

Deliberazione N. 0000357 del 27/02/2026

Struttura Proponente: UOSD Rischio Clinico

Centro di costo: G0DG43JD1S

Proposta: 0000418 del 24/02/2026

Oggetto:

AGGIORNAMENTO DEL REGOLAMENTO DEL COMITATO PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI
CORRELATE ALL' ASSISTENZA - CCICA

IL DIRETTORE GENERALE (*)
Angelo Aliquò

L'Estensore: **Luca Casertano**

Data 24/02/2026

Il Responsabile del Budget:

Data

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione della proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento: **Luca Casertano**

Data 24/02/2026

Il Direttore della Struttura Proponente: **Luca Casertano**

Data 24/02/2026

Il Dirigente Addetto al Controllo di Gestione: **Miriam Piccini**

Data 24/02/2026

Conto Economico/Patrimoniale su cui imputare la spesa: **Presa Visione**

Direttore Amministrativo: **f.f. Miriam Piccini**

Data 25/02/2026

Parere: **FAVOREVOLE**

Direttore Sanitario: **Gerardo De Carolis**

Data 26/02/2026

Parere: **FAVOREVOLE**

Hash proposta: 97c0eddb690e6d2a3eb30bed9c73619113f0d6b63647be567687f698672ad3e2

(*) Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate

IL RESPONSABILE UOSD RISCHIO CLINICO

VISTI

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421”;
- la L.R. 16 giugno 1994 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni – istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- l’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, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
- la deliberazione aziendale n. 1353 del 18-8-2025 recante oggetto “Affidamento dell’incarico di direttore ad interim della struttura “UOSD Rischio Clinico” nell’ambito della Direzione Sanitaria al dott. Luca Casertano, ai sensi dell’art. 25 comma 4 CCNL 2019-2021 dell’area sanità”;

VISTA

l’atto di autonomia aziendale approvato con Delibera n. 150 del 3 febbraio 2025, che stabilisce che:

la Direzione Sanitaria e le strutture in staff ad essa afferenti monitorino le attività sanitarie ed agiscano sulla qualità ed appropriatezza delle prestazioni;

al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure, nonché i migliori risultati possibili in salute con un uso efficiente delle risorse, vengono impiegate metodologie e strumenti quali le linee guida e i percorsi assistenziali basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, i sistemi informativi, a partire dalla cartella clinica integrata informatizzata, la valorizzazione del personale e la relativa formazione, l’integrazione disciplinare e multiprofessionale, la valutazione sistematica delle performance;

l’Azienda cura la stesura, revisione di PDTA e Procedure, per promuovere la qualità e la sicurezza delle cure;

PREMESSO CHE

la sicurezza delle cure costituisce principio fondamentale del Servizio Sanitario Nazionale ed elemento essenziale della qualità dell’assistenza, ai sensi dell’art. 1, comma 1, della Legge 8 marzo 2017, n. 24;

le Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA) e la diffusione di microrganismi multiresistenti (MDRO) rappresentano una delle principali criticità in termini di sicurezza delle cure, esiti clinici, sostenibilità organizzativa ed economica del Servizio Sanitario;

la prevenzione e il controllo delle ICA costituiscono un obiettivo prioritario di sanità pubblica, come previsto dalla normativa nazionale e regionale e dalle principali organizzazioni sanitarie internazionali;

l'adozione sistematica di precauzioni standard e precauzioni aggiuntive basate sulle modalità di trasmissione (contatto, droplet, via aerea) è riconosciuta come misura fondamentale per la riduzione del rischio infettivo nei contesti assistenziali;

l'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini promuove politiche di governo clinico e gestione del rischio finalizzate alla sicurezza del paziente, degli operatori e dei visitatori.

