gestione del farmaco. I rischi legati agli esami diagnostici variano notevolmente in base alla tipologia di indagine, a tal proposito sono state implementate procedure specifiche ([Procedura per l'esecuzione, la refertazione e la consegna degli esami del servizio di Diagnostica per](#)

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026		Pag. 37 di 44
---	---	--	--

Immagini). In relazione al prelievo che è un processo critico e rappresenta una delle procedure invasive più comuni e frequenti, sebbene spesso considerato semplice e privo di complicanze, è stata redatta la Procedura Operativa Standard (SOP) per la gestione della fase pre-analitica dei prelievi venosi e dei campioni biologici nelle strutture territoriali - BUNDLE DI QUALITA' per affrontare e mitigare tale rischio e garantire la qualità del servizio nei nuovi contesti organizzati (Case della Comunità). Un prelievo errato o mal eseguito produce un campione non idoneo, con ricadute negative significative, sia cliniche (errori o ritardi diagnostici/terapeutici) che organizzative: sovraffollamento, cancellazione di procedure. Il documento include le modalità di erogazione sicura della pratica del prelievo, grazie all'utilizzo di poltrone, e rispettosa della privacy mediante l'utilizzo di paratie.

c). riconducibili al rischio operativo e organizzativo: rischio connesso a una non perfetta collaborazione tra servizi sanitari e sociali. Gli obiettivi delineati per le Case della Comunità rispondono alla necessità di consolidare un modello di assistenza territoriale integrata, orientato alla prossimità, alla partecipazione attiva della comunità e alla continuità della presa in carico. Per meglio assolvere questi compiti è fondamentale una congiunzione tra la Centrale Operativa Territoriale e Aziendale che possano fare da connettori, valutatori per tutte le esigenze dei Cittadini. Pertanto, allo scopo di definire compiti e responsabilità è stata predisposta una procedura per gestire efficacemente l'integrazione tra diversi professionisti e *setting* assistenziali (assistenza domiciliare, ambulatoriale, telemedicina) (Procedura rapporti tra COA/COT e Case della Comunità). La Procedura Operativa Standard per la comunicazione con pazienti e caregiver nella Casa della Comunità (CdC) definisce le modalità di comunicazione efficace e un'informazione chiara e completa, assicurando la personalizzazione dell'assistenza e la partecipazione attiva degli utenti, in linea con i requisiti di accreditamento e il modello organizzativo della Casa della Comunità.

d). correlati alla sicurezza ambientale/strutturale: rischio di cadute e accessibilità delle Strutture per anziani e fragili. Le modalità di prevenzione e la compressione del rischio di caduta sono delineate nella Procedura di riferimento aziendale con paragrafi specifici per le Strutture territoriali.

e). attinenti alla formazione e competenze: la scarsa formazione o l'inconsapevolezza del personale riguardo agli strumenti di *Risk Management* può costituire un fattore di rischio, rendendo necessaria una formazione avanzata e interprofessionale. A tal proposito, al personale che opera in questi contesti è richiesta la partecipazione ai corsi di formazione pianificati dal Distretto di riferimento e dalla UOC Accreditamento, Qualità e *Risk Management* in tema di gestione del rischio clinico.

Per le segnalazioni di eventi e/o quasi eventi occorsi al paziente ci si avvale di una modulistica aziendale informatizzata contenuta nella Procedura operativa standard per la gestione del rischio clinico nelle Case di Comunità ASL Roma 2.

La documentazione aziendale inerente alle Case della Comunità è reperibile sul sito intranet aziendale alla sezione Accreditamento, Qualità e *Risk Management* alla voce Case e Ospedali Comunità.

RESPONSABILITÀ

Nel rispetto dell'autonomia professionale e della responsabilità clinica individuale dei singoli operatori, la presente matrice individua, per ciascun processo, il soggetto:

R= Responsabile: responsabile dell'esecuzione operativa dell'attività;

A (Accountable): titolare della responsabilità finale e della supervisione complessiva del processo;

C (Consulted): soggetto coinvolto in funzione consultiva o collaborativa;

I (Informed): soggetto destinatario di informazione formale sull'esito del processo.

FUNZIONI ATTIVITÀ		Risk				
		Risk Manager Aziendale	Delegato Manager Aziendale	Coordinatore Infermieristico	Direttore Distretto	UOC Formazione
Monitoraggio procedure	Applicazione	C	C	R	R	I
Identificazione delle attività di miglioramento		R	C	C	C	I
Effettuazione delle Azioni correttive/preventive		C	A	R/A	R	I
Formazione		A	I	A	A	R
Segnalazione eventi e/o <i>near miss</i>		A	A	R	R	

A10. Gestione del Rischio Ospedali di Comunità (OdC)

Nella ASL Roma 2 la gestione del rischio clinico negli Ospedali di Comunità (OdC) si basa su un approccio integrato che identifica, valuta e mitiga i rischi per garantire la sicurezza del paziente e migliorare la qualità, comprendendo non solo l'assistenza diretta (errori, infezioni, lesioni da pressione, cadute) ma anche rischi organizzativi e strutturali, attraverso l'implementazione di processi di miglioramento continuo, formazione del personale e adozione di modelli organizzativi specifici, in linea con il DM 77/2022, per trasformare il pericolo in esperienza utile e ridurre eventi avversi.

Le aree a rischio clinico che sono state individuate perché influenzate dalla natura stessa di queste Strutture, identificati come contesti a bassa intensità medica ma ad alta intensità assistenziale, dove la gestione è prevalentemente infermieristica.

Le specificità sono riconducibili a:

- **Contesto Complesso:** Gestione di fragilità, cronicità e polifarmacoterapia, con dinamiche operative uniche rispetto all'ospedale tradizionale.
- **Pazienti specifici:** Gestione di pazienti acuti "a bassa complessità", cronici riacutizzati, fragili, per i quali il ricovero in ospedale sarebbe inappropriato e il domicilio non adeguato.
- **Integrazione Ospedale-Territorio:** Interconnessione con l'assistenza domiciliare e le strutture intermedie, gestendo i passaggi di cura e i rischi associati. Importanza del lavoro di squadra e della collaborazione con il territorio (MMG, C.O.T., Ospedali acuti) per un flusso di informazioni continuo e una presa in carico efficace.
- **Strumenti e tecnologie:** Uso di scale di valutazione standardizzate per l'accesso e la complessità assistenziale, e potenziale impiego di telemedicina, che richiede una gestione dei rischi legati alla tecnologia e al consenso informato.

Le principali aree di rischio identificate includono: farmacoterapia, appropriatezza assistenziale, transizione di cura, implementazione strumenti digitali.

