



FONDAZIONE  
**POLICLINICO UNIVERSITARIO**  
CAMPUS BIO-MEDICO

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



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

# Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 2 di 54

## INDICE

<b>1. Contesto organizzativo</b>	<b>3</b>
1.1 <i>Contesto organizzativo Prevenzione e Controllo Infezioni</i>	4
<b>2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati</b>	<b>5</b>
<b>3. Descrizione della posizione assicurativa</b>	<b>7</b>
<b>4. Resoconto delle attività del Piano precedente</b>	<b>8</b>
<b>5. Matrice delle responsabilità</b>	<b>17</b>
<b>6. Obiettivi e attività per il miglioramento della sicurezza delle cure e della persona assistita</b>	<b>18</b>
6.1 <i>Obiettivi</i>	18
6.2 <i>Attività</i>	18
<b>7. Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo</b>	<b>26</b>
7.1 <i>Obiettivi</i>	26
7.2 <i>Attività</i>	27
<b>8. Modalità di diffusione del documento</b>	<b>52</b>
<b>9. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi</b>	<b>53</b>



# Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 3 di 54

## 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Per i dati strutturali dettagliati si rimanda ai documenti di accreditamento regionale ed in particolare al Decreto DCA U00083 del 26/06/2020.

Nella Tabella che segue sono schematizzati i dati strutturali e di attività sintetici relativi alla Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico.

**Tabella 1 – Dati strutturali e di attività della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico**

FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIO-MEDICO						
DATI STRUTTURALI						
Posti letto ordinari <sup>^</sup>	Autorizzati	319	Medicina		154	
			Chirurgia		142	
			Terapia Intensiva		13	
			Unità Coronarica		4	
			UTN		6	
	Accreditati	295	Medicina		145	
			Chirurgia		127	
			Terapia Intensiva		13	
			Unità Coronarica		4	
			UTN		6	
Posti letto diurni <sup>^</sup>	Autorizzati	45	Medicina		21	
			Chirurgia		24	
	Accreditati	33	Medicina		17	
			Chirurgia		16	
Posti letto post-acuzie <sup>^</sup>	Autorizzati	25	Hospice <sup>^</sup>	Posti letto residenziali		12
	Accreditati	20		Posti letto domiciliari		48
Blocchi Operatori		2	Sale Operatorie		13	
Servizi trasfusionali					1	
<b>Hub</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- DEA I Livello Rete Emergenza</li> <li>- UTN I Livello Rete Ictus</li> <li>- Cardiologia/UTIC con servizio Emodinamica nella Rete Cardiologica</li> <li>- HUB vicariante nella Rete Emergenza Cardiochirurgica</li> <li>- PST nella Rete Trauma</li> </ul>				



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 4 di 54

DATI DI ATTIVITÀ			
Ricoveri ordinari	18.398	Ricoveri diurni	9.995
Accessi PS	33.676	Neonati o parti	n.a.
Branche specialistiche	26	Prestazioni ambulatoriali erogate	1.540.136 (n. pazienti: 634.443)

**Legenda.** ^ Posti Letto autorizzati ed accreditati DCA\_00083/2020; n.a.: non applicabile. Dati forniti dalla Direzione Sanitaria (per i "Dati Strutturali") e dall'Area Programmazione e Controllo (per i "Dati di Attività") ed aggiornati al 31/12/2022.

### 1.1 Contesto organizzativo Prevenzione e Controllo Infezioni

La Direzione Generale del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, con deliberazione N. 18 del 01 agosto 2018 ha istituito il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) ed il relativo regolamento che stabilisce le funzioni principali, la composizione e la modalità di lavoro.

Successivamente, con deliberazione N. 158 del 28 dicembre 2023 è stata approvata la revisione della composizione Comitato per il Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza.

Con deliberazione N. 25 del 10 ottobre 2018 è stato istituito presso il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico il primo gruppo di lavoro aziendale per l'uso responsabile degli antimicrobici denominato Team multidisciplinare di Antimicrobial Stewardship.

 <p>FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIO-MEDICO</p>	<b>Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025</b>	PARS 2025
		Data: 20/2/2025
		Revisione: 0
		Pagina: 5 di 54

## 2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

La Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico persegue finalità di tutela e promozione della persona umana nell’ambito dell’assistenza sanitaria, della formazione, della ricerca scientifica e dell’innovazione in campo biomedico e sanitario, sia clinico che traslazionale.

In corrispondenza con la sua mission, la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico implementa le misure necessarie a diffondere la cultura della sicurezza, a migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, a favorire una visione sistemica e multidisciplinare della sicurezza che tenga conto del paziente, degli operatori e delle strutture.

Le attività legate al miglioramento della qualità e della sicurezza dell’assistenza sono coordinate dal Direttore Clinico, al cui staff appartengono il Clinical Risk Manager ed il Quality Manager, in sinergia con la Direzione Sanitaria e il Servizio Protezione e Prevenzione (SPP).

L’accreditamento dal 2014 come Academic Medical Center dalla Joint Commission International (JCI), è garanzia del livello di attenzione che la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico riserva alla sicurezza per il paziente ed al miglioramento della qualità dell’assistenza sanitaria.

Nel 2024 sono pervenute, tramite il sistema aziendale di Incident Reporting, oltre 700 segnalazioni complessive (+ 22.5% rispetto al 2023). L’elevato numero di segnalazioni è un’indicazione positiva che comprova la diffusione della cultura “no blame” tra gli operatori sanitari della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico.

Le cadute, per lo più esitate senza danni per il paziente, si confermano l’evento maggiormente segnalato. Dall’analisi delle segnalazioni è emerso che i fattori contribuenti all’insorgenza dell’evento “caduta” sono molto spesso da ricondursi al paziente stesso, per mancata adesione al piano assistenziale o per presenza di patologie complesse e/o gravi, che costituiscono determinanti di rischio

 FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIO-MEDICO	<b>Piano Annuale per la Gestione          del Rischio Sanitario          2025</b>	PARS 2025
		Data: 20/2/2025
		Revisione: 0
		Pagina: 6 di 54

**Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2022 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti <sup>(A)</sup>	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
<b>Near Miss</b>	27 (4,9%)	-	Tecnologici (20%) Organizzativi (20%) Procedure/ Comunicazione (60%)	Tecnologici (20%) Organizzativi (20%) Procedure/ Comunicazione (60%)	Sistema di reporting; Global Trigger Tool
<b>Eventi senza danno</b>	472 (85,9%)	56,9%			
<b>Eventi Avversi</b>	49 (8,9%)	97,9%			
<b>Eventi Sentinella</b>	1 (0,1%)	100%			

**Legenda:** <sup>(A)</sup>: I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi.

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

Anno	N. Sinistri aperti	N. Sinistri liquidati	Risarcimenti erogati
<b>2020</b>	21	16	389.977
<b>2021</b>	31	12	302.324
<b>2022</b>	38	3	8.400
<b>2023</b>	51	17	1.112.619
<b>2024</b>	44	11	949.508
<b>Totale</b>	185	59	2.762.828

**Legenda:** <sup>(A)</sup>: sono riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.). I dati si riferiscono all'anno di apertura del sinistro.



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 7 di 54

### 3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

*Tabella 4 – Descrizione della posizione assicurativa*

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio (euro)	Franchigia (euro)	Brokeraggio
2021	31.12.2021	Cattolica Ass.ni	2.700.000	1.000.000	No
2022	31.12.2022	Cattolica Ass.ni	2.700.000	1.000.000	No
2023	31.12.2023	Cattolica Ass.ni	2.700.000	1.000.000	No
2024	31.12.2024	Generali Italia S.p.A	2.700.000	1.000.000	No
2025	31.12.2025	Generali Italia S.p.A	2.700.000	900.000	No

 FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIO-MEDICO	<b>Piano Annuale per la Gestione          del Rischio Sanitario          2025</b>	PARS 2025
		Data: 20/2/2025
		Revisione: 0
		Pagina: 8 di 54

#### 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Nella tabella che segue sono riportate le attività del Piano Annuale per la Gestione del Rischio sanitario (PARS) svolte nel 2024 con i relativi indicatori e risultati raggiunti.

*Tabella 5 – Resoconto delle attività del PARS 2024*

**PARS 2024**  
*Attività per il miglioramento per il miglioramento della sicurezza delle cure  
 e della persona assistita*

OBIETTIVO A) DIFFUSIONE DELLA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di incontri formativi per tutti i neoassunti aventi ad oggetto la gestione del rischio clinico ed il sistema di segnalazione della Fondazione PUCBM	Si	Effettuati 5 incontri formativi per tutti i neoassunti aventi ad oggetto la gestione del rischio clinico ed il sistema di segnalazione della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico
Concorso Premio “Qualità & Sicurezza”	Si	Il personale della FPUCBM ha presentato 15 progetti per il miglioramento della qualità dell’assistenza e la sicurezza dei pazienti
Premiazione della segnalazione (incident reporting interno) con maggior impatto su Q&S	Si	Premiate 12 segnalazioni
Formazione del personale neoassunto sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita	Si	È stato formato tutto il personale eleggibile
Formazione del personale sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Parzialmente	L'obiettivo prefissato era la formazione di almeno il 75% degli operatori eleggibili; la percentuale effettivamente formata si è attestata al 70,3%





## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 9 di 54

<b>Formazione del personale sulla prevenzione e la gestione delle lesioni da pressione</b>	Parzialmente	L'obiettivo prefissato era la formazione del 100% degli operatori eleggibili; la percentuale effettivamente formata si è attestata all'86%
<b>Incontri formativi aventi ad oggetto l'educazione e la sicurezza del paziente, rivolti ai pazienti, ai familiari ed ai caregiver</b>	Si	Effettuati 16 incontri formativi

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

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<b>Revisione Procedure della FPUCBM con riferimento alle Raccomandazioni Ministeriali ed ai Documenti di Indirizzo della Regione Lazio</b>	Si	Sono state revisionate: (a) la Procedura sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del CVS; (b) la procedura prevenzione e gestione del rischio caduta; (c) la procedura lesioni da pressione
<b>Confermare il target raggiunto nel 2023 dell'attività di Audit</b>	Si	Sono stati eseguiti 16 audit (dato da parametrare in relazione al numero di eventi avversi necessitanti di audit)
<b>Realizzazione di una Failure Mode and Effects &amp; Criticality Analysis (FMECA)</b>	Si	Realizzata una FMECA
<b>Rilevazione sistematica degli eventi avversi secondo lo strumento Global Trigger Tool dell'Institute for Healthcare Improvement (IHI)</b>	Si	Sono state analizzate 240 cartelle cliniche
<b>Verifica della corretta adozione del Piano Assistenziale Individuale per la prevenzione delle lesioni da pressione</b>	Si	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cartelle cliniche aperte in cui è presente la valutazione con scala di Braden al momento del ricovero: 96%</li> <li>2. Cartelle cliniche chiuse in cui è presente la valutazione con scala di Braden al momento del ricovero: 99%</li> <li>3. Cartelle cliniche chiuse in cui è documentata la presenza o assenza di LdP al momento di ricovero: 97%</li> </ol>



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 10 di 54

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

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di almeno un incontro formativo avente ad oggetto la responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie	Si	Realizzato 1 incontro formativo avente ad oggetto la responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie
Facility tour per la verifica della sicurezza delle infrastrutture e dei percorsi	Si	Effettuati 15 facility tour
Campus Game	Parzialmente	L'obiettivo prefissato era la partecipazione di oltre 120 operatori; hanno partecipato 79 operatori



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 11 di 54

### PARS 2024

#### Attività per la gestione del rischio infettivo

#### OBIETTIVO 1

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA GERMI ALERT

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Realizzazione della campagna di vaccinazione antinfluenzale per operatori sanitari	Si	Completata
Organizzazione delle sedute di vaccinazione antinfluenzale per operatori sanitari	Si	Completata
Incidenza di colonizzazione/infezione nosocomiale da <i>K. pneumoniae</i> MDR, <i>MRSA</i> , <i>C. difficile</i> , <i>P. aeruginosa</i> , <i>VRE</i> , <i>A. baumannii</i> MDR	Si	Completata
Monitoraggio e verifica della compilazione della scheda alert per le precauzioni aggiuntive alle standard sulla cartella informatizzata	Si	Completata
Realizzazione istruzione operativa per la gestione dell'infezione da <i>A. baumannii</i> MDR	Si	Completata
Corso sulla prevenzione della trasmissione di patogeni MDR	Si	Completata



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 12 di 54

### OBIETTIVO 3

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DEVICE CORRELATE

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Formazione annuale sui bundle di prevenzione delle infezioni CVC correlate	Si	Effettuato evento formativo per Fondazione PUCBM Completata
Formazione annuale sui bundle di prevenzione delle infezioni catetere urinario- correlate	Si	Effettuato evento formativo per Fondazione PUCBM Completata
Raccolta dati e restituzione al CCICA dei report trimestrali con gli indicatori delle infezioni device correlate	Si	Completata
	Si	Completata
	Si	Completata
Realizzazione della campagna di sensibilizzazione all'igiene delle mani per operatori, visitatori e pazienti	Si	Completata
Corso per osservatori dell'igiene mani in ospedale	Si	Effettuato evento formativo per Fondazione PUCBM
Redazione istruzione operativa sulla gestione di prodotti, presidi e tecnologie per l'applicazione dell'igiene delle mani	Si	Completata



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 13 di 54

### OBIETTIVO 4

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Monitoraggio e restituzione dei dati relativi al Corretto timing di esecuzione della chemioprophilassi preoperatoria	Si	Completata
Monitoraggio e restituzione dei dati relativi all'adesione all'esecuzione della doccia preoperatoria	Si	Completata
Formazione annuale sul bundle di prevenzione delle infezioni del sito chirurgico	Si	Effettuato evento formativo per Fondazione PUCBM
Monitoraggio e restituzione dei dati di adesione al "dress code" di sala operatoria	Si	Completata
Monitoraggio e restituzione dei dati % relativi alle infezioni sternali e safenectomia entro 30 giorni dall'intervento di by pass aorto coronarico	Si	Completata
Monitoraggio e restituzione dei dati % sull'esecuzione del tampone nasale per la ricerca di <i>S. aureus</i> prima di intervento cardiotoracico e di protesi ortopedica	Si	Completata
Monitoraggio e restituzione dei dati % sulla decolonizzazione in portatori nasali di <i>S. aureus</i>	Si	Completata



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 14 di 54

### OBIETTIVO 5

#### GESTIONE DELLA SEPSI

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Collaborazione nella realizzazione PDTA per la gestione della SEPSI	Si	Completata
Progettazione ed esecuzione campagna di sensibilizzazione sulla SEPSI	Si	Completata
Progettazione multidisciplinare Flow-chart operativo per la gestione della SEPSI	Si	Completata



