

## DELIBERAZIONE

N° 258 del 27/02/2025

<b>Struttura proponente</b> DIREZIONE SANITARIA	<b>Proposta n. 338 (Digitale) del 26/02/2025</b>
<b>Oggetto:</b> adozione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2025	
<b>A CURA DELLA STRUTTURA PROPONENTE</b> <i>Il Direttore, a seguito dell'istruttoria effettuata, con la sottoscrizione del presente atto, <u>ATTESTA CHE</u>, come meglio riportato nel preambolo e nel dispositivo deliberativo:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>L'atto è legittimo e utile per il pubblico servizio;</i></li><li>• <i>Il presente atto non comporta oneri/non genera proventi imputabili al bilancio</i></li></ul>	
<b>L'estensore</b> Valentina Prosperì	<b>Data</b> 26/02/2025
<b>Responsabile del Procedimento:</b> Andrea Magrini	<b>Data</b> 26/02/2025
<b>Il Direttore</b> Andrea Magrini	<b>Data</b> 26/02/2025
<b>A CURA DEL DIRETTORE UOC RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE</b> <i>Il Direttore, con la sottoscrizione del presente atto:</i> <u>CONFERMA</u> che gli effetti del presente atto non comportano oneri/non attivano proventi imputabili al bilancio.	
<b>Il Direttore</b> Stefano Piccari	<b>Data</b> 27/02/2025
<b>Parere Direttore Amministrativo</b> <i>Favorevole</i> Stefano Piccari 27/02/2025	<b>Parere Direttore Sanitario</b> <i>Favorevole</i> Andrea Magrini 27/02/2025
<b>Il Commissario Straordinario</b>	<i>Firmato Isabella Mastrobuono</i>
<i>La presente deliberazione si compone di n. 97 pagine, di cui n. 93 pagine di allegati, che ne formano parte integrante e sostanziale</i>	

# Fondazione PTV POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

---

## IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

**PREMESSO CHE** con deliberazione di Giunta regionale n. 90 del 20 febbraio 2024 è stato disposto il commissariamento dell’AOU Policlinico Tor Vergata, secondo la procedura prevista dall’art. 2 del D.Lgs. 171/2016 e s.m.i.;

**DATO ATTO CHE:**

- il Presidente della Regione Lazio, con proprio Decreto n. T00089 del 15 maggio 2024, ha disposto «*di nominare Commissario straordinario dell’AOU Policlinico Tor Vergata la Dott.ssa Isabella Mastrobuono, con effetto immediato fino alla nomina del nuovo Direttore Generale, secondo la procedura prevista dall’art. 2 D.Lgs. 171/2016 e s.m.i.*»;
- il Consiglio di Amministrazione della Fondazione PTV, con propria deliberazione assunta in data 16/05/2024, ha nominato *ai sensi dell’art. 18 dello Statuto della Fondazione PTV, la dott.ssa Isabella Mastrobuono Commissario straordinario della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, a decorrere dal 16 maggio 2024, per tutta la durata del commissariamento dell’AOU PTV fino alla nomina del nuovo Direttore generale*», dando atto che la stessa «*dott.ssa Isabella Mastrobuono svolgerà, in forza del Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00089 del 15 maggio 2024, le residue funzioni di gestione dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata*»;

**VISTE** le Circolari Ministeriali n. 52/1985 e n. 8/1988 che prescrivono l’istituzione presso ogni presidio ospedaliero di una commissione tecnica responsabile della lotta contro le infezioni ospedaliere;

**VISTO** il Decreto Ministeriale dell’11 dicembre 2009 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità SIMES”;

**VISTO** il DCA n. U00480 del 6/12/2013, recante la “Definitiva adozione dei programmi operativi 2013 – 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”, ed in particolare l’intervento 18.1 “Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi e l’intervento 18.6 – Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio assicurativo”;

**VISTO** il DCA n. U00469 del 7 novembre 2017 “modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. “Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012” inerente al requisito relativo alla gestione del rischio clinico;

**VISTA** la Determinazione n° G16829 del 6 dicembre 2017 “Istituzione Centro Regionale del Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017” con la quale è stato istituito il Centro Regionale del Rischio Clinico, avente, tra le altre, la funzione di elaborare e revisionare le Linee Guida per la redazione del Piano annuale di attività aziendale dei Risk Manager;

# Fondazione PTV POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

**VISTA** la Determinazione n. G00643 del 25 gennaio 2022 con la quale si adottava il "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" nella quale sono state indicate le Linee guida per la stesura, nonché la relativa tempistica di attuazione;

**VISTA** la Determinazione n. G02044 del 26 febbraio 2021 "Adozione del piano di intervento regionale sull'igiene delle mani";

**VISTA** la Determinazione n. 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;

**RICHIAMATA** la nota della Regione Lazio Direzione Regionale Salute e integrazione Sociosanitaria Registro Ufficiale n. U0079798 del 22/01/2025 che specifica di allegare al PARS 2025 il Piano di azione locale sull'igiene delle mani ed il Programma di controllo della legionellosi;

**RICHIAMATA** la Deliberazione DDG n.228 del 22/02/2024 di adozione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2024 – Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata ai sensi della succitata Determinazione 25 gennaio 2022, n. G00643 Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)", confermata con nota della Regione Lazio Registro Ufficiale U.0091714 del 22-01-2024;

**RICHIAMATA** la Deliberazione DDG n. 554 del 08/05/2023 con la quale si aggiornava la composizione del Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza CC-ICA;

**CONSIDERATO** che la Regione Lazio ha inteso garantire una adeguata azione di impulso e coordinamento nella delicata materia del rischio clinico, sia sul versante della sicurezza delle cure, sia sul piano del recupero di margini di economicità dell'azione attraverso un'adeguata strategia di gestione del rischio assicurativo;

**CONSIDERATO** inoltre che il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) ha come obiettivi diffondere la cultura della sicurezza delle cure, migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi e favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture;

**RITENUTO** di adottare il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) – anno 2025 della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (allegati 1);

**VALUTATO** inoltre di allegare al suddetto PARS 2025 il Piano di azione locale sull'igiene delle mani (allegato 2) ed il Programma di controllo della legionellosi (allegato 3) quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

# Fondazione PTV POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

**ACQUISITA**, da parte del Responsabile della struttura proponente, l'attestazione, tramite la sottoscrizione riportata in frontespizio, che il presente atto non comporta oneri a carico del Bilancio né genera proventi allo stesso imputabili, così come confermato dal Direttore della UOC Risorse economiche e finanziarie in sede di parere riportato in frontespizio;

**PRESO ATTO CHE** il Dirigente/Responsabile proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è legittimo e utile per il servizio pubblico;

**VISTO** il parere del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo in frontespizio riportato, formulato per quanto di rispettiva competenza;

## **DELIBERA**

per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

1. di adottare il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) – anno 2025 della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (allegati 1);
2. di adottare ed allegare al suddetto PARS 2025 il Piano di azione locale sull'igiene delle mani (allegato 2) ed il Programma di controllo della legionellosi (allegato 3) quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio del PTV;
4. di dare mandato al Responsabile della Struttura proponente di procedere alla comunicazione/trasmissione del presente atto ai destinatari dello stesso.

La presente deliberazione è composta da n. 3 allegati così formati:

- Allegato n.1, costituito da n. 67 pagine,
- Allegato n.2, costituito da n. 24 pagine,
- Allegato n.3, costituito da n. 2 pagine.

La presente deliberazione è posta in pubblicazione all'Albo pretorio online sul sito web istituzionale aziendale [www.ptvonline.it](http://www.ptvonline.it) per quindici giorni consecutivi e contestualmente resa disponibile al Collegio dei Revisori.

Il Commissario Straordinario  
ISABELLA MASTROBUONO

---

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 1 di 67

INDICE

<i>1.0</i>	<i>CONTESTO ORGANIZZATIVO</i>	<i>2</i>
<i>1.1</i>	<i>CONTESTO ORGANIZZATIVO RISCHIO INFETTIVO</i>	<i>7</i>
<i>2.0</i>	<i>RELAZIONE CONSUNTIVA EVENTI AVVERSI E RISARCIMENTI EROGATI</i>	<i>19</i>
<i>3.0</i>	<i>DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA</i>	<i>25</i>
<i>4.0</i>	<i>RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE (2024)</i>	<i>26</i>
<i>5.0</i>	<i>RESOCONTO DELLE ATTIVITA' PARS 2024</i>	<i>27</i>
<i>6.0</i>	<i>RESOCONTO DELLE ATTIVITA' RISCHIO INFETTIVO 2024 e del Piano Locale igiene delle mani</i>	<i>31</i>
<i>7.0</i>	<i>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</i>	<i>35</i>
<i>8.0</i>	<i>OBIETTIVI E ATTIVITA' RISK MANAGEMENT</i>	<i>36</i>
<i>9.0</i>	<i>OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</i>	<i>44</i>
<i>10.0</i>	<i>MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO</i>	<i>64</i>
<i>11.0</i>	<i>BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI</i>	<i>65</i>
	<i>Allegato A. PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI DEL PTV</i>	
	<i>Allegato B. PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI</i>	

## **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 2 di 67

### **1.0 CONTESTO ORGANIZZATIVO**

La Fondazione Policlinico Tor Vergata (di seguito PTV) è un Policlinico Universitario che sorge nel quadrante sud-est della città di Roma, nel territorio della Azienda RM2, in stretta vicinanza di importanti assi viari e di collegamento rappresentati dal GRA, dalla autostrada Roma - Napoli, dalla bretella A1, e dalle vie Casilina, Tuscolana, Anagnina e Appia. Nelle vicinanze del PTV è situato anche l'aeroporto internazionale di Ciampino. Nel territorio adiacente al PTV risiedono circa 850.000 abitanti. La struttura risulta essere riferimento per le funzioni di alta specialità per una popolazione di oltre 1.500.000 abitanti che include anche la provincia di Frosinone. Le linee di sviluppo del PTV debbono pertanto essere rivolte a definire una organizzazione in grado di assicurare un'offerta adeguata di prestazioni per soddisfare i bisogni sanitari del territorio di riferimento.

Al PTV sono stati riconosciuti, con DCA N.257/2017, n. 575 posti letto complessivi tra ordinari e Day hospital, che, peraltro, non appaiono sufficienti, nel quadrante di riferimento ove è collocato, per soddisfare il rapporto di 3,7 posti letto per mille abitanti previsti dallo standard nazionale. Nel territorio circostante il PTV, infatti, risiedono circa 850.000 abitanti e l'insieme dei posti letto presenti nelle altre strutture di ricovero non raggiunge i 1.500, con un rapporto pertanto inferiore a 2 posti letto per mille. Con DCA n.73/2010 il PTV, dotato di una elisuperficie autorizzata anche per il volo notturno, è stato a suo tempo riconosciuto quale DEA di I livello.

Nel quadro delle Rete Emergenza del Lazio, la riorganizzazione della rete ospedaliera è vista dalla Regione con il DCA 368/2014, ribadita con DCA U00412/2017 e, recentemente, con la Delibera n. 869 del 7/12/23 "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015"., che sancisce il PTV come DEA di II livello, di riferimento per l'asse sud-orientale della Regione, che comprende le ASL RM2, RM/6 e ASL di Frosinone.

Quanto sopra, anche in doverosa considerazione che con i DD.CC.AA. n. 74/2010 e n. 75/2010 sono state attribuite al PTV le funzioni di Hub per le alte specialità:

- ✓ ictus cerebrale: rete Ictus (con dotazione UTN di secondo livello);
- ✓ cardiologia e cardiocirurgia: rete emergenza cardiologica e cardiocirurgica (con dotazione di UTIC/servizio di emodinamica), in corso di attivazione come centro CEC (comprendendo

## **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 3 di 67

anche l'elettrofisiologia ed elettrostimolazione) secondo il "Piano Di Rete Emergenza cardiologica";

- ✓ medicina trasfusionale;
- ✓ terapia del dolore.

Sono inoltre presenti nel "PTV" le funzioni di CTZ (Centro Trauma di Zona) per la rete:

- ✓ trauma grave;
- ✓ malattie infettive.

Il PTV riveste, inoltre, un ruolo di primo piano a livello regionale per il trapianto di organi e tessuti. Nell'area medica una importante area di eccellenza è rappresentata dalla UOC di Ematologia che effettua trapianti di cellule staminali e trapianti di midollo osseo. All'interno della rete Rome Transplant Network (RTN) il PTV si colloca quale struttura di riferimento per il trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche da donatore familiare e/o non correlato.

Dal 1 Gennaio 2022 il Centro delle Malattie Reumatologiche Rare è entrato nelle Reti Europee ERN (European Reference Networks for rare diseases) nello specifico ERN ReCONNET, e con Determina n G02070 Regione Lazio il Policlinico Tor Vergata è inserito come Centro di Riferimento Malattie Rare. L'istituzione del Network presso il Policlinico Tor Vergata ha lo scopo di migliorare la presa in carico del paziente e per dare le risposte ai bisogni di salute del paziente.

Il Network unisce i professionisti del PTV, che si occupano di malattie rare, in una rete di informazioni e condivisioni necessarie a facilitare la diagnosi, terapia e l'assistenza.

In questo modo il paziente anche se arriva ad un Centro di malattia rara inappropriato viene correttamente indirizzato dal collega che incontra il paziente per la prima volta.

L'accesso facilitato avviene attraverso spazi "visita" dedicati ai professionisti degli altri centri per malattia rara del PTV.

Sono coinvolti i seguenti Centri di malattie rare del Policlinico Tor Vergata: Centro delle Dislipidemie Rare, Centro Fibrosi Polmonare e Malattie dell'Apparato Respiratorio Rare; Centro Malattie del Metabolismo Rare; Centro Malattie del Sangue e Tessuti Emopoietici rare; Centro Epatologiche rare; Centro Malattie Neurologiche, Neuromuscolari e Distrofie Miotoniche rare; Centro Malattie rare Altre Sindromi e Malformazioni Congenite Complesse; Centro Malattie rare Gastroenterologiche; Centro Reumatologiche ed Immunologiche rare; Centro Ortopedico Pediatrica.

***PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA***

Pagina 4 di 67

Altre aree di attività possono essere coinvolte come il Pronto Soccorso, la Diagnostica per immagini nello specifico la radiologia interventistica e tutti i reparti che possono incontrare un malato raro durante l'assistenza.

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 5 di 67

Di seguito i dati relativi alle attività del PTV riferite all'anno 2024 (Dati aggiornati al 10/02/2025).

Tabella n° 1

DATI MEDI SU POSTI LETTO IN USO NEL POLICLINICO TOR VERGATA<sup>1[1]</sup> 2024

<b>POSTI LETTO ORDINARI</b>	AREA CRITICA	37
	AREA CHIRURGICA	177
	AREA MEDICA	314
<b>TOTALE POSTI LETTO ORDINARI</b>		<b>528</b>
<b>POSTI LETTO DIURNI</b>		<b>55</b>
<b>TOTALE POSTI LETTO</b>		<b>583</b>

<sup>1[1]</sup> Dati forniti dalla Direzione Sanitaria (i dati sono aggiornati al 10/02/2025)

Tabella n° 2

DATI STRUTTURALI POLICLINICO TOR VERGATA<sup>1[2]</sup>

<b>BLOCCHI OPERATORI</b>		2
<b>SALE ANGIOGRAFICHE/EMODINAMICA</b>		4
<b>ELETTROFISIOLOGIA</b>		1
<b>CENTRO TRAPIANTI</b>		1
<b>HUB</b>	TERAPIA DEL DOLORE	1
	CARDIOCHIRURGIA	1
	CARDIOLOGIA	1
	MALATTIE RARE	9
	NEUROCHIRURGIA	1
	CENTRO TRASFUSIONALE	1
	RETE ICTUS	1
<b>TERAPIE INTENSIVE</b>		3
<b>UTIC</b>		1
<b>UTN</b>		1

<sup>1[2]</sup> Dati forniti dalla Direzione Sanitaria (i dati sono aggiornati al 10/02/2025)

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 6 di 67

Tabella n° 3

**VOLUMI DI ATTIVITA' POLICLINICO TOR VERGATA\* 2024**

<b>DATI</b>	<b>N°</b>
RICOVERI ORDINARI	17.415
RICOVERI DIURNI	9.174
BRANCHE SPECIALISTICHE	36
ACCESSI P.S. (generale)	43.762
ACCESSI P.S. (odontoiatrico)	2.209
PARTI	0
<b>MACROAREE</b>	<b>N° PRESTAZIONI</b>
AREA LABORATORIO ANALISI	1.636.639
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	231.521
AREA POLIAMBULATORIALE	531.976
<b>TOTALE PRESTAZIONI</b>	<b>2.210.593</b>

\*\*Nella voce "Diagnostica per immagini" sono state inserite tutte le prestazioni comprese quelle di Medicina Nucleare e Radioterapia. Le prestazioni ambulatoriali, di Laboratorio e di Diagnostica per immagini si riferiscono alle prestazioni erogate a pazienti esterni.