Il rischio farmacologico è una delle aree più critiche a causa della politerapia tipica dei pazienti anziani e fragili ricoverati, con potenziali errori di riconciliazione (discrepanze tra la terapia domiciliare e quella prescritta all'ingresso in OdC) e di somministrazione (scambi di farmaco, dosaggi errati o mancata somministrazione). Al fine di prevenire e contenere tale rischio in Azienda è in vigore una Procedura per la corretta gestione della terapia farmacologica applicabile nelle degenze ospedaliere e territoriali.

Gli OdC essendo popolati principalmente da soggetti fragili con problemi di deambulazione, decadimento cognitivo possono rappresentare il *setting* con maggiore frequenza di evento caduta. La procedura aziendale di riferimento descrive le precauzioni standard e specifiche attraverso il supporto di strumenti standardizzati (Modulo di valutazione multidimensionale/PAI/Azioni preventive e correttive) da mettere in atto per prevenire e gestire l'evento caduta di paziente. Anche le lesioni da Pressione (LdP) rappresentano un fenomeno ricorrente, possono insorgere data la degenza media prolungata rispetto agli ospedali per acuti, la malnutrizione/disidratazione, si rimanda alla procedura aziendale vigente per le misure di prevenzione e gestione delle lesioni da pressione da attuare.

Inoltre, sebbene non siano ospedali per acuti, il rischio di infezioni correlate all'assistenza è elevato per la tipologia di pazienti, possibili infezioni delle vie urinarie legate a cateteri o infezioni da accessi venosi, germi

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026		Pag. 40 di 44
---	---	--	--

multi-resistenti, trasferimento di microrganismi da strutture per acuti. In Azienda sono operative Procedure/Istruzioni/Raccomandazioni strutturate inerenti alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) comprendenti azioni, istruzioni e/o interventi definiti per garantire la sicurezza e migliorare l'efficienza assistenziale. Simmetricamente è stata esposta una cartellonistica dedicata all'igiene delle mani, alle misure preventive e contenitive delle ICA rivolte a paziente/*caregiver*/operatore.

La Transizione di Cura costituisce un altro momento a rischio, legato alla comunicazione, ed è massimo nelle fasi di interfaccia tra Ospedale e Ospedale di Comunità. Le informazioni possono essere incomplete nella lettera di dimissione ospedaliera, tra OdC/ Medico Medicina Generale/Domicilio, mancata continuità informativa verso il Medico di Medicina Generale al termine della degenza, comunicazione interna con passaggi di consegne inefficaci tra i diversi turni infermieristici. Nella Istruzione Operativa ["Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza nell'Ospedale di Comunità"](#) sono descritte le modalità per assicurare un efficace *transitional care* ai pazienti afferenti agli Ospedali di Comunità della ASL Roma 2. Per quanto concerne l'impiego della tecnologia sono implementate funzioni e procedure relative alla telemedicina, garantendo parallelamente l'assistenza ospedaliera per la fase acuta ([Procedura per la gestione del paziente in telemedicina](#)).

La sicurezza delle cure e del paziente si perseguono attraverso il monitoraggio, la prevenzione e la gestione degli eventi avversi, adottando un approccio strutturato di gestione del rischio; gli strumenti adottati per ridurre la probabilità che un paziente subisca un danno involontario, sono di tipo reattivo e proattivo.

- **Approccio Proattivo e Culturale:** Passaggio da un approccio difensivo a una cultura della sicurezza, dove l'errore è un'opportunità di apprendimento e miglioramento continuo.
- **Identificazione e Reporting:** Utilizzo di strumenti come *l'incident reporting* e la revisione delle cartelle cliniche per individuare i rischi, rilevare eventuali criticità e porre in essere attività correttive e di miglioramento.
- **Analisi e Valutazione:** *Root Cause Analysis* (RCA) e *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA). Applicazione di *Audit & Feedback* (A&F) quale strumento di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria per promuovere il cambiamento. Utilizzo dei *Safety walk round* per la valutazione del rischio (*risk assessment*) attraverso giri di sicurezza sul campo, con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa e al contenimento degli eventi avversi. I "giri di sicurezza in loco", sono condotti con il personale della OdC, i familiari/*caregiver* e associazioni.
- **Gestione del Paziente:** Messa in sicurezza del percorso assistenziale, con particolare attenzione al passaggio dal ricovero ospedaliero all'assistenza a domicilio.

- **Formazione e Competenze:** Necessità di formare gli operatori e facilitatori finalizzata ad aggiornare competenze cliniche, tecniche, al contempo si implementa il ricorso all'utilizzo dell'audit clinico come strumento per favorire un confronto tra professionisti, secondo la logica dell'autoapprendimento assicurando competenze in management e gestione dei rischi, fondamentali specialmente in strutture a gestione infermieristica.

Per le segnalazioni di eventi e/o quasi eventi occorsi al paziente ci si avvale di una modulistica aziendale informatizzata contenuta nella [Procedura operativa standard per la gestione del rischio clinico negli Ospedali di Comunità ASL Roma 2.](#)

La documentazione aziendale inerente agli Ospedali di Comunità è reperibile sul sito intranet aziendale alla sezione Accreditamento, Qualità e Risk Management alla voce Case e Ospedali di Comunità.

RESPONSABILITÀ

Nel rispetto dell'autonomia professionale e della responsabilità clinica individuale dei singoli operatori, la presente matrice individua, per ciascun processo, il soggetto:

R (Responsabile): responsabile dell'esecuzione operativa dell'attività;

A (Accountable): titolare della responsabilità finale e della supervisione complessiva del processo;

C (Consulted): soggetto coinvolto in funzione consultiva o collaborativa;

I (Informed): soggetto destinatario di informazione formale sull'esito del processo.

FUNZIONI ATTIVITÀ		RISCHIO				
		Risk Manager Aziendale	Delegato Manager Aziendale	Coordinatore Infermieristico	Direttore Distretto	UOC Formazione
Monitoraggio	Applicazione procedure	C	C	R	R	I
Identificazione delle attività di miglioramento		R	C	C	C	I
Effettuazione delle Azioni correttive/preventive		C	A	R/A	R	I
Formazione		A	I	A	A	R
Segnalazione eventi e/o near miss		A	A	R	R	

A11. Modalità di Diffusione del Documento

Il PARS 2026 sarà adottato con Delibera Aziendale e diffuso tramite:

1. Pubblicazione sulla *home page* dell'Azienda;
2. Pubblicazione sul sito intranet dell'Azienda, sezione UOC Accreditamento, Qualità e Risk Management;
3. Pubblicazione sul sito internet dell'Azienda, sezione UOC Accreditamento, Qualità e Risk Management;
4. Pubblicazione sul sito internet dell'Azienda, voce Amministrazione Trasparente.