- VISTO** il Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025, prorogato al 31 dicembre 2026 (Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 128/CSR del 30 luglio 2025);
- VISTE** le Linee Guida del Ministero della Salute per la prevenzione e il controllo delle infezioni da microrganismi multiresistenti, inclusi Enterobatteri resistenti ai carbapenemi, Acinetobacter baumannii e Pseudomonas aeruginosa;
- VISTE** le Circolari del Ministero della Salute in materia di sorveglianza e controllo di Candida auris e altri patogeni emergenti;
- VISTE** le Raccomandazioni e Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in materia di ICA e antibiotico-resistenza.
- VISTO** il Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antibiotico-Resistenza (PARCA) 2026-2028, adottato con Determinazione della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio n. G17673 del 23 dicembre 2025;
- VISTI** gli indirizzi regionali in materia di sicurezza delle cure, prevenzione delle ICA e appropriatezza organizzativa;
- VISTA** la mappatura del rischio sanitario effettuata dalla Regione Lazio e il relativo audit eseguito in data 11/03/2025;
- PRESO ATTO** del report inerente alla mappatura citata al capoverso precedente, inviato all'A.O. S.Camillo Forlanini e indicante le azioni di miglioramento attese entro il 28/02/2026;
- PRESO ATTO** delle osservazioni contenute nel suddetto report concernenti le precauzioni e le misure di isolamento, che prevedono la necessità aggiornare il regolamento per il funzionamento del Comitato per il Contrasto alle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA);
- VISTO** l'allegato documento, redatto dalla UOSD Igiene "Regolamento del comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza" che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- RITENUTO OPPORTUNO** modificare le vigenti regolamentazioni in materia di funzionamento del CCICA, adottando, in loro vece, il documento citato al capoverso precedente;
- CONSIDERATO** che le procedure ed i regolamenti aziendali saranno oggetto di periodica revisione triennale e che le procedure saranno rese accessibili e consultabili da tutti gli operatori, tramite pubblicazione sul portale intranet di questa Azienda, nella pagina dedicata al Risk Management e alla Qualità;
- VERIFICATO** che il presente provvedimento non comporta nessuna ulteriore spesa a carico dell'Azienda;
- ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1

della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

PROPONE

di modificare le vigenti regolamentazioni in materia di funzionamento del CCICA, approvando l'allegato documento, redatto dalla UOSD Igiene "Regolamento del comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza" che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

di dare mandato al Responsabile Aziendale del Rischio Clinico di inviare il documento citato al punto precedente ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione affinché lo inoltrino alle strutture ad essi afferenti per gli adempimenti di competenza;

di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di unità operativa delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori coinvolti, al fine di assicurarne l'attuazione, ciascuno per quanto di competenza;

di disporre che il presente provvedimento sia inserito nel Registro delle Procedure Aziendali tenuto dalla UOSD Rischio Clinico e disponibile sul sito intranet aziendale nonché sulla pagina intranet dedicata all'Igiene Ospedaliera;

IL RESPONSABILE U.O.S.D. RISCHIO CLINICO
(Dott. Luca Casertano)

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del D.Leg.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00018 del 12 febbraio 2025
- VISTA** la propria deliberazione n. 316 del 6 marzo 2025;
- LETTA** la proposta di delibera, “aggiornamento del regolamento del comitato per il controllo delle infezioni correlate all’assistenza - CCICA” presentata dal Responsabile della UOSD Rischio Clinico;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell’art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all’art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

di modificare le vigenti regolamentazioni in materia di funzionamento del CCICA, approvando l'allegato documento, redatto dalla UOSD Igiene “Regolamento del comitato per il controllo delle infezioni correlate all’assistenza” che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

di dare mandato al Responsabile Aziendale del Rischio Clinico di inviare il documento citato al punto precedente ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione affinché lo inoltrino alle strutture ad essi afferenti per gli adempimenti di competenza;

di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di unità operativa delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori coinvolti, al fine di assicurarne l’attuazione, ciascuno per quanto di competenza;

di disporre che il presente provvedimento sia inserito nel Registro delle Procedure Aziendali tenuto dalla UOSD Rischio Clinico e disponibile sul sito intranet aziendale nonché sulla pagina intranet dedicata all’Igiene Ospedaliera;

La struttura proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

Il presente atto è pubblicato nell’Albo dell’Azienda nel sito internet aziendale www.scamilloforlanini.rm.it per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dr. Angelo Aliquò)

REGOLAMENTO DEL COMITATO PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Art. 1 FINALITA'

Il presente Regolamento definisce gli obiettivi, le attività, le modalità organizzative e i compiti istituzionali del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (AOSCF), in riferimento alla Circolare del Ministero della Sanità n. 52/1985 e 8/1988 e ss. mm. ii..