## **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 7 di 67

### **1.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO RISCHIO INFETTIVO**

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (di seguito ICA) sono infezioni che insorgono durante il ricovero in una struttura sanitaria, o, in alcuni casi, successivamente alla dimissione del paziente, e che non erano clinicamente manifeste né in incubazione al momento dell'ammissione nella struttura sanitaria. Sono pertanto infezioni riferibili, per tempo di incubazione, al ricovero.

Le ICA rappresentano un problema rilevante per tutte le strutture sanitarie, anche perché coinvolgono sia l'aspetto propriamente assistenziale, sia quello inerente la gestione economica dell'ospedale. Infatti, dai dati epidemiologici disponibili, risulta che in Italia il 5 – 8% dei pazienti ricoverati contrae una ICA e questa percentuale si traduce in circa 450.000 – 700.000 infezioni che corrispondono ad una stima di 4.500 – 7.500 decessi ogni anno.

Le ICA rappresentano una realtà con cui si devono necessariamente confrontare sia il personale sanitario con funzioni cliniche che le Direzioni Generali delle Aziende Ospedaliere, per l'impatto che tali patologie nosocomiali presentano sul paziente oltre che sugli operatori, e quindi non da ultimo sull'economia aziendale,

Un importante motivo di interesse nel controllo delle ICA è la loro parziale prevenibilità, in quanto seppure non è possibile pervenire alla completa eliminazione del fenomeno, è assolutamente possibile la riduzione della frequenza delle ICA.

Per ridurre le ICA è necessario non solo attivare strategie per la rimozione/riduzione dei fattori di rischio, ma anche organizzare in modo sistematico i flussi informativi e la reportistica inerente la diffusione delle ICA, gli isolamenti microbiologici, i consumi di antibiotici ed il rispetto delle Linee Guida e delle Procedure.

Gli effetti attesi da un rigoroso programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA sono positivi innanzitutto sotto il profilo etico e deontologico: una politica di riduzione delle ICA determina infatti un guadagno in salute dei cittadini e migliora la qualità e l'appropriatezza dei servizi erogati. Per quanto riguarda i benefici economici attesi da un efficace programma di controllo del fenomeno, essi sono essenzialmente legati a:

- ✓ riduzione del consumo di antibiotici;
- ✓ riduzione della durata della degenza;

## **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 8 di 67

- ✓ miglioramento della struttura in termini di immagine, e quindi, di mercato;
- ✓ riduzione del risarcimento del danno e/o del premio assicurativo.

Il PTV si è dotato di una Commissione Tecnica per le infezioni Ospedaliere – CIO, sin dal 2002 con Deliberazione DG n. 530.

Nel 2012, a seguito di modifica ed aggiornamento della struttura organizzativa, è stata emanata una successiva Deliberazione, DG n 334.

Nell'anno 2022, a seguito di rimodulazioni organizzative, si è reso necessario aggiornare e modificare la DG 872 del 22 novembre 2017, con l'emanazione della nuova delibera DG 1263 del 29/11/2022.

Nell'anno 2023, a seguito di rimodulazioni organizzative, si è reso necessario aggiornare e modificare la DG 1263 del 29/11/2022 con l'emanazione della nuova delibera DG 554 del 08/05/2023

L'attuale CC-ICA risulta costituito dal Presidente, Dirigente medico presso la Direzione Generale, Direttore UOC Direzione Medica, Direttore UOC Malattie Infettive, Direttore UOC Politiche del farmaco e dispositivi medici, Direttore UOC Direzione Infermieristica, Responsabile UOSD Medicina Legale, Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione, Responsabile della UOSD Risk Management, Responsabile della Unit appropriatezza prescrittiva interna analisi di microbiologia, Coordinatore attività cliniche Direzione Sanitaria.

Nella delibera è stata inoltre prevista la possibilità di affiancare al CC-ICA membri esperti sulle tematiche da affrontare con funzione di consulenza. Il CC-ICA è in Staff alla Direzione Sanitaria.

Inoltre, sempre nel 2023 con la delibera DG 544 del 05/05/2023 è stato istituito il G.O. CC-ICA come organo di supporto al CC-ICA; si riunisce con cadenza mensile per l'analisi delle tematiche di rischio infettivo e propone strategie di intervento in sede di CC-ICA e alla Direzione Sanitaria.

In recepimento della Determina della Regione Lazio n. G01424 del 10 febbraio 2014, che prevedeva la nuova denominazione della Commissione Tecnica per le infezioni Ospedaliere, in "Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA), il PTV si è dotato di una struttura organizzativa coerente con il dettato della norma regionale, DG n. 872 del 22 novembre 2017.

In recepimento della:

## **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 9 di 67

- ✓ Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025"
- ✓ Deliberazione della Regione Lazio del 21 dicembre 2021, n. 970 "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 (pubblicato sul BURL n.121 del 28/12/2021) in particolare PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza;
- ✓ Indicazione del Centro Regionale di Rischio Clinico della Regione Lazio, sulla compilazione del PARS 2023 adottato con Determinazione G00643 del 25 gennaio 2022;
- ✓ Determinazione Regione Lazio n° G02044 del 26/02/2021 "Adozione del Piano di intervento Regionale sull'Igiene delle mani";
- ✓ Determinazione Regione Lazio n° G16501 del 28/11/2022 "Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".

Per l'anno 2024, in riferimento alle attività indicate come mandatarie:

- ✓ monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica;
- ✓ gestione della sepsi
- ✓ misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (AMR, Antimicrobial Resistance)

Saranno avviati programmi di:

- ✓ Antimicrobica Stewardship
- ✓ monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico
- ✓ monitoraggio delle batteriemie da MDRO

i cui obiettivi sono:

- ✓ Migliorare le capacità di diagnosi
- ✓ Migliorare la capacità di cura
- ✓ Migliorare l'appropriatezza della terapia antibiotica
- ✓ Limitare la diffusione di resistenze
- ✓ Limitare gli eventi avversi legati a farmaci

## **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 10 di 67

### **MISURE DI CONTRASTO ALLA RESISTENZA AGLI ANTIMICROBICI (AMR ANTIMICROBIAL RESISTANCE)**

Le infezioni da germi resistenti agli antibiotici (Multi drug resistant=MDR) sono i quadri clinici di origine infettiva che compaiono più spesso nel paziente ospedalizzato. Più della metà delle delle infezioni da germi MDR sono prevenibili con programmi di prevenzione e controllo della trasmissione di infezioni, che prevedono tuttavia la messa in atto di interventi articolati che coinvolgono diverse realtà all'interno degli ospedali: gruppi di infection control, sanificazione ambientale, stewardship antibiotica, epidemiologia microbiologica, monitoraggio dei consumi farmaceutici. L'insieme di questi interventi si è dimostrato efficace nel controllare l'incidenza e la mortalità delle infezioni da MDR, tuttavia, il corretto approccio prevede un lavoro di gruppo coordinato dei diversi attori all'interno dell'ospedale

Dal 2019 a oggi presso il Policlinico di Tor Vergata è in corso la realizzazione e l'utilizzo di una **piattaforma digitale DARM (Digital Antimicrobial Risk management)**, realizzata con il supporto della NOMOS srl, che è nata dalla necessità di creare un sistema informatico di supporto a Direzione Sanitaria, il Risk Manager e C-CICA finalizzato a mettere in connessione la microbiologia, la farmacia, il sistema di gestione e l'igiene ospedaliera. La finalità della piattaforma è stata quella del monitoraggio dei parametri di *Infection Prevention and Control* (IPC), della colonizzazione da germi multiresistenti (MDR), del consumo di gel idroalcolico e degli antibiotici.

La raccolta dei dati microbiologici, dei consumi del gel idroalcolico (farmacia) e l'andamento di aderenza al lavaggio delle mani viene effettuata sulla piattaforma su tutto l'ospedale, mentre in selezionati reparti considerati a maggior rischio (come Terapie Intensive (TI), l'ematologia e il reparto trapianti ematologici, il reparto trapianti organo solido e la cardiocirurgia) vengono raccolti anche i dati dei tamponi rettali di colonizzazione e delle infezioni ospedaliere (infezioni correlate all'assistenza=ICA).

La pandemia COVID-19 ha rallentato il processo di completamento della piattaforma informatica negli anni 2020-2021, tuttavia già nel 2022 è stato avviato un piano di implementazione per la formazione del personale sugli aspetti inerenti le infezioni ospedaliere e l'antibiotico resistenza e per l'addestramento all'uso della piattaforma, in particolare sono stati valutati i seguenti aspetti:

1) Assessment preliminare sui singoli processi con i relativi responsabili

## **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 11 di 67

- 2) Selezione, valutazione e approvazione degli indicatori da inserire in Dashboard per ogni processo
- 3) Digitalizzazione, con eventuali integrazioni e adeguamenti, degli strumenti già utilizzati
- 4) Installazione di nuovi moduli
- 5) Formazione del personale coinvolto in merito al corretto approccio ai processi di prevenzione e controllo delle infezioni e dell'antibiotico resistenza
- 6) Verifica di efficacia della formazione attraverso l'analisi dei risultati dei monitoraggi dei processi
- 7) Alimentazione degli indicatori in dashboard e di correlazione, nonché del monitoraggio epidemiologico e sull'antibiotico-resistenza.

Dal 2022, data dell'attivazione della piattaforma, l'aderenza all'igiene delle mani è risultata sempre carente. È passata dal 63% nel 2022 (54% medici, 68% infermieri) al 55% nel 2023 (37% medici, 58% infermieri), con un lieve aumento al 60% nel 2024 (43% medici, 73% infermieri) (Figura.1). L'aderenza ai cinque momenti OMS è risultata maggiore nei momenti "post" (dopo contatto con liquidi corporei 77,3%, dopo contatto con il paziente 73,2%, dopo contatto con l'ambiente 68,9%) rispetto ai momenti "pre" (prima di procedura asettica 56%, prima del contatto con il paziente 36,7%)(Figura 1). Il consumo di gel idroalcolico è calato da 28,5 litri/1000 giornate di degenza nel 2022 a 14,3 nel 2023, risalendo a 18,2 litri nel 2024. (Figura 2)

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

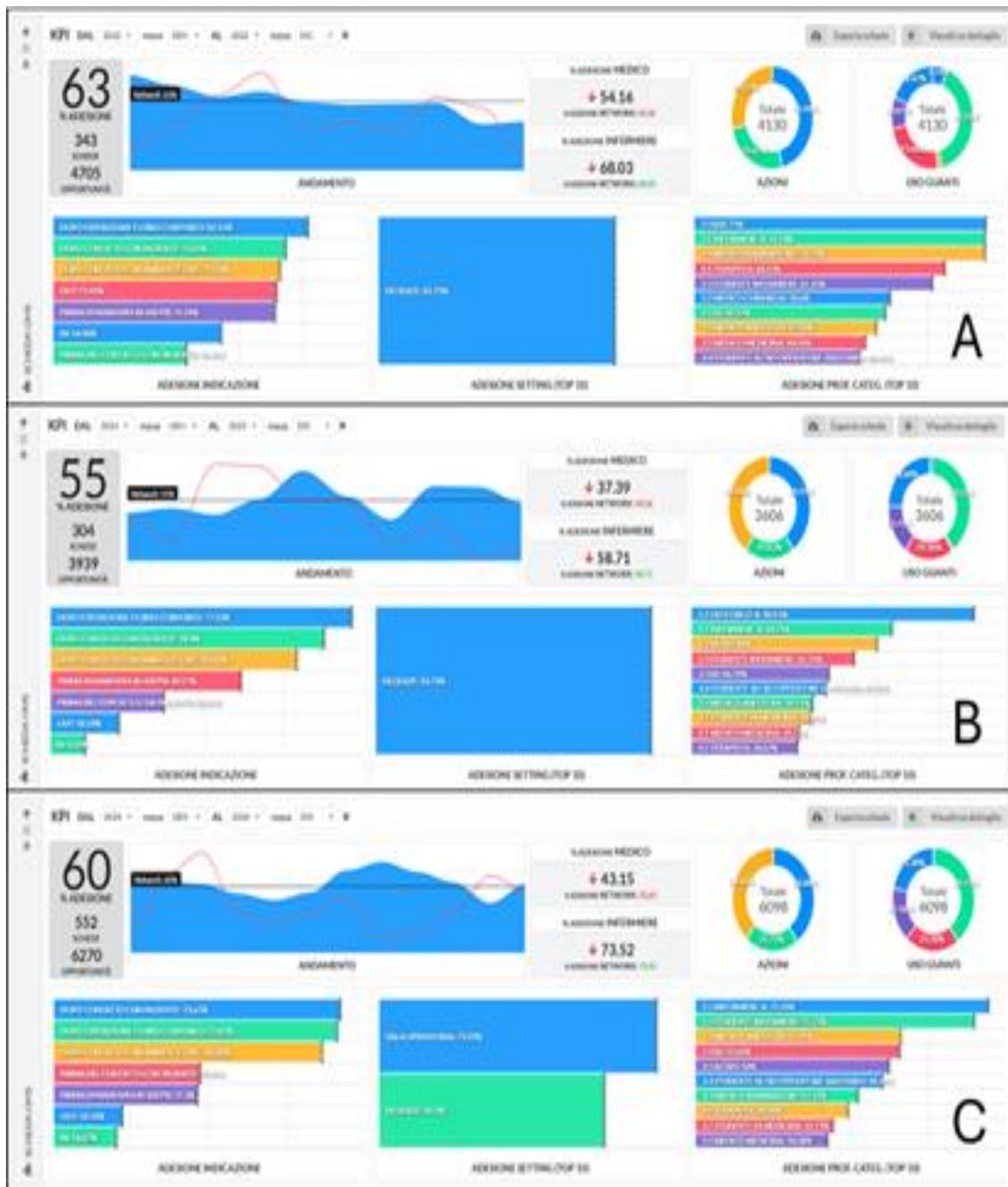


Fig. 1 Aderenza all'igiene delle mani del personale sanitario PTV 2022 (A), 2023 (B), 2024 (C).

