



I.C.E.C. S.R.L.
VILLA MARIA IMMACOLATA
Casa di Cura

Viale del Casaletto, 391
00151 – Roma
Tel: 065373048
Fax: 0653272037

Mail: amministrazione@villamariaimmacolata.it
Site: <https://www.villamariaimmacolata.it/>

**PIANO ANNUALE PER LA
GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO**
MOD PARS

| ED. / REV. | DATA | REDAZIONE | VERIFICA | APPROVAZIONE |
|---------------|------------|---|--------------------|---|
| 00/04 | 12/02/2026 | Risk Manager | Direttore Generale | Datore di Lavoro <i>Cusani Maria</i> |
| | | Presidente CCICA (Direttore Sanitario) | | |
| | | Ufficio Legale | | |

INDICE

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | SCOPO | 2 |
| 2. | CONTESTO ORGANIZZATIVO | 4 |
| 3. | GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO | 4 |
| 4. | RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI..... | 5 |
| 4.1. | RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI | 5 |
| 4.2. | SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO | 6 |
| 5. | DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA..... | 6 |
| 6. | RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE | 7 |
| 7. | MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | 8 |
| 8. | OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO | 9 |
| 8.1. | OBIETTIVI..... | 9 |
| 8.2. | ATTIVITÀ | 10 |
| 8.2.1. | OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE ... | 10 |
| 8.2.2. | OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA | 10 |
| 8.2.3. | OBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA | 11 |
| 9. | OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO | 12 |
| 9.1. | OBIETTIVI..... | 12 |
| 9.2. | ATTIVITÀ | 13 |
| 9.2.1. | OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE ... | 13 |
| 9.2.2. | OBIETTIVO B): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI..... | 13 |
| 9.2.3. | OBIETTIVO C): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE..... | 14 |
| 10. | MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS..... | 15 |
| 11. | RIFERIMENTI NORMATIVI..... | 15 |
| 12. | BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA..... | 16 |
| | ALLEGATO 1: PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI..... | 18 |
| | ALLEGATO 2: REPORT MONITORAGGIO CONSUMO PRODOTTI IDROALCOLICI PER L'IGIENE DELLE MANI..... | 20 |
| | ALLEGATO 3: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI | 23 |

1. SCOPO

Il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) è lo strumento nato

dall'unione dei precedenti PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza).

Il PARS nasce con l'obiettivo di:

- *Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;*
- *Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;*
- *Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);*
- *Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani;*
- *Semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale supportandole nella cruciale fase del risk assessment.*

Regione Lazio – Determinazione N. G00643 del 25/01/2022 – Adozione del “Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”

Il PARS è, quindi, uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti e degli specifici contesti di lavoro.

Il PARS, inoltre, rappresentando le politiche di analisi e di prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli *stakeholder*.

Le attività indicate sono parte integrante delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza, economicità e sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

In questa ottica, è costruito nella prospettiva del miglioramento continuo e dell'implementazione di azioni qualificanti l'attività.

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Casa di Cura Villa Maria Immacolata, situata in Via del Casaletto 391 a Roma nel territorio del IV Municipio (ASL RM 3), è gestita dalla Società I.C.E.C. S.r.l. con sede legale in Roma Via del Casaletto 391.

La Casa di Cura è stata convenzionata con il Pio Istituto di Santo Spirito in data 07/11/1967, registrata il 13/11/1967 con il n° 18023 per ricovero di infermi, con autorizzazione del Ministero della Sanità ufficio del Medico Provinciale del 24/04/1970 protocollo n° 2423.

Oggi la Casa di Cura è autorizzata e accreditata come da DCA n. U00033 del 12.02.2014 per la Lungodegenza post-acuzie, RSA e Hospice.

L'area di terreno occupata è di mq 6147. Gli edifici sono interamente circondati da un parco e l'area è provvista di due zone distinte destinate a parcheggio esterno.

CASA DI CURA VILLA MARIA IMMACOLATA

DATI STRUTTURALI (A)

| | | Fonte del dato |
|---|----------------------|------------------------------|
| Posti letto ordinari autorizzati | 114 + 16 DOMICILIARI | DCA n. U00033 del 12/02/2014 |
| di cui Posti letto ordinari Accreditati | 114 + 16 DOMICILIARI | DCA n. U00033 del 12/02/2014 |

(A): Dati aggiornati al 12/02/2026

DATI DI ATTIVITÀ (A)

| | | Fonte del dato |
|---------------------------|-------|----------------|
| Ricoveri ordinari | 541 | Programma ADT |
| Giornate di degenza | 45924 | Programma ADT |
| Ricoveri diurni | / | / |
| Branche Specialistiche | / | / |
| Prestazioni ambulatoriali | / | / |

(A): Dati aggiornati al 12/02/2026

3. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

La Casa di Cura Villa Maria Immacolata, nell'ambito della Gestione del Rischio Clinico, ha da sempre dedicato una particolare attenzione alle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e alla loro gestione.