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 15 di 54

### OBIETTIVO 6

#### MISURE DI CONTRASTO ALLA RESISTENZA AGLI ANTIMICROBICI

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Monitoraggio e restituzione dei dati sull'adesione all'esecuzione degli esami colturali prima della prescrizione antibiotica	Si	Completata
Monitoraggio e restituzione dei dati relativi all'adattamento della prescrizione antibiotica ai risultati degli esami microbiologici	Si	Completata
Sorveglianza e notifica batteremie da CPE	Si	Completata
Corso sul corretto uso degli antibiotici presso il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA)	Si	Completata
Riduzione del consumo di Chinoloni e Carbapenemi rispetto all'anno precedente	Si	Parzialmente completata
Aggiornamento delle modalità operative del TEAM di antimicrobial stewardship	Si	Completata
Aggiornamento del protocollo interno di gestione della profilassi preoperatoria	Si	Completata



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 16 di 54

### OBIETTIVO 7

#### VIGILANZA STANDARD DI IGIENE AMBIENTALE

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Esecuzione di "Safety Walk Around" per la verifica degli standard di igiene ambientale	Si	Completata
Evidenza documentale della disinfezione giornaliera del circuito idrico del riunito odontoiatrico per la prevenzione della legionellosi	Si	Completata
Corso relativo agli standard di pulizia degli ambienti assistenziali	Si	Completata





FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 17 di 54

### 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Tabella 6 – Matrice delle responsabilità

Azione	Direttore Sanitario/ Servizio Prevenzione Controllo Infezioni	Direttore Clinico	DS/DAPS	Risk Manager	Responsabile Affari Legali	Direttore Generale	Direttore Amministrativo	Collegio di Direzione	Consiglio di Amministrazione
Redazione PARS (eccetto i punti: 2, 3, 7)	C	C	C	R	C	I	I	I	I
Redazione punti 2-3	C	C	C	C	R	I	I	I	I
Redazione punto 7	R	C	C	C	I	I	I	I	I
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	I	I	R	I	I	I
Monitoraggio PARS (eccetto il punto 7)	C	C	C	R	C	I	C	I	I
Monitoraggio punto 7	R	C	C	C	I	I	I	I	I

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



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 18 di 54

## 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER IL MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA DELLE CURE E DELLA PERSONA ASSISTITA

### 6.1 Obiettivi

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

### 6.2 Attività

*Tabella 7 – Attività, Indicatori, Standard e Responsabilità previste per gli obiettivi di cui al paragrafo 6.1*

#### OBIETTIVO A

##### OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

**ATTIVITÀ 1** – Progettazione ed esecuzione di incontri formativi aventi ad oggetto la gestione del rischio clinico ed il sistema di segnalazione della Fondazione PUCBM

**INDICATORE** n° incontri/anno

**STANDARD**  $\geq 4$

**FONTE** Direzione Clinica; DRU

##### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CRM	DC	QM	DRU
Progettazione	R	C	C	C
Esecuzione	C	R	C	R

**Legenda:** CRM: Clinical Risk Manager; DC: Direzione Clinica; QM: Quality Manager; DRU: Direzione Risorse Umane; R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interesse



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 19 di 54

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>				
<b>ATTIVITÀ 2 - Concorso Premio "Qualità &amp; Sicurezza"</b>				
<b>INDICATORE</b> n° progetti presentati/anno				
<b>STANDARD</b> ≥ 10				
<b>FONTE</b> Direzione Clinica				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
<b>Azione</b>	<b>CRM</b>	<b>DC</b>	<b>QM</b>	<b>DS/DAPS</b>
<b>Organizzazione</b>	R	C	R	C
<b>Realizzazione</b>	C	R	C	C

**Legenda:** CRM: Clinical Risk Manager; DC: Direzione Clinica; QM: Quality Manager; DS: Direzione Sanitaria; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>				
<b>ATTIVITÀ 3 - Premiazione della segnalazione (incident reporting interno) con maggior impatto su Qualità e Sicurezza</b>				
<b>INDICATORE</b> n° segnalazioni premiate/anno				
<b>STANDARD</b> ≥ 10				
<b>FONTE</b> Direzione Clinica				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
<b>Azione</b>	<b>CRM</b>	<b>DC</b>	<b>QM</b>	<b>DS/DAPS</b>
<b>Organizzazione</b>	R	C	R	C
<b>Realizzazione</b>	C	R	C	C

**Legenda:** CRM: Clinical Risk Manager; DC: Direzione Clinica; QM: Quality Manager; DS: Direzione Sanitaria; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>					
<b>ATTIVITÀ 4 - Formazione/Retraining dei Coordinatori Infermieristici sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita</b>					
<b>INDICATORE</b> n° operatori formati/n° operatori eleggibili alla formazione x 100					
<b>STANDARD</b> 100%					
<b>FONTE</b> Direzione Clinica					
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>CRM</b>	<b>DC</b>	<b>QM</b>	<b>DS/DAPS</b>	<b>DRU</b>
<b>Organizzazione</b>	R	R	C	C	R
<b>Realizzazione</b>	C	R	C	C	C

**Legenda:** CRM: Clinical Risk Manager; DC: Direzione Clinica; QM: Quality Manager; DS: Direzione Sanitaria; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; DRU: Direzione Risorse Umane; R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 20 di 54

### OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

**ATTIVITÀ 5** – Formazione del personale sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

**INDICATORE** n° operatori formati/n° operatori eleggibili alla formazione x 100

**STANDARD** ≥ 75%

**FONTE** Direzione Clinica

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CRM	DC	QM	SPP	DS/DAPS	DRU
<b>Organizzazione</b>	R	R	C	R	C	R
<b>Realizzazione</b>	C	R	C	R	C	C

**Legenda:** CRM: Clinical Risk Manager; DC: Direzione Clinica; QM: Quality Manager; SPP: Servizio Prevenzione e Protezione DS: Direzione Sanitaria; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; DRU: Direzione Risorse Umane; R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

### OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

**ATTIVITÀ 6** – Formazione del personale sull'utilizzo del Piano di Assistenza Individuale

**INDICATORE** Numero operatori convocati/numero operatori eleggibili alla formazione x 100

**STANDARD** 100%

**FONTE** Direzione Clinica

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CRM	DC	QM	DAPS	DRU
<b>Organizzazione</b>	C	R	C	R	R
<b>Realizzazione</b>	C	C	C	R	C

**Legenda:** CRM: Clinical Risk Manager; DC: Direzione Clinica; QM: Quality Manager; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; DRU: Direzione Risorse Umane; R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

### OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

**ATTIVITÀ 7** – Incontri formativi aventi ad oggetto l'educazione e la sicurezza del paziente, rivolti ai pazienti, ai familiari ed ai caregiver

**INDICATORE** Numero incontri formativi/anno

**STANDARD** ≥ 5

**FONTE** Direzione Clinica

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CRM	DC	QM	DPR	UU.OO.
<b>Organizzazione</b>	C	R	C	R	C
<b>Realizzazione</b>	C	R	C	C	C

**Legenda:** CRM: Clinical Risk Manager; DC: Direzione Clinica; QM: Quality Manager; DPR: Direzione Patient Relationship; UU.OO.: Unità Operative; R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 21 di 54

### OBIETTIVO B

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

**ATTIVITÀ 1** – Revisione Procedure della FPUCBM con riferimento alle Raccomandazioni Ministeriali ed ai Documenti di Indirizzo della Regione Lazio

**INDICATORE** Revisione di almeno 3 procedure

**STANDARD** entro il 31.12.2025

**FONTE** Direzione Clinica

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CRM	DC	QM	DS/DAPS
Organizzazione	R	C	C	C
Realizzazione	C	R	C	C

**Legenda:** CRM: Clinical Risk Manager; DC: Direzione Clinica; QM: Quality Manager; DS: Direzione Sanitaria; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

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

**ATTIVITÀ 2** – Confermare il target raggiunto nel 2024 dell'attività di audit

**INDICATORE** Esecuzione di almeno 2 audit/mese (dato da correlare al numero di eventi avversi necessitanti di un'analisi approfondita)

**STANDARD** entro il 31.12.2025

**FONTE** Direzione Clinica

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CRM	DC	QM	DS/DAPS
Organizzazione	R	C	C	C
Realizzazione	R	C	C	C

**Legenda:** CRM: Clinical Risk Manager; DC: Direzione Clinica; QM: Quality Manager; DS: Direzione Sanitaria; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 22 di 54

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

**ATTIVITÀ 3** – Realizzazione di una Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis (FMECA)

**INDICATORE** Realizzazione di almeno una FMECA entro il 31.12.2025

**STANDARD** Si

**FONTE** Direzione Clinica

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CRM	DC	QM	DS/DAPS
<b>Organizzazione</b>	R	C	C	C
<b>Realizzazione</b>	C	R	C	C

**Legenda:** CRM: Clinical Risk Manager; DC: Direzione Clinica; QM: Quality Manager; DS: Direzione Sanitaria; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

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

**ATTIVITÀ 4** – Rilevazione sistematica degli eventi avversi secondo lo strumento Global Trigger Tool dell'Institute for Healthcare Improvement (IHI)

**INDICATORE** Eventi avversi per 1.000 giornate di ricovero: n° totale di eventi avversi/durata totale della degenza per tutte le cartelle revisionate per 1.000; Eventi avversi per 100 ricoveri: n° totale di eventi avversi/totale cartelle revisionate per 100

**STANDARD** Si

**FONTE** Direzione Clinica

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CRM	DC	QM
<b>Organizzazione</b>	R	C	C
<b>Realizzazione</b>	R	C	C

**Legenda:** CRM: Clinical Risk Manager; DC: Direzione Clinica; QM: Quality Manager; R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 23 di 54

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

**ATTIVITÀ 5 – Verifica della corretta adozione del Piano Assistenziale Individuale**

**INDICATORE** (I) n° di PAI compilati entro 24 ore dal ricovero/n° di cartelle esaminate x 100; (II) n° di PAI rivalutati a 7 giorni dal ricovero/n° di cartelle esaminate x 100

**STANDARD** (I) ≥ 90%; (II) ≥ 80%

**FONTE** Direzione Clinica

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CRM	DC	QM	DAPS
<b>Organizzazione</b>	R	R	C	C
<b>Realizzazione</b>	C	C	C	R

**Legenda:** CRM: Clinical Risk Manager; DC: Direzione Clinica; QM: Quality Manager; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

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

**ATTIVITÀ 6 – Mappatura del rischio espletata con la collaborazione di un ente terzo**

**INDICATORE** Realizzazione entro il 31.12.2025

**STANDARD** Si

**FONTE** Direzione Clinica

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CRM	DC	QM	DS	DAPS
<b>Organizzazione</b>	R	C	C	C	C
<b>Realizzazione</b>	R	C	C	C	C

**Legenda:** CRM: Clinical Risk Manager; DC: Direzione Clinica; QM: Quality Manager; DS: Direzione Sanitaria; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 24 di 54

### OBIETTIVO C

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

**ATTIVITÀ 1** – Progettazione ed esecuzione di almeno un incontro formativo avente ad oggetto la responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

**INDICATORE** n° incontri/anno

**STANDARD** ≥ 1

**FONTE** Direzione Clinica

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CRM	DC	AL	DS/DAPS
Progettazione	R	C	R	I
Esecuzione	C	R	C	I

**Legenda:** CRM: Clinical Risk Manager; DC: Direzione Clinica; AL: Affari Legali; DS: Direzione Sanitaria; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

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

**ATTIVITÀ 2** – Campus Game

**INDICATORE** n° partecipanti/anno

**STANDARD** ≥ 70

**FONTE** Direzione Clinica

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CRM	DC
Progettazione	C	R
Esecuzione	C	R

**Legenda:** CRM: Clinical Risk Manager; DC: Direzione Clinica

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

**ATTIVITÀ 3** – Facility tour per la verifica della sicurezza delle infrastrutture e dei percorsi

**INDICATORE** n°/anno

**STANDARD** 2/anno

**FONTE** Direzione Clinica

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CRM	DC	DS/DAPS	AT	SPP
Progettazione ed esecuzione	C	C	I	C	R

**Legenda:** CRM: Clinical Risk Manager; DC: Direzione Clinica; DS: Direzione Sanitaria; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; AT: Area Tecnica; SPP: Servizio Prevenzione e Protezione; R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato





FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 25 di 54

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

**ATTIVITÀ 4 – Survey sulla cultura della qualità e della sicurezza delle cure**

**INDICATORE** n°/anno

**STANDARD** 1/anno

**FONTE** Direzione Clinica

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	DC	DS/DAPS
Progettazione ed esecuzione	R	I

**Legenda:** DC: Direzione Clinica; DS: Direzione Sanitaria; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

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

**ATTIVITÀ 5 – Analisi dell'impatto della presenza degli studenti sulla qualità e sicurezza delle cure**

**INDICATORE** n°/anno

**STANDARD** 1/anno

**FONTE** Direzione Clinica

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	DC	DS/DAPS
Progettazione ed esecuzione	R	I

**Legenda:** DC: Direzione Clinica; DS: Direzione Sanitaria; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

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

**ATTIVITÀ 6 – Valutazione annuale per verificare la sicurezza degli ambienti a rischio di violenza per gli operatori sanitari**

**INDICATORE** n°/anno

**STANDARD** 1/anno

**FONTE** SPP

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CRM	DC	DS/DAPS	AT	SPP
Progettazione ed esecuzione	C	C	I	C	R

**Legenda:** CRM: Clinical Risk Manager; DC: Direzione Clinica; DS: Direzione Sanitaria; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; AT: Area Tecnica; SPP: Servizio Prevenzione e Protezione; R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 26 di 54

### 7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Il Comitato Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) ha come compito la prevenzione ed il controllo delle infezioni (tra pazienti, operatori e visitatori). La definizione degli obiettivi prioritari del PAICA 2025 deriva dall'analisi del contesto organizzativo, dal risk assessment effettuato sulla base dei dati disponibili e fa riferimento ai regolamenti, agli standard ed alle linee guida internazionali. In accordo con le raccomandazioni della regione Lazio si allegano al PAICA 2025 i seguenti documenti:

1. Piano d'azione locale per l'igiene delle mani Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico 2025 (Allegato 1);
2. Piano di prevenzione e controllo della legionellosi presso la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico 2025 (Allegato 2).