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

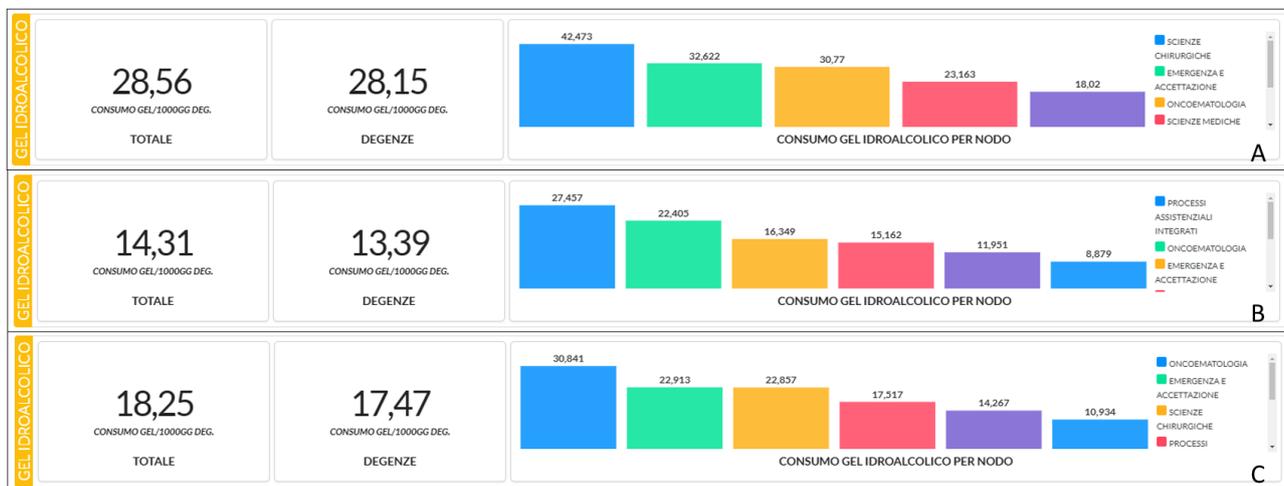


Fig.2 Consumo del gel idroalcolico nel PTV nel 2022 (A), 2023 (B), 2024 (C).

Nel 2023, è stato implementato un sistema di alert tra igiene ospedaliera e laboratorio di microbiologia, che segnala entro 24 ore i casi positivi per germi MDR, attivando la verifica tempestiva delle pratiche di isolamento e, nel caso di più segnalazioni nello stesso reparto, indagini epidemiologiche e osservazioni mirate all'igiene delle mani.

Dallo studio dei reparti a rischio, l'andamento della colonizzazione da germi MDR, ha mostrato che i pazienti che acquisiscono germi MDR si sono ridotti dal 10,7% nel 2022 al 7,29% nel 2024 (Figura 3).

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

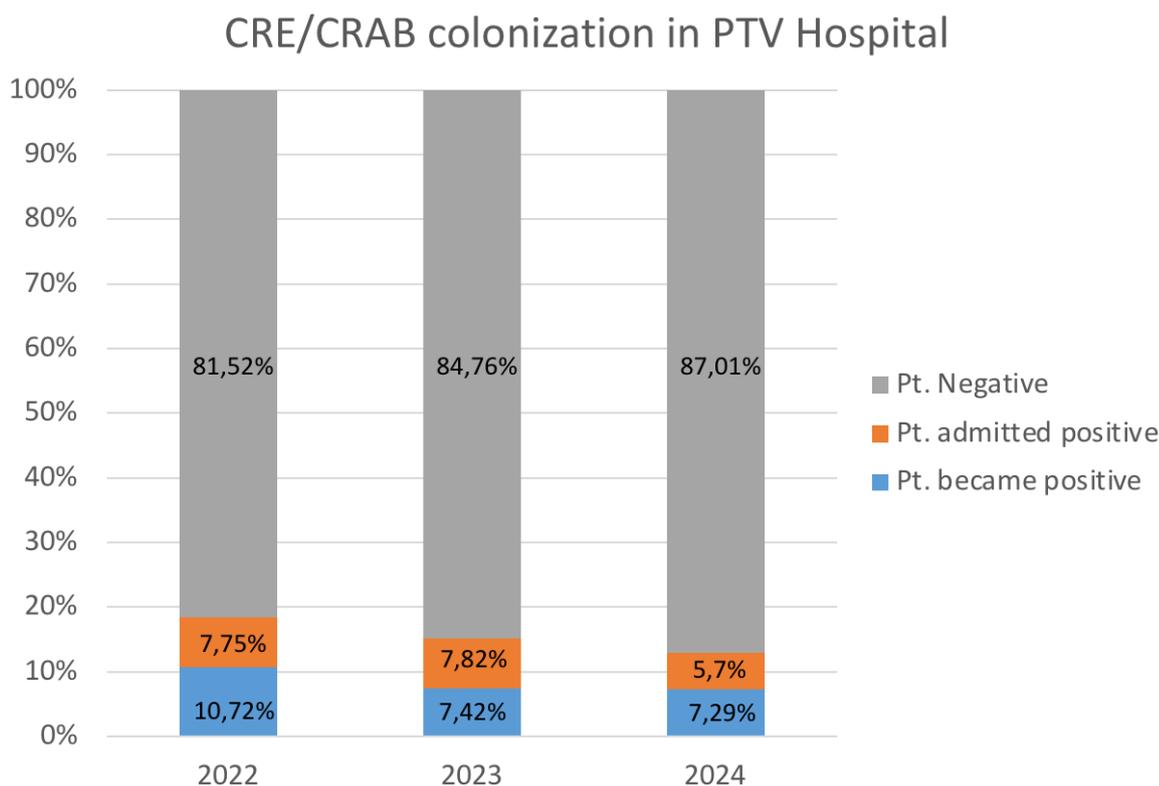


Fig. 3 Andamento dei pazienti che acquisiscono colonizzazione da germi MDR nel periodo 2022 – 2024.

La prevalenza di *Acinetobacter baumannii* nelle TI è diminuita dal 4,6% nel 2022 all'0,9% nel 2024, mentre quella dei CRE è scesa dall'11,6% al 10,9% (figura 4). Tra i fenotipi di resistenza, risulta prevalente KPC (76,2% nel 2022 e 69,5% nel 2024), si riduce VIM (dal 16,7% al 8,9%) mentre aumentano NDM (dal 3,2% all'11,7%) e fenotipi con multipli meccanismi di resistenza (dall'1,2% al 7,4%)(Figura 5). Tra gli enterobatteri resistenti ai carbapenemi la specie più frequentemente isolata a livello rettale è la *Klebsiella pneumoniae* e il meccanismo resistente prevalente è KPC. Tuttavia negli ultimi anni si è visto un aumento di prevalenza anche di altri meccanismi di resistenza quali le metallo beta-lattamasi, in particolare VIM e NDM.

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**



Fig. 4 Andamento dei tamponi rettali di screening positivi per Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi e Acinetobacter Baumannii MDR

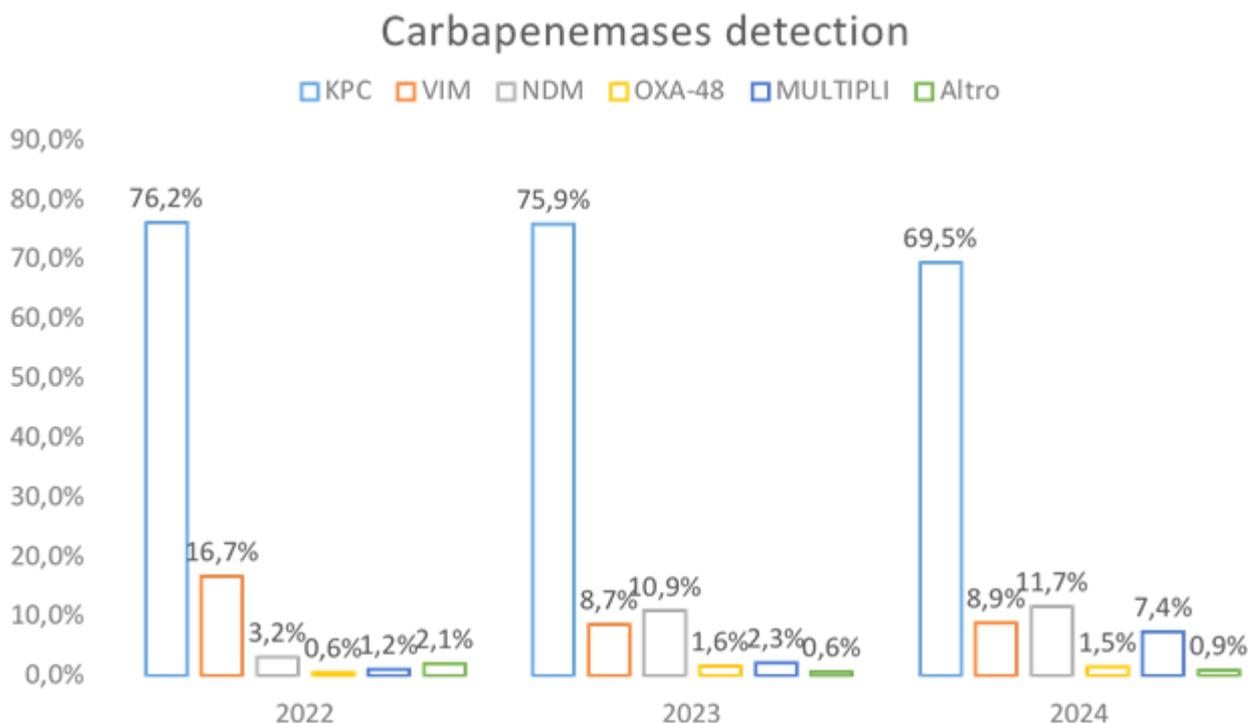


Fig.5 Andamento di prevalenza delle Carbapenemasi tra gli Enterobatteri Carbapeneme resistenti nel periodo 2022 – 2024

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

**Stewardship antibiotica**

Dal 2024 abbiamo iniziato al Policlinico Tor Vergata un'attività di antibiotic stewardship finalizzata alla gestione consapevole e responsabile della terapia antimicrobica, attraverso un approccio strategico e multidisciplinare che mirava a:

- promuovere l'uso appropriato degli antibiotici
- contrastare il fenomeno dilagante dell'AMR

A tal fine abbiamo individuato un consulente infettivologo fisso inizialmente per le terapie Intensive e l'area delle chirurgie con l'obiettivo di coprire progressivamente nell'arco di mesi tutte le aree cliniche del Policlinico Tor Vergata.

Uno degli interventi fatti è stato quello di valutare l'uso degli antibiotici secondo la classificazione AWaRe del WHO, sotto riportata (fig.6)

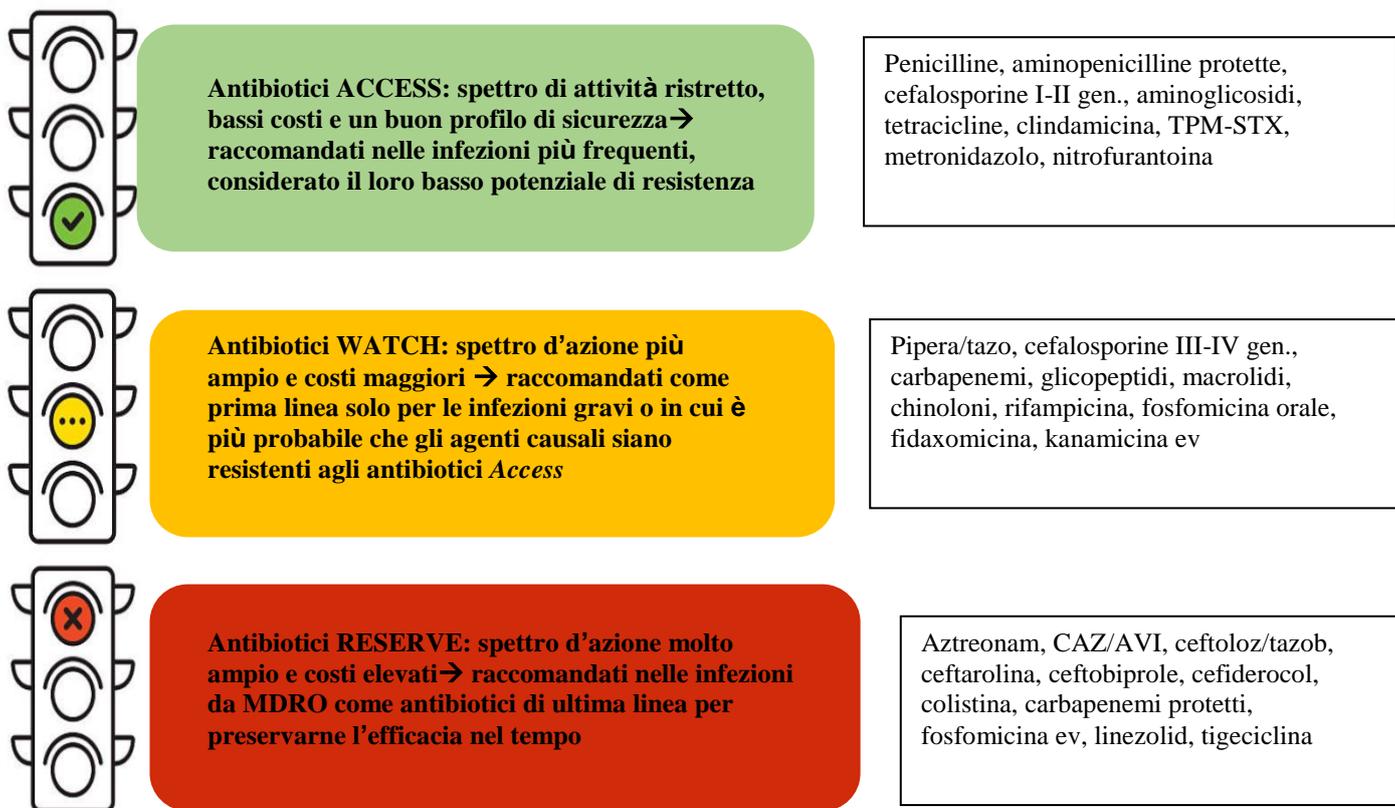


Fig. 6 Uso degli antibiotici secondo la classificazione AWaRe del WHO.

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 17 di 67

Con l'ottica di orientare i trattamenti cercando di risparmiare, quando possibile e opportuno) le molecole a più alto impatto sull'emergenza di AMR (ad es. watch e reserve), oltre che controllare appropriatezza e durata della terapia.

L'attività di stewardship è attualmente in corso, ma alcuni risultati preliminare delle Terapie Intensive sembrano dimostrare una riduzione nell'uso delle molecole reserve nella TI DEA, delle e TIPO, e una riduzione delle DDD/100 beds days e delle molecole reserve nella TIPO, e delle DDD/100 beds days nella TI di Cardiochirurgia (TICCH) (fig.7)

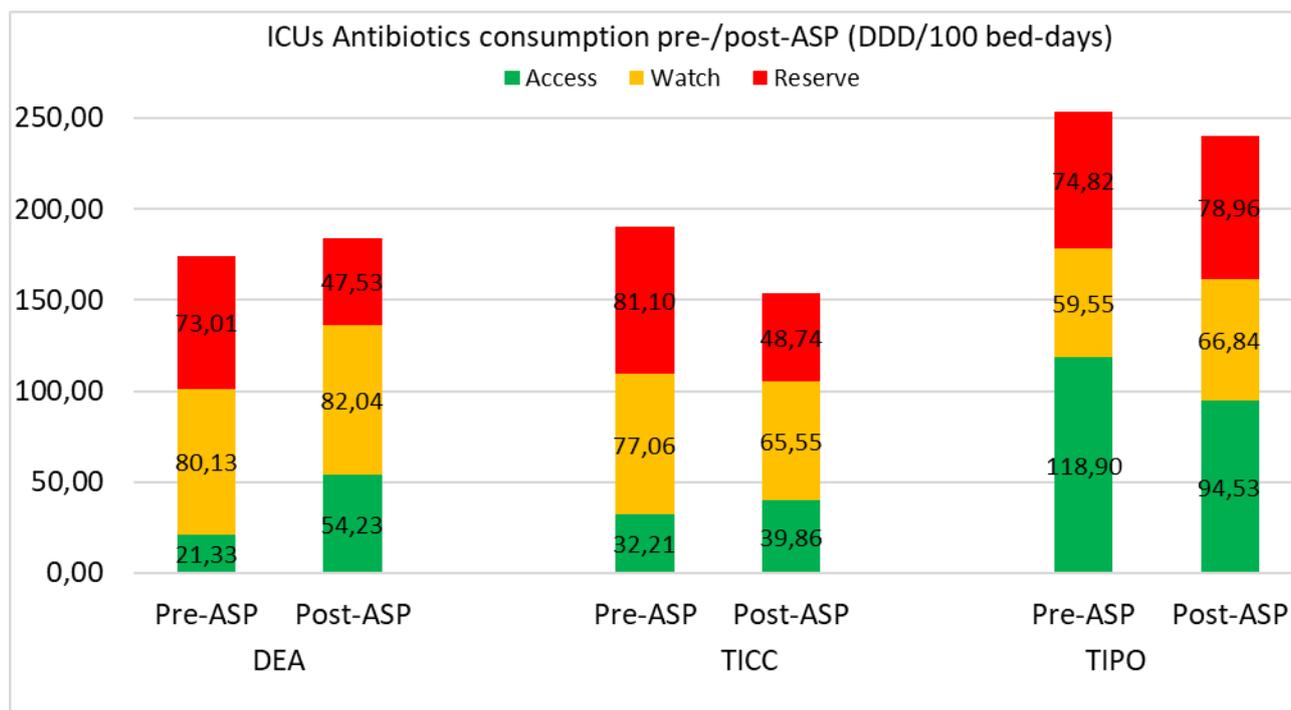


Fig. 7 Andamento consumo antibiotico in DDD/100 giornate di degenza Pre e Post intervento di Stewardship nelle tre terapie intensive del PTV.