In considerazione dell'impatto che tale tipologia di infezione ha sul carico assistenziale e in considerazione di quanto le richieste della Regione Lazio siano diventate nel tempo sempre più puntuali e specifiche, nel corso dell'anno 2025 è stato introdotto il Piano aziendale per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (come da Determinazione 28

novembre 2022, n. G16501 – Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)).

Nel rispetto di quanto previsto dal Piano la struttura è impegnata nella revisione e implementazione delle attività e delle procedure richieste dalla Determinazione.

4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

4.1. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI (AI SENSI DELL'ARTICOLO 2. C. 5 L. 24/2017)

Nell'anno 2025 presso la Struttura sono stati segnalati e registrati, utilizzando lo strumento dell'*incident reporting* e delle non conformità, gli eventi riportati nella seguente tabella.

| TIPO EVENTO | N° | % (su Tot. Even.) | % cadute (su cate- goria) | PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI | AZIONI DI MIGLIORAMENTO | FONTE DEL DATO |
|--------------------------|-----------|----------------------------------|--|---|---|---|
| Near Miss | 0 | 0 | 0 | Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%) | Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%) | Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%) |
| Eventi Avversi | 8 | 100% | 100% | Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (100%) | Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (100%) | Sistemi di reporting (100%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%) |
| Eventi Sentinella | 0 | 0 | 0 | Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%) | Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%) | Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%) |
| Totale | 8 | 100% | 100% | / | / | / |

Tutti gli eventi ricadono nella tipologia degli Eventi Avversi ed hanno riguardato 8 cadute accidentali. Le conseguenze risultano nella maggior parte dei casi lievi (assenza di lesioni o ferite superficiali). Tuttavia, si registrano:

- 2 traumi cranici (di cui almeno uno lieve)
- 1 sospetta frattura di femore con invio al Pronto Soccorso
- presenza di ematomi in alcuni episodi

Due eventi hanno richiesto invio al PS, mentre negli altri casi si è proceduto con gestione interna (intervento infermieristico e/o valutazione medica).

Dall'analisi effettuata è emerso che la maggior parte di queste sono riconducibili alla tipologia di Pazienti trattati, cioè Pazienti disorientati nel tempo e nello spazio, con mobilità ridotta, fragili, anziani e con comorbidità multiple.

Per tutti gli eventi segnalati, si sottolinea l'immediata gestione e l'assenza di particolari problematiche postume.

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

| ANNO | N Sinistri aperti | N Sinistri erogati | Risarcimenti erogati |
|------|-------------------|--------------------|----------------------|
| 2021 | 0 | 0 | 0 |
| 2022 | 0 | 0 | 0 |
| 2023 | 0 | 0 | 0 |
| 2024 | 0 | 1 | Dati Amministrativi |
| 2025 | 0 | 0 | 0 |

5. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

| ANNO | POLIZZA | SCADENZA | COMPAGNIA ASSICURATIVA | PREMIO | FRANCHIGIA | BROKER |
|-----------|--------------------|----------|------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 2021 | 164416369 | 2022 | Unipol Sai | Dati amministrativi | Dati amministrativi | Dati amministrativi |
| 2022 | 164416369 | 2023 | Unipol Sai | Dati amministrativi | Dati amministrativi | Dati amministrativi |
| 2023 | 164416369 | 2024 | Unipol Sai | Dati amministrativi | Dati amministrativi | Dati amministrativi |
| 21/07/ 24 | RC I00010002421 | 21/07/25 | AMTRUST | Dati amministrativi | Dati amministrativi | Dati amministrativi |
| 2025 | RC I00010002421 | 2026 | AMTRUST | Dati amministrativi | Dati amministrativi | Dati amministrativi |

6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Di seguito si riporta una sintesi dello stato di attuazione delle attività programmate per l'anno 2025 e dichiarate nel PARS precedente.

ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO:

| ATTIVITÀ | REALIZZATA ^(A) | STATO ATTUAZIONE |
|---|---------------------------|--|
| 1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico" | IN PROGRAMMA | |
| 2: progettazione ed esecuzione di almeno 2 edizioni di un "corso di gestione del rischio clinico relativo a uno specifico ambito di attività" | IN PROGRAMMA | |
| 3: revisione e implementazione della documentazione del Sistema di gestione aziendale di Rischio Clinico | SI | |
| 4: esecuzione Audit di Rischio Clinico | SI | |
| 5: identificazione dei rischi attraverso il Safety Walkaround | SI | L'attività ha avuto inizio nel secondo semestre del 2025 e proseguirà nel 2026 |

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività

ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO:

| ATTIVITÀ | REALIZZATA ^(A) | STATO ATTUAZIONE |
|---|---------------------------|---|
| 1: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA | IN PROGRAMMA | La struttura ha implementato e distribuito a tutto il personale quanto previsto sul tema dalla Det. Reg. Lazio G16501/2022. Nel corso dell'anno 2026 sarà programmato un corso specifico. |
| 2: monitoraggio e mantenimento del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani | IN CORSO | Le attività connesse al Piano di azione locale sull'igiene delle mani proseguiranno anche nel 2026. |
| 3: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo (nel rispetto di quanto previsto dal Piano ICA) | SI | La struttura ha implementato e distribuito a tutto il personale quanto previsto sul tema dalla Det. Reg. Lazio G16501/2022. |
| 4: elaborazione/revisione/implementazione di un programma di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship) | IN CORSO | |
| 5: report monitoraggio consumo prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani | SI | VEDASI ALLEGATO 2 |

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce almeno le seguenti specifiche responsabilità:

- Risk Manager: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
- Direttore Sanitario/Presidente del CCICA: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo;
- Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
- Direzione Strategica/Proprietà della Struttura: si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

| AZIONE | Direttore Sanitario / Presidente CCICA | Risk Manager | Responsabile Affari Legali / Generali | Direttore Generale / Proprietà | Direttore Sanitario ⁽¹⁾ | Direttore Amministrativo | Strutture di supporto |
|--------------------------|--|--------------|---------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Redazione PARS | R | R | R | C | C | C | / |
| Adozione PARS | I | I | I | R | C | C | / |
| Monitoraggio PARS | R | R | C | I | C | C | C |

(1): Ove non coincida con il Presidente CCICA
R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

8.1. OBIETTIVI

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

È mandatorio declinare un **minimo di cinque attività distribuite su tutti e tre gli obiettivi strategici.**

8.2. ATTIVITÀ

Le attività non eseguite nel corso nel 2025, così come definito nei paragrafi precedenti, sono riprogrammate per l'anno 2026.

8.2.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE**ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico"**

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

STANDARD: 100%

FONTE: Risk Management

| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
|------------------------------|--------------|-----------|
| AZIONE | RISK MANAGER | DIREZIONE |
| Progettazione Corso | C | R |
| Accreditamento Corso | C | R |
| Esecuzione Corso | C | R |

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 2: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso di gestione del rischio clinico relativo a uno specifico ambito di attività"

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

STANDARD: 100%

FONTE: Risk Management

| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
|------------------------------|--------------|-----------|
| AZIONE | RISK MANAGER | DIREZIONE |
| Progettazione Corso | C | R |
| Accreditamento Corso | C | R |
| Esecuzione Corso | C | R |

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

8.2.2. OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA**ATTIVITÀ 3: revisione e implementazione della documentazione del sistema di gestione aziendale di rischio clinico**

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

(documentazione implementata) / (documentazione da implementare)

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
|-----------------------------------|--------------|-----------|
| AZIONE | RISK MANAGER | DIREZIONE |
| Revisione | R | C |
| Informazione/formazione personale | R | C |
| Verifica implementazione | R | C |

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 4: esecuzione Audit di Rischio Clinico**INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2026**Esecuzione di almeno 1 audit di Rischio Clinico e di 1 dedicato all'analisi delle cartelle cliniche.****STANDARD:** 90%**FONTE:** Risk Management

| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
|------------------------------|--------------|-----------|
| AZIONE | RISK MANAGER | DIREZIONE |
| Pianificazione audit | R | C |
| Audit | R | C |
| Valutazione rilevazioni | R | C |