Il PAICA 2025 redatto dalla Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico si articola in 7 obiettivi principali:

#### 7.1 Obiettivi

<b>OBIETTIVO 1)</b>	<b>MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA</b>
<b>OBIETTIVO 2)</b>	<b>MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI</b>
<b>OBIETTIVO 3)</b>	<b>VIGILANZA STANDARD DI IGIENE AMBIENTALE</b>
<b>OBIETTIVO 4)</b>	<b>MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA MICROORGANISMI "ALERT"</b>
<b>OBIETTIVO 5)</b>	<b>MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DEVICE CORRELATE</b>
<b>OBIETTIVO 6)</b>	<b>IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO D'AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI</b>
<b>OBIETTIVO 7)</b>	<b>MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA RESISTENZA AGLI ANTIMICROBICI</b>



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 27 di 54

### 7.2 Attività

**Tabella 8 – Attività, Indicatori, Standard e Responsabilità previste per gli obiettivi di cui al paragrafo 7.1**

<b>OBIETTIVO 1:</b>				
<b>MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA</b>				
<b>ATTIVITÀ 1:</b> Adesione dress code degli operatori in sala operatoria				
<b>INDICATORE:</b> Nr. operatori conformi al dress code sala operatoria / Nr. operatori osservati*100				
<b>STANDARD:</b> ≥ 65%				
<b>FONTE:</b> DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS, SPP				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
<b>Azione</b>	<b>Direttore UOC/Responsabile UOS</b>	<b>Coordinatore DAPS</b>	<b>SPP</b>	<b>DS-SPCI</b>
<b>Applicazione dello standard di prevenzione</b>	R	R	I	I
<b>Monitoraggio dati adesione</b>	C	C	R	R
<b>Report trimestrale</b>	I	I	C	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; SPP: Servizio Prevenzione Protezione; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

<b>OBIETTIVO 1:</b>			
<b>MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA</b>			
<b>ATTIVITÀ 2:</b> Utilizzo della clorexidina al 2% in soluzione alcolica come antisettico di prima scelta per l'antisepsi cutanea preoperatoria del sito chirurgico			
<b>INDICATORE:</b> Nr. antisepsi eseguite con clorexidina 2% / Nr. antisepsi osservate (senza controindicazioni all'utilizzo della clorexidina) *100			
<b>STANDARD:</b> ≥ 90%			
<b>FONTE:</b> DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>Direttore UOC/Responsabile UOS</b>	<b>Coordinatore DAPS</b>	<b>DS-SPCI</b>
<b>Applicazione dello standard di prevenzione</b>	R	R	I
<b>Monitoraggio dati adesione</b>	C	C	R
<b>Report trimestrale</b>	I	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; SPP: Servizio Prevenzione Protezione; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 28 di 54

### OBIETTIVO 1:

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA

**ATTIVITÀ 3:** Corretto timing di esecuzione della chemiopprofilassi preoperatoria, ove indicata

**INDICATORE:** Nr. chemiopprofilassi somministrate con corretto timing / Nr. chemiopprofilassi somministrate\*100

**STANDARD:**  $\geq 70\%$

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC Anestesia-Rianimazione

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC Anestesia-Rianimazione	Medico Anestesista	DS-SPCI
Applicazione dello standard di prevenzione	C	R	I
Monitoraggio dati adesione	C	C	R
Report trimestrale	I	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

### OBIETTIVO 1:

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA

**ATTIVITÀ 4:** Report trimestrale % infezioni sternali correlate all'intervento di by pass aortocoronarico

**INDICATORE:** Nr. infezioni del sito chirurgico entro 30 gg / interventi by pass aortocoronarico\*100

**STANDARD:**  $\leq 5,0\%$

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC Cardiochirurgia, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC Cardiochirurgia	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
Monitoraggio dati	I	I	R
Report trimestrale	I	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato



# Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 29 di 54

## OBIETTIVO 1:

### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA

**ATTIVITÀ 5:** Report trimestrale dati % infezioni safenectomia correlate all'intervento di by pass aortocoronarico

**INDICATORE:** Nr. infezioni del sito chirurgico safenectomia entro 30 gg / Nr. interventi by pass aortocoronarico \*100

**STANDARD:** ≤ 5,0%

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC Cardiocirurgia, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC Cardiocirurgia	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
Monitoraggio dati	I	I	R
Report trimestrale	I	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

## OBIETTIVO 1:

### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA

**ATTIVITÀ 6:** Esecuzione del tampone nasale per ricerca S. aureus prima dell'intervento di chirurgia cardio-toracica e protesi ortopedica

**INDICATORE:** Nr. casi tamponi nasali ricerca S. aureus eseguiti / Nr. interventi cardiotoracici-ortopedici eseguiti\*100

**STANDARD:** ≥ 70 %

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC/Responsabile UOS	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
Applicazione dello standard di prevenzione	R	R	I
Monitoraggio dati	C	C	R
Report trimestrale	I	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato



# Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 30 di 54

## OBIETTIVO 1:

### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA

**ATTIVITÀ 7:** Decolonizzazione nasale dei portatori di S. aureus candidati ad intervento di chirurgia cardio-toracica e protesi ortopedica

**INDICATORE:** Nr. casi sottoposti a decolonizzazione / Nr. casi di portatori nasali di S. aureus \*100

**STANDARD:** 100%

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC/Responsabile UOS	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
Applicazione dello standard di prevenzione	R	R	I
Monitoraggio dati	C	C	R
Report trimestrale	I	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

## OBIETTIVO 1:

### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA

**ATTIVITÀ 8:** Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione sulla corretta applicazione della chemioprophilassi pre-operatoria

**INDICATORE:** Esecuzione di almeno una edizione del corso entro Dicembre 2025

**STANDARD:** SI

**FONTE:** DS-SPCI, DRU

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	DRU	DS-SPCI
Progettazione del corso	C	R
Accreditamento del corso	R	I
Supporto organizzativo alla realizzazione del corso	R	I
Esecuzione del corso	C	R

**Legenda:** DRU: Direzione Risorse Umane; DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 31 di 54

### OBIETTIVO 2: MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

**ATTIVITÀ 1:** Redazione Istruzione operativa per lo svolgimento dell'indagine epidemiologica al riscontro di caso di Legionellosi

**INDICATORE:** Stesura istruzione operativa

**STANDARD:** SI

**FONTE:** DS-SPCI

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore Sanitario	Area Tecnica	SPP	UOC Laboratorio analisi	Medicina del lavoro	DS-SPCI
Realizzazione istruzione operativa	I	C	C	C	C	R
Approvazione istruzione Operativa	R	I	I	I	I	I
Divulgazione istruzione operativa	I	C	C	C	C	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; SPP: Servizio Prevenzione Protezione; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 2: MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

**ATTIVITÀ 2:** Redazione Istruzione operativa sulla manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti idrici e di condizionamento per la prevenzione della legionellosi

**INDICATORE:** Stesura istruzione operativa

**STANDARD:** SI

**FONTE:** Area Tecnica, SPP

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore Sanitario	Area Tecnica	SPP	DS-SPCI
Realizzazione istruzione operativa	I	R	R	I
Approvazione istruzione Operativa	R	I	I	I
Divulgazione istruzione operativa	I	R	C	I

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; SPP: Servizio Prevenzione Protezione; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 32 di 54

### OBIETTIVO 2: MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

**ATTIVITÀ 3:** Analisi annuale della proporzione di pazienti con polmonite per i quali è stato richiesto un test diagnostico per Legionella

**INDICATORE:** Nr. di pazienti con test diagnostico per Legionella / Nr. pazienti con polmonite \*100

**STANDARD:** ≥80%

**FONTE:** DS-SPCI,

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	DS-SPCI	SIO
Estrazione dati	I	R
Elaborazione e monitoraggio dell'indicatore	R	I

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; SIO: Sistema Informativo Ospedaliero; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 2: MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

**ATTIVITÀ 4:** Segnalazione tempestiva alla ASL competente per territorio di ogni caso di legionellosi osservata in ospedale

**INDICATORE:** Nr. Segnalazioni effettuate / Nr. casi riscontrati\*100

**STANDARD:** 100%

**FONTE:** DS-SPCI

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	DS-SPCI	Direttore UOC/Responsabile UOS	Medico curante del paziente con test per legionella positivo	Direttore Sanitario
Segnalazione ASL	I	I	R	I
Elaborazione e monitoraggio dell'indicatore	R	I	I	I

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.





## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 33 di 54

### OBIETTIVO 2: MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

**ATTIVITÀ 5:** Avvio di indagine epidemiologica in caso di legionellosi in ospedale (operatori sanitari, pazienti, ecc.)

**INDICATORE:** Nr. Indagini epidemiologiche effettuate / Nr. casi riscontrati\*100

**STANDARD:** 100%

**FONTE:** DS-SPCI,

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC/Responsabile UOS	Coordinatore DAPS	DS-SPCI	Direttore Sanitario
Avvio indagine epidemiologica	C	C	R	I
Elaborazione e monitoraggio dell'indicatore	I	I	R	I

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 2: MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

**ATTIVITÀ 6:** Aggiornamento istruzione operativa per l'esecuzione dei campionamenti dell'acqua per la ricerca della legionella secondo linee guida vigenti

**INDICATORE:** Stesura istruzione operativa

**STANDARD:** SI

**FONTE:** Area Tecnica, DS-SPCI, SPP

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore Sanitario	Area Tecnica	SPP	DS-SPCI
Realizzazione istruzione operativa	R	C	C	R
Approvazione istruzione Operativa	R	I	I	I
Divulgazione istruzione operativa	I	C	C	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; SPP: Servizio Prevenzione Protezione; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.



# Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 34 di 54

## OBIETTIVO 2: MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

**ATTIVITÀ 7:** Eseguire e documentare l'esecuzione dei campionamenti dell'acqua per la ricerca della legionella secondo linee guida vigenti nei punti idrici ed impianti interessati

**INDICATORE:** Registro documentazione dell'attività

**STANDARD:** SI

**FONTE:** Area Tecnica

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	DS-SPCI	Area Tecnica	Direttore Sanitario
Esecuzione e documentazione dei campionamenti	I	R	I

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

## OBIETTIVO 2: MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

**ATTIVITÀ 8:** Eseguire e documentare ogni intervento di sanificazione del circuito idrico odontoiatrico

**INDICATORE:** Registro di disinfezione giornaliera circuito idrico riunito odontoiatrico

**STANDARD:** SI

**FONTE:** DS-SPCI, Ingegneria clinica, Coordinatore DAPS

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Ingegneria Clinica	Coordinatore DAPS Polo Odontoiatrico	DS-SPCI	Area Tecnica
Indicazioni standard	C	C	R	I
Registro disinfezione	C	R	I	I
Applicazione standard	R	R	I	I

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

## OBIETTIVO 2: MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

**ATTIVITÀ 9:** Formazione sulla prevenzione della legionellosi negli ambienti sanitari

**INDICATORE:** Esecuzione di almeno una edizione del corso entro Dicembre 2025

**STANDARD:** SI

**FONTE:** DS-SPCI, DRU

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	DRU	DS-SPCI
Progettazione del corso	C	R
Accreditamento del corso	R	I
Supporto organizzativo alla realizzazione del corso	R	I
Esecuzione del corso	C	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; DRU: Direzione Risorse Umane; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 35 di 54

### OBIETTIVO 3: VIGILANZA STANDARD DI IGIENE AMBIENTALE

**ATTIVITÀ 1:** Esecuzione di Safety Walk Around (SWA) per verifica degli standard di igiene ambientale (Aree assistenziali Policlinico, Blocchi operatori, Polo Longoni, Polo Porta Pinciana, Servizio ristorazione degenti, Servizio ristorazione del personale / pubblico, Servizio Pulizie, Servizio guardaroba, Laboratorio Analisi, Deposito temporaneo, Unità Farmaci Antiblastici, Radiofarmacia UOC Medicina Nucleare)

**INDICATORE:** SWA eseguite

**STANDARD** ≥ 15

**FONTE** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC/Responsabile UOS/ Responsabile Servizio	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
Esecuzione SWA	C	C	R
Report SWA	I	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

### OBIETTIVO 3: VIGILANZA STANDARD DI IGIENE AMBIENTALE

**ATTIVITÀ 2:** Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso relativo agli standard pulizia ambienti assistenziali

**INDICATORE:** Esecuzione di almeno una edizione del corso entro Dicembre 2025

**STANDARD:** SI

**FONTE:** DS-SPCI, DRU

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	DRU	DS-SPCI
Progettazione del corso	C	R
Accreditamento del corso	R	I
Supporto organizzativo alla realizzazione del corso	R	I
Esecuzione del corso	C	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; DRU: Direzione Risorse Umane; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 36 di 54

### OBIETTIVO 4:

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA MICRORGANISMI «ALERT»

**ATTIVITÀ 1:** Monitoraggio dell'incidenza del primo isolato microbiologico per paziente, di *K. pneumoniae* MDR avvenuto oltre 48 ore dal ricovero ospedaliero nella FPUCBM

**INDICATORE:** Incidenza del primo isolato microbiologico di *K. pneumoniae* MDR oltre 48 ore dal ricovero / 1000 gg degenza nella FPUCBM

**STANDARD:** ≤ 1,2 isolati/1000 gg degenza

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC/Responsabile UOS	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
<b>Monitoraggio dati</b>	C	C	R
<b>Report trimestrale</b>	I	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; FPUCBM: Fondazione Policlinico Campus Bio-Medico; MDR: Multi Drug Resistant; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 4:

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA MICRORGANISMI «ALERT»

**Attività 2:** Monitoraggio dell'incidenza del primo isolato microbiologico per paziente, di *A. baumannii* MDR avvenuto oltre 48 ore dal ricovero ospedaliero nella FPUCBM

**INDICATORE:** Incidenza del primo isolato microbiologico di *A. baumannii* MDR oltre 48 ore dal ricovero / 1000 gg degenza nella FPUCBM

**STANDARD:** ≤ 0,6 isolati/1000 gg degenza

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC/Responsabile UOS	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
<b>Monitoraggio dati</b>	C	C	R
<b>Report trimestrale</b>	I	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; FPUCBM: Fondazione Policlinico Campus Bio-Medico; MDR: Multi Drug Resistant; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 37 di 54

### OBIETTIVO 4:

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA MICRORGANISMI «ALERT»

**ATTIVITÀ 3:** Monitoraggio dell'incidenza del primo isolato microbiologico per paziente, di *P. aeruginosa* MDR avvenuto oltre 48 ore dal ricovero ospedaliero nella FPUCBM

**INDICATORE:** Incidenza del primo isolato microbiologico di *P. aeruginosa* MDR oltre 48 ore dal ricovero / 1000 gg degenza nella FPUCBM

**STANDARD:** ≤ 0,3 isolati/1000 gg degenza

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC/Responsabile UOS	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
<b>Monitoraggio dati</b>	C	C	R
<b>Report trimestrale</b>	I	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; FPUCBM: Fondazione Policlinico Campus Bio-Medico; MDR: Multi Drug Resistant; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 4:

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA MICRORGANISMI «ALERT»

**ATTIVITÀ 4:** Monitoraggio dell'incidenza del primo isolato microbiologico per paziente, di *MRSA* avvenuto oltre 48 ore dal ricovero ospedaliero nella FPUCBM

