



CASA DI CURA PRIVATA VILLA LUANA

Casa di Cura

**Via Tivoli, 66
00010 – Poli (RM)
Tel: 069573811
Fax: 069551318**

**Mail: gesait@legalmail.it
Sito: <http://www.villaluana.it/>**

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO MOD PARS

ED. / REV.	DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
00/04	11.02.2026	Risk Manager Dott. Massimiliano Dell'Aquila	Responsabile Qualità	Datore di Lavoro Dott. Emilio Innocenzi
		Presidente CCICA		
		Ufficio Legale		



1.	CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
2.	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	6
2.1.	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI	6
2.2.	SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO	6
3.	DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	7
4.	RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE	8
5.	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	9
7.	OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	10
7.1.	OBIETTIVI	10
7.2.	ATTIVITÀ	11
7.2.1.	OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE	11
7.2.2.	OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA	11
7.2.3.	OBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA	12
8.	OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	13
8.1.	OBIETTIVI	13
8.2.	ATTIVITÀ	14
8.2.1.	OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE	14
8.2.2.	OBIETTIVO B): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI	14
8.2.3.	OBIETTIVO C): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE	15
6.	MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS	18
7.	RIFERIMENTI NORMATIVI	18
8.	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	19
ALLEGATO 1: PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI		20
ALLEGATO 2: SEZIONE RACCOLTA DATI		21

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Casa di Cura Villa Luana è situata su un'altura dei Monti Prenestrini, a circa 500 mt. sul livello del mare, in una zona panoramica, completamente immersa nel verde, in un'ampia zona naturalistica che va dai Monti Lucretini ai Monti Prenestini, passando per i monti Tiburtini, inserita nel territorio delle comunità Montana che prende il nome proprio da questi 3 gruppi montuosi. Si estende lungo una vallata immersa nei boschi, tra oliveti e vari alberi da frutta, ai piedi del Monte Guadagnolo. Il clima è asciutto e salubre, piuttosto mite e temperato, con estati fresche e inverni non troppo miti. Il panorama mozzafiato può essere ammirato dai numerosi terrazzi a aree aperte adiacenti alle stanze di degenza. Si trova a pochi chilometri da Roma, nel Comune di Poli, è dotata di un ampio parcheggio riservato e di un vasto parco che la circonda e che garantisce quiete e tranquillità.

La Casa di Cura Villa Luana, (operante fin dal 1994 con autorizzazione D.G.R. nr. 8172 del 18 gennaio 1994) con sede operativa in via Tivoli n. 66 – 00010 –, è gestita dalla Società Gestione Sanitaria Italiana S.r.l. iscritta al Rea nr. 1162610, ed è composta da un Consiglio di Amministrazione con carica di Presidente a nome del Dott. Emilio Innocenzi e con Consiglieri Dott. Pezzani Fabio e Dott. Pucci Gennaro.

L'autorizzazione all'esercizio dell'attività socio/sanitaria (e relativo accreditamento) è stata rilasciata dalla Regione Lazio, ai sensi dell'art. 8-ter, commi 1 e 2, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., e relativo accreditamento, rilasciata con Decreto del Commissario ad acta NR. 18 del 16.01.2015 e successive DCA 344 del 21/07/2015 e successive DCA 85 del 01/03/2019.

Casa di Cura Privata Villa Luana

DATI STRUTTURALI (A)

Fonte del dato

RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO PER ACUZIE

Posti letto ordinari	32	DCA 18 del 16/01/2015 DCA n. U00085 del 01/03/2019
di cui Medicina Generale	16	DCA nr.8 del 16/01/2015 DCA n. U00085 del 01/03/2019
di cui Chirurgia Generale	16	DCA n. U00085 del 01/03/2019

RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO PER POST-ACUZIE

Posti letto recupero e rieducazione funzionale (cod. 56)	25	DCA 18 del 16/01/2015 DCA n. U00085 del 01/03/2019
di cui Riabilitazione Neuromotoria	25 (di cui 20 Accreditati)	DCA n. U00085 del 01/03/2019

CENTRO DIALISI AMBULATORIALE

Posti letto diurni	10 (8+2 Accreditati)	DCA 18 del 16/01/2015 DCA n. U00085 del 01/03/2019
--------------------	----------------------	--

STRUTTURA PER L'ASSISTENZA DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI ANCHE ANZIANE

Posti letto ordinari RSA	120 (Accreditati)	DCA 18 del 16/01/2015 DCA n. U00085 del 01/03/2019
--------------------------	-------------------	--