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato**8.2.3. OBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA****ATTIVITÀ 5: identificazione dei rischi attraverso il *Safety Walkaround*****INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2026**(n Safety Walkaround realizzati) / (n Safety Walkaround programmati)****STANDARD:** 90%**FONTE:** Risk Management

| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
|------------------------------|--------------|-----------|
| AZIONE | RISK MANAGER | DIREZIONE |
| Implementazione strumento | R | C |
| Informazione/formazione | R | C |
| Verifica utilizzo | R | C |

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

9. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

9.1. OBIETTIVI

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

È mandatario declinare un **minimo di cinque attività distribuite su tutti e tre gli obiettivi strategici.**

9.2. ATTIVITÀ

Le attività non eseguite nel corso nel 2025, così come definito nei paragrafi precedenti, sono riprogrammate per l'anno 2026 e sono state definite conformemente a quanto previsto nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP, in particolare dal Piano Predefinito 10 -PP10) e dal Piano Nazionale per il Contrasto all'Antibiotico Resistenza (PNCAR).

9.2.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE**ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA****INDICATORE:** Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026**(n corsi di formazione programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)****STANDARD:** 100%**Fonte:** Risk Management**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

| AZIONE | RISK MANAGER | DIREZIONE |
|----------------------|---------------------|------------------|
| Progettazione Corso | C | R |
| Accreditamento Corso | C | R |
| Esecuzione Corso | C | R |

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato**9.2.2. OBIETTIVO B): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI****ATTIVITÀ 2: monitoraggio e mantenimento del Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani****INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2026**Monitoraggio e mantenimento Piano****STANDARD:** 90%**Fonte:** Risk Management**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

| AZIONE | RISK MANAGER | DIREZIONE |
|-----------------------------------|---------------------|------------------|
| Elaborazione Piano | C | R |
| Informazione/formazione personale | C | R |
| Verifica implementazione | C | R |

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

9.2.3. OBIETTIVO C): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE

ATTIVITÀ 3: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo (nel rispetto di quanto previsto dal Piano ICA)

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura in base alle indicazioni Regionali.

STANDARD: 100%

FONTE: CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| AZIONE | CC-ICA | DIREZIONE |
|---------------------------------------|--------|-----------|
| Istituzione Gruppo di Lavoro | C | R |
| Definizione modello di sorveglianza | C | R |
| Definizione misure di controllo | C | R |
| Definizione gestione flusso nazionale | C | R |
| Revisione/Elaborazione procedura | C | R |
| Informazione/formazione personale | C | R |
| Verifica implementazione | C | R |

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 4: elaborazione/revisione/implementazione di un programma di buon uso degli antibiotici (*Antimicrobial stewardship*)

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura

STANDARD: 100%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| AZIONE | RISK MANAGER | DIREZIONE |
|-------------------------------------|--------------|-----------|
| Istituzione Gruppo di Lavoro | C | R |
| Definizione modello di sorveglianza | C | R |
| Definizione misure di controllo | C | R |
| Definizione gestione flusso | C | R |
| Revisione/Elaborazione procedura | C | R |
| Informazione/formazione personale | C | R |
| Verifica implementazione | C | R |
| Progettazione Corso | C | R |
| Accreditamento Corso | C | R |
| Esecuzione Corso | C | R |

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 5: report monitoraggio consumo prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

Elaborazione processo monitoraggio utilizzo prodotti idroalcolici, in litri ogni 1000 giornate di degenza.

STANDARD: 20 litri / 1000 gg degenza

FONTE: OMS

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| AZIONE | CC-ICA | DIREZIONE |
|------------------------|--------|-----------|
| Elaborazione report | C | R |
| Compilazione report | C | R |
| Condivisione risultati | C | R |

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

10. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il presente PARS sarà diffuso attraverso i seguenti strumenti:

- pubblicazione su home page del sito internet aziendale;
- presentazione alla Direzione Aziendale;
- diffusione e presentazione al personale di struttura;
- invio al CRRC.

11. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", pubblicata in Gazzetta Ufficiale, serie Generale, n. 64 del 17 marzo 2017, ed entrata in vigore giorno 1° aprile 2017;
- Decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012 (c.d. "decreto omnibus" per la 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 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro;
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009: Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- Circolare Ministero Salute 6 dicembre 2019 – Indicazioni per la sorveglianza e controllo infezioni da CRE;
- Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante: "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014. Preliminare individuazione dei Programmi regionali e approvazione del "Quadro di contesto" del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018";
- Decreto del Commissario ad Acta 6 luglio 2015, n. U00309 recante: "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep. Atti 156/CSR)";
- Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)";
- Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico";
- Determinazione n. G09535 del 02/07/2014 "Linee Guida Regionali per l'attività di Gestione dei sinistri da responsabilità Medico/Sanitaria – Composizione e Funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri;
- Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): "Gestione

del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza" (Determinazione Regionale N. G04112 del 01/04/2014);