Altre modalità di diffusione del documento:

5. Presentazione al Collegio di Direzione;
6. Invio via e-mail alle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero, di Distretto e di Dipartimento a Struttura;
7. Inoltro via *e-mail* ai Facilitatori del rischio clinico.

A12. Bibliografia, Sitografia e Riferimenti Normativi

- CIRCOLARE MINISTERO SANITA' n. 52/1985 LOTTA CONTRO LE INFEZIONI OSPEDALIERE
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770
- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità-il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003
- Manuale di formazione per il governo clinico: Appropriatelyzza. DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA. Ufficio III ex D.G. PROGS. luglio,2012
- Ministero della Salute: Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 5° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2012) https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2353_allegato.pdf
- Determinazione Regionale n. G04112 del 01 aprile 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)'"

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026		Pag. 43 di 44
---	--	--	---

- Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 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”
- Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 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”
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”
- Ministero della Salute. Piano nazionale di contrasto dell’antimicrobico-resistenza 2017-2020 (PNCAR). 2 novembre 2017
- European Centre for Disease Prevention and Control. Economic evaluations of interventions to prevent healthcare-associated infections. Stockholm: ECDC; 2017
- “Secondo studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all’assistenza e sull’uso di antibiotici negli ospedali per acuti – Protocollo ECDC”. Dipartimento Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. 2018
- AGENAS. “Indicatori per la sicurezza delle cure. Allegato 1”. Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità. 2019
- Ministero della Salute. Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi. 6 dicembre 2019
- Determinazione Regionale G10851 del 16 settembre 2021 Adozione della revisione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
- World Health Organization 2021. Towards eliminating avoidable harm in health care: GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021–2030
- Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>; accessed 12 July 2021)
- Determinazione Regionale G00643 del 25 gennaio 2022: Adozione del “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”

- ASL ROMA 2 Deliberazione N. 447 del 28 febbraio 2022. "Adozione Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario (PARS) 2022"
- Regione Lazio. Determina n. G15198 del 06/11/2022: Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016
- Ministero della salute. DECRETO 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022)
- Determinazione Regionale G16501 del 28 novembre 2022: Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)"
- GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021–2030 include tra gli indicatori di implementazione del Piano il seguente: Number of countries that have implemented a system for reporting of never events (or sentinel events)
- Ministero della Salute. UFFICIO 3 - QUALITA', RISCHIO CLINICO E PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA. Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella, 2024
- Regione Lazio. Deliberazione 27 febbraio 2025, n. 112: Approvazione dell'Atto di autonomia aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 2
- Regione Lazio. Determina _GSA n. 36305 del 06/10/2025: Adozione del "Manuale per la classificazione degli eventi e l'alimentazione del flusso SIREs-eventi" in sostituzione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella" di cui alla Determinazione n.G09850 del 20 luglio 2021
- ASL Roma 2. Determinazione n.75 del 29/01/2026: "ADOZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2026-2028 DELLA ASL ROMA 2"

A13. Allegati

Allegato 1. PALIM

Allegato 2. Relazione legionellosi

Piano di azione locale sull'igiene delle mani (PALIM)

Ed. 1 Rev. 1
del 12/03/2026

Piano di azione locale sull'igiene delle mani (PALIM)

Redazione	Verifica	Approvazione	Data
Dott.ssa C. Lupo UOC Professione Infermieristica Dott.ssa A. Guzzi Sirianni UOC Professione Infermieristica	Dr. M. Di Porto UOC DMPO OSE Dr.ssa A. Di Rocco UOC DMPO OP Dr.ssa L. Seminara UOC DMPO OP	Dr.ssa G.M Foderà UOC DMPO OSE Dr.ssa A. Conte UOC DMPO OP	23/02/2026
Dott.ssa C. Lupo UOC Professione Infermieristica Dott.ssa A. Guzzi Sirianni UOC Professione Infermieristica	Dr. M. Di Porto UOC Direzione Medica di Presidio OSE Dr.ssa A. Di Rocco UOC Direzione Medica di Presidio OP Dr.ssa L. Seminara UOC Direzione Medica di Presidio OP	Dr.ssa G.M Foderà UOC Direzione Medica di Presidio OSE Dr.ssa A. Conte UOC Direzione Medica di Presidio OP	12/03/2026

Revisione	Data	Motivo delle modifiche
0	23/02/2026	Prima stesura
1	12/03/2026	Inserimento delle tabelle relative ai risultati dei questionari di autovalutazione del documento regionale

Sommario

INTRODUZIONE.....	3
SCOPO.....	3
AMBITI DI APPLICAZIONE	3
ATTIVITÀ DEL PIANO DI AZIONE LOCALE.....	4
SEZIONE A - AMBITO STRUTTURALE/TECNOLOGICI	4
SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE	5
SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK	7
SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE	9
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	10
MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO.....	10
RIFERIMENTI NORMATIVI	10
ALLEGATI.....	11
A. Scheda di Osservazione Opportunità lavaggio delle mani.....	11
B. Modalità di esecuzione dell'igiene delle mani.....	12

INTRODUZIONE

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) sono infezioni che si manifestano durante il percorso di cura in ospedale o in altra struttura sanitaria, non presenti al momento dell'ingresso del paziente, e che insorgono almeno 48 ore dopo il ricovero, entro 30 giorni da un intervento chirurgico oppure entro 3 giorni dalla dimissione. Costituiscono la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria e possono verificarsi in ogni ambito assistenziale. Le ICA rappresentano uno dei principali problemi per la sicurezza dei pazienti, e hanno un impatto clinico ed economico rilevante per i servizi sanitari, i pazienti e le loro famiglie, in quanto provocano: prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, una significativa mortalità in eccesso.

Le evidenze scientifiche internazionali dimostrano che una quota significativa di ICA è prevenibile attraverso l'applicazione sistematica di misure di Infection Prevention and Control (IPC). Tra queste, la corretta igiene delle mani rappresenta l'intervento singolo più efficace per interrompere la trasmissione dei microrganismi in ambito assistenziale.

L'adesione appropriata e costante alle pratiche di igiene delle mani consente di:

- prevenire la colonizzazione e l'infezione del paziente da microrganismi potenzialmente patogeni, inclusi quelli multi-resistenti;
- ridurre la diffusione di agenti patogeni nell'ambiente sanitario;
- proteggere gli operatori sanitari dal rischio di colonizzazione e infezione;
- contenere la trasmissione crociata tra pazienti.

SCOPO

Il presente documento disciplina le modalità di implementazione, monitoraggio e valutazione del Programma di Azione per l'Igiene delle Mani (PALIM), quale misura strutturale e continuativa di prevenzione delle ICA, in coerenza con le raccomandazioni nazionali e internazionali.