(A): Dati aggiornati al 31/12/2025

DATI DI ATTIVITÀ (A)

Fonte del dato

Ricoveri ordinari	125 (media annuale)	Direzione Sanitaria
Ricoveri diurni	0/non autorizzati	Direzione Sanitaria
Branche Specialistiche	9	Direzione Sanitaria
Prestazioni ambulatoriali	(RMN 5740+FKT 7468+DIALISI 2160) TOT. 15368	Direzione Sanitaria

(A): Dati aggiornati al 31/12/2025

La Struttura, inoltre, presente anche le seguenti articolazioni (DCA n. U00085 del 01/03/2019):

- **SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA:**
 - Laboratorio Analisi;
 - Diagnostica per Immagini – radiologia diagnostica cod. 49 (Radiologia, TAC, Angiografia e Risonanza Magnetica*);
 - Medicina Fisica e riabilitazione* (Attività ambulatoriale di fisioterapia).
- **AMBULATORIO POLISPECIALISTICO CON LE SEGUENTI BRANCHE:**
 - Ortopedia e Traumatologia;
 - Ostetricia e Ginecologia;
 - Angiologia;
 - Otorinolaringoiatria;
 - Diabetologia e Dietologia;
 - Odontoiatria;
 - Gastroenterologia;
 - Cardiologia;
 - Neurologia.

* Accreditata

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

2.1. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI

(AI SENSI DELL'ARTICOLO 2. C. 5 L. 24/2017)

Nell'anno 2023 presso la Casa di Cura non sono stati segnalati e registrati eventi. Per quanto riguarda le infezioni, il personale interno le ha gestite e contrastate nel rispetto delle procedure interne.

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	6	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	0	/	/	/	/	/

Tutti gli eventi ricadono nella tipologia degli eventi Avversi; nello specifico si tratta di cadute accidentali.

Le cadute accidentali continuano ad essere il principale evento avverso presente in struttura e sono riconducibili alla tipologia degli Ospiti accolti, cioè pazienti disorientati nel tempo e nello spazio, con mobilità ridotta, fragili, anziani e con comorbidità multiple. Le cadute sono state trattate con immediata attivazione dei protocolli interni, atti alla salvaguardia del Paziente, ed eventuale successivo invio presso l'Ospedale per opportuni accertamenti.

2.2. 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
2018	0	0	€ 0,00
2019	0	0	€ 0,00
2020	0	0	€ 0,00
2021	2	2	€ 400.000,00
2022	0	0	€ 0,00
2023	0	0	0
2024	0	0	0
2025	0	0	0

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	POLIZZA	SCADENZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	FRANCHIGIA	BROKER
2018	IITPMM 1700017	2019	AM TRUST INTERNATIONALE UNDERWRITERS	107.607,82	20.000	Gruppo Laera Srl
2019	IITPMM 1900082	2020	AM TRUST INTERNATIONALE UNDERWRITERS	80.574,82	20.000	Gruppo Laera Srl
2020	RCI000 10000528	2021	AM TRUST INTERNATIONALE UNDERWRITERS	76,892,00	20.000	Gruppo Laera Srl
2021	RCI000 10000528	2022	AM TRUST INTERNATIONALE UNDERWRITERS	76,892,00	20.000	Gruppo Laera Srl
2022	RCI000 10000528	2023	AM TRUST INTERNATIONALE UNDERWRITERS	Dati amministrativi	Dati amministrativi	Gruppo Laera Srl
2023	RCI000 10000528	2024	AM TRUST INTERNATIONALE UNDERWRITERS	Dati amministrativi	Dati amministrativi	Gruppo Laera Srl
2024	RCI000 10000528	2025	AM TRUST INTERNATIONALE UNDERWRITERS	Dati amministrativi	Dati amministrativi	Gruppo Laera Srl
2025	5049507SA	2026	SARA ASSICURAZIONE SPA	€ 6.490,00	10.000	GB SAPRI SPA

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO 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"	NO	Riprogrammato anno 2026
Consolidamento del sistema di Incident Reporting per la segnalazione degli eventi avversi	SI	/
Valutazione del rischio cadute, monitoraggio e prevenzione delle stesse	SI	Non è stata necessaria alcuna revisione. La scheda in oggetto è risultata essere conforme alle necessità.
4: revisione e implementazione della scheda di gestione ICA	SI	Non è stata necessaria alcuna revisione. La scheda in oggetto è risultata essere conforme alle necessità.
5: identificazione dei rischi attraverso audit interno	SI	Svolti Audit interni ordinari e straordinari