## **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 19 di 67

### **2.0 RELAZIONE CONSUNTIVA EVENTI AVVERSI E RISARCIMENTI EROGATI**

Il *Risk Management* del PTV ha provveduto ad implementare misure per la prevenzione, gestione e monitoraggio del rischio in sanità. Dispone di un sistema di *Incident Reporting* aziendale al quale pervengono le segnalazioni, anche in forma anonima, degli operatori sanitari; nel corso del 2024 sono pervenute alla UOSD Risk Management 163 segnalazioni attraverso il canale di Incident Reporting.

Ai sensi dell'art 2, Comma 5 della legge 24/2017, sono di seguito elaborati i dati Rating ASL / SIMES inerenti gli eventi segnalati nell'anno 2024 (Tabella n° 4).

Nella tabella sono riportati i *near miss*, ovvero “*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*”, gli *eventi avversi* ovvero “*evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile*” e gli *eventi sentinella* ovvero “*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 [...]*”<sup>1</sup>.

Il totale degli eventi inseriti nel sistema SIREs per l'anno 2024 sono 334, secondo classificazione della scheda rating ASL (Near Miss, lieve, moderato, severo, morte). Le segnalazioni inserite sono state accorpate seguendo la classificazione di cui nel dettaglio:

- ✓ Near Miss (quasi eventi) n° 32 su 334
- ✓ Evento avverso (evento lieve / moderato) n° 301 su 334
- ✓ Evento Sentinella (evento severo/morte) n°1 su 334

I principali fattori e cause contribuenti fanno riferimento agli eventi sottoposti ad analisi secondo la “*Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella*” *Determinazione n°G12355 del 25 ottobre 2016*.

<sup>1</sup> Definizioni a cura del Glossario Ministero della Salute consultabile sul sito <http://www.gov.it>

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 20 di 67

Tabella n° 4

EVENTI SEGNALATI NEL 2024 (AI SENSI DELL'ART. 2, COMMA 5 DELLA L. 24/2017)

Tipo di evento	numero	Principali fattori causali / contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del Dato
Near Miss	32	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure (25%) Comunicazione (70%) Non Applicabile per dinamica non chiara (5%)	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure (10%) Comunicazione (90%)	Audit organizzativi (90%) Riunioni (10%)
Evento Avverso	301			
Evento sentinella	1			
<b>Totale</b>	<b>334</b>			

Per quanto riguarda l'evento caduta accidentale della persona assistita in ospedale, esso risulta l'evento avverso con la più alta frequenza di accadimento e di segnalazione. Si riporta nel dettaglio la frequenza delle segnalazioni inserite nel SIRES per l'anno 2024 e la relativa classificazione come riportato sul portale regionale (tabella n°5, A e B).

Tabella n° 5.

**A) DETTAGLIO DELL'EVENTO CADUTA ACCIDENTALE 2024**

Evento	Gravità	Frequenza
Cadute	Morte	0
	Severo	0
	Moderato	79
	Lieve	200
	Nessuno	21
	<b>Totale</b>	<b>300</b>

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 21 di 67

B) DETTAGLIO DELL'EVENTO ATTI DI VIOLENZA 2024

Evento	Gravità	Frequenza
Atti di violenza a danno di operatore	Morte	0
	Severo	1
	Moderato	10
	Lieve	11
	Nessuno	11
	<b>Totale</b>	<b>33</b>

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 22 di 67

Tabella n°6

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

anno	ssxx liquidati	importo liquidato	ssxx aperti
2020	<b>17</b> 1 sx anno 2007 1 sx anno 2010 1 sx anno 2011 2 ssxx anno 2013 3 ssxx anno 2014 4 ssxx anno 2015 3 ssxx anno 2016 2 sxx anno 2017	€ 2.402.042,15 (di cui € 1.538.845,47 a carico del PTV)	48
2021	<b>27</b> 1 sx anno 2006 1 sx anno 2007 2 ssxx anno 2010 2 ssxx anno 2011 1 sx anno 2012 3 ssxx anno 2013 2 ssxx anno 2014 1 sx anno 2015 4 ssxx anno 2016 3 ssxx anno 2017 5 ssxx anno 2018 1 sx anno 2019 1 sx anno 2020	€ 2.262.882,94 (di cui € 1.828.923,12 a carico del PTV)	45
2022	<b>18</b> 1 sx anno 2010 3 ssxx anno 2013 2 ssxx anno 2014 1 sx anno 2015 3 ssxx anno 2016 4 ssxx anno 2017 2 ssxx anno 2018 1 sx anno 2019 1 sx anno 2021	€ 4.389.983,20 (di cui € 1.816.837,14 a carico del PTV)	35

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 23 di 67

2023	<b>12</b> 1 sx anno 2005 1 sx anno 2011 1 sx anno 2012 1 sx anno 2015 1 sx anno 2016 4 sx anno 2017 1 sx anno 2020	€ 3.755.387,08 (di cui € 1.535.387,08 a carico del PTV)	47
2024	<b>21</b> 1 sx anno 2006 1 sx anno 2010 1 sx anno 2012 1 sx anno 2013 2 ssxx anno 2015 2 ssxx anno 2016 3 ssxx anno 2017 2 ssxx anno 2018 3 ssxx anno 2019 3 ssxx anno 2021 1 sx anno 2022 1 sx anno 2023	€ 3.335.111,79 (di cui € 1.405.383,79 a carico del PTV)	36

Nella Tabella n° 6 vengono riportati solo i risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.).

Si precisa che PTV ha avuto in essere, nel corso degli anni, le seguenti coperture assicurative per il rischio RCT professionale che prevedevano le sotto indicate franchigie/SIR, come indicato anche nella successiva tabella 7:

- ✓ 01/05/2016 - 31/10/2018 "SHAM – Societe Hospitaliere D'Assurances Mutuelles" con S.I.R. di € 220.000,00;
- ✓ 01/11/2018 – 31/10/2020 e successiva proroga semestrale (nelle more gara) sino al 30/04/2021 "SHAM – Societe Hospitaliere D'Assurances Mutuelles" con S.I.R. di € 170.000,00;
- ✓ 01/05/2021 – 30/04/2023 SHAM – Societe Hospitaliere D'Assurances Mutuelles, ora RELYENS con S.I.R. di € 160.000,00;
- ✓ 01/05/2023 -30/04/2024 – esercitata opzione di rinnovo per ulteriori 12 mesi - RELYENS con S.I.R. di € 160.000,00;

***PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA***

Pagina 24 di 67

- ✓ 01/05/2024 – 30/10/2024 – proroga semestrale ai sensi della vigente polizza RCT/O - S.I.R. di € 160.000,00;
- ✓ 01/11/2024 – 29/04/2025 proroga di 180 gg nelle more indizione nuova gara per RCT/O-S.I.R. di € 160.000,00;

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 25 di 67

**3.0 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA <sup>2</sup>**

Tabella n°7

**DESCRIZIONE DEI DATI IN RIFERIMENTO ALLA POSIZIONE ASSICURATIVA**

ANNO	POLIZZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO ANNUO	SIR	BROKERAGGIO
2016 (da 1.05.2016)	RCT/O	SHAM	€ 3.005.333,33	€ 220.000,00	No broker
2017	RCT/O	SHAM	€ 4.508.000,00	€ 220.000,00	No broker
2018 (fino al 31.10.2018)	RCT/O	SHAM	€ 3.604.753,24	€ 220.000,00	No broker
2018	RCT/O	SHAM	€ 749.188,75	€ 170.000,00	No broker
2019	RCT/O	SHAM	€ 4.495.132,50	€ 170.000,00	No broker
2020	RCT/O	SHAM	€ 4.495.132,50	€ 170.000,00	No broker
2021 da 01.05.21 a 30.04.2023 + opzione di rinnovo al 30.04.2024	RCT/O	RELYENS	€ 4.486.575,00	€ 160.000,00	No broker
01/05/2024- 30/10/2024	RCT/O	RELYENS	€ 2.243.287,50	€ 160.000,00	No broker
01/11/2024- 29/04/2025	RCT/O	RELYENS	€ 2.212.557,53	€ 160.000,00	No broker

<sup>2</sup> Dati forniti dagli Affari Generali (dati aggiornati al 31/12/2024)

---

## **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 26 di 67

### **4.0 RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE (2024)**

Nel corso del 2021 il Centro Regionale di Rischio Clinico (CRRC) ha emanato la Determinazione del 25 gennaio 2022, n. G00643 con l'adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)". Tale documento, confermato anche per il 2024, con nota REGIONE LAZIO REGISTRO UFFICIALE.U.0091714.22-01-2024, indirizza le strutture sanitarie all'elaborazione del PARS, seguendo le indicazioni degli allegati accessibili sul Cloud (allegato A).

Ai sensi del documento di indirizzo, di seguito viene riportato il resoconto delle attività del PARS riferite all'anno 2024 (tabelle n° 8 e 9). All'interno del resoconto del PARS saranno visionabili e attività del Risk management che hanno previsto:

- ✓ L'implementazione dei documenti regionali adottati in materia di gestione del rischio clinico
- ✓ Le attività svolte nell'anno 2024 secondo gli obiettivi strategici indicati sul modello PARS

Il resoconto delle attività previste per l'anno 2024 è indicato nella successiva tabella n° 8.

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 27 di 67

5.0 RESOCONTO DELLE ATTIVITA' PARS anno 2024

Tabella n°8

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività 1):	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione corso sulla "Il Rischio clinico e Raccomandazioni Ministeriali"	IN PARTE	<p>Indicatore: Esecuzione in modalità FAD entro il 31/12/2024.</p> <p>Nel 2024 sono stati erogati n° 4 corsi ECM nelle date del 14/11/2024, 21/11/2024, 29/11/2024, 12/12/2024, in modalità residenziale/in presenza.</p> <p>La programmazione del corso in modalità Fad è in via di realizzazione per il 2025 come extra piano formativo.</p> <p>Corsi pubblicati su intranet aziendale</p>
Attività 2):	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione corso sulle Procedure Aziendali sui Documenti di Indirizzo Regionali	IN PARTE	<p>Indicatore: : Esecuzione in modalità FAD entro il 31/12/2024</p> <p>Nel 2024 è stato erogato n. 1 corso ECM nella data del 18/12/2024 in modalità residenziale/in presenza intitolato: <i>Rischio Clinico e Medicina Legale: approccio condiviso</i>, in cui sono stati affrontate le procedure aziendali e le Raccomandazioni Ministeriali.</p> <p>La programmazione del corso in modalità Fad è in via di realizzazione per il 2025 come extra piano</p>

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 28 di 67

		formativo. Corso pubblicato su Intranet aziendale
Attività 3):	Realizzata	Stato di attuazione
Mantenimento della Certificazione Aziendale UNI EN ISO 9001:2015	SI	Indicatore: esito positivo verifica mantenimento da effettuare entro 31/12/2024. Giugno 2024 esito positivo di verifica di mantenimento del certificato UNI EN ISO 9001:2015 con ente terzo Bureau Veritas

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 29 di 67

<p>OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI/AVVERSI</p>		
Attività 1):	Realizzata	Stato di attuazione
<p>Analisi dei rischi applicata al percorso del Blocco Operatorio ed al Pronto Soccorso con applicazione di metodologia proattiva e successivi monitoraggi.</p>		<p>Indicatore: Analisi dei rischi applicata al percorso del Blocco Operatorio ed al Pronto Soccorso con applicazione di metodologia proattiva e successivi monitoraggi. Realizzata la prima fase di progetto Cartorisk di Relyens.</p>

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 30 di 67

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		
Attività 1):	Realizzato	Stato di attuazione
Coinvolgimento negli AUDIT Servizio Prevenzione Protezione (SPP) e condivisione delle attività in materia di stress lavoro/correlato ad aggressioni a danno di operatore		<p>Indicatore: Numero di audit di Risk management in cui è presente la componente del SPP/numero di audit in cui è convocato il SPP entro il 31/12/2024</p> <p>Standard: maggiore del 10% di audit con coinvolgimento dell'SPP rispetto al totale degli audit.</p> <p>Raggiunto l'indicatore richiesto: eseguiti nel 2024 n°15 audit, con partecipazione SPP a n° 5 audit</p>
Attività 2	Realizzato	Stato di attuazione
Condivisione delle criticità rilevate e delle azioni di miglioramento degli audit organizzativi di RM in sede di Comitato Valutazione Sinistri.		<p>Indicatore: presenza di verbali CVS/RM riportanti l'attività di condivisione a cadenza semestrale.</p>

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 31 di 67

6.0 *RESOCONTO DELLE ATTIVITA' RISCHIO INFETTIVO 2024 e del Piano locale igiene delle mani*

Nel corso del 2024 il CC-ICA ha proseguito con le attività a supporto della struttura per il contenimento della diffusione delle ICA, compreso il SARS-CoV – 2. Il resoconto delle attività previste per l'anno 2024 è indicato nella successiva tabella 8. Inoltre, nella tabella è presente il resoconto delle attività del “piano locale sull'igiene delle mani” piano di implementazione su indicazione della Determinazione Regione Lazio n° G02044 del 26/02/2021 “Adozione del Piano di intervento Regionale sull'Igiene delle mani”;

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività 1.	Realizzata	Stato di attuazione
Adesione del personale sanitario all'uso della scheda informatizzata di appropriatezza prescrittiva per la richiesta di antibioticoterapia	SI	Report annuale a cura della Farmacia Clinica
Attività 2.	Realizzata	Stato di attuazione
Corso di formazione “Attuazione delle precauzioni di isolamento nei diversi contesti assistenziali”	SI	Realizzate 4 edizioni con la condivisione dei contenuti Metodologia formativa: Formazione residenziale Partecipanti 94 professioni sanitarie e 75 studenti
Attività 3	Realizzata	Stato attuazione
Corso di formazione “Attuazione delle precauzioni di isolamento nei diversi contesti assistenziali	SI	Realizzate 4 edizioni Metodologia formativa: Formazione residenziale Partecipanti 94 infermieri.
Attività 4	Realizzata	Stato attuazione
Corso di formazione: sistemi di segnalazione della malattia infettiva trasmissibile: la notifica in collaborazione con SISP e SERESMI	NO	Evento annullato

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 32 di 67

Attività 5	Realizzata	Stato attuazione
Realizzazione di un corso sul Cateterismo vescicale per la prevenzione e gestione delle Infezioni del Tratto Urinario e catetere Correlate (UTI e CAUTI) dal titolo: Cateterismo Vescicale tra mito e scienza: corso teorico-pratico	SI	Realizzate 2 edizioni Metodologia formativa: Formazione sul campo Partecipanti 130 infermieri.
Attività 6	Realizzata	Stato attuazione
Realizzazione di un corso sulla gestione dei rifiuti ospedalieri	SI	Realizzate 2 edizioni Metodologia formativa: Formazione residenziale Partecipanti 130 professioni sanitarie
Attività 7	Realizzata	Stato di attuazione
Diffusione tramite <i>loop</i> video con informazioni sul corretto uso degli antibiotici, vaccini e igiene delle mani rivolto all'utenza	SI	Loop video diffuso in tutte le sale d'attesa

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 33 di 67

<p>OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI.</p>																										
Attività 1:	Realizzata	Stato di attuazione																								
Progettazione ed esecuzione del corso "La salute è nelle tue mani".	SI	<p>Nel corso del 2024 sono state effettuate n 4 edizioni accreditate ECM</p> <p>La formazione ha raggiunto 46 operatori</p> <p>Nel programma del corso "La salute è nelle tue mani" sono inseriti argomenti inerenti igiene delle mani, il piano locale sull'igiene delle mani, antibiotico resistenza e ICA</p>																								
Attività 2:	Realizzata	Stato di attuazione																								
Progettazione ed esecuzione del corso Blended sull'igiene delle mani rivolto a tutti gli operatori sanitari e non sanitari che abbiano già effettuato formazione residenziale nel biennio 2022 – 2023	Parzialmente realizzato	Piatta forma FAD non disponibile																								
Attività 3	Realizzata	Stato di attuazione																								
Monitoraggio adesione alla pratica dell'igiene delle mani.	SI	<p>È stato programmato e realizzato il cronoprogramma per il monitoraggio sull'aderenza alla pratica dell'igiene delle mani.</p> <p>Totale Osservazioni eseguite</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">DETTAGLIO OSSERVAZIONI</th> </tr> <tr> <th>AREA DEGENZA</th> <th>OPPORTUNITA'</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Medica</td> <td>1650</td> <td>52%</td> </tr> <tr> <td>Chirurgica</td> <td>2138</td> <td>58%</td> </tr> <tr> <td>Emergenza urgenza</td> <td>428</td> <td>64%</td> </tr> <tr> <td>Oncoematologia</td> <td>493</td> <td>76%</td> </tr> <tr> <td>Tutte le altre aree</td> <td>1261</td> <td>65%</td> </tr> <tr> <td>TOTALE</td> <td>62709</td> <td>63%</td> </tr> </tbody> </table>	DETTAGLIO OSSERVAZIONI			AREA DEGENZA	OPPORTUNITA'	%	Medica	1650	52%	Chirurgica	2138	58%	Emergenza urgenza	428	64%	Oncoematologia	493	76%	Tutte le altre aree	1261	65%	TOTALE	62709	63%
DETTAGLIO OSSERVAZIONI																										
AREA DEGENZA	OPPORTUNITA'	%																								
Medica	1650	52%																								
Chirurgica	2138	58%																								
Emergenza urgenza	428	64%																								
Oncoematologia	493	76%																								
Tutte le altre aree	1261	65%																								
TOTALE	62709	63%																								

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 34 di 67

<p>OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE);</p>		
Attività 1:	Realizzata	Stato di attuazione
Monitoraggio dell'aderenza alle precauzioni di isolamento MDRO all'interno dei <i>setting</i> clinico - assistenziali tramite le schede di sorveglianza	SI	Nel corso dell'anno 2024 sono state programmate 180, ne sono state realizzate 167, pari al 92.8% delle programmate.
Attività 2:	Realizzata	Stato di attuazione
Consolidamento del modello di sorveglianza attiva (Tampone rettale) delle colonizzazioni/infezioni da CPE	SI	Effettuata sorveglianza nelle UO ad elevata complessità assistenziale tramite piattaforma informatizzata. Elaborazione e trasmissione di report trimestrale dei TR-CRE e TP-AB suddivisi per UO
Attività 3:	Realizzata	Stato di attuazione
Raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE e di tutte le infezioni/colonizzazioni da CRE resistenti alla combinazione <i>Ceftazidime-Avibactam</i>	SI	Raccolta delle schede di segnalazione malattie infettive e diffuse con Data base. Invio della segnalazione al SERESMI e SISP.
Attività 4:	Realizzata	Stato di attuazione
Raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle infezioni sottoposte a notifica obbligatoria	SI	Raccolta delle schede di segnalazione malattie infettive e diffuse con Data base. Invio della segnalazione al SERESMI e SISP.
Attività 5:	Realizzata	Stato di attuazione
Monitoraggio del consumo degli antibiotici espresso in DDD/100 giorni degenza		Report annuale a cura della Farmacia Clinica DDD/100GG Degenza: 933

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 35 di 67

7.0 *MATRICE DELLE RESPONSABILITA'*

AZIONE	DIRETTORE SANITARIO/ PRESIDENTE CCICA	RISK MANAGEMENT	RESPONSABILE UO AFFARI LEGALI/GENER ALI	DIRETTORE GENERALE	DIRETTORE AMMINISTRATI VO	STRUTTURE DI SUPPORTO
Redazione PARS (eccetto: tabella 6 e 7 del punto 2; punti 3 e 9)	C	R	C	C	C	-
Redazione tabella 6 e 7 del punto 2; e il 3	C	C	R	I	C	-
Redazione punto 9	R	C	I	I	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto punto 9)	C	R	C	I	C	C
Monitoraggio punto 9	R	C	I	I	I	C

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

## **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 36 di 67

### **8.0 OBIETTIVI E ATTIVITA' RISK MANAGEMENT**

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, anche alla luce dell'approvazione della Legge n. 24/2017 e dell'esperienza maturata nel corso della pandemia da SARS-CoV-2, a distanza di oltre sei anni dall'emanazione delle prime linee guida per l'elaborazione del PARM, il Centro Regionale di Rischio Clinico ha ritenuto opportuno di unificare il contenuto di PARM e PAICA in un unico Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS).

Le attività previste dal PARS concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza delle cure, sostenibilità finanziaria e quindi il perseguimento degli obiettivi attribuiti dalla Regione Lazio al Direttore Generale.

### **8.1 OBIETTIVI**

Sono stati considerati gli obiettivi strategici e la strutturazione del documento per quanto riguarda i dati e le informazioni sulle attività, secondo il "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)" (adottato con determina n. G00643 del 25 gennaio 2022) del CRRC con relativo Allegato A.

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- a) Monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica;
- b) Gestione della sepsi;
- c) Misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (AMR, *Antimicrobial Resistance*)

Riguardo gli obiettivi per la gestione del rischio infettivo si definiscono le attività' per il 2024 su cui, secondo indicazione del Documento di indirizzo PARS 2024, il PTV focalizza l'impegno del 2024:

- Consumo di soluzione idroalcolica (SIA)
- Piano di azione locale sull'igiene delle mani

***PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA***

Pagina 37 di 67

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
  
- B. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativo, 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.

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 38 di 67

8.2 ATTIVITA'

<b>OBIETTIVO A. DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>		
<b>ATTIVITA' 1)</b> Progettazione ed esecuzione corso sulla <i>“Il Rischio clinico e Raccomandazioni Ministeriali”</i>		
INDICATORE: : Esecuzione in modalità <i>FAD/Residenziale</i> entro il 31/12/2025		
STANDARD: 1 FAD/6 RESIDENZIALI		
FONTE: Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Ufficio Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 39 di 67

<b>OBIETTIVO A DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>		
<b>ATTIVITA' 2)</b> Progettazione ed esecuzione corso sulle Procedure Aziendali sui Documenti di Indirizzo Regionali		
INDICATORE: : Esecuzione in modalità <i>FAD/residenziale</i> entro il 31/12/2025		
STANDARD: 1 FAD/6 RESIDENZIALI		
FONTE: Risk Management/DS		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager/DS	Ufficio Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 40 di 67

<b>OBIETTIVO A DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>		
<b>ATTIVITA' 3) Sopralluoghi per monitoraggio aderenza alle procedure</b>		
INDICATORE: : tre sopralluoghi blocco operatorio, tre sopralluoghi terapia intensiva, 10 sopralluoghi reparti di degenza, due sopralluoghi pronto soccorso		
STANDARD: Si 100%		
FONTE: Risk Management		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
Azione	Risk Manager/RSGQ	Aree monitorate
Progettazione	R	I
Esecuzione	R	I
Elaborazione verbali	R	I

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

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 41 di 67

<b>OBIETTIVO B.</b> MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI/AVVERSI		
ATTIVITA'1) Analisi dei rischi applicata al percorso del Blocco Operatorio e Endoscopia Digestiva con applicazione di metodologia proattiva e successivi monitoraggi.		
INDICATORE: Incontri con i gruppi di lavoro del Blocco Operatorio e della Endoscopia Digestiva entro il 31/12/2025		
STANDARD: minimo 2 per gruppo di lavoro		
FONTE: Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Endoscopia digestiva/Blocco Operatorio
Progettazione	R	C
Esecuzione	C	R
Monitoraggio	R	C

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

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 42 di 67

<b>OBIETTIVO C. FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.</b>		
<b>ATTIVITA' 1)</b> Partecipazione attiva al gruppo di lavoro (SPP, Risk Management, Medicina del Lavoro) per il contrasto all'aggressione a danno di operatore con definizione di piani di formazione ed attività strutturali/organizzative		
INDICATORE: Attività progettate dal gruppo di lavoro entro il 31/12/2025		
STANDARD: Realizzazione del 90% delle attività progettate		
FONTE: Risk management / SPP / Medicina del Lavoro		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
Azione	Risk Manager	SPP
Convocazione attività SPP	C	R
Partecipazione Risk Management	R	C
Definizione e condivisione azioni di miglioramento proposte dall'SPP	C	R

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

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 43 di 67

<b>OBIETTIVO C. FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.</b>		
<b>ATTIVITA' 2)</b> Condivisione delle criticità rilevate e delle azioni di miglioramento degli audit organizzativi di RM in sede di Comitato Valutazione Sinistri.		
INDICATORE: presenza di verbali CVS/RM riportanti l'attività di condivisione a cadenza semestrale.		
STANDARD: SI/NO 100%		
FONTE: Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	CVS
Report criticità	R	C
Condivisione report	R	C
Emissione verbali	C	R

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

## **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 44 di 67

### **9.0 OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO**

#### **9.1 OBIETTIVI**

Seguendo le Indicazioni del Centro Regionale di Rischio Clinico della Regione Lazio, sulla compilazione del PARS 2025 adottato con Determinazione G00643 del 25 gennaio 2022; i tre obiettivi definiti a livello regionale sono:

- 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 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- c.** Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di *Carbapenemasi* (CPE).

Saranno inoltre previste nel documento attività per:

- Prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica
- Gestione SEPSI
- Antimicrobial Stewardship

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 45 di 67

9.2 *ATTIVITA'*

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b>		
<b>ATTIVITA'1)</b> Adesione del personale sanitario all'uso della scheda informatizzata di appropriatezza prescrittiva informatizzata per la richiesta di antibiotico terapia		
INDICATORE: Report applicativo gestionale		
STANDARD: 80% delle richieste		
FONTE: CCICA		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
Azione	CC – ICA – Direzione Sanitaria – Farmacia Clinica	UO Malattie Infettive
Progettazione attività	R	C
Elaborazione report	R	C
Valutazione e feedback dei dati	C	R

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 46 di 67

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b>		
<b>ATTIVITA'2) Formazione degli operatori mirate al monitoraggio e prevenzione delle ICA – Corso di formazione “Gestione del rischio infettivo in Odontoiatria”</b>		
INDICATORE: Esecuzione di almeno un evento formativo entro il 31/12/2025		
STANDARD: Si		
FONTE: DS – CC-ICA		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
Azione	CC - ICA	Ufficio Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Erogazione del corso	R	I

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

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 47 di 67

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b>		
<b>ATTIVITA'3) Corso di formazione inerente l'attuazione delle precauzioni di isolamento nei diversi contesti assistenziali.</b>		
INDICATORE: Esecuzione di almeno un evento formativo entro il 31/12/2025		
STANDARD: Si		
FONTE: CCICA		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
Azione	CC – ICA  DS	Ufficio Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Erogazione del corso	R	I

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 48 di 67

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b>		
<b>ATTIVITA'4) Realizzazione di un corso sulla gestione dei rifiuti ospedalieri</b>		
INDICATORE: Erogazione di almeno un evento formativo entro il 31/12/2025		
STANDARD: Si		
FONTE: CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	CC -ICA DS	Ufficio Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Erogazione del corso	R	I

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 49 di 67

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b>		
<b>ATTIVITA'5) diffusione tramite loop video con informazioni sul corretto uso degli antibiotici, vaccini e igiene delle mani rivolto all'utenza.</b>		
INDICATORE: Erogazione di almeno un evento formativo entro il 31/12/202		
STANDARD: Si		
FONTE: CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	CC -ICA DS	Ufficio Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Erogazione del corso	R	I

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 50 di 67

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b>		
<b>ATTIVITA'6) Realizzazione cartellonistica prevenzione di focolai di influenza aviaria con indicazioni di sanità pubblica per cittadini/utenti ed operatori (Ministero della salute Registro Ufficiale della Regione Lazio E 0114174 del 29 gennaio 2025)</b>		
INDICATORE: Realizzazione cartellonistica entro il 31/12/2025		
STANDARD: Si		
FONTE: CCICA – Risk Management		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
Azione	CC -ICA  DS  Risk Management	Ufficio Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Erogazione del corso	R	I

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 51 di 67

<p>OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI;</p>		
<p><b>ATTIVITA'1)</b> Progettazione ed esecuzione del corso "La salute è nelle tue mani" rivolto ad operatori sanitari neoassunti e studenti.</p>		
<p><b>INDICATORE:</b> Esecuzione di almeno un evento formativo entro il 31/12/2025</p>		
<p><b>STANDARD:</b> SI</p>		
<p><b>FONTE:</b> CC-ICA</p>		
<p><b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b></p>		
Azione	CC-ICA	Ufficio Formazione
	DS	
Progettazione del corso	R	I
Accreditamento del corso	C	R
Erogazione del corso	R	C

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 52 di 67

<p><b>OBIETTIVO B)</b> IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI;</p>		
<p><b>ATTIVITA'2)</b> Monitoraggio adesione alla pratica dell'igiene delle mani - osservazioni</p>		
<p><b>INDICATORE:</b> 200 opportunità per articolazione organizzativa rilevante</p>		
<p><b>STANDARD:</b> SI</p>		
<p><b>FONTE:</b> CC-ICA</p>		
<p><b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b></p>		
Azione	CC-ICA	Direzione Sanitaria
Progettazione piano di monitoraggio	R	C
Conduzione delle osservazioni sul campo	R	C
Realizzazione report finale	C	R

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 53 di 67

<b>OBIETTIVO B)</b> IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI;				
<b>ATTIVITA' 3)</b> Monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani in litri/1000giornate di degenza ordinaria per UO				
<b>INDICATORE:</b> Elaborazione del report annuale				
<b>STANDARD:</b> SI				
<b>FONTE:</b> CC-ICA				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>				
Azione	CC-ICA	Direzione Sanitaria	Farmacia	UU.OO. coinvolte
Progettazione attività	R	C	C	C
Analisi dei dati	I	I	R	I
Elaborazione report	R	C	I	I
Valutazione e feedback del report	C	R	C	C

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 54 di 67

<p><b>OBIETTIVO B)</b> IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI;</p>		
<p><b>ATTIVITA' 4)</b> Monitoraggio delle competenze del gruppo degli osservatori</p>		
<p><b>INDICATORE:</b> Realizzazione di almeno 80% delle osservazione sul numero delle osservazioni programmate</p>		
<p><b>STANDARD:</b> SI</p>		
<p><b>FONTE:</b> CC-ICA</p>		
<p><b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b></p>		
Azione	CC-ICA	Direzione Sanitaria
Progettazione attività	C	R
Elaborazione report	R	C
Valutazione e feedback dei dati	C	R