**INDICATORE:** Incidenza del primo isolato microbiologico di *MRSA* oltre 48 ore dal ricovero / 1000 gg degenza nella FPUCBM

**STANDARD:** ≤ 0,4 isolati/1000 gg degenza

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC/Responsabile UOS	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
<b>Monitoraggio dati</b>	C	C	R
<b>Report trimestrale</b>	I	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; FPUCBM: Fondazione Policlinico Campus Bio-Medico; MDR: Multi Drug Resistant; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 38 di 54

### OBIETTIVO 4:

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA MICRORGANISMI «ALERT»

**ATTIVITÀ 5:** Monitoraggio dell'incidenza del primo isolato microbiologico per paziente, di Enterococco vancomicina-resistente (VRE) avvenuto oltre 48 ore dal ricovero ospedaliero nella FPUCBM

**INDICATORE:** Incidenza del primo isolato microbiologico di VRE oltre 48 ore dal ricovero / 1000 gg degenza totale nella FPUCBM

**STANDARD:**  $\leq 1,0$  isolati/1000 gg degenza

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC/Responsabile UOS	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
Monitoraggio dati	C	C	R
Report trimestrale	I	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; FPUCBM: Fondazione Policlinico Campus Bio-Medico; MDR: Multi Drug Resistant; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 4:

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA MICRORGANISMI «ALERT»

**ATTIVITÀ 6:** Monitoraggio incidenza di infezione da *C. difficile* oltre 48 ore dal ricovero ospedaliero nella FPUCBM

**INDICATORE:** Incidenza di casi di infezione da *C. difficile* oltre 48 ore dal ricovero / 10000 gg degenza nella FPUCBM

**STANDARD:**  $\leq 4,0$  casi /10000 gg degenza

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC/Responsabile UOS	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
Monitoraggio dati	C	C	R
Report trimestrale	I	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; FPUCBM: Fondazione Policlinico Campus Bio-Medico; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 39 di 54

### OBIETTIVO 4:

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA MICRORGANISMI «ALERT»

**ATTIVITÀ 7:** Evidenza documentale compilazione della scheda "Alert", relativa alle precauzioni aggiuntive alle standard, sul Sistema Informatico Ospedaliero

**INDICATORE:** % schede compilate su casi degenti positivi per germe sentinella

**STANDARD:** ≥70%

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC/Responsabile UOS	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
Monitoraggio dati	C	C	R
Report trimestrale	I	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; FPUCBM: Fondazione Policlinico Campus Bio-Medico; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 4:

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA MICRORGANISMI «ALERT»

**ATTIVITÀ 8:** Esecuzione di Safety Walk Around (SWA) per la verifica della corretta applicazione delle precauzioni aggiuntive alle standard nei reparti di degenza Policlinico

**INDICATORE:** SWA eseguite

**STANDARD:** ≥5

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC/Responsabile UOS/ Responsabile Servizio	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
Esecuzione SWA	C	C	R
Report SWA	I	I	R
Applicazione standard prevenzione	R	R	I

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 40 di 54

<b>OBIETTIVO 4: MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA MICRORGANISMI «ALERT»</b>				
<b>ATTIVITÀ 9:</b> Realizzazione di una istruzione operativa per la gestione delle infezioni da <i>Pseudomonas aeruginosa</i> MDR				
<b>INDICATORE:</b> Stesura istruzione operativa				
<b>STANDARD:</b> SI				
<b>FONTE:</b> DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
Azione	Direttore Sanitario	Direttore UOC/Responsabile UOS	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
Realizzazione istruzione operativa	I	I	I	R
Approvazione istruzione Operativa	R	I	I	I
Divulgazione istruzione operativa	I	R	C	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; FPUCBM: Fondazione Policlinico Campus Bio-Medico; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

<b>OBIETTIVO 4: MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA MICRORGANISMI «ALERT»</b>			
<b>ATTIVITÀ 5:</b> Realizzazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione delle Meningiti e Meningoencefaliti			
<b>INDICATORE:</b> Realizzazione del PDTA entro Dicembre 2025			
<b>STANDARD:</b> SI			
<b>FONTE:</b> DS-SPCI, Responsabile Percorsi-Reti-Outcome, Direttore Sanitario			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
Azione	Responsabile Percorsi-Reti-Outcome	DS-SPCI	Direttore Sanitario
Progettazione PDTA	R	R	I
Redazione e pubblicazione	R	C	I

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; PDTA: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato





FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 41 di 54

### OBIETTIVO 4:

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA MICRORGANISMI «ALERT»

**ATTIVITÀ 11:** Redazione istruzione operativa sul flusso di notifica delle malattie infettive

**INDICATORE:** Stesura istruzione operativa

**STANDARD:** SI

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore Sanitario	Direttore UOC/Responsabile UOS	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
Realizzazione istruzione operativa	I	I	I	R
Approvazione istruzione Operativa	R	I	I	I
Divulgazione istruzione operativa	I	R	C	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; FPUCBM: Fondazione Policlinico Campus Bio-Medico; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 4:

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA MICRORGANISMI «ALERT»

**ATTIVITÀ 12:** Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sulla prevenzione delle infezioni da microrganismi «ALERT»

**INDICATORE:** Esecuzione di almeno una edizione del corso entro Dicembre 2025

**STANDARD:** SI

**FONTE:** DS-SPCI, DRU

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	DRU	DS-SPCI
Progettazione del corso	C	R
Accreditamento del corso	R	I
Supporto organizzativo alla realizzazione del corso	R	I
Esecuzione del corso	C	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; DRU: Direzione Risorse Umane; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 42 di 54

**OBIETTIVO 4:**  
**MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA MICRORGANISMI «ALERT»**

**ATTIVITÀ 13:** Realizzazione della campagna di vaccinazione antinfluenzale per operatori sanitari

**INDICATORE:** Esecuzione campagna

**STANDARD:** SI

**FONTE:** DS-SPCI, Ufficio Comunicazione

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	DS-SPCI	Ufficio Comunicazione
Progettazione campagna	R	C
Esecuzione campagna	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

**OBIETTIVO 4:**  
**MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA MICRORGANISMI «ALERT»**

**ATTIVITÀ 14:** Organizzazione sedute di vaccinazione anti influenzale per operatori sanitari

**INDICATORE:** Realizzazione attività

**STANDARD:** SI

**FONTE:** DS-SPCI, UOC Farmacia, Medicina del lavoro

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Medicina del lavoro	UOC Farmacia	DS-SPCI
Organizzazione personale ed attività vaccinazione	I	R	R
Risorse amministrative e sanitarie	I	I	R
Monitoraggio dati	I	C	R
Report dati	I	C	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 43 di 54

### OBIETTIVO 5:

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DEVICE CORRELATE

**ATTIVITÀ 1:** Monitoraggio Tasso Infezioni correlate all'uso di Short term-CVC in Terapia Intensiva

**INDICATORE:** Nr. infezioni correlate all'uso S-CVC / giorni S-CVC \*1000

**STANDARD:** ≤ 4,0

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC/Responsabile UOS	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
<b>Monitoraggio dati</b>	C	C	R
<b>Report trimestrale</b>	I	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 5:

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DEVICE CORRELATE

**ATTIVITÀ 2:** Monitoraggio infezioni correlate all'uso del CVC

**INDICATORE:** Nr. infezioni CVC / Nr. pazienti portatori di CVC \*100

**STANDARD:** ≤ 5,0

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC/Responsabile UOS	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
<b>Monitoraggio dati</b>	C	C	R
<b>Report trimestrale</b>	I	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 44 di 54

### OBIETTIVO 5:

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DEVICE CORRELATE

**ATTIVITÀ 3:** Monitoraggio incidenza infezioni correlate all'uso del Catetere Urinario (CU)

**INDICATORE:** Incidenza infezioni CU correlate per 1000 giorni di utilizzo del CU

**STANDARD:**  $\leq 4,0$

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC/Responsabile UOS	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
Monitoraggio dati	C	C	R
Report trimestrale	I	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 5:

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DEVICE CORRELATE

**ATTIVITÀ 4:** Effettuazione studio di prevalenza puntuale sull'uso dei cateteri urinari e infezioni associate a catetere urinario (CU)

**INDICATORE:** Realizzazione dello studio

**STANDARD:** SI

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC/Responsabile e UOS	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
Realizzazione dello studio	C	C	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 45 di 54

### OBIETTIVO 5:

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DEVICE CORRELATE

**ATTIVITÀ 5:** Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sulla prevenzione delle infezioni correlate all'uso dei Cateteri venosi centrali e dei Cateteri urinari

**INDICATORE:** Esecuzione di almeno una edizione del corso entro Dicembre 2025

**STANDARD:** SI

**FONTE:** DRU, DS-SPCI

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	DRU	DS-SPCI
<b>Progettazione del corso</b>	C	R
<b>Accreditamento del corso</b>	R	I
<b>Supporto organizzativo alla realizzazione del corso</b>	R	I
<b>Esecuzione del corso</b>	C	R

**Legenda:** DRU: Direzione Risorse Umane; DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 5:

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA MICRORGANISMI «ALERT»

**ATTIVITÀ 6:** Esecuzione di Safety Walk Around (SWA) per il monitoraggio della compliance al BUNDLE di prevenzione delle Infezioni del tratto urinario associate al CU

**INDICATORE:** SWA eseguite

**STANDARD:** 1

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC/Responsabile UOS/ Responsabile Servizio	Coordinato re DAPS	DS-SPCI
<b>Esecuzione SWA</b>	C	C	R
<b>Report SWA</b>	I	I	R
<b>Applicazione standard prevenzione</b>	R	R	I

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 46 di 54

### OBIETTIVO 5:

#### MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA MICRORGANISMI «ALERT»

**ATTIVITÀ 7:** Esecuzione di Safety Walk Around (SWA) per il Monitoraggio della compliance al BUNDLE di prevenzione delle batteriemie associate a CVC

**INDICATORE:** SWA eseguite

**STANDARD:** 1

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC/Responsabile UOS/ Responsabile Servizio	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
Esecuzione SWA	C	C	R
Report SWA	I	I	R
Applicazione standard prevenzione	R	R	I

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 6: IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO D'AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

**ATTIVITÀ 1:** Adesione del personale sanitario alla corretta igiene delle mani

**INDICATORE:** % adesioni all'igiene mani su opportunità di igiene mani secondo i 5 momenti OMS

**STANDARD:** ≥ 65%

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC/Responsabile UOS	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
Applicazione standard di prevenzione	R	R	I
Monitoraggio dati adesione	C	C	R
Report trimestrale	I	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 47 di 54

OBIETTIVO 6: IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO D'AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI			
<b>ATTIVITÀ 2:</b> Adesione del personale sanitario al dress code igiene delle mani			
INDICATORE: % operatori conformi al dress code su operatori osservati			
STANDARD: $\geq 60\%$			
FONTE: DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direttore UOC/Responsabile UOS	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
Applicazione standard di prevenzione	R	R	I
Monitoraggio dati adesione	C	C	R
Report trimestrale	I	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO 6: IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO D'AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		
<b>ATTIVITÀ 3:</b> Consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani (totale degenze e stratificato per area terapia intensiva)		
INDICATORE: Nr. litri soluzione idroalcolica / 1000 gg degenza		
STANDARD: $\geq 20$ litri /1000 gg degenza; $\geq 40$ litri /1000 gg degenza in terapia intensiva		
FONTE DS-SPCI,UOC Farmacia		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	UOC Farmacia	DS-SPCI
Monitoraggio dati	R	I
Report trimestrale	C	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO 6: IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO D'AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI			
<b>ATTIVITÀ 4:</b> Consumo di sapone per l'igiene delle mani			
INDICATORE: Nr. litri sapone / 1000 gg degenza			
STANDARD: $\geq 7$ litri /1000 gg degenza			
FONTE: DS-SPCI, UOC Farmacia, SQPA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	UOC Farmacia	SQPA	DS-SPCI
Monitoraggio dati	R	R	I
Report trimestrale	C	C	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; SQPA: Servizio Qualità e Pulizia Ambienti; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 48 di 54

### OBIETTIVO 6: IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO D'AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

**ATTIVITÀ 5:** Corretto mantenimento dei dispenser di soluzione alcolica

**INDICATORE:** Nr. dispenser funzionanti e riforniti / Nr. dispenser osservati\*100

**STANDARD:** ≥90%

**FONTE:** DS-SPCI, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
Applicazione standard di prevenzione	R	I
Monitoraggio dati	C	R
Report trimestrale	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 6: IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO D'AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

**ATTIVITÀ 6:** Corretto mantenimento dei lavabo per l'igiene delle mani (incluso dispenser sapone e carta mani) nelle aree assistenziali

**INDICATORE:** Nr. lavabo funzionanti e correttamente allestiti / Nr. lavabo osservati\*100

**STANDARD:** ≥80%

**FONTE:** DS-SPCI, Coordinatore DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
Applicazione standard di prevenzione	R	I
Monitoraggio dati	C	R
Report trimestrale	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 6: IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO D'AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

**ATTIVITÀ 7:** Progettazione ed esecuzione della campagna di sensibilizzazione all'igiene delle mani per operatori, visitatori, pazienti

**INDICATORE:** Realizzazione della campagna

**STANDARD:** SI

**FONTE:** DS-SPCI, Ufficio Comunicazione

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Ufficio Comunicazione	DS-SPCI
Progettazione campagna	C	R
Realizzazione campagna	R	C

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.





## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 49 di 54

### OBIETTIVO 6: IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO D'AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

**ATTIVITÀ 8:** Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso per osservatori igiene delle mani

**INDICATORE:** Esecuzione di almeno una edizione del corso entro Dicembre 2025

**STANDARD SI**

**FONTE** DS-SPCI, DRU

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	DRU	DS-SPCI
<b>Progettazione del corso</b>	C	R
<b>Accreditamento del corso</b>	R	I
<b>Supporto organizzativo alla realizzazione del corso</b>	R	I
<b>Esecuzione del corso</b>	C	R

**Legenda:** DRU: Direzione Risorse Umane; DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 7: MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA RESISTENZA AGLI ANTIMICROBICI

**ATTIVITÀ 1:** Monitoraggio dati di esecuzione dell'esame colturale prima della prescrizione antibiotica

**INDICATORE:** Nr. prescrizioni eseguite a seguito di prelievo esame colturale / Nr. prescrizioni osservate\*100

**STANDARD:** ≥80%

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore UOC/Responsabile UOS	DS-SPCI
<b>Monitoraggio dati</b>	C	R
<b>Report trimestrale</b>	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato



# Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 50 di 54

## OBIETTIVO 7: MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA RESISTENZA AGLI ANTIMICROBICI

**ATTIVITÀ 2:** Sorveglianza e notifica batteriemie da CPE

**INDICATORE:** Nr. notifiche inviate / Nr. notifiche segnalate alla Direzione Sanitaria\*100

**STANDARD:** 100%

**FONTE:** UOC Laboratorio di Microbiologia, DS-SPCI

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOC Laboratorio di Microbiologia	DS-SPCI
Segnalazione batteriemie CPE	R	I
Redazione scheda di notifica	I	R
Invio notifiche	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; CPE: Carbapenem-resistant Enterobacteriales; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

## OBIETTIVO 7: MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA RESISTENZA AGLI ANTIMICROBICI

**ATTIVITÀ 3:** Riduzione del consumo di Antibiotici Fluoroquinolonici rispetto all'anno precedente

**INDICATORE:** Riduzione 2025 versus 2024

**STANDARD:** ≥ 5%

**FONTE:** UOC Farmacologia, DS-SPCI

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOC Farmacia	DS-SPCI
Estrazione dati	R	I
Report trimestrale	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

## OBIETTIVO 7: MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA RESISTENZA AGLI ANTIMICROBICI

**ATTIVITÀ 4:** Riduzione del consumo di Antibiotici Carbapenemici rispetto all'anno precedente

**INDICATORE:** Riduzione 2025 versus 2024

**STANDARD:** ≥ 5%

**FONTE:** UOC Farmacologia, DS-SPCI

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOC Farmacia	DS-SPCI
Estrazione dati	R	I
Report trimestrale	I	R

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; UOC: Unità Operativa Complessa; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato



## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 51 di 54

### OBIETTIVO 7: MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA RESISTENZA AGLI ANTIMICROBICI

**ATTIVITÀ 5:** Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sul corretto uso degli antibiotici fluorochinolonici in ospedale

**INDICATORE:** Esecuzione di almeno una edizione del corso entro Dicembre 2025

**STANDARD:** SI

**FONTE:** DS-SPCI, DRU

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	DRU	DS-SPCI
Progettazione del corso	C	R
Accreditamento del corso	R	I
Supporto organizzativo alla realizzazione del corso	R	I
Esecuzione del corso	C	R

**Legenda:** DRU: Direzione Risorse Umane; DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 7: MONITORAGGIO, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA RESISTENZA AGLI ANTIMICROBICI

**ATTIVITÀ 6:** Realizzazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione delle polmoniti comunitarie

**INDICATORE:** Realizzazione del PDTA entro Dicembre 2025

**STANDARD:** SI

**FONTE:** DS-SPCI, Responsabile Percorsi-Reti-Outcome, Direttore Sanitario

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Responsabile Percorsi-Reti-Outcome	DS-SPCI	Direttore Sanitario
Progettazione PDTA	R	R	I
Redazione e pubblicazione	R	C	I

**Legenda:** DS-SPCI: Direzione Sanitaria-Servizio Prevenzione Controllo Infezioni; PDTA: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

 <p>FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIO-MEDICO</p>	<b>Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025</b>	PARS 2025
		Data: 20/2/2025
		Revisione: 0
		Pagina: 52 di 54

## 8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento è diffuso nelle seguenti modalità:

1. Presentazione al Collegio di Direzione;
2. Presentazione al Consiglio di Amministrazione;
3. Pubblicazione sul portale intranet (Campusnet) della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico;
4. Pubblicazione sul sito internet della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico.

Qualora venga stampato, il documento ha validità limitata alla sua piena corrispondenza con la versione elettronica disponibile su Campusnet e sul sito internet della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico.

 <p>FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIO-MEDICO</p>	<b>Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025</b>	PARS 2025
		Data: 20/2/2025
		Revisione: 0
		Pagina: 53 di 54

## 9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Infection Prevention and Control Assessment Tool for Acute Care Hospitals, 2016.
- Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 11 dicembre 2009, recante “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità”.
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”.
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, recante “Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”.
- Decreto Legislativo 3 agosto 2009, n. 106, recante “Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”.
- Determinazione 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”.
- Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”.
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”.
- Determinazione Regionale n. 226 del 9 gennaio 2019 recante “Approvazione ed adozione del documento recante le Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza (PAICA)”.
- Determinazione regionale n. G09850 del 20 luglio 2021 recante “Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”.
- Determinazione Regionale n. G00643 del 25 gennaio 2022 recante “Adozione del Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”.
- Deliberazione Giunta Regionale n. 460\_28-06-2024: “Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionale per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi”.
- Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R (Editori). Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management. Springer, 2021.
- D.P.R. 14 gennaio 1997 recante “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”.
- International Federation of Infection Control (IFIC). IFIC Basic Concepts of Infection Control (third Ed.) – Trad. Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie (SIMPIOS), 2017.



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario 2025

PARS 2025

Data: 20/2/2025

Revisione: 0

Pagina: 54 di 54

- Join Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 8<sup>th</sup> Edition, 2025.
- 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”.
- Legge 22 dicembre 2017 n. 219 recante “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”.
- Ministero della Salute. Risk management in Sanità, il problema degli errori. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_583\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_583_allegato.pdf)
- Ministero della Salute. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_640\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf).
- Norme, circolari e ordinanze contenute nell’area Nuovo coronavirus del sito Ministero della Salute.
- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante “Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131”.
- World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

ALLEGATO 1  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI  
2025

Data: 20/02/2025

Revisione: 0

Pagina: 1 di 20

# PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

*Fondazione Policlinico Universitario  
Campus Bio-Medico*



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

ALLEGATO 1  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI  
2025

Data: 20/02/2025

Revisione: 0

Pagina: 2 di 20

### INDICE

1. Introduzione .....	3
2. Obiettivi del documento.....	5
3. Glossario .....	5
4. Tabella Acronimi, Sigle e Abbreviazioni .....	6
5. Ruoli e Responsabilità.....	7
6. Ambiti di applicazione.....	7
7. Contesto organizzativo.....	7
8. Resoconto attività di implementazione dell'igiene delle mani presso la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-medico .....	8
9. Metodologia di costruzione del Piano di azione locale per l'igiene delle mani 2025.....	11
10. Obiettivi del Piano di azione locale per igiene mani (PALIM) FPUCBM 2025.....	13
11. Attività del Piano di azione locale per igiene mani (PALIM) Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico 2025 .....	14
12. Indicatori del Piano di azione locale per igiene mani (PALIM) Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico 2025 .....	18
13. Modalità di diffusione del documento.....	20
14. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi .....	20





FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

ALLEGATO 1  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI  
2025

Data: 20/02/2025

Revisione: 0

Pagina: 3 di 20

### 1. Introduzione

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) sono infezioni che si verificano in un paziente durante il processo assistenziale in ospedale o in 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. Costituiscono la complicità più frequente e grave dell'assistenza sanitaria e possono verificarsi in ogni ambito assistenziale: ospedali per acuti, *day hospital/day surgery*, strutture di lungodegenza, strutture residenziali territoriali, ecc.

Le ICA possono essere causate da microrganismi già presenti sulla cute e sulle mucose del paziente (infezioni endogene) o da microrganismi trasmessi tramite un altro paziente, un operatore sanitario o l'ambiente (infezioni esogene). 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.

Le ICA rappresentano uno dei principali problemi per la sicurezza dei pazienti, e hanno un impatto clinico ed economico rilevante per i servizi sanitari, i pazienti e le loro famiglie, in quanto provocano: prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, una significativa mortalità in eccesso.

In Europa, le ICA provocano ogni anno:

- 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza;
- 37.000 decessi attribuibili;
- 110.000 decessi per i quali l'infezione rappresenta una concausa;
- costi stimati in approssimativamente 7 miliardi di Euro, includendo solo i costi diretti.

Uno studio nazionale di prevalenza condotto nel 2018 utilizzando il protocollo dell'ECDC, ha rilevato una frequenza media di pazienti con una infezione contratta durante la degenza pari a 6,3 ogni 100 pazienti presenti in ospedale; nell'assistenza domiciliare 1 paziente ogni 100 contrae una ICA.



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

ALLEGATO 1  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI  
2025

Data: 20/02/2025

Revisione: 0

Pagina: 4 di 20

I microrganismi coinvolti possono essere virus, funghi o miceti, parassiti e, più frequentemente, batteri. Fino all'inizio degli anni '80, le ICA erano dovute principalmente a batteri gram-negativi (per esempio, *E. coli* e *Klebsiella pneumoniae*). Poi, per effetto della pressione antibiotica e del maggiore utilizzo di presidi sanitari in materiale plastico, sono aumentate le infezioni sostenute da batteri gram-positivi (soprattutto Enterococchi e *Staphylococcus epidermidis*) e quelle da miceti (soprattutto *Candida*), mentre sono diminuite quelle sostenute da batteri gram-negativi. Tuttavia, recentemente, alcuni batteri gram-negativi, come gli enterobatteri resistenti alle carbapenemasi (CRE) e l'*Acinetobacter* spp., responsabili di gravi infezioni, sono diventati molto frequenti in ambito assistenziale ospedaliero.

La maggior parte delle ICA interessa il tratto urinario, l'apparato respiratorio, le ferite chirurgiche, le infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie).

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, ma si stima che con le opportune misure di controllo e prevenzione (*Infection Prevention and Control*, IPC), 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 igiene delle mani è una delle azioni fondamentali non solo delle cosiddette "precauzioni standard", ma anche nel caso in cui sia necessario adottare precauzioni ulteriori, come quelle da contatto o goccioline (*droplet*). La sua importanza è ulteriormente sottolineata dal fatto che è un intervento che fa parte di tutti i *bundle* relativi al rischio infettivo (prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, di quelle legate a catetere venoso e vescicale, della polmonite associata al ventilatore).

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



## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

ALLEGATO 1  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI  
2025

Data: 20/02/2025

Revisione: 0

Pagina: 5 di 20

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.

## 2. Obiettivi del documento

L'obiettivo del documento è quello di definire un *bundle* di requisiti strutturali/tecnologici, organizzativi e professionali che consenta 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<sup>1</sup> e ai sensi del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani del 19/02/2021<sup>2</sup>.

## 3. Glossario

<b>Antisepsi delle mani</b>	La riduzione o l'inibizione della crescita di microrganismi a seguito di una frizione antisettica o del lavaggio antisettico delle mani. Nel primo caso l'operazione richiede l'impiego di un gel/soluzione idroalcolica, nel secondo caso di un antisettico da applicare sulle mani insieme all'acqua.
<b>Agente antisettico</b>	Sostanza antimicrobica che riduce o inibisce la crescita dei microrganismi sui tessuti viventi. Gli esempi includono alcol, gluconato di clorexidina, derivati del cloro, iodio, cloroxilenolo (PCMX), composti dell'ammonio quaternario e triclosan.
<b>Bundle</b>	Un bundle è un insieme contenuto (da 3 a 5) di interventi, comportamenti e/o pratiche <i>evidence-based</i> , rivolti ad una specifica tipologia di pazienti e setting di cura, che, applicati congiuntamente e in modo adeguato, migliorano la qualità e l'esito dei processi con un effetto maggiore di quello che gli stessi determinerebbero, se ogni strategia fosse attuata separatamente. Un bundle ha successo solo se tutte le sue componenti vengono applicate.
<b>CCICA</b>	Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.
<b>Colonizzazione</b>	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o altri siti senza evidenza d'invasione tissutale o di reazione infiammatoria loco regionale e/o sistemica e/o risposta dell'ospite.
<b>CRRC</b>	Centro Regionale Rischio Clinico.
<b>Disinfezione</b>	Procedimento chimico o fisico che comporta l'eliminazione di tutte le forme patogene e del maggior numero di microrganismi presenti in un ambiente o su di un substrato, ad eccezione delle spore.
<b>Frizione antisettica</b>	Frizione delle mani con preparazione alcolica volta a ridurre la flora microbica transitoria, ma non necessariamente quella residente. Si effettua utilizzando un antisettico conforme alla norma EN 1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791. La durata dell'operazione è di 20-30 sec in relazione al prodotto impiegato. La frizione antisettica è indicata per procedure a rischio infettivo basso o intermedio: igiene di routine e procedure asettiche di livello intermedio.



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

ALLEGATO 1  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI  
2025

Data: 20/02/2025

Revisione: 0

Pagina: 6 di 20

<b>ICA</b>	Infezioni Correlate all'Assistenza. Infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale e che non era presente né in incubazione al momento dell'ingresso in ospedale. La malattia può anche manifestarsi dopo la dimissione del paziente.
<b>Igiene Ospedaliera</b>	Disciplina che contempla tutti gli aspetti relativi al benessere fisico e psichico dei degenti, dei visitatori e degli operatori sanitari. Da un punto di vista gestionale consiste nell'insieme di funzioni che mira a garantire in modo efficiente che un qualsiasi <i>setting</i> assistenziale (ospedale, ambulatorio, ecc.) sia adeguato allo svolgimento di specifiche attività assistenziali, nonché siano sicure e confortevoli per utenti e operatori.
<b>Infezione</b>	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o in altri siti con evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria; prevede l'invasione, la moltiplicazione e la risposta loco regionale e/o sistemica dell'ospite.
<b>Punto di Assistenza</b>	Il punto di assistenza è il luogo dove tre elementi si uniscono: il paziente, l'operatore sanitario e la cura o il trattamento che comporti il contatto con il paziente o il suo ambiente circostante (all'interno della zona del paziente). Il concetto abbraccia la necessità di eseguire l'igiene delle mani nei momenti raccomandati esattamente dove ha luogo l'assistenza. Ciò richiede che un prodotto per l'igiene delle mani (a base di soluzione alcolica, se disponibile) sia facilmente accessibile e il più vicino possibile - a portata di mano dove si svolge l'assistenza o il trattamento del paziente. I prodotti al punto di assistenza devono essere accessibili senza dover lasciare la zona paziente.

### 4. Tabella Acronimi, Sigle e Abbreviazioni

Sigla	Significato
PALIM	Piano Azione Locale Igiene Mani
CCICA	Comitato Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza
DAPS	Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie
DS-SPCI	Direzione Sanitaria – Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni
FPUCBM	Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
MDR	Multi Drug Resistant
PARS	Piano Aziendale Rischio Sanitario
UOC/UOS	Unità Operativa Complessa / Unità Operativa Semplice



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

ALLEGATO 1  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI  
2025

Data: 20/02/2025

Revisione: 0

Pagina: 7 di 20

### 5. Ruoli e Responsabilità

Fasi	Attività	DS-SPCI	Direttore Sanitario	CCICA	Collegio Direzione Policlinico
I	Redazione piano (PALIM)	R	R	C	I
II	Approvazione PALIM	I	I	I	R
III	Monitoraggio PALIM	R	I	C	I

#### Legenda:

R = Responsabilità generale dell'espletamento della fase/attività

C = Collaborazione alla realizzazione della fase/attività

I = Informazione relativamente alla fase/attività

### 6. Ambiti di applicazione

Il documento trova applicazione in tutte le Strutture della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma nelle diverse modalità assistenziali ed è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti, degli esercenti la professione sanitaria e delle Strutture.