AMBITI DI APPLICAZIONE

Il Piano di Azione Locale per l'Igiene delle Mani è rivolto a tutto il personale che, a qualsiasi titolo, operi all'interno delle strutture ospedaliere aziendali e possa essere coinvolto nel processo assistenziale o avere contatto diretto o indiretto con pazienti, dispositivi medici o ambienti di cura:

- personale sanitario (medici, infermieri, ostetriche, tecnici sanitari, OSS e altre professioni sanitarie);
- personale di supporto assistenziale e tecnico;
- personale delle ditte appaltatrici operanti in ambito sanitario (pulizie, ristorazione, manutenzione, trasporto, ecc.);
- studenti, tirocinanti, specializzandi e frequentatori;

- consulenti e professionisti esterni autorizzati.

NB: Le indicazioni contenute nel documento non si applicano alle procedure che richiedono il lavaggio chirurgico delle mani.

ATTIVITÀ DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

Il presente Piano si pone, per l'anno in corso, l'obiettivo di consolidare e rafforzare l'adesione ai programmi aziendali per l'igiene delle mani, quale misura prioritaria di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

Le strutture oggetto del presente Piano sono:

- P.O. "Sandro Pertini": DEA I° Livello
- P.O. "Sant'Eugenio - CTO": DEA I° Livello

In coerenza con gli ambiti di intervento delineati nel documento regionale "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani", di seguito si illustrano le azioni programmate, finalizzate a garantire il mantenimento e il miglioramento degli standard di compliance, attraverso interventi strutturati di formazione, monitoraggio, audit e feedback, nonché iniziative di sensibilizzazione rivolte a tutto il personale sanitario e di supporto.

SEZIONE A - AMBITO STRUTTURALE/TECNOLOGICI

In tale ambito, la valutazione dei requisiti presenti nei presidi ospedalieri, effettuata nel 2025 mediante la compilazione degli specifici questionari di autovalutazione, ha consentito di raggiungere il livello **avanzato**.

Presidio Ospedaliero	Punteggio
<i>Sandro Pertini</i>	85
<i>Sant'Eugenio – CTO</i>	80

L'Azienda garantisce la presenza di lavabi dedicati in numero adeguato all'interno delle aree assistenziali, in conformità agli standard strutturali vigenti, nonché la disponibilità di dispenser di soluzione idroalcolica opportunamente collocati nei punti strategici del percorso assistenziale, nei setting a maggiore intensità assistenziale o caratterizzati da elevato flusso operativo. Tale organizzazione strutturale è finalizzata a favorire l'accessibilità immediata ai prodotti per l'igiene delle mani e a promuovere l'aderenza sistematica alle indicazioni previste per i "5 momenti" dell'assistenza.

L'Azienda assicura la disponibilità continuativa dei prodotti attraverso un sistema strutturato di controllo e reintegro delle scorte; eventuali malfunzionamenti o carenze devono essere tempestivamente segnalati ai servizi competenti, al fine di garantire il mantenimento degli standard di sicurezza e la piena operatività del sistema.

Al fine di rafforzare ulteriormente il programma aziendale, si prevedono le seguenti azioni per il mantenimento e il miglioramento dei risultati ottenuti:

- progressiva ottimizzazione del posizionamento dei dispenser, sulla base dei risultati delle segnalazioni dei reparti;
- monitoraggio sistematico dei consumi di soluzione idroalcolica per Unità Operativa, con restituzione dei dati ai referenti del GO-CICA;
- coinvolgimento dei Coordinatori Infermieristici e dei referenti del GO-CICA nel monitoraggio della corretta applicazione delle misure previste.

L'approccio adottato mira a coniugare sostenibilità organizzativa e miglioramento continuo, favorendo una gestione strutturata, tracciabile e orientata alla prevenzione del rischio infettivo.

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

In tale ambito, la valutazione dei requisiti presenti nei presidi ospedalieri, effettuata nel 2025 mediante la compilazione degli specifici questionari di autovalutazione, ha consentito di raggiungere il livello **avanzato**.

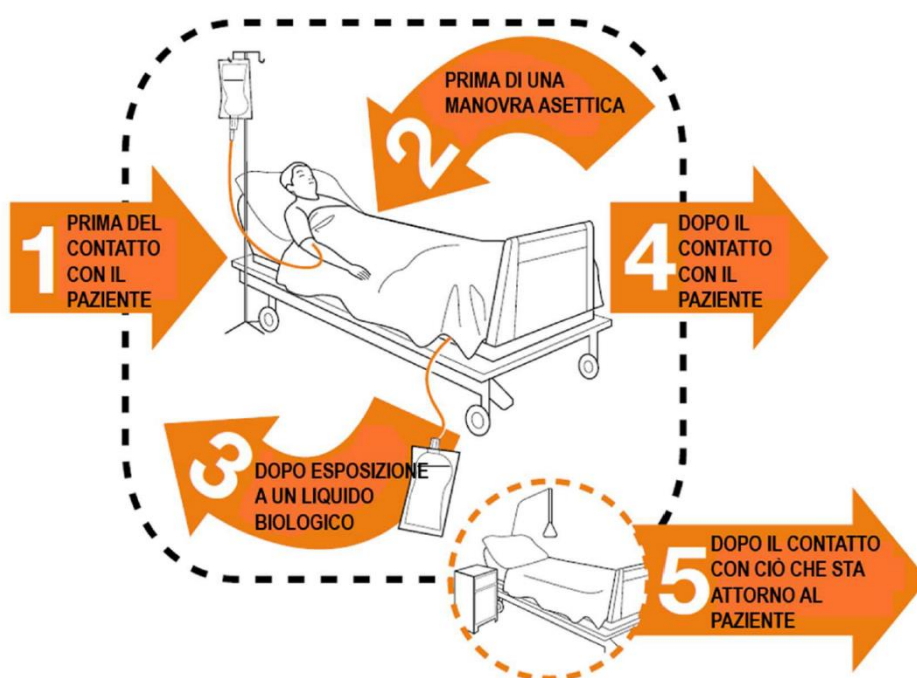
Presidio Ospedaliero	Punteggio
<i>Sandro Pertini</i>	80
<i>Sant'Eugenio – CTO</i>	85

La formazione rappresenta uno strumento strategico per garantire l'adozione sistematica e consapevole delle corrette pratiche di igiene delle mani e per ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza (ICA).