(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	NO	Il corso strutturato sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA non sono stati realizzati nell'anno di riferimento; sono stati tuttavia effettuati incontri interni di aggiornamento e risultano programmati specifici percorsi formativi per l'anno 2026.
2: progettazione ed esecuzione di un corso di informazione/formazione sull'uso degli antibiotici	NO	Il corso strutturato di informazione/formazione sull'uso appropriato degli antibiotici non è stato realizzato nell'anno di riferimento; sono stati comunque effettuati momenti di confronto interno e risultano programmati specifici interventi formativi per l'anno 2026.
3: revisione e implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Implementazione delle Mani	SI	È stata effettuata la revisione e implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani, con aggiornamento dei contenuti e adeguamento delle procedure operative interne.
4: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni da CRE	SI	Sono presenti procedure aziendali dedicate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento alle infezioni da CRE, aggiornate in conformità alle determinate regionali vigenti e alle linee guida ministeriali.

5: procedura di gestione per il buon uso degli antibiotici e monitoraggio consumo antibiotici

SI

È presente una procedura aziendale per il buon uso degli antibiotici e il monitoraggio dei consumi antibiotici, aggiornata in conformità alle indicazioni regionali e alle linee guida ministeriali.

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

5. 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	Proprietà	Direttore Sanitario ⁽¹⁾	Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS	R	R	R	C	C	C	/
Adozione PARS	I	I	I	R	C	C	/
Monitoraggio PARS	R	C	C	I	C	C	C

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

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**7.1. 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 mandatario declinare un **minimo di cinque attività distribuite su tutti e tre gli obiettivi strategici.**

7.2. ATTIVITÀ

7.2.1. 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

7.2.2. 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 modulo	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 un audit dedicato all'analisi delle cartelle cliniche.

STANDARD: 90%

Fonte: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Revisione modulo	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

7.2.3. 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

8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO**8.1. 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.**

8.2. ATTIVITÀ

Le attività 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).

8.2.1. 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 sulle ICA 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): 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

Mantenimento e miglioramento 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

8.2.3. OBIETTIVO C): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE

ATTIVITÀ 3: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni da CRE (anche 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: Esecuzione di almeno due edizioni del Corso 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

ATTIVITÀ 6: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni del sito chirurgico e della ferita chirurgica e alla gestione della sepsi

INDICATORE: Esecuzione di almeno due edizioni del Corso 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

6. 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.

7. 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 G00163 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.

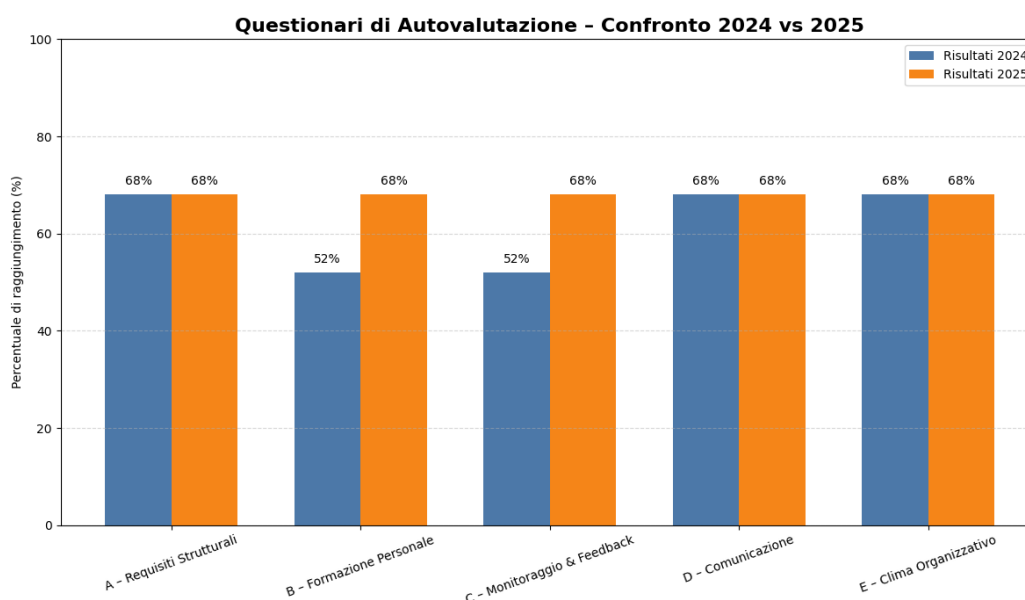
8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- 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