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 55 di 67

<p><b>OBIETTIVO B)</b> IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI;</p>		
<p><b>ATTIVITA'5)</b> Reclutamento e formazione di nuovi osservatori</p>		
<p><b>INDICATORE:</b> Reclutamento e formazione entro il 31/12/2025</p>		
<p><b>STANDARD:</b> SI</p>		
<p><b>FONTE:</b> CC-ICA</p>		
<p><b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b></p>		
Azione	CC-ICA	Centro ECM
	DI	
Progettazione del corso	R	I
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	C

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 56 di 67

<p><b>OBIETTIVO B)</b> IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI;</p>		
<p><b>ATTIVITA'6)</b> Campagna informativa in occasione della giornata mondiale del lavaggio delle mani.</p>		
<p>INDICATORE: Realizzazione campagna</p>		
<p>STANDARD: Si</p>		
<p>FONTE: CCICA</p>		
<p>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</p>		
<p>Azione</p>	<p>CC - ICA  DS</p>	<p>Ufficio Accoglienza, tutela e partecipazione - URP</p>
<p>Progettazione della campagna</p>	<p>R</p>	<p>C</p>
<p>Realizzazione della campagna</p>	<p>C</p>	<p>R</p>

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 57 di 67

<p><b>OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE);</b></p>		
<p><b>ATTIVITA'1)</b> Monitoraggio dell'aderenza delle precauzioni di isolamento MDRO all'interno dei setting clinico/assistenziali tramite le Schede di sorveglianza</p>		
<p><b>INDICATORE:</b> Compilazione delle Schede di sorveglianza sull'aderenza alle precauzioni di isolamento</p>		
<p><b>STANDARD:</b> SI</p>		
<p><b>FONTE:</b> CC-ICA</p>		
<p><b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b></p>		
Azione	CC-ICA DS	UU.OO
Progettazione attività di monitoraggio	R	I
Analisi dei dati	R	I
Elaborazione report	R	I
Valutazione e feedback del report	R	I

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 58 di 67

<p><b>OBIETTIVO C)</b> MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE);</p>			
<p><b>ATTIVITA'2)</b> Consolidamento del modello di sorveglianza attiva (Tampone rettale) delle colonizzazioni/infezioni da CPE.</p>			
<p><b>INDICATORE:</b> esecuzione della sorveglianza nelle UO ad elevata complessità assistenziale</p>			
<p><b>STANDARD:</b> SI</p>			
<p><b>FONTE:</b> CC-ICA</p>			
<p><b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b></p>			
Azione	CC-ICA	Direzione Sanitaria /laboratorio analisi/infettivologo	UU.OO interessate
Attuazione della sorveglianza	C	R	C
Monitoraggio sorveglianza	R	C	I

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 59 di 67

<p><b>OBIETTIVO C)</b> MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE);</p>				
<p><b>ATTIVITA'3)</b> Raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE e di tutte le infezioni/colonizzazioni da CRE resistenti alla combinazione Ceftazidime-Avibactam comprese le Infezioni della ferita chirurgica.</p>				
<p><b>INDICATORE:</b> raccolta, analisi e comunicazione dati tramite utilizzo della microbiologia e la piattaforma informatica.</p>				
<p><b>STANDARD:</b> SI</p>				
<p><b>FONTE:</b> CC-ICA</p>				
<p><b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b></p>				
Azione	CC-ICA	Direzione Sanitaria	Laboratorio di Microbiologia	UU.OO coinvolte
Raccolta dati	C	C	R	I
Invio dati	C	R	I	I
Elaborazione report annuale	R	C	C	I

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 60 di 67

<b>OBIETTIVO C)</b> MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE);				
<b>ATTIVITA'4)</b> Raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle infezioni sottoposte a notifica obbligatoria				
<b>INDICATORE:</b> raccolta, analisi e comunicazione dati				
<b>STANDARD:</b> SI				
<b>FONTE:</b> CC-ICA				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>				
Azione	CC-ICA	Direzione Sanitaria	Laboratorio di Microbiologia	UU.OO coinvolte
Raccolta dati	C	C	R	I
Invio dati	C	R	I	I
Elaborazione report annuale	R	C	C	I

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 61 di 67

<b>OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE);</b>				
<b>ATTIVITA'5) monitoraggio del consumo degli antibiotici espresso in DDD/100 giorni degenza</b>				
<b>INDICATORE:</b> Report annuale				
<b>STANDARD:</b> SI				
<b>FONTE:</b> CC-ICA				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>				
Azione	CC-ICA	Direzione Sanitaria	Farmacia	UU.OO coinvolte
Progettazione attività	C	C	R	I
Analisi dei dati	R	C	C	I
Elaborazione report annuale	R	C	C	I

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 62 di 67

<p><b>OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE);</b></p>		
<p><b>ATTIVITA'6) monitoraggio dell'igiene ambientale con metodica di Bioluminescenza</b></p>		
<p><b>INDICATORE:</b> Report annuale</p>		
<p><b>STANDARD:</b> SI</p>		
<p><b>FONTE:</b> CC-ICA</p>		
<p><b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b></p>		
Azione	CC-ICA Direzione Sanitaria	UU.OO coinvolte
Progettazione attività	R	C
Analisi dei dati	R	I
Elaborazione report annuale	R	I

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 63 di 67

<p><b>OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE);</b></p>		
<p><b>ATTIVITA'7) monitoraggio della ferita chirurgica complessa.</b></p>		
<p><b>INDICATORE:</b> Report annuale</p>		
<p><b>STANDARD:</b> SI</p>		
<p><b>FONTE:</b> CC-ICA</p>		
<p><b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b></p>		
Azione	CC-ICA  Direzione Sanitaria  Direzione infermieristica	UU.OO coinvolte
Progettazione attività	R	C
Analisi dei dati	R	I
Elaborazione report annuale	R	I

---

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 64 di 67

*10.0 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO*

Il PARS sarà diffuso tramite:

- Pubblicazione sul portale aziendale nella sezione Intranet
- Pubblicazione sul portale aziendale Internet - Sezione Amministrazione Trasparente, link sulla *home page*.
- Inserito all'interno del *Cloud* Regionale

---

## **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 65 di 67

### *11.0 BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI*

- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
- Determinazione Regionale n. G04112 depn01/04/2014 recante “Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)".
- Determina Regionale n°G12355 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del documento recante Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”.
- Determina Regionale n° G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”.
- Determina Regionale n°G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L.24/2017.
- Determina Regionale n°G01226 del 02 febbraio 2018 recante “Documento di revisione delle LL.GG. per l’elaborazione del Piano annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017.
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”.
- 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”.

## **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 66 di 67

- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza).
- Ministero della Salute: “Risk Management in Sanità- il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”
- Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio
- Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti”.
- Nota prot. U0583694 del 17 novembre 2017 della Direzione Regionale salute e Politiche Sociali – Area programmazione della Rete ospedaliera e Risk management recante “Adempimenti LEA 2017”
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione).

---

***PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA***

Pagina 67 di 67

- Regione Lazio - Decreto del Commissario ad Acta 30 gennaio 2018, n°U00029 “Approvazione dell'Atto Aziendale della Fondazione Policlinico Tor Vergata” (BURL- N. 10 - Supplemento n. 1 del 01/02/2018).
- Regione Lazio – Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria – Determinazione 25 gennaio 2022, n. G00643 con l’adozione del “*Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)*”.

***PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2025 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA***

***Allegato A. PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI del PTV***

**INDICE**

***1.0 RAZIONALE***

***2.0 MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO***

***3.0 STRUTTURA DEL PIANO DI INTERVENTO LOCALE***

***4.0 RELAZIONE DELLE ATTIVITA ' - CONSUNTIVO 2023***

***5.0 RELAZIONE DELLE ATTIVITA ' - PREVENTIVO 2024***

## Allegato A. PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI del PTV

### 1.0 RAZIONALE

Nel panorama dei potenziali rischi per la sicurezza del paziente, attribuibili all'assistenza sanitaria, le complicanze infettive giocano un ruolo di primo piano, perché sono frequenti, perché hanno un elevato impatto clinico ed economico e perché sono, in parte, evitabili.

Le Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria (ICA) sono infezioni che si verificano in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria e che non erano manifeste né in incubazione al momento del ricovero. Comprendono anche le infezioni contratte in ospedale, ma che si manifestano dopo la dimissione e le infezioni tra i visitatori e il personale della Struttura

Le ICA rappresentano la complicanza in assoluto più frequente tra i pazienti ricoverati in ospedale. La frequenza con cui compare una complicanza infettiva è pari a 5-10% in pazienti ricoverati in ospedale, 5% in pazienti residenti in strutture per anziani e 1% in pazienti assistiti a domicilio.

Le cause sono molteplici, fra le principali ricordiamo:

- la progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, con l'uso prolungato di dispositivi medici invasivi; gli interventi chirurgici complessi, che, pur migliorando le possibilità terapeutiche e l'esito della malattia, possono favorire l'ingresso di microrganismi in sedi corporee normalmente sterili;
- l'indebolimento del sistema di difesa dell'organismo (immunodepressione) o la presenza di altre gravi patologie concomitanti;
- la scarsa applicazione di misure di igiene ambientale e di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito assistenziale;
- l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, dovuta soprattutto all'uso scorretto o eccessivo di questi farmaci, che complica ulteriormente il decorso di molte ICA.

Dalla definizione si desume chiaramente che le ICA sono correlate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, e possono insorgere come conseguenza di criticità di tipo strutturale e tecnologico, di carenze nelle procedure assistenziali o di comportamenti non corretti da parte degli operatori.

Non tutte le ICA sono prevenibili; si stima che, con le opportune misure di controllo e prevenzione, si possano ridurre in una quota che può arrivare al 50%. Fra questi interventi, **la corretta igiene delle mani rappresenta la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmettere microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro**. Molti studi hanno infatti dimostrato che, quando viene garantita una corretta igiene delle mani e degli ambienti assistenziali, il rischio di contrarre ICA si riduce drasticamente. Purtroppo il livello di adesione a questa pratica è, spesso, inaccettabilmente, basso. In letteratura è riportata un'adesione inferiore al 40% nelle strutture sanitarie in cui non sono stati implementati appositi programmi di sensibilizzazione. Questo valore scende sotto il 20% nelle strutture residenziali per anziani.

La corretta pratica dell'igiene delle mani contribuisce a prevenire o ridurre:

- a. la colonizzazione e infezione del paziente da parte di microrganismi potenzialmente patogeni (compresi quelli multiresistenti);
- b. la diffusione di microrganismi potenzialmente patogeni (compresi quelli multiresistenti) nell'ambiente sanitario;
- c. le infezioni causate da microrganismi endogeni;
- d. la colonizzazione e infezione degli operatori sanitari.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato una strategia multimodale la cui implementazione favorisce l'adesione a tale pratica attraverso azioni articolate sul piano strutturale/tecnologico, organizzativo e professionale, le quali, in ossequio alla legge del **“tutto o nulla”** dei bundle, debbono essere adottate integralmente. La loro applicazione si estende a tutti i pazienti che ricevono cure, indipendentemente dalla loro diagnosi, dai fattori di rischio e dal presunto stato infettivo, riducendo il rischio per il paziente e per il personale di contrarre un'infezione.

Anche nella gestione dell'emergenza influenzale da SARS-Cov-2, e Aviaria, l'igiene delle mani, associata al distanziamento fisico e all'*etiquette respiratoria*, rappresenta un elemento di cruciale importanza per ridurre la trasmissione del virus in tutti gli ambiti, professionali e non. In ambito lavorativo, in particolare, i dispositivi medici e i dispositivi di protezione individuale sono efficaci per la protezione degli operatori solo se inseriti all'interno di un più ampio insieme d'interventi che comprende controlli amministrativi e procedurali, ambientali, organizzativi e tecnici, tra i quali quelli relativi all'igiene delle mani

Sulla scorta di queste premesse, il Centro Regionale del Rischio Clinico (CRRC) ha elaborato un “piano di intervento regionale sull'igiene delle mani”, (consultabile in Intranet, nella sezione CIO) con l'obiettivo di definire un *bundle* di requisiti strutturali/tecnologici, organizzativi e professionali che consenta alle organizzazioni sanitarie di elaborare un piano di azione locale, per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell'igiene delle mani sulla base dei documenti OMS.

Le indicazioni contenute nel documento regionale e in quello locale, non si applicano alle procedure che richiedono il lavaggio chirurgico delle mani, sia che venga praticato mediante lavaggio con acqua e soluzione antisettica, oppure mediante frizione alcolica.

## 2.0 MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO

In questo documento (tanto nella versione regionale quanto in quella locale) il modello teorico di riferimento è quello del *BUNDLE*.

Il *bundle* è un insieme contenuto (da 3 a 5) di pratiche evidence-based che, applicate congiuntamente e in modo adeguato, migliorano la qualità e l'esito dei processi con un effetto maggiore di quello che le stesse determinerebbero se fossero attuate separatamente.

Il concetto di bundle è stato sviluppato, a partire dal 2001, dall' Institute for Healthcare Improvement (IHI) come supporto agli operatori sanitari per migliorare la cura dei pazienti sottoposti a specifici trattamenti ad alto rischio.

Le principali caratteristiche che identificano un bundle sono:

- la legge del “**tutto o nulla**”, cioè un bundle ha successo solo se tutte le sue componenti vengono applicate contemporaneamente;
- deve essere facilmente gestibile e quindi composto da un numero limitato di azioni attuabili in maniera sostenibile, facili da memorizzare e semplici da monitorare;
- include solo alcune tra tutte le possibili strategie applicabili, quelle più solide in termini di evidenze scientifiche, da cui derivano sicuri vantaggi in termini di esito delle cure.

Nel caso delle ICA, similmente a quanto accade nei bundle, tutti gli elementi contenuti negli ambiti **Strutturale/tecnologico, organizzativo e professionale** devono essere sincronicamente presenti se si vuole raggiungere il risultato, e cioè prevenire, monitorare e controllare efficacemente le ICA.

Per gli scopi del documento, gli ambiti vanno intesi come di seguito specificato:

**Ambito Strutturale/Tecnologico**: requisiti di cui il sistema ha materialmente bisogno per il raggiungimento dello standard di qualità prefissato (ad esempio: percorsi sporco/pulito, ascensori dedicati per lo sporco, procedure specifiche, stanze di isolamento, ecc.);

**Ambito organizzativo**: misure finalizzate a mantenere uno standard formativo costantemente elevato (ad esempio: formazione, retraining, autovalutazioni ecc.) e interventi finalizzati al monitoraggio della implementazione delle buone pratiche e degli indicatori di processo;

**Ambito professionale**: insieme di azioni ripetute e finalizzate alla implementazione delle buone prassi nella pratica clinico-assistenziale.

### 3.0 *STRUTTURA DEL PIANO DI INTERVENTO LOCALE*

Il piano di intervento è stato costruito partendo dalle indicazioni contenute nel documento Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user instructions dell'OMS, ed è suddiviso in cinque sezioni, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani.

le cinque sezioni sono:

- SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI
- SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE
- SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK
- SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE
- SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Ogni sezione è corredata da un questionario specifico di autovalutazione, al fine di consentire alla struttura di determinare il proprio livello di implementazione delle misure necessarie.

Ad ogni sezione viene assegnato, in base al questionario stesso, un punteggio, in modo da consentire alla struttura di evidenziare le eventuali criticità riscontrate per ogni ambito.