Nel corso dell'anno 2025, al personale sanitario è stato somministrato il questionario "Aderenza alle pratiche di igiene delle mani" per valutare il livello di conoscenza, percezione del rischio e adesione alle buone pratiche di igiene delle mani, quale misura fondamentale per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). È stato coinvolto un campione di 290 operatori sanitari per il presidio Sandro Pertini e 104 per il presidio OSE-CTO. Dall'analisi complessiva delle risposte emerge una buona consapevolezza teorica dell'importanza dell'igiene delle mani come strumento efficace di prevenzione delle infezioni. La maggior parte degli operatori riconosce correttamente i principali momenti in cui l'igiene delle mani è indicata e individua nella soluzione idroalcolica lo strumento di prima scelta nella pratica assistenziale.

Tutti gli operatori sanitari e il personale coinvolto nei percorsi assistenziali sono tenuti a partecipare a programmi formativi che includano:

- i principi generali del rischio infettivo e delle ICA;
- le indicazioni operative per l'igiene delle mani secondo il modello dei "5 momenti", ovvero:
 - prima del contatto con il paziente;
 - prima di una procedura asettica;
 - dopo esposizione a fluidi biologici;
 - dopo il contatto con il paziente;
 - dopo il contatto con l'ambiente circostante il paziente.



La formazione viene erogata con cadenza annuale o secondo quanto previsto dal Piano Formativo Aziendale, anche in coerenza con gli obiettivi del PARS e con i programmi regionali di prevenzione del rischio infettivo. La verifica dell'apprendimento mediante test di valutazione finale sull'effettiva acquisizione delle competenze costituisce parte integrante del percorso formativo.

Sono inoltre previsti i seguenti interventi:

- addestramento pratico mediante l'utilizzo della Box Pedagogica sulla corretta tecnica di frizione con soluzione idroalcolica, finalizzato a garantire l'effettiva copertura di tutte le superfici cutanee e il rispetto dei tempi raccomandati;
- formazione obbligatoria dei neoassunti sull'igiene delle mani, con cadenza semestrale, a cura di professionisti con specifiche competenze in materia.

SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

In tale ambito, la valutazione dei requisiti presenti nei presidi ospedalieri, effettuata nel 2025 mediante la compilazione degli specifici questionari di autovalutazione, ha consentito di raggiungere il livello **intermedio**.

Presidio Ospedaliero	Punteggio
<i>Sandro Pertini</i>	60
<i>Sant'Eugenio – CTO</i>	60

La verifica dell'implementazione delle corrette pratiche di igiene delle mani nell'attività clinico-assistenziale, effettuata mediante osservazione diretta e analisi di indicatori indiretti, rappresenta uno degli strumenti principali per valutare l'adesione degli operatori alle indicazioni previste dal Piano.

Il sistema di rilevazione, secondo le indicazioni del SERESMI, prevede la raccolta dei seguenti indicatori di processo:

- **percentuale di aderenza ai “5 momenti” per l'igiene delle mani**, rilevata tramite osservazione diretta e compilazione della Scheda prevista dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani;
- **consumo di soluzione idroalcolica**, espresso in litri per 1.000 giornate di degenza (CSIA/1000 GDO), quale indicatore indiretto di compliance, calcolato con cadenza semestrale dalla UOC Farmacia.

L'osservazione diretta consente di rilevare il numero di opportunità di igiene delle mani, la tipologia di azione eseguita (lavaggio o soluzione idroalcolica), gli episodi di mancata igiene e la compliance complessiva e per area assistenziale e profilo professionale.

I risultati rilevati nei due presidi ospedalieri sono i seguenti:

Presidio Ospedaliero Sandro Pertini: nel corso dell'anno sono state osservate 222 opportunità di igiene delle mani. Il dato complessivo (51,0%) evidenzia una adesione moderata alle buone pratiche, con ampi margini di miglioramento. Il confronto temporale tra i due semestri evidenzia un incremento dell'attività di osservazione, che tuttavia non si accompagna a un miglioramento significativo dei livelli di compliance, i quali risultano complessivamente stabili nel corso dell'anno.

Presidio Ospedaliero OSE-CTO: Complessivamente sono state osservate 736 opportunità di igiene delle mani, di cui 397 eseguite correttamente, con una compliance complessiva pari al 53,9%. Il dato evidenzia un'adesione moderata alle raccomandazioni per l'igiene delle mani, con margini di miglioramento che giustificano il rafforzamento delle azioni di formazione, audit e feedback previste dal presente Piano.

Parallelamente, l'aderenza alla pratica dell'igiene delle mani è stata valutata anche attraverso l'analisi del consumo di prodotti a base alcolica per l'igiene delle mani (CSIA). I dati di consumo, espressi in litri per 1.000 giornate di degenza (CSIA/1000 GDO), evidenziano il seguente andamento nei due presidi ospedalieri.

Presidio Ospedaliero Sandro Pertini: nel secondo semestre 2025 il consumo risulta pari a 18,23 CSIA/1000 GDO, in miglioramento rispetto ai periodi precedenti, nei quali il valore era pari a 15,53 CSIA/1000 GDO nel secondo semestre 2024 e 13,24 CSIA/1000 GDO nel primo semestre 2025.

Presidio Ospedaliero OSE-CTO, nel secondo semestre 2025 il consumo risulta pari a 16,05 CSIA/1000 GDO, dato sostanzialmente stabile rispetto al corrispondente semestre del 2024, in cui era pari a 17,84 CSIA/1000 GDO.

Nel complesso, i dati evidenziano un andamento complessivamente in miglioramento, pur permanendo un margine di ulteriore crescita. L'obiettivo aziendale è il progressivo raggiungimento del gold standard indicato dalla Regione Lazio (>20 CSIA/1000 GDO), attraverso il rafforzamento delle azioni previste dal presente Piano in termini di formazione, sensibilizzazione e audit periodici.

Nel complesso, i risultati ottenuti consentono di disporre di un quadro strutturato dell'aderenza alle pratiche di igiene delle mani nei presidi ospedalieri aziendali e rappresentano un riferimento per la programmazione delle azioni di miglioramento previste nel presente Piano, finalizzate al rafforzamento della compliance degli operatori e al consolidamento della cultura della sicurezza assistenziale.

In tale ambito, si prevede:

- l'implementazione di attività di addestramento pratico mediante l'utilizzo della **Box Pedagogica**, finalizzate a migliorare la tecnica di frizione con soluzione idroalcolica e a favorire l'acquisizione di comportamenti corretti durante l'attività assistenziale;
- il rafforzamento degli **audit osservazionali**, con incremento della frequenza delle osservazioni e restituzione periodica dei risultati alle Unità Operative, al fine di favorire la consapevolezza degli operatori e promuovere il miglioramento continuo;
- la **condivisione strutturata dei risultati** nelle riunioni di reparto e nell'ambito del GO-CICA, con analisi delle criticità e definizione di azioni correttive specifiche per i diversi contesti assistenziali;
- il **monitoraggio periodico con cadenza trimestrale** dell'indicatore indiretto rappresentato dal consumo di soluzione idroalcolica (CSIA/1000 giornate di degenza), al fine di valutare l'efficacia delle azioni intraprese e orientare eventuali ulteriori interventi correttivi.