QUESTIONARI DI AUTOVALUTAZIONE

SEZIONE	RISULTATI 2024	RISULTATI 2025	AZIONI 2026
A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	51/75	51/75	- 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	26/50	51/75	- Verificare che per il personale neo assunto sia prevista formazione sull'igiene delle mani - Valutare le conoscenze degli operatori
C – MONITORAGGIO E FEEDBACK	26/50	51/75	- Aumentare l'attività di osservazione e definire una cadenza regolare di svolgimento - Valutare standard in relazione ai risultati
D – COMUNICAZIONE PERMANENTE	51/75	51/75	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	51/75	51/75	- Valutare l'introduzione di nuovi strumenti di partecipazione del personale - Valutare la definizione di giornate annuali dedicate al tema (campagne interne)



ALLEGATO 2: SEZIONE RACCOLTA DATI

Anno Riferimento	2025
Intervallo di tempo	annuale
Standard	20 litri / 1000 gg degenza
Fonte	OMS

Tabella 1: Consumo riferito all'intera struttura

CSIA*	GDO*
350	22594

Tabella 2: Se disponibile, inserire i dati di CSIA della struttura suddivise per aree di degenza/NON degenza

Area di:	CSIA*	GDO*
Degenza**	350	22594
NON Degenza**	//	/
Totale	350	22594

N.B. I dati ottenuti nella riga "totale" devono corrispondere ai rispettivi valori della Tabella 1

* 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	RSA
Aree di NON degenza	Include le seguenti aree/Disciplin: Sale di attesa, uffici etc. ed eventuali altre aree di NON Degenza.

ALLEGATO 3: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

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	Team nominato con definizione di ruoli e responsabilità; verbali archiviati	Aggiornato in caso di variazioni organizzative
2	Coordina-mento	Riunioni del gruppo di lavoro	Effettuate n. 2 riunioni annuali con verbalizzazione e analisi esiti monitoraggio	Annuale (≥2 incontri)
3	Sistema documentale	Istituzione e aggiornamento piattaforma documentale dedicata	DVR, piano di controllo, registri manutenzione, esiti campionamenti e procedure archiviati	Aggiornamento continuo
4	Valutazione del rischio	Redazione/aggiornamento DVR ai sensi D.Lgs. 81/08 e Linee Guida 2015	DVR aggiornato; analisi impiantistica e individuazione punti critici completata	Biennale o a seguito di modifiche/criticità
5	Ispezione tecnica	Sopralluogo tecnico per individuazione/conferma fonti di rischio	Eseguito un sopralluogo annuale con report tecnico	Annuale
6	Misure di prevenzione	Implementazione misure strutturali e gestionali (controllo temperature, flussaggi, manutenzione, disinfezioni)	Misure attuate e registrate su appositi registri; parametri conformi	Attuazione continuativa
7	Misure di controllo microbiologico	Esecuzione piano di campionamento	- In assenza di positività: controlli di routine annuali effettuati - In caso di positività: attivate azioni correttive e ricampionamento fino a negativizzazione	Annuale / Straordinaria in caso di positività
8	Procedure operative	Redazione e revisione procedure specifiche per gestione rischio Legionellosi	Procedure formalizzate e revisionate; distribuite al personale interessato	Revisione annuale
9	Segnalazione e notifica	Definizione flussi informativi interni ed esterni	Procedure attive; nessuna/notificate eventuali segnalazioni secondo normativa	In caso di evento
10	Gestione ICA	Applicazione protocollo in caso di sospetta infezione correlata	Nessun caso correlato registrato / (oppure) gestione effettuata secondo protocollo	Eventuale
11	Monitoraggio efficacia	Analisi esiti microbiologici e indicatori operativi	Non rilevate criticità significative / eventuali criticità gestite con azioni correttive documentate	Report annuale
12	Piano di miglioramento	Attuazione eventuali azioni correttive o migliorative	Interventi eseguiti ove necessario; aggiornamento misure di prevenzione	A seguito monitoraggio
13	Formazione	Evento formativo sul rischio Legionella	Non svolto/riprogrammato	Annuale
14	Sensibilizzazione	Iniziative informative per personale e utenti	Non svolto/riprogrammato	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).