- 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. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
- Determinazione Regione Lazio n. G00163 del 11 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. G02044 del 26 febbraio 2021 recante "Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani";
- Determinazione N. G00643 del 25 gennaio 2022 – Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)";
- Nota Regione Lazio Prot. n. 99218 del 23 febbraio 2015 Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti;
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;
- Deliberazione Regione Lazio n. 970 del 21 dicembre 2021 "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025";
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022-2025.
- Determinazione Regione Lazio n. G16501 del 28 novembre 2022 "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'Assistenza (ICA);
- Deliberazione Giunta Regionale (Regione Lazio) n. 460 del 28/06/2024 con oggetto "Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi";
- Determinazione Regione Lazio n. G17673 del 23 dicembre 2025 "Piano attuativo regionale per il contrasto all'antibiotico resistenza".

12. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Ministero della Salute: "Risk Management e Qualità in Sanità - il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
- WHO – World Alliance for patient safety – The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Save Surgery Save Live".
- WHO: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997.
- Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997.
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione
- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza
- AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators:
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>

ALLEGATO 1

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

ALLEGATO 1: PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

Con la Determinazione G02044 del 26/02/2021 è stato adottato il documento "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani".

Così come da Nota della Regione Lazio U. 0124752 del 02/02/2023 e U. 0091714 del 22/01/2024, il presente documento viene redatto al fine di rappresentare quanto già posto in essere dalla Struttura nell'ambito del Piano e, soprattutto, quanto programmato per raggiungere il livello INTERMEDIO che "Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2023, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura" (**Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani**) e per mantenerlo come livello standard anche negli anni a seguire.

| SEZIONE | RISULTATI 2024 | RISULTATI 2025 | AZIONI 2026 |
|---|-------------------|-------------------|---|
| A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI | 76 | 76 | <ul style="list-style-type: none"> Valutare la tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso Valutare l'introduzione di dispenser di vario tipo per aumentare l'utilizzo |
| B - FORMAZIONE DEL PERSONALE | 70 | 70 | <ul style="list-style-type: none"> Verificare che per il personale neo assunto sia prevista formazione sull'igiene delle mani Valutare le conoscenze degli operatori |
| C - MONITORAGGIO E FEEDBACK | 70 | 70 | <ul style="list-style-type: none"> Aumentare l'attività di osservazione e definire una cadenza regolare di svolgimento Valutare standard in relazione ai risultati |
| D - COMUNICAZIONE PERMANENTE | 70 | 75 | <ul style="list-style-type: none"> Valutare nuovo materiale per la comunicazione con il coinvolgimento di tutti gli stakeholder (Direzione Sanitaria, Risk Manager, Ufficio Comunicazione, Responsabile Qualità) |
| E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT | 60 | 60 | <ul style="list-style-type: none"> Valutare l'introduzione di nuovi strumenti di partecipazione del personale Valutare la definizione di giornate annuali dedicate al tema (campagne interne) |

ALLEGATO 2

REPORT MONITORAGGIO CONSUMO PRODOTTI IDROALCOLICI PER L'IGIENE DELLE MANI

**ALLEGATO 2: REPORT MONITORAGGIO CONSUMO PRODOTTI IDROALCOLICI PER
L'IGIENE DELLE MANI**

| | |
|---------------------|----------------------------|
| Anno di riferimento | 2025 |
| Intervallo di tempo | Annuale |
| Standard | 20 litri / 1000 gg degenza |
| Fonte | OMS |

Consumo riferito all'intera struttura

| ANNO | CSIA* | GDO* |
|------|-------|-------|
| 2024 | 249 | 40364 |
| 2025 | 280 | 45924 |

Se disponibile, inserire i dati di CSIA della struttura suddivise per aree di degenza/NON degenza

| ANNO | Area di | CSIA* | GDO* |
|------|---------------|------------|--------------|
| 2024 | Degenza** | 249 | 40364 |
| | NON Degenza** | // | // |
| | Totale | 249 | 40364 |
| 2025 | Degenza** | 280 | 45924 |
| | NON Degenza** | // | // |
| | Totale | 280 | 45924 |

* Per la definizione di CSIA e/o di GDO fare riferimento al foglio "Legenda"