Il punteggio, in analogia al documento OMS, individua quattro livelli:

1. **INADEGUATO:** la promozione e la pratica di igiene delle mani sono insufficienti. Sono necessari significativi miglioramenti.
2. **BASE:** sono in essere alcune misure ma è necessario un ulteriore miglioramento. Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2021, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della struttura.
3. **INTERMEDIO:** è stata sviluppata una adeguata strategia di promozione e la pratica di igiene delle mani è migliorata. È necessario sviluppare programmi a lungo termine per garantire che il miglioramento sia sostenuto nel tempo e progressivo. Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2023, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della struttura.
4. **AVANZATO:** la promozione e l'adesione all'igiene delle mani sono ottimali.

Il piano di azione locale, elaborato sulla base delle evidenze prodotte di questionari di autovalutazione, è reso disponibile per la consultazione da parte degli operatori sanitari e non sanitari del PTV e ne è data evidenza nel PARS. Inoltre, come espressamente richiesto dal CRRC, tale piano costituisce un allegato al PARS.

**4.0 RELAZIONE DELLE ATTIVITA' - CONSUNTIVO 2024**

Di seguito le tabelle esplicative riportanti i dati relativi al consuntivo 2024 suddivisi per sezione

In aderenza a quanto stabilito nel Piano di Intervento Regionale, la disponibilità di postazioni di gel alcolico tali da consentire agli operatori un'agevole pratica dell'igiene delle mani, è adeguata, sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo

Tabella 1

<b>SEZIONE A- REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Approvvigionamento gel alcolico e supporti a parete	SI	Per l'anno 2024 la farmacia clinica si è approvvigionata di gel alcolico per l'igiene delle mani dalla gara regionale
Elaborazione report periodico consumo in lt/1000 giorni degenza	SI	Consumati nel 2024 circa 4567 litri, pari a 30 lt/1000 giorni degenza
Osservazione aderenza igiene mani	SI	Sono state effettuate in totale, divise per aree dipartimentali:  N. opportunità osservate 6270  % aderenza: 63,37%
Registrazione dei dati	SI	L'inserimento dei dati avviene direttamente su una piattaforma informatizzata mediante l'utilizzo di un Tablet
Elaborazione dei dati	SI	Elaborati report periodici e resi disponibili su piattaforma informatizzata per il controllo delle ICA
Definizioni delle eventuali azioni correttive	SI	Dai dati delle osservazioni e del consumo del gel alcolico, emerge una situazione in linea con gli indicatori e gli standard definiti nel piano locale. Nell'anno 2024 si rileva una diminuzione del consumo di gel alcolico, rimanendo comunque nello standard minimo definito dall'OMS. Il mantenimento degli standard è stato effettuato con attività di formazione sul campo e feedback con i professionisti
Attuazione delle azioni correttive	SI	Le attività per il mantenimento degli standard sono state effettuate dal personale del CC-ICA e della Direzione Sanitaria.

L'obiettivo della formazione è stato quello di promuovere un corretto comportamento da parte degli operatori sanitari e non sanitari all'interno del Policlinico Tor Vergata.

La formazione, per il biennio 2024 – 2025 è stata articolata su 3 livelli: Formatori, Osservatori e Operatori sanitari e non sanitari

Metodologia didattica: è stata utilizzata la una formazione sul campo in relazione agli specifici obiettivi da raggiungere e degli operatori ai quali è stata rivolta. La parte prevalente dell'attività formativa è stata svolta in modalità on the bed mediante l'utilizzo del box pedagogico

Il corso intitolato “La salute è nelle tue mani” è stato solto in 4 edizioni con acquisizione di 3 crediti ECM per singolo discente. Hanno partecipato in totale 46 operatori sanitari.

Il corso aveva lo scopo di mantenere le competenze e pertanto destinato a coloro che negli anni precedenti avevano già fatto il corso, e neoassunti

Tabella 2

<b>SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base dei bisogni formativi rilevati (% aderenza igiene delle mani)	SI	La formazione sul campo in tutte le UO ha raggiunto, nel biennio precedente, il 78% dei lavoratori. Pertanto nel 2024 e 2025 la formazione avrà lo scopo di mantenere le competenze e pertanto destinato a coloro che negli anni precedenti avevano già fatto il corso, e neoassunti
Progettare e realizzare il programma di formazione	SI	Evento accreditato: la salute è nelle tue mani
Identificare i formatori – osservatori	SI	Nel PTV sono presenti operatori con caratteristiche idonee a ricoprire tali ruoli
Garantire a formatori ed osservatori il tempo da dedicare all'attività di formazione	SI	Il PTV ha valorizzato l'attività di formazione con diverse modalità di riconoscimento dell'impegno
Garantire la presenza di un tutor esperto per l'addestramento sul campo degli osservatori	SI	Nel Policlinico Tor Vergata sono presenti operatori con caratteristiche idonee a ricoprire tali ruoli
Definire un piano di azione per affrontare la eventuale scarsa partecipazione alla formazione	SI	Alto commitment da parte della direzione strategica
Definire un sistema per verificare le competenze e aggiornare la formazione di osservatori e formatori	SI	Sono stati realizzati degli incontri/ gruppi di miglioramento tra osservatori/formatori mediante esercitazione pratica guidata da osservatori esperti, con l'utilizzo della scheda OMS. Nel corso dell'anno 2024 il gruppo ha effettuato sistematicamente upgrading skills
Definire un sistema per verificare le competenze e aggiornare la formazione degli operatori	SI	Le competenze degli operatori sono costantemente verificate attraverso le osservazioni sul campo. L'aggiornamenti delle competenze avviene attraverso il feedback delle osservazioni, la formazione e il re training

Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione	SI	Il materiale è stato costantemente aggiornato in relazione alle evidenze scientifiche, ai dati derivanti dalle osservazioni.
-------------------------------------------------------------------------	----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Il Policlinico Tor Vergata, si caratterizza per la notevole variabilità della composizione delle équipe assistenziali dovuta alla presenza di studenti e medici in formazione specialistica provenienti da differenti realtà: formazione e monitoraggio dell'adesione alle buone pratiche assistenziali sono in continua attuazione. Le aree su cui intervenire e le caratteristiche delle persone da formare, sono in relazione all'andamento delle ICA e alle altre criticità clinico-organizzative nel loro divenire.

Tabella 3

<b>SEZIONE C – VALUTAZIONE MONITORAGGIO E FEEDBACK</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Progettare o rivedere le attività di valutazione e feedback	SI	Le attività di feedback sono state svolte mediante incontri con i professionisti sanitari delle UU. OO
Stabilire il calendario per l'avvio delle attività di valutazione e feedback	SI	Le attività di monitoraggio sono state precedute dalla stesura di un cronoprogramma
Diffondere il piano a tutta la Struttura	SI	Il piano annuale è stato condiviso dalla Direzione Sanitaria verso gli stakeholder aziendali
Identificare le competenze di supporto eventualmente necessarie	SI	Per l'elaborazione dei dati delle osservazioni è stata utilizzata una piattaforma gestionale dei dati
Definire un sistema generale per restituire i risultati della valutazione ai dirigenti apicali	SI	I risultati sono stati comunicati ai dirigenti apicali
Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori	SI	Ogni professionista impegnato nella formazione /osservazioni, ha svolto un numero appropriato di attività tale da mantenere il proprio indice di performance
Condurre valutazioni di base e dare un ritorno al personale sanitario	SI	I risultati sono stati comunicati ai responsabili delle UO osservate
Stabilire obiettivi annuali per il miglioramento della conformità all'igiene delle mani tenendo conto dei dati di partenza	SI	La conformità all'igiene delle mani è stata identificata come indicatore nei diversi livelli di attività e responsabilità.
Considerare la possibilità di presentare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e i tassi di ICA	SI	I tassi di ICA ed aderenza all'igiene delle mani sono stati riportati nella piattaforma gestionale accessibile dai professionisti secondo il livello di competenza

Tabella 4

<b>SEZIONE D- COMUNICAZIONE PERMANENTE</b>		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Valutare le risorse disponibili, compresi i materiali esistenti e le competenze locali per sviluppare nuovi materiali.	SI	Per la formazione ed informazione all'utenza ed agli operatori sono state utilizzate le risorse provenienti dai competenti organismi istituzionali
Definire i requisiti per aggiornare o fornire nuovi materiali.	SI	Per l'aggiornamento degli operatori e l'informazione all'utenza, sono state utilizzate le risorse provenienti dai competenti organismi istituzionali
Fornire e/o esporre il materiale informativo in tutti gli ambienti clinici	SI	Tutto il materiale informativo è stato distribuito, affisso in tutte le UO/servizi, e diffuso tramite loop video
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti	SI	Tutto il materiale informativo distribuito erano in ottime condizioni. I poster ammalorati sono stati rimossi e sostituiti con nuovi
Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione.	SI	Tutto il materiale didattico è stato reso consultabile.
Esporre gli opuscoli in tutti gli ambienti clinici	SI	Tutto il materiale informativo è stato distribuito ed affisso in tutte le UO/servizi, nelle stanze di degenza e sale di attesa
Pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli.	SI	Sono state implementate campagne informative in occasione di eventi sostenuti da organismi regionali, nazionali e internazionali: <ul style="list-style-type: none"> <li>• giornata mondiale igiene mani – 5 maggio</li> <li>• giornata mondiale per la sicurezza delle cure – 17 settembre</li> </ul>

Tabella 5

<b>SEZIONE E- CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Proseguire con l'autovalutazione periodica e descrivere i cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti	SI	È stato regolarmente effettuato un programma di autovalutazione delle performance organizzative
Assicurare un budget regolare e adeguato per le attività di promozione e sostegno dell'igiene delle mani e per le attività di miglioramento	SI	Per le attività di promozione, sostegno e miglioramento dell'igiene delle mani, è assicurata la disponibilità di mezzi/tecnologie e tempi dedicati
Riconoscere il ruolo dei professionisti incaricati delle attività di igiene delle mani e stimolare il personale a diventare un modello di comportamento	SI	Le attività sono svolte da professionisti riconosciuti sia dal vertice strategico, sia dagli operatori sanitari.
Identificare i contenuti dei materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori	SI	Per la formazione ed informazione all'utenza ed agli operatori sono state utilizzate le risorse provenienti dai competenti organismi istituzionali
Progettare e realizzare materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori	SI	Per la formazione ed informazione all'utenza ed agli operatori sono state utilizzate le risorse provenienti dai competenti organismi istituzionali
Preparare e inviare una lettera per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull'igiene delle mani.	SI	Attività svolta dalla Direzione Sanitaria
Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali dei dirigenti apicali.	SI	Gli obiettivi del 2024 sono inseriti fase di implementazione e saranno chiusi nel 2025

5.0 **RELAZIONE DELLE ATTIVITA' - PREVENTIVO 2024**

**SEZIONE A- REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI**

In aderenza a quanto stabilito nel Piano di Intervento Regionale, la disponibilità di postazioni di gel alcolico tali da consentire agli operatori un'agevole pratica dell'igiene delle mani, è adeguata, sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo

Risulta infatti che, i dispenser di gel alcolico sono situati:

- all'interno di ogni stanza di degenza in posizione tale da essere facilmente raggiunti dall'operatore sanitario nel corso delle attività assistenziali, dal paziente, quando autosufficiente, ogni qualvolta ne senta la necessità
- nella sala visita
- lungo i corridoi, 1 postazione ogni 2 stanze di degenza
- all'ingresso del reparto, adiacente al tastierino sblocca porta/citofono
- all'interno degli ambulatori dedicati all'assistenza agli utenti esterni
- nelle sale di attesa
- in tutti gli uffici amministrativi
- Nelle medicherie, locali di preparazione farmaci e carrelli adibiti all'attività assistenziale le confezioni di gel alcolico sono disponibili sui piani di lavoro

Per evitare contaminazioni, i contenitori sono monouso e non vengono mai rabboccati.

Sul flacone viene sempre indicata con un pennarello indelebile la data di apertura.

Le schede tecniche e di sicurezza dei prodotti in uso sono reperibili in intranet, nella sezione farmacia clinica.

Agli operatori del reparto di psichiatria e per tutti gli operatori che si spostano frequentemente nei vari servizi aziendali o in Pronto Soccorso, sono state fornite confezioni tascabili

**QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE**

**SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI**

**PUNTEGGIO**

95

AVANZATO

## SEZIONE A– INDICATORI DI STRUTTURA

### MATRICE DI RESPONSABILITA'

Figure responsabili Attività	Farmacia	Coordinatore infermieristico	Comfort	Igiene Ospedaliera	Ufficio tecnico
Approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani	<b>R</b>	I	I	C	
Immagazzinamento e distribuzione del gel alcolico e sapone antisettico per l'igiene delle mani	<b>R</b>	C	I	C	
Immagazzinamento e distribuzione del sapone per lavaggio sociale delle mani	I	C	<b>R</b>	I	
Manutenzione dei dispenser del sapone	I	C	<b>R</b>	I	
Manutenzione dei lavandini		C	C	I	<b>R</b>
Approvvigionamento supporti a muro per dispenser gel alcolico	<b>R</b>	C	I	C	
Installazione supporti a muro gel alcolico	I	C	I	C	<b>R</b>
Monitoraggio supporti a muro gel alcolico	C	C	I	<b>R</b>	
Segnalazione di guasti o carenze nelle forniture	I	<b>R</b>	C	C	
Distribuzione dei dispenser all'interno della Struttura	<b>R</b>	C	I	I	

## SEZIONE A- ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'	TIMING REALIZZAZIONE	MONITORAGGIO
Approvvigionamento gel alcolico e supporti a parete	Farmacia clinica	semestrale	Farmacia Clinica
Elaborazione report periodico consumo in lt/1000 giorni degenza	Igiene Ospedaliera	semestrale	Igiene Ospedaliera
Osservazione aderenza igiene mani	Igiene Ospedaliera	200 osservazioni per articolazione organizzativa rilevante	Direzione Sanitaria
Registrazione dei dati	Igiene Ospedaliera	Contestuale alla rilevazione	Direzione Sanitaria
Elaborazione dei dati	CC-ICA Direzione sanitaria	Continua – piattaforma ICA	Direzione Sanitaria
Definizioni delle eventuali azioni correttive	Direzione Sanitaria CC-ICA	Semestrale	Direzione Sanitaria
Attuazione delle azioni correttive	Igiene Ospedaliera	annuale	Direzione Sanitaria

## SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

L'igiene delle mani degli operatori sanitari è considerata dall'OMS l'unica misura che, utilizzata singolarmente, è in grado di determinare una notevole riduzione dell'incidenza delle ICA.

L'obiettivo della formazione è quello di promuovere un corretto comportamento da parte degli operatori sanitari e non sanitari all'interno del Policlinico Tor Vergata. Affinché l'obiettivo possa essere raggiunto è necessario diffondere messaggi chiari, non aperti all'interpretazione personale: ciò consente di ottenere cambiamenti permanenti sia individuali che nella cultura organizzativa della qualità e della sicurezza delle cure, garantendo che le competenze siano radicate e conservate in tutto il personale, trasmesse a studenti, tirocinanti dei molteplici indirizzi di formazione nell'ambito delle lauree di area sanitaria, nonché del personale medico in formazione specialistica

La formazione, per il biennio 2024 – 2025 si articolerà su 3 livelli:

**Formatori:** sono le figure incaricate di formare, anche con sessioni pratiche, gli operatori sanitari. Nel Policlinico Tor Vergata sono già presenti operatori con caratteristiche idonee a ricoprire tale ruolo: sono professionisti afferenti alle diverse categorie professionali competenti e motivati oltre che sufficientemente autorevoli all'interno dei team. Svolgeranno corsi di *Upgrade Skills*. Per l'anno 2025 saranno individuati e addestrati ed arruolati nuovi formatori.

Il ruolo dei formatori sarà riconosciuto dalla struttura, definendo una quota oraria specifica da dedicare a queste attività.