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

In tale ambito, la valutazione dei requisiti presenti nei presidi ospedalieri, effettuata nel 2025 mediante la compilazione degli specifici questionari di autovalutazione, ha consentito di raggiungere il livello **intermedio**.

Presidio Ospedaliero	Punteggio
<i>Sandro Pertini</i>	70
<i>Sant'Eugenio – CTO</i>	75

L'Azienda promuove **campagne informative periodiche** finalizzate a sensibilizzare operatori sanitari, personale di supporto e utenti sull'importanza dell'igiene delle mani quale misura primaria di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

A tal fine è prevista la diffusione di poster aziendali all'interno dei reparti e nei principali punti di accesso alle aree assistenziali, nonché la distribuzione di materiale informativo dedicato sia agli operatori sia agli utenti, con contenuti chiari, aggiornati e coerenti con le raccomandazioni nazionali e internazionali.

È promossa un'informazione attiva rivolta ai pazienti e ai caregiver, volta a favorire la consapevolezza del ruolo dell'igiene delle mani nella prevenzione del rischio infettivo.

L'approccio adottato mira a rafforzare la cultura della sicurezza, incoraggiando un modello partecipativo in cui il paziente sia parte integrante del percorso di prevenzione, nel rispetto dei principi di appropriatezza, trasparenza e responsabilità condivisa.

L'Azienda partecipa alla **Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani**, promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e celebrata ogni anno il 5 maggio, attraverso iniziative di sensibilizzazione, attività formative e momenti di audit e confronto nei reparti.

Tale ricorrenza rappresenta un'occasione strategica per consolidare l'attenzione sul tema, valorizzare i risultati raggiunti e rilanciare gli obiettivi di miglioramento continuo in ambito di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

Al fine di rafforzare ulteriormente il programma aziendale, si prevedono le seguenti azioni per il mantenimento e il miglioramento dei risultati ottenuti:

- Aggiornamento dei poster che illustrano le corrette indicazioni per l'igiene delle mani e la corretta modalità di per l'esecuzione dell'igiene delle mani con soluzione alcolica
- Copertura al 100% dei reparti/dipartimenti in cui sono esposti poster che illustrano la corretta tecnica per l'igiene delle mani co soluzione alcolica
- Aumento della frequenza delle ispezioni per individuare materiale deteriorato ed eventuale sostituzione

- Diffusione al personale medico e infermieristico del “**Manuale per l’attuazione delle misure di isolamento**”, in formato tascabile (A5), nel quale è ribadita l’importanza del lavaggio delle mani quale misura cardine di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza.

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT

In tale ambito, la valutazione dei requisiti presenti nei presidi ospedalieri, effettuata nel 2025 mediante la compilazione degli specifici questionari di autovalutazione, ha consentito di raggiungere il livello **avanzato**.

Presidio Ospedaliero	Punteggio
<i>Sandro Pertini</i>	80
<i>Sant'Eugenio – CTO</i>	80

Il Piano locale si fonda su un impegno forte, continuo e visibile della Direzione Strategica nella prevenzione e controllo delle ICA. Tale commitment si traduce nel supporto organizzativo alle attività di igiene delle mani, nella presenza di un team multidisciplinare dedicato al monitoraggio e nella garanzia di risorse adeguate all’attuazione delle azioni previste.

È definita e formalmente comunicata a tutti gli operatori una policy aziendale sulle ICA, che richiama obblighi e responsabilità professionali, prevedendo anche eventuali interventi in caso di ingiustificata inosservanza delle buone pratiche.

Il Piano locale prevede inoltre il coinvolgimento attivo di pazienti e visitatori, attraverso iniziative di informazione mirate, quale elemento integrante della strategia multimodale per l’igiene delle mani e ulteriore leva per il miglioramento continuo della sicurezza assistenziale.

MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO

Il presente documento verrà pubblicato in formato digitale su intranet aziendale, accessibile a tutto il personale sanitario.

Il documento verrà divulgato a tutti gli operatori per il tramite dei direttori/responsabili di UU.OO e dei Coordinatori Infermieristico/Ostetrico e Tecnico.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Regione Lazio Determinazione n. G02044 del 26 febbraio 2021 recante “Adozione del “Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle Mani”
- Piano Annuale per la gestione del rischio sanitario - PARS 2026
- Raccomandazioni dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) – “My 5 Moments for Hand Hygiene”;
- Manuale per l’attuazione delle misure di isolamento – ASL ROMA 2

Piano di azione locale sull'igiene delle mani (PALIM)

Ed. 1 Rev. 1
del 12/03/2026

ALLEGATI

A. Scheda di Osservazione Opportunità lavaggio delle mani

C R R C		REGIONE LAZIO	
PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI			
SCHEDA DI OSSERVAZIONE			
Ospedale/Struttura		Periodo n.	
Dipartimento		Data (GG/MM/AAAA)	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Reparto		Inizio/Fine (HH:MM)	<u> </u> : <u> </u> / <u> </u> : <u> </u>
Servizio		Durata Sessione (minuti)	<u> </u> : <u> </u>
		Scheda n.	
		Città	

Prof.cat	Codice	Num.	Opp.	Indicazione	Azione
			1	☐ pr-cont ☐ pr-aseps ☐ dp-fluido ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla ☐ guanti
			2	☐ pr-cont ☐ pr-aseps ☐ dp-fluido ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla ☐ guanti
			3	☐ pr-cont ☐ pr-aseps ☐ dp-fluido ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla ☐ guanti
			4	☐ pr-cont ☐ pr-aseps ☐ dp-fluido ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla ☐ guanti
			5	☐ pr-cont ☐ pr-aseps ☐ dp-fluido ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla ☐ guanti
			6	☐ pr-cont ☐ pr-aseps ☐ dp-fluido ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla ☐ guanti
			7	☐ pr-cont ☐ pr-aseps ☐ dp-fluido ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla ☐ guanti
			8	☐ pr-cont ☐ pr-aseps ☐ dp-fluido ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla ☐ guanti

B. Modalità di esecuzione dell'igiene delle mani

La pratica dell'igiene delle mani deve essere garantita in tutti i momenti dell'assistenza e in ogni contesto assistenziale. Essa può essere effettuata secondo le seguenti modalità.

1. Frizione con soluzione alcolica

La frizione con soluzione a base alcolica ha l'obiettivo di ridurre la flora microbica transitoria presente sulle mani.