### 7. Contesto organizzativo

Per i dati strutturali ed organizzativi si rimanda a quanto descritto nel PARS 2025.



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

ALLEGATO 1  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI  
2025

Data: 20/02/2025

Revisione: 0

Pagina: 8 di 20

### **8. Resoconto attività di implementazione dell'igiene delle mani presso la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-medico**

Già dal primo accreditamento Join Commission International (JCI) nel 2014 il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico ha potuto dimostrare l'adozione di un approccio multimodale strutturato per l'implementazione dell'igiene delle mani. Indispensabile per l'accreditamento JCI iniziale, così come per la sua conferma nel 2017, nel 2020 e nel 2023, è stato il raggiungimento di standard specifici per l'igiene delle mani.

Presso la Fondazione PUCBM sono presenti requisiti strutturali e tecnologici idonei a consentire l'igiene in ogni punto di assistenza e nelle aree comuni. Nel 2019, antecedentemente l'avvento della pandemia da SARS-CoV-2, è stato apportato un ulteriore incremento del numero dei dispenser automatici di soluzione alcolica presso corridoi e sale di attesa del Policlinico. Attraverso specifici Safety Walkaround viene inoltre periodicamente monitorata la presenza, il rifornimento, il funzionamento ed il corretto mantenimento delle facilities per l'igiene delle mani.

Annualmente il Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni realizza ed offre al personale della Fondazione una formazione sull'igiene delle mani mediante la realizzazione di iniziative formative miste, dal corso in aula all'attività di formazione e training sul campo (utilizzando apposito box educativo). Nel 2023 è stata realizzata e attivata una FAD dedicata all'igiene delle mani la quale rientra nella formazione obbligatoria periodica di tutti gli operatori sanitari. Nello stesso anno attraverso un corso teorico pratico con test di valutazione finale è stato formato un gruppo di "Referenti per la prevenzione delle ICA / Osservatori igiene mani" che a loro volta contribuiscono alla raccolta dei dati sulla compliance e alla promozione dei contenuti della formazione direttamente sul campo ai membri del proprio team. A questo gruppo di referenti, periodicamente aggiornato, viene garantita una formazione ed una attività di retraining su base annuale. Corsi di formazione specifici vengono inoltre rivolti al personale addetto alle pulizie, al servizio di ristorazione e a quello di lavanderia e guardaroba.

Le attività stabilmente in essere per il monitoraggio della compliance all'igiene delle mani prevedono una raccolta dati trimestrale effettuata dal Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni, anche avvalendosi di collaboratori appositamente formati, attraverso l'osservazione diretta in accordo con metodi e strumenti indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>1</sup>. Oltre all'adesione alla corretta pratica dell'igiene delle mani vengono monitorati ulteriori dati come ad esempio l'adesione



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

ALLEGATO 1  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI  
2025

Data: 20/02/2025

Revisione: 0

Pagina: 9 di 20

al corretto *dress code*, che prevede mani libere da monili, smalti o unghie artificiali durante l'assistenza, l'adesione al corretto mantenimento dei lavandini e dei dispenser e il consumo della soluzione alcolica nelle degenze. Tali dati costituiscono indicatori del piano annuale per la gestione del rischio infettivo aziendale e vengono pertanto restituiti e discussi con i preposti trimestralmente e riportati nelle riunioni del CCICA e presso il Collegio di Direzione della Fondazione Policlinico attraverso specifici report (vedi piano annuale per la gestione del infettivo).

In relazione alle attività di comunicazione permanente, presso la Fondazione sono da sempre in uso poster e *reminder* che descrivono la corretta igiene delle mani accanto ai dispenser di soluzione alcolica e ai lavandini nei locali assistenziali, nei servizi igienici e negli spogliatoi oltre che nelle aree comuni. Inoltre, il Policlinico, a Dicembre del 2019, poco prima dell'avvento della pandemia da SARS-CoV-2, ha lanciato, una importante campagna di comunicazione permanente intitolata #MANICHECURANO - DIAMO IL BUON ESEMPIO con l'obiettivo di mettere ancor più in evidenza il forte commitment della struttura alla promozione dell'igiene delle mani.

La campagna ha previsto il coinvolgimento delle diverse figure professionali, riprese durante l'esecuzione dell'igiene delle mani nei diversi setting assistenziali e nelle diverse modalità (lavaggio con acqua e sapone, lavaggio chirurgico, frizione con soluzione alcolica). Anche la figura del visitatore è stata coinvolta e ripresa durante l'esecuzione dell'igiene delle mani utilizzando i dispenser diffusi nelle aree comuni del Policlinico. Gli scatti raccolti sono stati caratterizzati dall'*hashtag* #MANICHECURANO e dal nostro messaggio DIAMO IL BUON ESEMPIO ed esposti nelle aree di maggior transito e visibilità del Policlinico.

I supporti utilizzati hanno incluso: grafiche adesive sugli ascensori, sulle pareti (murales fino a sette metri per tre) e su tutti i nuovi dispenser di soluzione alcolica per l'igiene delle mani disposti nelle aree comuni, trasmissione sui videoterminali nella hall del Policlinico sino a raggiungere gli screen saver dei PC degli operatori sanitari di tutte le aree assistenziali.

Ogni anno la Fondazione partecipa inoltre alla giornata mondiale per l'igiene delle mani (5 maggio) promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>2</sup> per ricordare alle organizzazioni sanitarie di tutto il mondo l'importanza di condurre campagne multimodali di formazione e sensibilizzazione ad una corretta igiene delle mani. Il 5 maggio 2024 la Fondazione ha aderito alla campagna finalizzata a rafforzare e responsabilizzare gli attori del settore sanitario per potenziare le azioni volte a migliorare l'igiene delle mani e la prevenzione e il controllo delle infezioni presso il punto di assistenza e per promuovere la collaborazione della popolazione e delle organizzazioni verso l'obiettivo comune di ridurre al minimo il rischio di infezioni e di resistenza antimicrobica





FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

ALLEGATO 1  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI  
2025

Data: 20/02/2025

Revisione: 0

Pagina: 10 di 20

nell'assistenza sanitaria. Concretamente Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni in collaborazione con l'Area Comunicazione ha realizzato in occasione della giornata mondiale per l'igiene delle mani 2024 le seguenti iniziative:

1. Condivisione del materiale informativo World Hand Hygiene Day 2024<sup>2</sup> in formato Poster (tradotto in italiano), locandina disposta in punti strategici reparti, servizi aree comuni e tovaglietta nelle mense della Fondazione;
2. Distribuzione opuscolo informativo e di sensibilizzazione sull'igiene delle mani ai pazienti nelle accettazioni del Policlinico e sui vassoi pasti dei pazienti degenti;
3. Distribuzione ed educazione sul campo ai pazienti con consegna di opuscolo nelle sale d'attesa;
4. Distribuzione gadget per sanitari nei reparti e nei servizi del Policlinico (spilletta, segnalibro);
5. Proiezione del video (GIF) reso disponibile da OMS con breve testo tradotto in Italiano sui videoterminali presenti nella hall del Policlinico dal 1 maggio al 31 maggio 2024;
6. Impostazione degli Screen saver dei PC dedicati alla campagna igiene delle per tutto il mese di maggio 2024;
7. Posizionamento di cartellini plastificati nei frontespizi delle cartelle cliniche con messaggi di sensibilizzazione;
8. *Reminder* nei reparti e con mail istituzionale del premio Annabella Cappelli - Maggiore adesione all'igieni delle mani;
9. Newsletter e presenza in CampusNet da venerdì 3 maggio con le iniziative programmate e i link ai materiali informativi e di sensibilizzazione.
10. Premiazione dei migliori poster per la promozione dell'igiene delle mani realizzati da gruppi multidisciplinari di operatori sanitari;
11. Pubblicazione nella Newsletter di venerdì 10 maggio dei poster per l'igiene delle mani vincitori del concorso.

Presso la Fondazione Policlinico Campus Bio-Medico è presente un clima organizzativo fortemente orientato al perseguimento della qualità e alla sicurezza delle cure. Esempi visibili del forte commitment presente in tema di promozione dell'igiene delle mani sono le iniziative di comunicazione sopra descritte. A queste si aggiungono iniziative di *gamification* che prevedono ad esempio l'assegnazione annuale di un premio al reparto e al servizio che hanno dimostrato una maggiore adesione all'igiene delle mani secondo i dati raccolti dal Servizio Prevenzione e Controllo





FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

ALLEGATO 1  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI  
2025

Data: 20/02/2025

Revisione: 0

Pagina: 11 di 20

Infezioni. Nel 2022 è stato inoltre istituito un nuovo premio, da allora assegnato in occasione della giornata del 5 maggio, dedicato al "Miglior Poster sull'igiene delle mani" realizzato da gruppi multidisciplinari di operatori sanitari per promuovere in modo originale la sensibilizzazione al tema. All'inizio del 2021, la Regione Lazio ha emanato il "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani".<sup>3</sup> L'adesione al progetto regionale ci ha permesso di ottimizzare ulteriormente la metodologia di perseguimento della corretta igiene delle mani. L'adozione di un Framework metodologico di riferimento chiaro e condiviso ha consentito di rafforzare l'attività di *risk assessment* e di iniziare ad elaborare un Piano di azione ad hoc. Inoltre ci ha permesso di migliorare il coordinamento delle attività e di consolidare ulteriormente il commitment aziendale attraverso la graduale identificazione formale di ruoli, risorse e responsabilità a supporto delle compliance all'igiene delle mani.

### 9. Metodologia di costruzione del Piano di azione locale per l'igiene delle mani 2025

Il piano di azione è stato costruito partendo dalle indicazioni contenute nel documento *Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user instructions* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>4</sup>. La prima parte del lavoro di costruzione del Piano è consistita nella compilazione del questionario specifico di autovalutazione per ogni sezione indicata nel documento della Regione Lazio Determinazione 26 febbraio 2021 n. G02044 Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani" ed assegnazione del relativo punteggio. 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 (punteggio: 0-25).
- 2. BASE:** sono in essere alcune misure ma è necessario un ulteriore miglioramento (punteggio: 26-50).
- 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 (punteggio: 51-75).
- 4. AVANZATO:** la promozione e l'adesione all'igiene delle mani sono ottimali (punteggio: 76-100).



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

ALLEGATO 1  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI  
2025

Data: 20/02/2025

Revisione: 0

Pagina: 12 di 20

Di seguito viene riportato l'esito dell'autovalutazione effettuata mediante questionario in accordo con la metodologia descritta al paragrafo precedente. I risultati ottenuti sono stati utilizzati per identificare le azioni di miglioramento da includere nel Piano di Azione locale per l'Igiene delle Mani 2025.

<b>PUNTEGGI QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE FPUCBM</b> <i>"Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani"</i>		
<b>SEZIONE DEL DOCUMENTO</b>	<b>PUNTEGGIO TOTALE FPUCBM</b>	<b>LIVELLO RAGGIUNTO</b>
<b>SEZIONE A</b>  REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI (domande A1; A2; A3; A4; A5)	<b>75</b>	<b>INTERMEDIO</b>
<b>SEZIONE B</b>  FORMAZIONE DEL PERSONALE (domande B1; B2; B3; B4; B5)	<b>85</b>	<b>AVANZATO</b>
<b>SEZIONE C</b>  MONITORAGGIO E FEEDBACK (domande C1; C2; C3; C4; C5)	<b>80</b>	<b>AVANZATO</b>
<b>SEZIONE D</b>  COMUNICAZIONE PERMANENTE (domande D1; D2; D3; D4; D5)	<b>95</b>	<b>AVANZATO</b>
<b>SEZIONE E</b>  CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT (domande E1; E2; E3; E4; E5; E6)	<b>80</b>	<b>AVANZATO</b>



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

ALLEGATO 1  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI  
2025

Data: 20/02/2025

Revisione: 0

Pagina: 13 di 20

Sulla base del punteggio ottenuto in ogni singola sezione, è stato elaborato il presente **Piano di Azione Locale per l'Implementazione dell'Igiene delle Mani**, il quale costituisce parte integrante del piano annuale per la gestione del rischio infettivo aziendale. L'obiettivo del presente piano è di perseguire un miglioramento continuo, garantendo un livello da intermedio ad avanzato, per ogni singola sezione prevista, adottando l'approccio multimodale proposto dall'OMS.

### 10. Obiettivi del Piano di azione locale per igiene mani (PALIM) FPUCBM 2025

Il PALIM 2025 redatto dalla FPUCBM si articola in 4 obiettivi principali:

**OBIETTIVO 1) INTERVENTI DI NATURA STRUTTURALE**

**OBIETTIVO 2) FORMAZIONE DEL PERSONALE**

**OBIETTIVO 3) MONITORAGGIO E FEEDBACK**

**OBIETTIVO 4) COMUNICAZIONE**



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

ALLEGATO 1  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI  
2025

Data: 20/02/2025

Revisione: 0

Pagina: 14 di 20

### 11. Attività del Piano di azione locale per igiene mani (PALIM) Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico 2025

OBIETTIVO 1) INTERVENTI DI NATURA STRUTTURALE		
<b>Attività 1:</b> Incremento ulteriore dei dispenser di soluzione alcolica per l'igiene delle mani nei punti di assistenza (supporto al letto del paziente) nelle unità di terapia intensive e sub-intensive		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
UOC Farmacia	Coordinatore DAPS	DS-SPCI
C	C	R

**Legenda:** DS-SPCI = Direzione Sanitaria – Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO 2) FORMAZIONE DEL PERSONALE		
<b>Attività 1:</b> Realizzazione della formazione dei referenti operativi DAPS (osservatori)		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Direzione Risorse Umane	Direttore DAPS	DS-SPCI
C	C	R

**Legenda:** DS-SPCI = Direzione Sanitaria – Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO 2) FORMAZIONE DEL PERSONALE		
<b>Attività 2:</b> Rilevazione osservazioni igiene mani sul campo da parte dei referenti operativi DAPS (osservatori)		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Osservatori DAPS	Direttore DAPS	DS-SPCI
C	R	C

**Legenda:** DS-SPCI = Direzione Sanitaria – Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

ALLEGATO 1  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI  
2025

Data: 20/02/2025

Revisione: 0

Pagina: 15 di 20

### OBIETTIVO 2) FORMAZIONE DEL PERSONALE

**Attività 3:** Aggiornamento FAD Igiene mani

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Direzione Risorse Umane	DS-SPCI
C	R

**Legenda:** DS-SPCI = Direzione Sanitaria – Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 3) MONITORAGGIO E FEEDBACK

**Attività 1:** Monitoraggio dati osservazionali sulla compliance all'igiene mani e al corretto dress code con cadenza trimestrale