Il CC-ICA è un organismo collegiale aziendale multidisciplinare e multi-professionale con funzioni di analisi del fenomeno delle infezioni all'interno dell'AOSCF, di indirizzo tecnico-scientifico e di coordinamento delle attività finalizzate alla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

La sua attività è finalizzata alla riduzione e/o abbattimento del rischio di contrarre e trasmettere malattie infettive tra pazienti, operatori sanitari, visitatori, operatori dei servizi appaltati in outsourcing, etc.. Rappresenta una delle dimensioni del governo clinico e risk management, assicurando le misure di prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, in un'ottica di miglioramento della qualità e della sicurezza.

Art. 2 ISTITUZIONE, DURATA E REVISIONE

Il CC-ICA è istituito con deliberazione del Direttore Generale, ha una durata in carica 3 anni, salvo necessità di modifiche e/o integrazioni prima della scadenza. I componenti possono essere riconfermati alla scadenza del Comitato stesso.

- Eventuali modifiche di composizione (integrazioni, surroghe) sono formalizzate con atto del Direttore Generale, su proposta del Presidente del CC-ICA (Direttore Sanitario).
- Il presente Regolamento è revisionato almeno ogni 3 anni o prima in caso di aggiornamenti normativi/organizzativi rilevanti.

Art. 3 COMPOSIZIONE E FUNZIONI

Il CC-ICA è composto dalle seguenti figure:

- Direttore Sanitario con funzioni di Presidente;
- Dirigente medico Direzione sanitaria, con funzioni di Vicepresidente
- Risk manager
- Direttore dipartimento professioni sanitarie
- Farmacista
- Microbiologo
- Specialista in Malattie Infettive e Tropicali

- Rappresentanti aree medica e critica
- Infermiere addetto al controllo ICA

Possono essere previsti ulteriori componenti in relazione ai bisogni aziendali e all'epidemiologia locale.

Ruoli e funzioni

1. Il Presidente ovvero il Direttore Sanitario:
 - o convoca e presiede le riunioni;
 - o assicura coerenza tra indirizzi del CC-ICA e politiche aziendali;
 - o rappresenta il CC-ICA nei rapporti istituzionali;
 - o propone alla Direzione Strategica l'adozione degli atti conseguenti alle deliberazioni del CC-ICA.
2. Vicepresidente: individuato dal Presidente; lo sostituisce in caso di assenza o impedimento.
3. Componenti:
 - o partecipano con continuità ai lavori, contribuiscono alla definizione del programma annuale ICA/AMR e garantiscono raccordo con le strutture di appartenenza;
 - o propongono temi, dati e azioni; supportano l'implementazione nelle UU.OO.
4. Invitati permanenti o ad hoc: il CC-ICA può invitare figure interne/esterne con specifiche competenze senza diritto di voto, quando utile ai punti in discussione.
5. Il Gruppo Operativo (GO) è preposto all'attuazione degli obiettivi di sorveglianza, prevenzione, formazione, redazione di protocolli e procedure che il CC-ICA ha individuato. Assicura la predisposizione e la diffusione dei report periodici dei dati di sorveglianza per la loro condivisione con le UUOO, con analisi della stessa e presentazione dei dati relativi in seno al Comitato. Interviene d'urgenza in caso di criticità emergenti o di segnalazioni di criticità.
 - a. Redige e promuove la divulgazione di procedure, protocolli, linee guida sulla base degli obiettivi definiti dal Comitato.
 - b. Formula proposte operative e provvedimenti di urgenza da adottarsi in particolari evenienze di rischio infettivo quali infezioni da microrganismi alert o eventi epidemici.
 - c. Realizza il sistema di monitoraggio dei microrganismi alert.
 - d. Partecipa ai gruppi di lavoro.
 - e. Conduce indagini epidemiologiche, studi di incidenza e prevalenza, report di attività, verifiche di efficienza ed efficacia, audit sulle attività del CC-ICA.
 - f. Collabora nei programmi di formazioni e aggiornamento.