Prodotti da utilizzare Devono essere impiegate soluzioni idroalcoliche conformi alla norma UNI EN 1500 (requisito minimo) o, ove previsto, alla norma UNI EN 12791.

Tempo di esecuzione 20–30 secondi.

Modalità di esecuzione Applicare una quantità di prodotto sufficiente sul palmo della mano e frizionare accuratamente entrambe le mani fino a completa asciugatura, assicurando la copertura di tutte le superfici: palmi, dorso, dita, spazi interdigitali, pollici e regioni ungueali.

La frizione alcolica rappresenta il metodo di prima scelta per l'igiene delle mani in ambito assistenziale, in quanto:

- è rapida ed efficace;
- è ben tollerata dalla cute;
- può essere resa disponibile direttamente al punto di assistenza;
- non richiede particolari infrastrutture (lavandino, sapone, asciugamani).

2. Lavaggio con acqua e sapone o con acqua e detergente antisettico

Il lavaggio con acqua e sapone consente la rimozione meccanica della flora microbica transitoria; l'utilizzo di detergenti antisettici associa a tale azione anche un effetto antimicrobico.

Prodotti da utilizzare

- detergente liquido comune;
- detergente antisettico, ove indicato.

Tempo di esecuzione 40–60 secondi.

Modalità di esecuzione

- bagnare le mani con acqua;
- applicare una quantità di detergente sufficiente a coprire tutte le superfici;
- frizionare palmi, dorsi, dita, pollici, spazi interdigitali e regioni ungueali;
- risciacquare accuratamente, facendo scorrere l'acqua dalle dita verso i polsi;
- asciugare con salvietta monouso;
- qualora il rubinetto non sia a comando non manuale, chiuderlo utilizzando l'ultima salvietta.

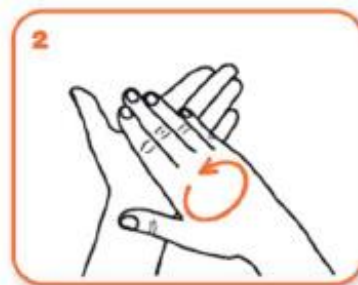
COME PRATICARE L'IGIENE DELLE MANI CON SOLUZIONE IDROALCOLICA



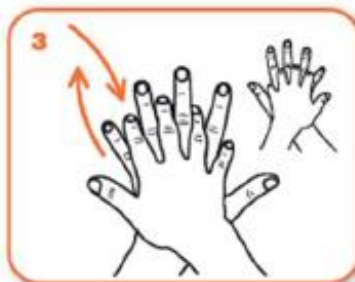
Durata dell'intera procedura: **20-30 secondi**



Versare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani.



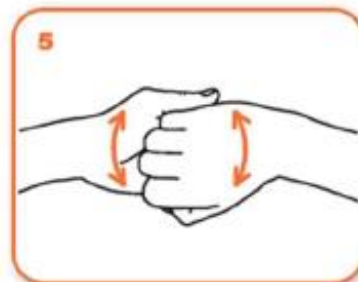
frizionare le mani palmo contro palmo



il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



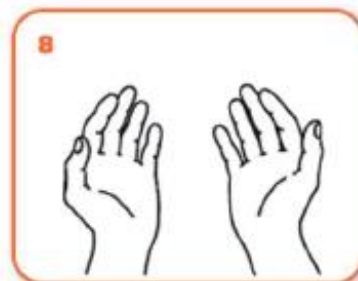
dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.

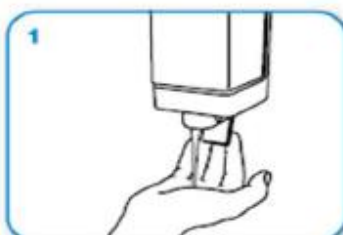
COME PRATICARE L'IGIENE DELLE MANI CON SOLUZIONE IDROALCOLICA



Durata dell'intera procedura: **40-60 secondi**



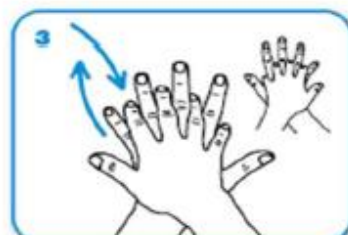
Bagna le mani con l'acqua



applica una quantità di sapone sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani



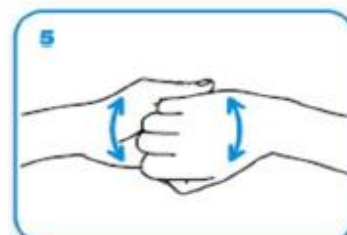
friziona le mani palmo contro palmo



il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



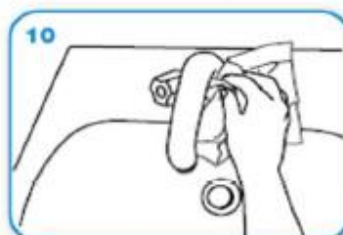
frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



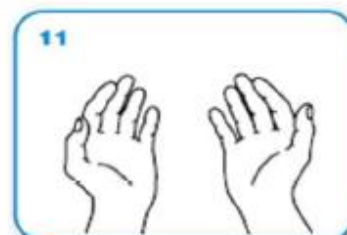
Risciacqua le mani con l'acqua



asciuga accuratamente con una salvietta monouso



usa la salvietta per chiudere il rubinetto



...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.

Indicazioni obbligatorie al lavaggio con acqua e sapone

Il lavaggio con acqua e sapone deve essere sempre effettuato nei seguenti casi:

- mani visibilmente sporche;
- contaminazione con materiale biologico;
- sospetta o accertata esposizione a microrganismi sporigeni (es. *Clostridium spp.*);
- dopo l'utilizzo dei servizi igienici.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 2



REGIONE
LAZIO

Direzione Medica di Presidio

Via dei Monti Tiburtini, 385-00157 Roma

e mail: direzione.pertini@aslroma2.it

pec: direzione.sanitaria.pertini@pec.aslroma2.it

tel.0641433807

Al Presidente CC-ICA
e p.c. Al Direttore UOC Qualità, Accreditamento e
Risk Management
Al RSPP
Ai Referenti GO-CICA OP
Alla UOC Ufficio tecnico Ospedaliero OP

Oggetto: relazione sintetica gestione legionellosi

Facendo seguito alla documentazione già trasmessa inerente all'oggetto ed in riscontro alla Vs nota prot. n. 49572/2026, si rappresenta quanto segue.

In data 01 aprile 2025, al fine di consentire la revisione della procedura operativa "*La prevenzione e il controllo della Legionellosi nelle strutture ospedaliere della ASL Roma 2*", è stato istituito un gruppo di lavoro con rappresentanti dei singoli presidi Ospedalieri della ASL Roma 2: Ospedale Sandro Pertini, Ospedale Sant'Eugenio ed Ospedale CTO.