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Osservatori i DAPS	Direttore DAPS	DS-SPCI
C	I	R

**Legenda:** DS-SPCI = Direzione Sanitaria – Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 3) MONITORAGGIO E FEEDBACK

**Attività 2:** Restituzione dati osservazionali sulla compliance all'igiene mani e al corretto dress code con cadenza trimestrale alla Direzione

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Osservatori DAPS	Direttore DAPS	DS-SPCI
I	I	R

**Legenda:** DS-SPCI = Direzione Sanitaria – Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 3) MONITORAGGIO E FEEDBACK

**Attività 3:** Monitoraggio sullo stato dei dispenser per l'igiene mani e dei lavabo con cadenza trimestrale

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Osservatori DAPS	Direttore DAPS	DS-SPCI
C	I	R

**Legenda:** DS-SPCI = Direzione Sanitaria – Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

ALLEGATO 1  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI  
2025

Data: 20/02/2025

Revisione: 0

Pagina: 16 di 20

### OBIETTIVO 3) MONITORAGGIO E FEEDBACK

**Attività 4:** Monitoraggio del consumo di sapone e di soluzione idroalcolica per l'igiene mani con cadenza trimestrale

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

UOC Farmacia	Servizio Qualità e Pulizia Ambienti	DS-SPCI
C	C	R

**Legenda:** DS-SPCI = Direzione Sanitaria – Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni; DAPS: Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 4) COMUNICAZIONE

**Attività 1:** Campagna di sensibilizzazione per l'igiene mani 2025

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Ufficio comunicazione	DS-SPCI
R	C

**Legenda:** DS-SPCI = Direzione Sanitaria – Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 4) COMUNICAZIONE

**Attività 2:** Concorso con premio per il Miglior poster finalizzato alla promozione dell'igiene mani 2025 per team di area medica e team di area chirurgica / intensivistica

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Collegio Direzione FPUCBM	DS-SPCI
C	R

**Legenda:** DS-SPCI = Direzione Sanitaria – Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 4) COMUNICAZIONE

**Attività 3:** Concorso con premio per il Reparto e Servizio assistenziale con la maggior compliance all'igiene delle mani 2025

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Collegio Direzione FPUCBM	DS-SPCI
C	R

**Legenda:** DS-SPCI = Direzione Sanitaria – Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

ALLEGATO 1  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI  
2025

Data: 20/02/2025

Revisione: 0

Pagina: 17 di 20

### OBIETTIVO 4) COMUNICAZIONE

**Attività 4:** Campus game con tema igiene mani 2025

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Direzione Clinica	DS-SPCI
R	C

**Legenda:** DS-SPCI = Direzione Sanitaria – Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

### OBIETTIVO 4) COMUNICAZIONE

**Attività 5:** Partecipazione a convegni sul tema igiene mani anche con produzione di contributi scientifici

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Collegio Direzione FPUCBM	DS-SPCI
I	R

**Legenda:** DS-SPCI = Direzione Sanitaria – Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni; R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

ALLEGATO 1  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI  
2025

Data: 20/02/2025

Revisione: 0

Pagina: 18 di 20

## 12. Indicatori del Piano di azione locale per igiene mani (PALIM) Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico 2025

### Adesione del personale sanitario alla corretta igiene delle mani

**INDICATORE:** Nr. adesioni all'igiene mani / opportunità di igiene mani secondo i 5 momenti OMS \*100

**STANDARD:**  $\geq 65\%$

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

### Adesione del personale sanitario al dress code igiene delle mani

**INDICATORE:** Nr. operatori conformi al dress code / operatori osservati \*100

**STANDARD:**  $\geq 60\%$

**FONTE:** DS-SPCI, Direttore UOC/Responsabile UOS, Coordinatore DAPS

### Consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani (totale degenze e stratificato per area terapia intensiva)

**INDICATORE:** Nr. litri soluzione idroalcolica / 1000 gg degenza

**STANDARD:**  $\geq 20$  litri /1000 gg degenza;  $\geq 40$  litri /1000 gg degenza in terapia intensiva

**FONTE** DS-SPCI, UOC Farmacia





FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

ALLEGATO 1  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI  
2025

Data: 20/02/2025

Revisione: 0

Pagina: 19 di 20

### Consumo di sapone per l'igiene delle mani

**INDICATORE:** Nr. litri sapone / 1000 gg degenza

**STANDARD:**  $\geq 7$  litri /1000 gg degenza

**FONTE:** DS-SPCI, UOC Farmacia, Servizio Qualità e Pulizia Ambienti

### Corretto mantenimento dei dispenser di soluzione alcolica

**INDICATORE:** Nr. dispenser funzionanti e riforniti / dispenser osservati\*100

**STANDARD:**  $\geq 90\%$

**FONTE:** DS-SPCI, Coordinatore DAPS

### Corretto mantenimento dei lavabo per l'igiene delle mani (incluso dispenser sapone e carta mani) nelle aree assistenziali

**INDICATORE:** Nr. lavabo conformi / lavabo osservati\*100

**STANDARD:**  $\geq 80\%$

**FONTE:** DS-SPCI, Coordinatore DAPS

### Progettazione ed esecuzione della campagna di sensibilizzazione all'igiene delle mani per operatori, visitatori, pazienti

**INDICATORE:** Realizzazione della campagna

**STANDARD:** SI

**FONTE:** DS-SPCI, Ufficio Comunicazione



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2025

ALLEGATO 1  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER L'IGIENE DELLE MANI  
2025

Data: 20/02/2025

Revisione: 0

Pagina: 20 di 20

**Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso  
per osservatori igiene delle mani**

**INDICATORE:** Esecuzione di almeno una edizione del corso entro Dicembre 2025

**STANDARD:** SI

**FONTE:** DS-SPCI, Direzione Risorse Umane

### 13. Modalità di diffusione del documento

Il presente documento è valido unicamente nella sua versione elettronica disponibile su Campusnet e sul sito internet della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico.

Qualora venga stampato, il documento ha validità limitata alla sua piena corrispondenza con la versione elettronica disponibile su Campusnet e sul sito internet della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico.

### 14. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi

1. World Health Organization. Hand Hygiene Technical Reference Manual: To Be Used by Health-Care Workers, Trainers and Observers of Hand Hygiene Practices. World Health Organization; 2009
2. Sito Organizzazione Mondiale della Sanità – Giornata Mondiale per l'Igiene delle Mani 2024  
[World Hand Hygiene Day 2024](https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day/2024) <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day/2024>
3. Regione Lazio. Determinazione 26 febbraio 2021 n. G02044 Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani".
4. World Health Organization. Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user instructions. World Health Organization; 2010



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI 2025

ALLEGATO 2  
PIANO DI PREVENZIONE E  
CONTROLLO DELLA  
LEGIONELLOSI

Data: 29/01/2025

Revisione: 0

Pagina: 1 di 16

# PIANO DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI 2025

*Fondazione Policlinico Universitario  
Campus Bio-Medico*



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

# PIANO DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI 2025

ALLEGATO 2  
PIANO DI PREVENZIONE  
E CONTROLLO DELLA  
LEGIONELLOSI

Data: 29/01/2025

Revisione: 0

Pagina: 2 di 16

## INDICE

1. Informazioni sul documento .....	3
2. Introduzione .....	4
3. Obiettivi del documento.....	6
4. Tabella Acronimi, Sigle e Abbreviazioni .....	6
5. Ruoli e Responsabilità .....	6
6. Ambiti di applicazione .....	7
7. Contesto organizzativo.....	7
8. Piano di Azione Locale per la Prevenzione della Legionellosi (PPCL) 2025.....	7
8.1. Obiettivi PPCL 2025.....	7
8.2. Attività PPCL 2025.....	8
8.2.1. Attività Obiettivo 1: Sorveglianza e controllo dei casi umani di legionellosi.....	8
8.2.2. Attività Obiettivo 2: Monitoraggio e prevenzione legionellosi in assenza di casi	12
8.2.3. Attività Obiettivo 3: Comunicazione e Formazione .....	15



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

# PIANO DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI 2025

ALLEGATO 2  
PIANO DI PREVENZIONE  
E CONTROLLO DELLA  
LEGIONELLOSI

Data: 29/01/2025

Revisione: 0

Pagina: 3 di 16

## 1. Informazioni sul documento

### Struttura emittente

Direzione Sanitaria

### Altre strutture coinvolte

Strutture assistenziali della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico

Revisione	Data di emissione	Redatto da	Verificato da	Approvato da
0	xx/xx/2025	Direzione Sanitaria Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni Presidente CCICA Clinical Risk Manager Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione Responsabile Area Tecnica Direttore Clinico Responsabile UOC Laboratorio analisi	Direttore Sanitario	Collegio di Direzione

### Elenco Revisioni (Sommaro delle modifiche)

Revisione	Data	Descrizione delle modifiche	Autore modifiche
0	xx/xx/2025	Prima stesura del documento	Direzione Sanitaria Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni Presidente CCICA Clinical Risk Manager Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione Responsabile Area Tecnica Direttore Clinico Responsabile UOC Laboratorio analisi

**Distribuzione:** Il presente documento è valido unicamente nella sua versione elettronica disponibile su Campusnet. Qualora venga stampato, il documento ha validità limitata alla sua piena corrispondenza con la versione elettronica disponibile su Campusnet.



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI 2025

ALLEGATO 2  
PIANO DI PREVENZIONE E  
CONTROLLO DELLA  
LEGIONELLOSI

Data: 29/01/2025

Revisione: 0

Pagina: 4 di 16

## 2. Introduzione

La Legionellosi è una malattia emergente e rappresenta un serio problema di sanità pubblica. Legionella spp. è uno degli agenti etiologici di polmonite batterica e deve il suo nome all'epidemia di polmonite che si verificò tra i partecipanti ad una riunione dell'American Legion nell'estate del 1976 a Philadelphia: tra oltre i quattromila veterani della guerra del Vietnam (chiamati appunto Legionnaires) presenti, 221 si ammalarono di polmonite e 34 di essi morirono; solo in seguito si scoprì che la malattia era stata causata da un nuovo batterio, denominato Legionella, che fu isolato nell'impianto di condizionamento dell'hotel dove i veterani avevano soggiornato.

Legionella spp. è ampiamente diffusa in natura, e si trova principalmente nelle acque (superfici lacustri e fluviali, sorgenti termali, falde idriche ed ambienti umidi in genere). Da queste sorgenti Legionella può colonizzare gli ambienti idrici artificiali (reti cittadine di distribuzione dell'acqua potabile, impianti idrici dei singoli edifici, impianti di climatizzazione, piscine, fontane ecc.) che si pensa agiscano come amplificatori e disseminatori del microrganismo. Legionella predilige gli habitat acquatici caldi; si riproduce tra 25° e 45°C, ma è in grado di sopravvivere in un intervallo di temperatura molto più ampio, tra 5,7° e 63°C.

Il microrganismo, che causa la malattia detta Legionellosi, si acquisisce per via respiratoria mediante inalazione, aspirazione o micro-aspirazione di aerosol contenente Legionella, oppure di particelle derivate per essiccamento. I fattori predisponenti la malattia sono l'età avanzata, il fumo di sigaretta, la presenza di malattie croniche, l'immunodeficienza. Il rischio di acquisizione della malattia è principalmente correlato alla suscettibilità individuale del soggetto esposto e al grado d'intensità dell'esposizione, rappresentato dalla quantità di Legionella presente e dal tempo di esposizione.



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER LA PREVENZIONE DELLA LEGIONELLOSI 2025

ALLEGATO 2  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER LA PREVENZIONE  
DELLA LEGIONELLOSI

Data: 29/01/2025

Revisione: 0

Pagina: 5 di 16

### 1.1 Epidemiologia

Le infezioni da Legionella rappresentano un problema importante in Sanità Pubblica, tanto che sono sottoposte a sorveglianza speciale da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Definire la prevalenza di Legionellosi attraverso la definizione di caso, è fondamentale per il monitoraggio epidemiologico della malattia in ambito ospedaliero.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) classifica le legionellosi in:

**Tabella 5. Definizioni di caso in relazione all'esposizione.  
(Legionella and the prevention of legionellosis WHO, 2007)**

Legionellosi	Definizioni di caso secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità
Caso associato all'assistenza sanitaria	<b>Accertato:</b> caso confermato mediante indagini di laboratorio verificatosi in un paziente ospedalizzato continuativamente per almeno 10 giorni prima dell'inizio dei sintomi. <b>Probabile:</b> caso di legionellosi in un paziente ricoverato per 1-9 giorni nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi (con data di inizio dei sintomi tra il terzo e il nono giorno) in una struttura sanitaria associata: -con uno o più precedenti casi di legionellosi oppure -in cui venga isolato un ceppo clinico identico (mediante tipizzazione molecolare) al ceppo ambientale isolato nello stesso periodo nell'impianto idrico della struttura sanitaria. <b>Possibile:</b> caso di legionellosi in una persona ricoverata per un periodo variabile da 1 a 9 giorni nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi in una struttura sanitaria non precedentemente associata con casi di legionellosi e in cui non è stata stabilita un'associazione microbiologica tra l'infezione e la struttura stessa.
Caso associato a viaggi	Caso associato con soggiorno fuori casa di durata variabile da una a più notti, nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi, nel proprio paese di residenza o all'estero.
Cluster associato a viaggi/nosocomiale	Due o più casi che hanno soggiornato nella stessa struttura recettiva o sanitaria nell'arco di due anni.
Cluster comunitario	Aumento del numero di casi di malattia in una cerchia relativamente ristretta di popolazione e in un arco di tempo limitato (due o più casi correlati, ad es. per area di lavoro, di residenza o per luogo visitato, fino ad un massimo di 10 casi)
Focolaio epidemico (o epidemia) comunitario	Aumento del numero di casi di malattia (>10) in una cerchia relativamente ristretta di popolazione e in un arco di tempo limitato con forte sospetto epidemiologico di comune sorgente di infezione con o senza evidenza microbiologica.





FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER LA PREVENZIONE DELLA LEGIONELLOSI 2025

ALLEGATO 2  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER LA PREVENZIONE  
DELLA LEGIONELLOSI

Data: 29/01/2025

Revisione: 0

Pagina: 6 di 16

### 3. Obiettivi del documento

Il seguente documento ha l'obiettivo di descrivere l'implementazione delle attività volte alla prevenzione e controllo della Legionellosi presso le strutture assistenziali della Fondazione Policlinico Campus Bio-Medico.