** Per l'identificazione delle aree di "Degenza" e "NON Degenza" fare riferimento al foglio "Legenda"

LEGENDA

| | |
|----------------------------|---|
| CSIA | Consumo di Soluzione Idroalcolica e/o prodotto equivalente espressa in litri. |
| GDO | Giornate di Degenza Ordinaria: somma del numero di interi giorni (24h) trascorsi dai pazienti nel reparto da cui vengono dimessi. |
| Aree di degenza | Include le seguenti Aree/Discipline: Medica, Chirurgica, Terapia Intensiva, Ortopedico-Traumatologica ed eventuali altre aree di Degenza. |
| Aree di NON degenza | Include le seguenti Aree/Discipline: Blocco Chirurgico, |

Consultori, Emergenza Urgenza, Sale di attesa, Day Hospital (D.H.), Day Surgery (D.S.), Ambulatori, Centri di Prenotazione (C.U.P.) ed eventuali altre aree di NON Degenza.

COMPLIANCE IGIENE MANI

| SEZIONE | RISULTATI 2024 | RISULTATI 2025 | AZIONI 2026 |
|---|-------------------|-------------------|--|
| C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale? | ≥81% | ≥81% | <ul style="list-style-type: none"> Aumentare l'attività di osservazione e definire una cadenza regolare di svolgimento Valutare standard in relazione ai risultati |

ALLEGATO 3

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

ALLEGATO 3: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

Con la Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Lazio n. 460 del 28/06/2024 è stato adottato il documento "Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi".

Il presente documento viene redatto al fine di rappresentare quanto già posto in essere dalla Struttura nell'ambito della Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi e, soprattutto, quanto programmato per l'anno 2025 e rappresenta a tutti gli effetti il *Programma di Controllo della Legionellosi*, come previsto dalle suddette Linee di Indirizzo.

MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DI GESTIONE DEL RISCHIO LEGIONELLOSI

| N. | AMBITO | ATTIVITÀ SVOLTA | ESITO / STATO DI ATTUAZIONE | PERIODICITÀ |
|----|------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| 1 | Governance | Costituzione formale del Team di Gestione del Rischio Legionellosi | DA COSTITUIRE | Aggiornato in caso di variazioni organizzative |
| 2 | Coordinamento | Riunioni del gruppo di lavoro | DA EFFETTUARE | Annuale (≥2 incontri) |
| 3 | Sistema documentale | Istituzione e aggiornamento piattaforma documentale dedicata | IN CORSO | Aggiornamento continuo |
| 4 | Valutazione del rischio | Redazione/aggiornamento DVR ai sensi D.Lgs. 81/08 e Linee Guida 2015 | EFFETTUATA | Biennale o a seguito di modifiche/criticità |
| 5 | Ispezione tecnica | Sopralluogo tecnico per individuazione/conferma fonti di rischio | EFFETTUATO | Annuale |
| 6 | Misure di prevenzione | Implementazione misure strutturali e gestionali (controllo temperature, flussaggi, manutenzione, disinfezioni) | EFFETTUATO | Attuazione continuativa |
| 7 | Misure di controllo microbiologico | Esecuzione piano di campionamento | EFFETTUATO | Annuale / Straordinaria in caso di positività |
| 8 | Procedure operative | Redazione e revisione procedure specifiche per gestione rischio Legionellosi | IN CORSO | Revisione annuale |
| 9 | Segnalazione e notifica | Definizione flussi informativi interni ed esterni | EFFETTUATO | In caso di evento |
| 10 | Gestione ICA | Applicazione protocollo in caso di sospetta infezione correlata | N.A. | Eventuale |
| 11 | Monitoraggio efficacia | Analisi esiti microbiologici e indicatori operativi | SI | Report annuale |
| 12 | Piano di miglioramento | Attuazione eventuali azioni correttive o migliorative | N.A. | A seguito monitoraggio |

| N. | AMBITO | ATTIVITÀ SVOLTA | ESITO / STATO DI ATTUAZIONE | PERIODICITÀ |
|----|-------------------|---|-----------------------------|-------------|
| 13 | Formazione | Evento formativo sul rischio Legionella | DA PROGRAMMARE | Annuale |
| 14 | Sensibilizzazione | Iniziative informative per personale e utenti | DA PROGRAMMARE | Annuale |

Il presente Programma di Controllo della Legionellosi è da considerarsi redatto e approvato da tutto il Gruppo di lavoro e assume la data di revisione del documento cui è allegato (MOD-PARS).