Il team aziendale è costituito con le figure di seguito riportate:

- Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione e/o suo delegato della Asl Roma 2;
- Referente della UOC Accreditamento, Qualità e Risk Management della Asl Roma 2;
- Presidenti dei GO-CICA Ospedale Sandro Pertini e Ospedale Sant'Eugenio/CTO;
- Referente delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedale Sandro Pertini e Ospedale Sant'Eugenio/CTO;
- Referente della UOC Ufficio Tecnico Ospedale Sandro Pertini.

Le modalità di esecuzione e i tempi di valutazione del rischio, riportate nella procedura di cui sopra, prevedono interventi di prevenzione tecnico ingegneristici e clinico assistenziali comprendenti tra l'altro:

- Manutenzione ordinaria e controllo degli impianti idrici ed aeraulici, a cura della ditta di manutenzione, con cadenze specifiche riportate nell'allegato 1 del Capitolato Tecnico che disciplina il Contratto di Multiservizio Tecnologico. Tale manutenzione comprende tra l'altro la pulizia e la disincrostazione periodica o sostituzione di filtri, rompigitto e soffioni doccia;
- Monitoraggio ordinario tramite campionamento semestrale della carica microbica del batterio legionella nei *break point* concordati con le DMPO dei Presidi Ospedalieri della ASL Roma 2, riportati nelle planimetrie allegate alla suddetta procedura, e successivo esame microbiologico in laboratori specializzati;
- Aggiornamento periodico della mappatura dei punti di prelievo dell'acqua sulla base delle criticità legate all'impianto idrico, alle tipologie di pazienti assistiti e ai risultati dei campionamenti;

- Addestramento del personale addetto alla manutenzione e sensibilizzazione del personale sanitario;
- Gestione dell'acqua calda sanitaria, con mantenimento costante della temperatura sopra i 50°C e dell'acqua fredda sotto i 20°C nella rete di distribuzione;
- Adozione dei dispositivi di protezione individuale da parte degli operatori per la prevenzione del rischio di trasmissione della legionellosi durante l'esecuzione di procedure assistenziali che generano aerosol;
- Esecuzione dell'antigene urinario per la ricerca di legionella in pazienti che presentino presupposti su base sindromica ed anamnestica.

I risultati sintetici degli esiti del monitoraggio operativo di verifica sull'efficacia delle misure di controllo, riferite all'anno 2025, sono di seguito riportati in modalità disaggregata per Presidio:

OSPEDALE SANDRO PERTINI		
Impianti ed ambienti oggetto del campionamento	Data campionamento	Iperclorazione impianti ACS e rete distribuzione
Impianto distribuzione ACS Palazzina A	Giugno-Luglio 2025	5 luglio 2025
Ambienti Palazzina A, B, C e D	Giugno-Luglio 2025	5 luglio 2025 ambienti palazzina A
Ambienti Palazzina A e B	Agosto 2025	01 agosto 2025 ambienti palazzina A
Ambienti Palazzina A, B, C e D	Gennaio 2026 (competenze II semestre 2025)	03 febbraio 2026 ambiente palazzina A e ambiente palazzina C

OSPEDALE CTO		
Impianti ed ambienti oggetto del campionamento	Data campionamento	Iperclorazione impianti ACS e rete distribuzione
Impianti corpo A	Gennaio 2025	Non necessaria
Impianti corpo B	Febbraio 2025	Non necessaria
Impianti corpo A	Maggio 2025	Non necessaria
Impianti corpo B	Agosto 2025	Non necessaria
Torri di evaporazione	Settembre 2025	Non necessaria
Impianti corpo B	Novembre 2025	Non necessaria

OSPEDALE SANT'EUGENIO			
Impianti ed ambienti oggetto del campionamento	Data campionamento		Iperclorazione impianti ACS e rete distribuzione
Centro Ustioni	Febbraio-Maggio	Agosto-Novembre 2025	Non necessaria
Padiglione DEA	Febbraio-Maggio	Agosto-Novembre 2025	Non necessaria
Padiglione Nuovo	Febbraio-Maggio	Agosto-Novembre 2025	Non necessaria
Padiglione Storico	Febbraio-Maggio	Agosto-Novembre 2025	Luglio 2025
Ospedale Storico Torre evaporativa	Febbraio-Maggio	Agosto-Novembre 2025	Luglio - Ottobre 2025

Il piano di miglioramento e le azioni correttive per la Legionella negli Ospedali della ASL Roma 2 sono basati *in primis* sulla valutazione annuale del rischio (DVR) e sull'applicazione delle linee guida nazionali 2015, a cui si aggiungono in caso di positività alla Legionella:

- bonifica dell'impianto attraverso shock termico e/o iperclorazione, con successivo flussaggio per riportare la concentrazione del cloro residuo, al di sotto dei valori limite ammessi dalla norma, a tutela della salute umana. All'esito delle suddette attività "reattive" si eseguono ulteriori campionamenti ed esami microbiologici per verificare che la concentrazione della legionella sia tornata nei range ammessi dalla normativa vigente;
- interdizione dell'utilizzo dei bagni e/o delle stanze in cui si è riscontrata la positività fino all'esito negativo del campionamento post-intervento;
- pulizia e disincrostazione straordinaria o sostituzione di filtri, rompigetto e soffioni doccia.

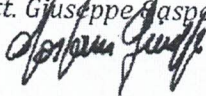
A supporto di queste azioni correttive verrà effettuato nell'anno corrente un refresh formativo a:

- operatori tecnici e manutentori, la cui pianificazione è a cura dell'Assuntore del Contratto Multiservizio Tecnologico;
- personale sanitario sulla prevenzione del rischio di trasmissione della legionellosi durante l'esecuzione di procedure assistenziali che generano aerosol, pianificato in modalità FAD asincrona con il supporto della UOC Servizio Prevenzione Protezione.

Tutta la documentazione citata è riportata nella procedura aziendale "*La prevenzione e il controllo della Legionellosi nelle strutture ospedaliere della ASL Roma 2*" (Ed. 0 Rev. 1 del 01.04.2025), trasmessa alla S.V. con nota prot. n. 0100239/2025, che deve essere resa fruibile dalle figure autorizzate allo scopo sulla piattaforma intranet aziendale nella sezione Comitato CICA.

Distinti saluti

Responsabile Servizio
Prevenzione e Protezione
Dott. Giuseppe Gasparini



UOC Direzione Medica di
Presidio OSE/CTO
Dott.ssa Girolama M. Foderà



UOC Direzione Medica di
Presidio OP
Dott.ssa Antonella Conte