**Osservatori:** la loro funzione è fondamentale per porre in atto un'adeguata attività di monitoraggio e di feedback, nei confronti dei propri operatori, e delle Direzioni (Generale, Sanitaria, Area professioni sanitarie e sociali). Il Policlinico dispone già di professionisti con caratteristiche adeguate allo svolgimento di attività sul campo, reportistica ed elaborazione dei dati osservati. Nel corso del biennio 2024 – 2025 saranno attivati corsi per il mantenimento delle competenze e l'aggiornamento continuo di tali professionisti. Per l'anno 2025 saranno individuati e addestrati ed arruolati nuovi osservatori.

Il ruolo degli osservatori sarà riconosciuto dalla Struttura definendo una quota oraria specifica da dedicare a queste attività.

**Operatori sanitari e non sanitari:** nel corso del biennio tutti gli operatori sanitari e non sanitari già formato nel biennio precedente, potranno partecipare al re-training mediante formazione sull'igiene delle mani. Per i neo assunti e studenti è prevista la formazione sul campo

### **Metodologia didattica:**

Formazione con parte teorica e parte pratica con verifica delle performance acquisita mediante Box Pedagogico.

Il piano formativo prevede i seguenti contenuti minimi:

- Definizione e impatto delle ICA;
- Principali modalità di trasmissione delle infezioni;
- La prevenzione delle ICA e il ruolo fondamentale dell'igiene delle mani;

- L'approccio secondo i cinque momenti dell'igiene delle mani;
- Strategie e strumenti di implementazione delle misure di prevenzione, monitoraggio e controllo

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE		
<b>PUNTEGGIO</b>	90	AVANZATO

## SEZIONE B– INDICATORI DI STRUTTURA

FIGURE RESPONSABILI ATTIVITÀ	CC-ICA	DS – DI	IGIENE OSPEDALIERA
Individuazione dei bisogni formativi	I	R	C
Progettazione del piano formativo	I	R	C
Realizzazione del piano formativo	I	C	R
Verifica delle competenze di formatori ed osservatori	I	R	C
Aggiornamento di formatori ed osservatori	C	C	R

Legenda

DS: Direzione Sanitaria

DI: Area Funzionale delle Professioni Sanitarie e Sociali – UOC Direzione Infermieristica

## SEZIONE B– ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'	TIMING REALIZZAZIONE	MONITORAGGIO
Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari	Direzione Sanitaria	biennale	Igiene Ospedaliera

sulla base dei bisogni formativi rilevati			
Progettare il programma di formazione per il mantenimento delle competenze	Direzione Sanitaria	biennale	Igiene Ospedaliera
Progettare il programma di formazione per neoassunti e studenti	Direzione Sanitaria	biennale	Igiene Ospedaliera
Realizzare il programma di formazione	Igiene Ospedaliera	biennale	Igiene Ospedaliera
Identificare i formatori – osservatori	Direzione Sanitaria	annuale	Igiene Ospedaliera
Garantire a formatori ed osservatori il tempo da dedicare all’attività di formazione	DS – DI	annuale	Igiene Ospedaliera
Garantire la presenza di un tutor esperto per l’addestramento sul campo degli osservatori	Direzione Sanitaria	annuale	Igiene Ospedaliera
Definire un piano di azione per affrontare la eventuale scarsa partecipazione alla formazione	DS – DI	semestrale	Igiene Ospedaliera
Definire un sistema per verificare le competenze e aggiornare la formazione di osservatori e formatori	DS – DI	Annuale	Direzione Sanitaria
Definire un sistema per verificare le competenze e aggiornare la formazione degli operatori	DS – DI	annuale	Igiene Ospedaliera
Definire un sistema per l’aggiornamento del materiale per la formazione	Igiene Ospedaliera	Annuale	Igiene Ospedaliera

## SEZIONE C – VALUTAZIONE MONITORAGGIO E FEEDBACK

Il monitoraggio continuo dell'implementazione della corretta igiene delle mani è un momento fondamentale della strategia multimodale dell'OMS per la prevenzione delle ICA. L'osservazione diretta rappresenta il gold standard per il monitoraggio dell'adesione a tale pratica.

Dai risultati del monitoraggio, si possono trarre informazioni utili per misurare l'efficacia dei cambiamenti indotti dall'implementazione degli interventi correttivi, oltre che per valutarne la percezione della sua importanza nella riduzione delle ICA e la conoscenza dei cinque momenti tra gli operatori sanitari.

Anche il feedback dei risultati del monitoraggio è un momento essenziale per la crescita della cultura della qualità e della sicurezza sia individuando le aree in cui sono necessari ulteriori sforzi, sia sostenendo la motivazione delle aree che hanno ottenuto risultati soddisfacenti.

Il Policlinico Tor Vergata dispone di personale idoneo a svolgere le attività di osservazione sul campo, monitoraggio e feedback della pratica dell'igiene delle mani.

Il Policlinico Tor Vergata, come tutti i Policlinici Universitari, si caratterizza per la notevole variabilità della composizione delle équipes assistenziali dovuta alla presenza di studenti e medici in formazione specialistica provenienti da differenti realtà. Pertanto formazione e monitoraggio dell'adesione alle buone pratiche assistenziali sono in continua attuazione. Le aree su cui intervenire e le caratteristiche delle persone da formare, sono in relazione all'andamento delle ICA e alle altre criticità clinico-organizzative nel loro divenire

L'osservazione diretta dei comportamenti si prefigge lo scopo di valutare il grado di rispetto dell'igiene delle mani tra gli operatori sanitari e non sanitari, di stimarne l'adesione, identificare le eventuali criticità e attuare le azioni di miglioramento.

In ogni articolazione organizzativa rilevante, per ogni periodo di osservazione, saranno effettuate un numero minimo di 200 opportunità, di cui almeno 100 per il personale infermieristico e le restanti 100 tra personale medico, medico in formazione specialistica e altri professionisti sanitari. L'elaborazione dei dati per articolazione organizzativa fornirà indicazioni sulla *compliance*, e quindi la necessità di proseguire l'osservazione o ritenerla sufficiente per definire azioni correttive o azioni di rinforzo laddove i comportamenti sono *best practice*.

Nel programma delle attività per il 2025 è previsto, in aggiunta all'aderenza all'igiene delle mani rispetto ai 5 momenti, la misura della performance per l'aderenza ai restanti criteri proposti dall'OMS: tempo e modalità di esecuzione.

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE SEZIONE C – VALUTAZIONE MONITORAGGIO E FEEDBACK		
PUNTEGGIO	72,5	INTERMEDIO

### SEZIONE C– INDICATORI DI STRUTTURA

FIGURE RESPONSABILI ATTIVITÀ	DS - DI	Igiene Ospedaliera	CC – ICA
Definizione delle attività di monitoraggio della compliance	R	C	C
Individuazione dei formatori	R	C	C
Formazione degli osservatori	C	R	C
Definizione della cadenza e delle modalità di esecuzione delle osservazioni	C	R	C
Definizione della cadenza e delle modalità di restituzione dei dati delle osservazioni	R	C	C
Definizione delle attività di monitoraggio sullo stato dei dispenser	I	R	I
Fissare obiettivi annuali tassi attesi di compliance	R	C	C

### SEZIONE C– INDICATORI DI PROCESSO

- COMPLIANCE =  $\frac{\text{azioni di igiene delle mani eseguite}}{\text{Opportunità}}$
- Consumo di gel alcolico espresso in LT/1000 giorni degenza

**SEZIONE C– ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE**

ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'	TIMING REALIZZAZIONE	MONITORAGGIO
Progettare o rivedere le attività di valutazione e feedback	DS – DI	annuale	Igiene Ospedaliera
Stabilire il calendario per l'avvio delle attività di valutazione e feedback	Igiene Ospedaliera	annuale	Direzione Sanitaria
Diffondere il piano a tutta la Struttura	Direzione Generale	annuale	Igiene Ospedaliera
Identificare le competenze di supporto eventualmente necessarie	Igiene Ospedaliera	annuale	Igiene Ospedaliera
Definire un sistema generale per restituire i risultati della valutazione ai dirigenti apicali	Direzione Generale	annuale	Direzione Sanitaria
Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori	DS – DI	annuale	Igiene Ospedaliera
Condurre valutazioni di base e dare un ritorno al personale sanitario	DS – DI	Semestrale	Igiene Ospedaliera
Stabilire obiettivi annuali per il miglioramento della conformità all'igiene delle mani tenendo conto dei dati di partenza	Direzione Sanitaria CC – ICA	annuale	Direzione Sanitaria
Considerare la possibilità di presentare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e i tassi di ICA	Direzione Sanitaria	Semestrale	Direzione Sanitaria

**SEZIONE D- COMUNICAZIONE PERMANENTE**

I promemoria sul posto di lavoro sono strumenti importanti per ricordare agli operatori sanitari l'importanza dell'igiene delle mani e le indicazioni e le procedure appropriate per la sua esecuzione. Sono anche mezzi per informare i pazienti e i visitatori dello standard di assistenza che dovrebbero aspettarsi.

All'interno del Policlinico Tor Vergata:

- ogni punto d'uso del gel alcolico all'interno della stanza di degenza è corredato di un poster che richiama i 5 momenti ed uno che richiama le modalità per la frizione alcolica
- ogni punto d'uso del gel alcolico lungo i corridoi, nelle sale di attesa e postazioni per lo svolgimento di prestazioni amministrative è corredato di un poster che richiama le modalità per la frizione alcolica
- ogni lavandino nelle aree di degenza è corredato di un poster che richiama le modalità per la il lavaggio sociale delle mani
- Diffusione tramite loop video in tutte le sale d'attesa degli ambulatori, Day Hospital e servizi amministrativi

**QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE**

**SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE**

**PUNTEGGIO**

85

**AVANZATO**

INDICATORI DI STRUTTURA: Presenza e facile reperibilità della procedura per l'igiene delle mani

**SEZIONE D- ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>RESPONSABILE ATTIVITA'</b>	<b>TIMING REALIZZAZIONE</b>	<b>MONITORAGGIO</b>
<b>Valutare le risorse disponibili, compresi i materiali esistenti e le competenze locali per sviluppare nuovi materiali.</b>	Direzione Generale	annuale	Igiene Ospedaliera
<b>Definire i requisiti per aggiornare o fornire nuovi materiali.</b>	CC - ICA	annuale	Direzione Sanitaria
<b>Fornire e/o esporre il materiale informativo in tutti gli ambienti clinici</b>	UOSD Accoglienza, tutela e partecipazione - URP	annuale	Direzione Sanitaria
<b>Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti</b>	UOSD Accoglienza, tutela e partecipazione - URP	Trimestrale	Igiene Ospedaliera
<b>Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari sulla posta elettronica aziendale</b>	UOSD Accoglienza, tutela e partecipazione - URP	Semestrale	Igiene Ospedaliera
<b>Esporre gli opuscoli in tutti gli ambienti clinici</b>	UOSD Accoglienza, tutela e partecipazione - URP	semestrale	Direzione Sanitaria
<b>Pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli.</b>	Direzione Generale UOSD Accoglienza, tutela e partecipazione - URP	annuale	Igiene Ospedaliera

**SEZIONE E- CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT**

Per il successo nella prevenzione e nel controllo delle ICA è fondamentale un forte, continuo e visibile impegno da parte della direzione, la definizione di un numero adeguato di operatori con competenze multidisciplinari, particolarmente nella fase di monitoraggio.

Il commitment deve far leva anche su azioni esplicite che stimolino gli operatori a un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani. È opportuno che sia definita e comunicata a tutti gli operatori la policy sul tema delle ICA che chiarisca anche la possibilità di interventi disciplinari in caso di ingiustificata violazione delle norme di buona pratica sul tema.

Va rafforzato anche il ruolo del paziente e dei visitatori attraverso opportune iniziative per il loro empowerment.

La responsabilità della sicurezza del paziente è in capo alla Struttura sanitaria, ma pazienti attenti e informati sull'importanza dell'igiene delle mani possono rappresentare una barriera di sicurezza e uno stimolo per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni.

<b>QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE</b>		
<b>SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT</b>		
<b>PUNTEGGIO</b>	75	<b>INTERMEDIO</b>

**INDICATORI DI STRUTTURA**

- Presenza del CCICA e definizione del suo Gruppo Operativo
- Adozione del PARS secondo le indicazioni regionali

**INDICATORI DI PROCESSO**

- Monitoraggio delle azioni previste nel PARS

**SEZIONE E- ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE**

ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'	TIMING REALIZZAZIONE	MONITORAGGIO
Proseguire con l'autovalutazione periodica e descrivere i cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti	DS – DI	annuale	DS – DI
Assicurare un budget regolare e adeguato per le attività di promozione e sostegno dell'igiene delle mani e per le attività di miglioramento	Direzione Generale	annuale	Direzione Sanitaria
Riconoscere il ruolo dei professionisti incaricati delle attività di igiene delle mani e stimolare il personale a diventare un modello di comportamento	Direzione Generale	annuale	DS – DI
Identificare i contenuti dei materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori	DS CC – ICA	annuale	DS – DI
Progettare e realizzare materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori	UOSD Accoglienza, tutela e partecipazione - URP	annuale	Direzione Generale
Preparare e inviare una lettera per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull'igiene delle mani.	Direzione Sanitaria	annuale	DS CC – ICA
Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali dei dirigenti apicali.	Direzione Generale	annuale	Direzione Generale

	<b>Percorso operativo in caso di sospetto/diagnosi di Legionellosi</b>	DSP_POS --LEGIO REV 1 Allegato 1 Pagina 1 di 2
<i>POLICLINICO TOR VERGATA - Direzione Sanitaria</i>		

**Allegato B. PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI**

<b>METODOLOGIA OPERATIVA ATTIVITA' VERIFICA - CONTROLLO - AZIONI CORRETTIVE</b>	
<b>Conferma di laboratorio della diagnosi</b>	coltura delle secrezioni bronchiali o dell'espettorato e tipizzazione del germe in causa
	Ricerca di altri possibili casi nei coesposti alla stessa fonte e conferma della diagnosi
	Ricerca delle caratteristiche: interviste sul luogo di soggiorno e attività svolte durante le due settimane precedenti la malattia
	Il prelievo effettuato in occasione di un caso nosocomiale permette, inoltre, il matching tra il ceppo isolato dall'ambiente e quello isolato dal paziente sempre se su quest'ultimo è stato possibile eseguire una coltura
<b>Shock termico</b>	Elevare la temperatura dell'acqua a 70-80°C continuamente per tre giorni e far scorrere l'acqua quotidianamente attraverso i rubinetti per un tempo di 30 minuti. Alcuni autori raccomandano di svuotare preventivamente i serbatoi dell'acqua calda, di pulirli ed effettuare una decontaminazione con cloro (100 mg/L per 12-14 ore). E' fondamentale verificare che, durante la procedura, la temperatura dell'acqua nei punti distali raggiunga o ecceda i 60°C; se questa temperatura non viene raggiunta e mantenuta la procedura non fornisce garanzie. Alla fine della procedura si devono effettuare dei prelievi d'acqua e dei sedimenti in punti distali dell'impianto e procedere ad un controllo batteriologico. In caso di risultato sfavorevole, la procedura deve essere ripetuta fino al raggiungimento di una decontaminazione documentata. Dopo la decontaminazione il controllo microbiologico deve essere ripetuto periodicamente
	Dopo la bonifica, effettuare ulteriori controlli ambientali con la seguente cadenza:
	• immediatamente dopo la bonifica;
	• se il risultato è negativo, dopo 15-30 giorni;
	• se negativo, dopo tre mesi;
	• se negativo, periodicamente ogni sei mesi.
	<b>Iperclorazione shock</b>
Il prelievo effettuato in occasione di un caso nosocomiale permette, inoltre, il matching tra il ceppo isolato dall'ambiente e quello isolato dal paziente sempre se su quest'ultimo è stato possibile eseguire una coltura	



**Percorso operativo in caso di  
sospetto/diagnosi di Legionellosi**

DSP\_POS --LEGIO  
REV 1  
Allegato 1  
Pagina 2 di 2

*POLICLINICO TOR VERGATA - Direzione Sanitaria*