Art. 3 CONVOCAZIONI E SVOLGIMENTO DELLE RIUNIONI

1. Il CC-ICA si riunisce almeno 4 volte l'anno e ogniqualvolta condizioni particolari lo richiedano.
2. La convocazione è inviata dalla Segreteria della Direzione Sanitaria via e-mail con preavviso di almeno 10 giorni, allegando ordine del giorno e documentazione essenziale. In urgenza, il



preavviso può essere ridotto e la convocazione effettuata anche per le vie brevi, con successiva formalizzazione.

3. Le riunioni possono svolgersi in presenza o in modalità telematica, garantendo identificazione dei partecipanti, tracciabilità e conservazione dei verbali.

Art. 4 QUORUM, VOTAZIONI, DELEGHE E PARTECIPAZIONE

1. Il quorum costitutivo è la maggioranza dei componenti in carica.
2. Le decisioni sono assunte a maggioranza semplice dei presenti aventi diritto di voto; il voto è palese. In caso di parità prevale il voto del Presidente.
3. La mancata partecipazione ai lavori compromette la funzione del Comitato. Costituisce causa di decadenza:
 - a. tre assenze non giustificate nell'arco di 12 mesi
 - b. la "giustificazione" dell'assenza è comunicata alla Segreteria (prima della seduta o, in caso di impedimento improvviso, appena possibile) e annotata a verbale.
4. Delega/sostituzione:
 - a. la partecipazione del supplente è la modalità ordinaria di sostituzione.

Art. 5 OBIETTIVI ED ATTIVITÀ

Si riportano di seguito le principali competenze del CC-ICA:

- implementazione delle disposizioni nazionali e regionali sulle infezioni correlate all'assistenza;
- elaborazione e monitoraggio di un programma aziendale per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza;
- organizzazione e monitoraggio di un sistema di sorveglianza sui microrganismi alert, con reportistica periodica di restituzione del dato alle unità operative;
- verifica delle resistenze antimicrobiche e monitoraggio del buon uso degli antibiotici attraverso l'istituzione del Team dell'*Antimicrobial Stewardship* (AMR) e dei piani di *stewardship*;
- promozione delle idonee misure di prevenzione;
- promozione della formazione;
- valutazione, approvazione e revisione di procedure e protocolli;
- individuazione dei gruppi di lavoro;
- analisi semestrale dei dati di sorveglianza con individuazione delle criticità e degli obiettivi annuali di analisi/sorveglianza/intervento/formazione del Comitato, ed esame a fine anno dei risultati conseguiti nel raggiungimento degli obiettivi dati.

Art. 6 ATTIVITA' DEL COMITATO

1. Di ogni riunione è redatto verbale contenente: data, partecipanti, ordine del giorno, sintesi discussione, decisioni, eventuali pareri e azioni con responsabili e scadenze.



2. Il verbale è inviato ai componenti entro la seduta successiva ed è approvato nella seduta successiva o, per urgenza, con approvazione formale via e-mail.
3. I verbali e gli allegati sono conservati agli atti della Direzione Sanitaria, secondo le regole aziendali di conservazione e riservatezza.
4. I componenti sono tenuti alla riservatezza su dati e informazioni sensibili, nel rispetto delle norme vigenti e delle policy aziendali.

RIFERIMENTI

1. Circolare ministeriale 52/1985: "Lotta alle infezioni ospedaliere."
2. Circolare ministeriale 8/1988: "Lotta alle infezioni ospedaliere: la sorveglianza." Definisce i criteri standardizzati per la definizione e la diagnosi dei diversi siti di infezione ospedaliera ed i metodi di sorveglianza. Raccomanda di utilizzare oltre ai dati del laboratorio anche sistemi di sorveglianza "attiva."
3. Commissione Europea "Raccomandazione del Consiglio del 9 giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria" (2009/C 151/01)
4. Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario (PARS). (Determinazione n. G00643 del 25/01/2022) e ss. mm. ii.
5. Regione Lazio Deliberazione 21 dicembre 2021, n. 970. Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025.
6. Piano Nazionale di Contrasto alla Resistenza Antimicrobica (PNCAR) 2022-2025 ss. mm. ii.
7. Piano Regionale di Contrasto alla Resistenza Antimicrobica (PRCAR) 2026-2028.