### 4. Tabella Acronimi, Sigle e Abbreviazioni

Sigla	Significato
PPCL	Piano Prevenzione e Controllo Legionella
CCICA	Comitato Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza
DAPS	Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie
DS-SPCI	Direzione Sanitaria – Servizio Prevenzione e Controllo Infezioni
FPUCBM	Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico
PARS	Piano Aziendale Rischio Sanitario
UOC/UOS	Unità Operativa Complessa / Unità Operativa Semplice
SPP	Servizio Prevenzione e Protezione
SIO	Sistema Informatico Ospedaliero

### 5. Ruoli e Responsabilità

Fasi	Attività	DS-SPCI	Direttore Sanitario	CCICA	Area Tecnica	Collegio Direzione Policlinico
I	Redazione piano (PPCL)	R	C	C	C	I
II	Approvazione PPCL	I	C	I	I	R
III	Monitoraggio PPCL	R	I	C	R	I

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





FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER LA PREVENZIONE DELLA LEGIONELLOSI 2025

ALLEGATO 2  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER LA PREVENZIONE  
DELLA LEGIONELLOSI

Data: 29/01/2025

Revisione: 0

Pagina: 7 di 16

### 6. Ambiti di applicazione

Il documento trova applicazione in tutte le Strutture della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma nelle diverse modalità assistenziali ed è finalizzato alla tutela dei pazienti e degli operatori sanitari.

### 7. Contesto organizzativo

Per i dati strutturali ed organizzativi si rimanda a quanto descritto nel PARS 2025.

### 8. Piano di Azione Locale per la Prevenzione della Legionellosi (PPCL) 2025

Per la costituzione del Piano di Prevenzione e Controllo della Legionellosi 2025 della Fondazione PUCBM è stata svolta un'attività preliminare di autovalutazione sulla base degli "standard" di riferimento riportati nelle Linee guida per la prevenzione ed il controllo della Legionellosi del 2015 e nel DGR n. 460\_28-06-2024\_Linee indirizzo Legionellosi, con la finalità di definire, nei paragrafi successivi, gli obiettivi e le rispettive attività da implementare e/o strutturare.

#### 8.1. Obiettivi PPCL 2025

Il PPCL 2025, redatto dalla FPUCBM, si articola in 3 obiettivi principali:

1. **SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEI CASI UMANI DI LEGIONELLOSI**
2. **MONITORAGGIO E PREVENZIONE DELLA LEGIONELLOSI IN ASSENZA DI CASI**
3. **COMUNICAZIONE E FORMAZIONE**



## PIANO DI AZIONE LOCALE PER LA PREVENZIONE DELLA LEGIONELLOSI 2025

ALLEGATO 2  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER LA PREVENZIONE  
DELLA LEGIONELLOSI

Data: 29/01/2025

Revisione: 0

Pagina: 8 di 16

### 8.2. Attività PPCL 2025

Nel seguente paragrafo vengono riportate le attività previste dal Piano per ciascun obiettivo con la rispettiva matrice delle responsabilità.

#### 8.2.1. Attività Obiettivo 1: Sorveglianza e controllo dei casi umani di legionellosi

OBIETTIVO 1) SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEI CASI UMANI DI LEGIONELLOSI							
Attività 1: Redazione Istruzione operativa per lo svolgimento dell'indagine epidemiologica al riscontro di caso di Legionellosi							
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ							
Direttore Sanitario	DS-SPCI	Responsabili UU.OO	Responsabile DAPS	SPP	Area Tecnica	Medicina del lavoro	UOC Laboratorio analisi
C	R	I	I	C	C	C	C

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

OBIETTIVO 1) SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEI CASI UMANI DI LEGIONELLOSI		
Attività 2: Esecuzione di test diagnostici per la diagnosi di Legionellosi [antigenuria, dosaggio IgM-IgG con metodica immunoenzimatica (ELISA), PCR su materiali respiratori]		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
UOC Laboratorio analisi	DS-SPCI	Direttore Sanitario
R	I	I

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

OBIETTIVO 1) SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEI CASI UMANI DI LEGIONELLOSI		
Attività 3: Invio campioni respiratori presso laboratorio di riferimento INMI in presenza di un caso positivo per Legionella come riportato nelle linee di indirizzo regionale per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi (Deliberazione Giunta Regionale n. 460_28-06-2024)		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
UOC Laboratorio analisi	DS-SPCI	Direttore Sanitario
R	I	I

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



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER LA PREVENZIONE DELLA LEGIONELLOSI 2025

ALLEGATO 2  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER LA PREVENZIONE  
DELLA LEGIONELLOSI

Data: 29/01/2025

Revisione: 0

Pagina: 9 di 16

### OBIETTIVO 1) SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEI CASI UMANI DI LEGIONELLOSI

**Attività 4:** Sorveglianza attiva (segnalazione dei casi con test positivi per Legionella)

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

UOC Laboratorio analisi	DS-SPCI	Direttore Sanitario
R	I	I

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

### OBIETTIVO 1) SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEI CASI UMANI DI LEGIONELLOSI

**Attività 5:** Analisi annuale della proporzione di pazienti con polmonite per i quali è stato richiesto un test diagnostico per Legionella

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

DS-SPCI	SIO	Direttore Sanitario
R	C	I

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

### OBIETTIVO 1) SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEI CASI UMANI DI LEGIONELLOSI

**Attività 6:** Segnalazione tempestiva alla ASL competente per territorio di ogni caso ospedaliero di legionellosi

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Medico curante del paziente con test per legionella positivo	Responsabile UOC/UOS	DS-SPCI	Direttore Sanitario
R	I	I	I

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

### OBIETTIVO 1) SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEI CASI UMANI DI LEGIONELLOSI

**Attività 7:** Avvio di indagine epidemiologica in caso di riscontro di casi umani di legionellosi (operatori sanitari, pazienti, ecc.) con mappatura delle procedure assistenziali a rischio eseguite

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Medico curante del paziente con test per legionella positivo	Coordinatore DAPS del reparto /servizio	Responsabile UOC/UOS	DS-SPCI	SPP	Medicina del lavoro	Area Tecnica	Direttore Sanitario
C	C	C	R	C	C	C	I

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



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER LA PREVENZIONE DELLA LEGIONELLOSI 2025

ALLEGATO 2  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER LA PREVENZIONE  
DELLA LEGIONELLOSI

Data: 29/01/2025

Revisione: 0

Pagina: 10 di 16

### OBIETTIVO 1) SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEI CASI UMANI DI LEGIONELLOSI

**Attività 8:** Implementazione della sorveglianza clinica sui pazienti e sulla tempestiva esecuzione di test diagnostici al presentarsi di sintomi compatibili con legionellosi tra gli altri pazienti

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Responsabili UU.OO dell'area clinica dove è stato riscontrato il caso	Coordinatore DAPS del reparto /servizio dove si è riscontrato il caso	DS-SPCI	SPP	Medicina del lavoro	Responsabile UOC Laboratorio analisi	Direttore Sanitario
R	C	I	I	I	C	I

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

### OBIETTIVO 1) SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEI CASI UMANI DI LEGIONELLOSI

**Attività 9:** Applicazione misure per ridurre al minimo l'eventuale rischio derivante dagli impianti idrici e aeraulici (es. escludendo l'uso delle docce, disattivando la funzione di umidificazione delle UTA ad ogni caso rilevato, etc.)

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Responsabili UU.OO dell'area clinica dove è stato riscontrato il caso	Coordinatore DAPS del reparto /servizio dove si è riscontrato il caso	DS-SPCI	Area Tecnica	Direttore Sanitario
C	C	R	C	R

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

### OBIETTIVO 1) SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEI CASI UMANI DI LEGIONELLOSI

**Attività 10:** Revisione della valutazione del rischio ambientale ogni volta che viene segnalato un caso di legionellosi (compreso indice di rischio strutturale)

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

CCICA	DS-SPCI	Area Tecnica	Direttore Sanitario
C	R	R	I

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



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER LA PREVENZIONE DELLA LEGIONELLOSI 2025

ALLEGATO 2  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER LA PREVENZIONE  
DELLA LEGIONELLOSI

Data: 29/01/2025

Revisione: 0

Pagina: 11 di 16

### OBIETTIVO 1) SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEI CASI UMANI DI LEGIONELLOSI

**Attività 11:** Eseguire e documentare l'esecuzione dei campionamenti dell'acqua per la ricerca della legionella secondo linee guida vigenti nei punti idrici ed impianti interessati

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Area Tecnica	DS-SPCI	Direttore Sanitario
R	C	R

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

### OBIETTIVO 1) SORVEGLIANZA E CONTROLLO DEI CASI UMANI DI LEGIONELLOSI

**Attività 12:** Documento Valutazione Rischi (DVR) contenente misure preventive e protettive in relazione al rischio valutato di possibile legionellosi secondo le linee guida vigenti per gli operatori potenzialmente esposti

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

SPP	DS-SPCI	Direttore Sanitario
R	I	I

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



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER LA PREVENZIONE DELLA LEGIONELLOSI 2025

ALLEGATO 2  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER LA PREVENZIONE  
DELLA LEGIONELLOSI

Data: 29/01/2025

Revisione: 0

Pagina: 12 di 16

### 8.2.2. Attività Obiettivo 2: Monitoraggio e prevenzione legionellosi in assenza di casi

OBIETTIVO 2) MONITORAGGIO E PREVENZIONE LEGIONELLOSI IN ASSENZA DI CASI			
Attività 1: Assicurare disponibilità dei test diagnostici di laboratorio per la diagnosi di legionellosi			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
DS-SPCI	UOC Laboratorio analisi	UOC Farmacia	Direttore Sanitario
I	C	R	I

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

OBIETTIVO 2) MONITORAGGIO E PREVENZIONE LEGIONELLOSI IN ASSENZA DI CASI		
Attività 2: Documentare su apposito registro ogni modifica apportata a ciascun impianto a rischio		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
DS-SPCI	Area Tecnica	Direttore Sanitario
I	R	I

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

OBIETTIVO 2) MONITORAGGIO E PREVENZIONE LEGIONELLOSI IN ASSENZA DI CASI		
Attività 3: Documentare su apposito registro gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria apportate a ciascun impianto a rischio		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
DS-SPCI	Area Tecnica	Direttore Sanitario
I	R	I

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

OBIETTIVO 2) MONITORAGGIO E PREVENZIONE LEGIONELLOSI IN ASSENZA DI CASI		
Attività 4: Documentare su apposito registro le operazioni di pulizia e disinfezione eseguite su ciascun impianto a rischio		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
DS-SPCI	Area Tecnica	Direttore Sanitario
I	R	I

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



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER LA PREVENZIONE DELLA LEGIONELLOSI 2025

ALLEGATO 2  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER LA PREVENZIONE  
DELLA LEGIONELLOSI

Data: 29/01/2025

Revisione: 0

Pagina: 13 di 16

### OBIETTIVO 2) MONITORAGGIO E PREVENZIONE LEGIONELLOSI IN ASSENZA DI CASI

**Attività 5:** Redazione di Istruzione operativa per l'esecuzione dei campionamenti dell'acqua per la ricerca della legionella secondo linee guida vigenti

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

DS-SPCI	Area Tecnica	Direttore Sanitario	SPP
R	C	R	C

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

### OBIETTIVO 2) MONITORAGGIO E PREVENZIONE LEGIONELLOSI IN ASSENZA DI CASI

**Attività 6:** Eseguire e documentare l'esecuzione dei campionamenti dell'acqua per la ricerca della legionella secondo linee guida vigenti

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

DS-SPCI	Area Tecnica	Direttore Sanitario
R	R	R

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

### OBIETTIVO 2) MONITORAGGIO E PREVENZIONE LEGIONELLOSI IN ASSENZA DI CASI

**Attività 7** Eseguire e documentare ogni intervento di sanificazione del circuito idrico odontoiatrico

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Polo Odontoiatrico	Area Tecnica	DS-SPCI	Direttore Sanitario
R	I	R	R

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

### OBIETTIVO 2) MONITORAGGIO E PREVENZIONE LEGIONELLOSI IN ASSENZA DI CASI

**Attività 8:** Redazione di una istruzione operativa sulla modalità di manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti idrici e di condizionamento

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Area Tecnica	DS-SPCI	Direttore Sanitario
R	I	C

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



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER LA PREVENZIONE DELLA LEGIONELLOSI 2025

ALLEGATO 2  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER LA PREVENZIONE  
DELLA LEGIONELLOSI

Data: 29/01/2025

Revisione: 0

Pagina: 14 di 16

### OBIETTIVO 2) MONITORAGGIO E PREVENZIONE LEGIONELLOSI IN ASSENZA DI CASI

**Attività 9:** Valutazione annuale del rischio ambientale di legionellosi (compreso indice di rischio strutturale)

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Area Tecnica	SPP	DS-SPCI	Direttore Sanitario
C	R	C	I

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





## PIANO DI AZIONE LOCALE PER LA PREVENZIONE DELLA LEGIONELLOSI 2025

ALLEGATO 2  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER LA PREVENZIONE  
DELLA LEGIONELLOSI

Data: 29/01/2025

Revisione: 0

Pagina: 15 di 16

### 8.2.3. Attività Obiettivo 3: Comunicazione e Formazione

OBIETTIVO 3) COMUNICAZIONE E FORMAZIONE		
<b>Attività 1:</b> Formazione del personale sanitario in merito a: - elevato sospetto di polmonite da legionella associata a pratiche assistenziali ed utilizzo di test diagnostici appropriati; - elevato sospetto di polmonite da Legionella nei pazienti trapiantati con polmonite nosocomiale, anche quando gli accertamenti di sorveglianza ambientale non dimostrano la presenza di Legionella - misure di controllo della legionellosi associate alle pratiche assistenziali		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
DS-SPCI	Direzione Risorse Umane	Direttore sanitario
R	C	I

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

OBIETTIVO 3) COMUNICAZIONE E FORMAZIONE			
<b>Attività 2:</b> Formazione del personale dell'Area Tecnica: - misure di controllo della legionellosi associate alle attività di gestione dell'impianto idrico e aeraulico			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
DS-SPCI	Area Tecnica	Direzione Risorse Umane	Direttore sanitario
C	R	C	C

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



FONDAZIONE  
POLICLINICO UNIVERSITARIO  
CAMPUS BIO-MEDICO

## PIANO DI AZIONE LOCALE PER LA PREVENZIONE DELLA LEGIONELLOSI 2025

ALLEGATO 2  
PIANO DI AZIONE LOCALE  
PER LA PREVENZIONE  
DELLA LEGIONELLOSI

Data: 29/01/2025

Revisione: 0

Pagina: 16 di 16

### 8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento è valido unicamente nella sua versione elettronica disponibile su Campusnet e sul sito internet della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico.

Qualora venga stampato, il documento ha validità limitata alla sua piena corrispondenza con la versione elettronica disponibile su Campusnet e sul sito internet della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico.

### 9. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi Conferenza Stato Regioni del 7-05-2015.
2. World Health Organization (OMS). Legionella and the prevention of legionellosis. 2007.
3. Deliberazione Giunta Regionale n. 460\_28-06-2024: "Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionale per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi".