

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

REV.	Data emissione	N° pag.	Causale preparazione modifica documento	Emissione		Verifica e approvazione		Verifica e approvazione	
				Funz.	Firma	Funz.	Firma	Funz.	Firma
0	20.02.2025		Prima emissione del PARS 2025	DS/RM		DdC		Legale Rappresentante	

INDICE

PREMESSA	3
1. CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	4
1.1 SPECIFICITÀ ORGANIZZATIVE IN RELAZIONE AL RISCHIO INFETTIVO	7
2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	10
3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	13
4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE	13
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS	18
6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ DEL PARS 2025	19
6.1 OBIETTIVI	19
6.2 ATTIVITÀ	20
7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS	27
8. PIANO DI AZIONE LOCALE	27
9. RIFERIMENTI NORMATIVI	28
10. BIBLIOGRAFIA.....	29

PREMESSA

L'entrata in vigore della Legge 8 marzo 2019, n° 24, ha mutato in gran parte l'attività del Rischio Clinico. In particolare, all'art. 1 della citata legge viene richiamato il principio della sicurezza delle cure in sanità: "La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale (...)".

La Regione Lazio mediante l'emanazione della Determinazione G 00643 del 25/01/2022 avente ad oggetto l'Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" ha stabilito che tutte strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale e l'ARES 118, nell'elaborazione e nell'adozione del PARS dovranno attenersi a quanto previsto dal suddetto documento di indirizzo.

La Determina prevede che tutte le strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale e l'ARES 118 trasmettano il PARS in formato pdf nativo al Centro Regionale Rischio Clinico via mail (crrc@regione.lazio.it) entro il 28 febbraio di ogni anno.

Il PARS è disponibile all'interno della pagina relativa all'Amministrazione Trasparente, sulla Home page della Struttura.

La **Determina G 00643 del 25/01/2022** prevede la redazione annuale del **Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS)** con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Definire in maniera ancora più puntuale i ruoli e le responsabilità.
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti alla 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 assesment.

Inoltre, si riportano alcune attività che la struttura RDS focalizzerà per il 2025:

1. Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica (SIA)
2. Piano di azione locale sull'igiene delle mani.
3. Programma di controllo della Legionellosi, secondo quanto previsto dalle Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi.

Il Piano Annuale per la gestione del Rischio sanitario (PARS) è lo strumento aziendale per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi e per una effettiva politica di miglioramento della sicurezza delle cure e della persona assistita.

L'Azienda, attraverso le politiche di risk management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente e degli operatori.

L'Associazione Raggio di Sole ETS ha strutturato una serie di iniziative volte ad aumentare la consapevolezza degli operatori nell'individuare le cause puntando a sviluppare una cultura della sicurezza basata sulla prevenzione e sulla previsione dei possibili rischi e dei processi di gestione del rischio, contribuendo attivamente al miglioramento delle condizioni di lavoro e del clima per la sicurezza all'interno della struttura di appartenenza.

La finalità cardine è quella di conoscere gli eventi che accadono più frequentemente in modo tale da poter analizzare le cause profonde e porre in atto delle azioni correttive al fine di evitarne il ripetersi.

Per la gestione del Rischio Clinico e infettivo e la promozione della Sicurezza dei Pazienti si devono necessariamente perseguire i seguenti obiettivi:

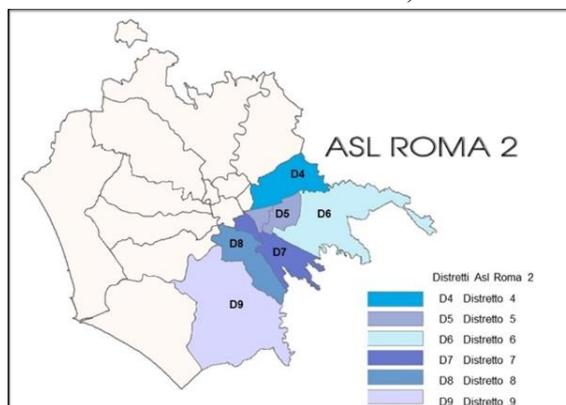
- promuovere la cultura della sicurezza;
- rilevare i rischi presenti nella realtà aziendale;
- intraprendere azioni mirate ad individuare, ridurre e prevenire l'incidenza di eventi avversi per pazienti ed operatori;
- migliorare la qualità del servizio offerto ai pazienti;
- dare un ruolo più attivo al cittadino-fruitore o al paziente stesso, mediante un maggiore coinvolgimento nelle attività di gestione del rischio;
- migliorare i livelli di comunicazione: comunicazione interna, comunicazione difficile;
- applicazione di buone pratiche e raccomandazioni del Ministero della Salute;
- favorire lo sviluppo di strumenti per la sicurezza del paziente.

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Associazione "Raggio di Sole ETS" è ubicata in Roma in via Publio de Tommasi n° 21 (la Rustica), è stata costituita da un gruppo di genitori il 19 Giugno 1963, con lo scopo di "educare e recuperare i giovani affetti da Ritardo Mentale mediante assistenza Medico Pedagogica".

L'Associazione acquisisce Personalità Giuridica con D.P.R. n.287 il 14.03.74 ed è regolamentata da uno Statuto; nel 1975 stipula una convenzione con il Ministero della Sanità, per l'erogazione di assistenza riabilitativa in regime Residenziale e Semiresidenziale, e successivamente con la U.S.L. RM B.

L'Associazione attualmente gestisce un Centro di Riabilitazione, sul territorio dell'Azienda ASL Roma 2.



Il Centro, che occupa un'area di circa 5000 mq di cui 3500 mq destinati ad area verde, si trova all'interno del territorio di competenza della ASL ROMA 2.

La Azienda ASL Roma 2 è stata istituita con Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. 606/2015. Con pubblicazione sul Bollettino Ufficiale Regione Lazio n. 69 del 18/08/2022, con Determina regionale n.G10565 del 04/08/2022, sono state approvate le modifiche parziali dell'Atto Aziendale della ASL Roma 2 (DCA n. U00157/2019 come integrato dal DCA n. U00408/2019, parzialmente modificato dalle Determinazioni G11797/2020 e G00526/2021).

La Asl Roma 2 si estende nell'area sud est della Città di Roma, su una superficie di 470 km². La popolazione residente è circa 1.300.00 abitanti, pari al 45% della popolazione comunale con una densità media di 2.800 abitanti per km².

Il Centro di Riabilitazione Raggio di Sole è accreditato dalla Regione Lazio con Decreto U00216 del 27/06/2014 e regolamentato dalla D.G.R. 380/10 e D.G.R. 790/16 che prevede la compartecipazione alla spesa della quota sociale da parte dell'utente e/o del Comune di residenza. È accreditato per il trattamento riabilitativo di mantenimento e ospita 51 Assistenti di cui 21 in regime residenziale (esclusivamente di sesso maschile) e 30 in regime semiresidenziale (di ambo i sessi). I destinatari delle prestazioni sono le persone affette da Ritardo Mentale a partire dai diciotto anni e con invalidità riconosciuta.

In data 12/8/2021 con prot. 0147189/2021 la ASL Roma 2 ha confermato la conformità, della nostra struttura, rispetto ai requisiti ulteriori di accreditamento previsti dall'allegato "B" Manuale per l'Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie sociosanitarie del DCA n. U00469 del 07/11/0207 e più precisamente quelli esplicitati nel Capitolo "Accreditamento Istituzionale delle strutture extra-ospedaliere".

Il Centro garantisce il diritto al rispetto della dignità personale degli utenti, la riservatezza, come da Regolamento Europeo GDPR 679/2016 sulla privacy, l'identificazione del personale dedicato ai pazienti e un trattamento personalizzato. Viene adottata la Carta Europea dei Diritti del Malato (allegata alla Carta dei Servizi).

Per quanto riguarda le tariffe attualmente viene applicata la DGR n. 138 del 29/03/2022: Integrazioni e modifiche alla DGR n. 979 dell'11 dicembre 2020, recante modifiche ed integrazioni al DCA n. U00434/2012 relativo ai requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.

Mentre per quanto riguarda i "Criteri di eleggibilità ai percorsi di riabilitazione territoriale" viene applicata la DCA 101/2020 che prevede trattamenti socioriabilitativi sia in regime residenziale che semiresidenziale.

Come previsto dalla DGR 138/2022 e ribadito dalla DGR 882/2022, per gestire la lista d'attesa centralizzata per l'accesso alle Strutture Sanitarie Riabilitative ex art. 26 L. 833/78 che erogano prestazioni di riabilitazione territoriale, la ASL Roma 2 ha implementato un programma di gestione delle liste di attesa (L.UN.A.- Lista di attesa UNICA) attraverso l'utilizzo del Portale L.UN.A., nel pieno rispetto della normativa sulla privacy. Il nostro Centro tiene costantemente aggiornato il portale stesso.

Il Centro offre una modalità di intervento medico, riabilitativo, infermieristico che si svolge rivolto agli utenti in regime residenziale nell'arco delle 24h e agli utenti in regime semiresidenziale. Le attività ed i servizi dei semiresidenziali vengono erogati dal lunedì al sabato dalle h. 8.45 alle h. 14.45.

Per entrambe le tipologie assistenziali sono previsti i seguenti servizi:

- Servizio Medico:
 - Direzione Medica

- Consulenza Specialistica (Psicologia clinica, Neurologia, Psichiatria)
- Servizio Infermieristico
- Servizio Psicologico (Terapia individuale, terapia di gruppo, counseling con la famiglia)
- Servizio Riabilitativo:
 - Intervento fisioterapico
 - Intervento logopedico
 - Intervento cognitivo
 - Intervento educativo
 - Intervento occupazionale
 - Attività espressive
- Servizio Assistenziale:
 - O.S.S. (Operatori Socio Sanitari)

Nell'ambito del programma riabilitativo globale i singoli interventi sono curati dalle diverse figure professionali e gestiti attraverso forme di programmazione e collaborazione interdisciplinare.

Lo staff di specialisti (medico psicologo clinico, neurologo, psichiatra, psicoterapeuta, infermieri, psicologo, operatori della riabilitazione), a partire dagli esiti di un'accurata valutazione funzionale, elabora ed attua il programma d'intervento definito per ogni utente secondo le competenze e le diverse esigenze (Progetto Riabilitativo Individuale - PRI).

Le attività riabilitative previste dal progetto comprendono inoltre laboratori di cucina, cinema, giardinaggio, bricolage, teatro, piccolo artigianato, pittura, uscite culturali.

Il Centro di Riabilitazione offre la possibilità di effettuare attività in strutture esterne garantendone il trasporto. Essendo la riabilitazione un percorso terapeutico ed educativo che tende ad abilitare, a stimolare, a mantenere le capacità e le potenzialità esistenti nella persona disabile, campo per noi prioritario è quello di cercare le strategie, le tecniche, i metodi necessari, efficaci e integrati per meglio raggiungere i nostri obiettivi. La qualità umana, culturale e professionale delle risorse umane impiegate è un requisito essenziale per il raggiungimento degli obiettivi di qualità prefissati. A tal fine l'Associazione si impegna a promuovere in modo continuativo adeguate iniziative di incontro e scambio tra le varie professionalità e a stimolare la motivazione, il coinvolgimento e la collaborazione di tutte le persone che operano nell'ambito del centro.

Gli obiettivi di qualità verso i quali orientiamo il lavoro sono quelli di:

- Sviluppare, abilitare e potenziare le possibilità concrete di ogni persona disabile valorizzandone le differenti abilità.
- Aumentare o conservare il più a lungo possibile il grado di autonomia, indipendenza e autodeterminazione possibile in ciascuno.
- Favorire l'instaurarsi di un rapporto equilibrato con il mondo circostante orientato al raggiungimento del benessere individuale e collettivo.
- Costruire con le persone disabili, le famiglie e il territorio percorsi partecipanti tendenti a favorire la crescita e lo sviluppo integrale della persona e il mantenimento delle capacità residue degli assistiti.

Il tutto in regime di prestazioni accreditate dal S.S.R.

Tabella 1 – Presentazione dei dati di attività

Associazione Raggio di Sole ETS			
DATI STRUTTURALI			
ASL territorialmente competente		ASL ROMA 2	
Posti letto residenziali	21	Eventuali divisioni (es-RSA, Hospice, ecc.)	Non applicabile
			Non applicabile
			Non applicabile
DATI DI ATTIVITÀ			
Giornate di degenza per l'area residenziale	7.760 (di cui 208 assenze)	Prestazioni/ accessi semiresidenziali	8.294 (di cui 931 assenze)

1.1 SPECIFICITÀ ORGANIZZATIVE IN RELAZIONE AL RISCHIO INFETTIVO

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) attivo presso il Centro Raggio di Sole (RdS), è stato costituito il 15/04/2019, aggiornato il 14 gennaio 2022 e nuovamente il 23/05/23, da allora opera nell'ambito del Gruppo Aziendale della Qualità attraverso i Referenti. Ha il compito di vigilare e presidiare tutti gli aspetti relativi alla sorveglianza e al controllo delle infezioni trasmissibili in ambito assistenziale, stimolare l'utilizzo delle best practice finalizzate alla riduzione del rischio infettivo, sostenere il miglioramento continuo attraverso l'applicazione delle metodologie di analisi ai processi clinici.

Il Comitato vaglia e propone azioni di miglioramento, ivi comprese la attività formative che si rendano necessarie per controllare e ridurre la trasmissione dei microrganismi durante l'attività sanitaria valutando anche i dispositivi, le attrezzature e i prodotti utilizzati.

Il CCICA svolge anche una specifica attività di contrasto al fenomeno dell'antibiotico resistenza allo scopo di promuovere un corretto uso degli antibiotici nei diversi contesti assistenziali. Sono ben note le difficoltà relative alla capacità sempre più diffusa dei microrganismi di resistere agli antibiotici, vanificandone l'efficacia. Nell'ottica della prevenzione delle infezioni anche nel 2024 sono stati distribuiti dispenser di gel idroalcolico e prodotti specifici per la sanificazione in tutti gli ambienti e sono a disposizione di tutti, soprattutto, per gli operatori addetti all'assistenza diretta.

I dati del 2024 (confrontati con il 2023) sul consumo dei prodotti idroalcolici, prodotti sanificanti e DPI sono sintetizzati nella seguente tabella:

Presidio	Tipologia	Quantità 2023	Quantità 2024
Prodotti idroalcolici	Alcol	25 litri	35 litri
	Gel idroalcolico mani (degenza)	25 litri	3 litri
	Gel idroalcolico mani (non degenza)		3 litri
DPI	Mascherine	1.610	990
	Guanti	19.900	24.600
Disinfettanti	Disinfettante sanificazione ambienti e arredi	284	218

Nel corso dell'anno 2024 è stato effettuato il monitoraggio della legionella attraverso il piano dei controlli che prevedeva 1 controllo l'anno attraverso il prelievo di 6 campioni.

Dall'analisi dei risultati delle prove effettuate sui campioni prelevati nel 2024 risulta:

DATA PRELIEVO	CAMPIONE	PROVA	RISULTATI
11.11.2024	Acqua di rete prelevata da rubinetto lavabo cucina – (12°C)	Conta di batteri coliformi a 37°C Conta di Enterococchi Conta di Escherichia Coli Conta di microrganismi vitali a 22°C	0 0 0 <1 CAMPIONE CONFORME
11.11.2024	Acqua di rete prelevata da lavabo cucina	Colore, ph, conducibilità a 20° C, torbidità, ammoniaca, piombo, manganese, alluminio, ferro	CAMPIONE CONFORME ai requisiti chimici e chimico-fisici richiesti
11.11.2024	Acqua di rete prelevata da lavabo cucina – circuito acqua calda- modalità post flushing	Conta di Legionella spp	<50
11.11.2024	Acqua di rete prelevata da rubinetto uscita caldaia-circuito acqua calda- modalità post flushing	Conta di Legionella spp	<50
11.11.2024	Acqua di rete prelevata da doccia bagno n. 209 - II piano-circuito acqua calda- modalità post flushing	Conta di Legionella spp	<50
11.11.2024	Acqua di rete prelevata da doccia bagno n. 109 - I piano-circuito acqua calda - modalità post flushing	Conta di Legionella spp	<50
11.11.2024	Prelievo di superficie eseguito su fancoil stanza attività educative	Conta di Legionella spp	<50

Non sono stati necessari interventi in quanto i valori sono risultati conformi

Per la Valutazione del Rischio Legionella è stato emesso un allegato al DVR in data 04.12.2024 Rev. 0 (che alleghiamo al PARS 2025), aggiornata la PO 20 Procedura gestione infezioni correlate all'assistenza in cui è stato inserito il paragrafo relativo alla legionella e le modalità di prevenzione della stessa (rev. 2 del 15.07.24), è stato redatto il Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle ICA (Rev. 1 del 05.11.24) in conformità alla Determinazione Regione Lazio n.G16501 del 28.11.2022 Approvazione del “Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)”.

Inoltre, è stata redatta la PO 27 Procedura pulizia e sanificazione ambientale in data 14.10.24 inserendo le modalità di pulizia degli impianti aeraulici, dei soffioni docce, dei rompigetto ed è stata sottolineata l'importanza di far scorrere l'acqua dai rubinetti nei locali meno utilizzati.

È ancora attuale e valida la PO 24 Procedura sull'antibiotico resistenza redatta nel 2021 (Ed.1 rev.0 del 10.12.2021).

Attualmente non è formalizzato un programma di *antimicrobial stewardship* per l'uso appropriato degli antimicrobici, tuttavia, gli antibiotici sotto monitoraggio sono dispensati, dietro prescrizione del Medico di Medicina Generale degli utenti residenti. Si cerca comunque di ottimizzare le terapie antibiotiche al fine di minimizzare i rischi associati agli effetti collaterali, alle resistenze batteriche e alle interazioni indesiderate con le terapie somministrate al paziente. Il Direttore Sanitario come ogni anno ha redatto in data 24.05.24 e

09.12.2024 un report semestrale sul consumo degli antibiotici analizzando i dati scaturiti dal Mod.87 Monitoraggio consumo antibiotici.

Nel corso del 2024 è stato effettuato il monitoraggio delle infezioni. Lo studio è stato condotto attraverso l'analisi della documentazione clinica di tutti gli utenti residenziali, ospiti presso il Centro. I dati raccolti sono riassunti nella tabella seguente:

Sede dell'Infezione	N° Casi	Note	Consumo antibiotici totali 2024
Infezioni da COVID -19	1	1 caso COVID senza trattamento antibiotico	80,8 gr
Infezioni del Basso Tratto Respiratorio, esclusa polmonite	2	Faringite -Trattamento antibiotico per 5 giorni (Cefixoral da 400 mg)	
Infezioni del Tratto Urinario	4 (profilassi)	2 profilassi per infezione urinaria ricorrente in paziente con catetere a permanenza (Ciprofloxacina 500 mg) 1 profilassi per sostituzione catetere a permanenza (Cefixima 400 mg) 1 profilassi per uretrocistografia (fosfomicina bustine)	
Infezioni di Occhio, Orecchio, Naso, Cavità Orale	3 infezione dentaria (3 ascessi) 1 profilassi per intervento odontoiatrico	Patogeno non noto - Trattamento antibiotico (Augmentin)	
Infezioni di Cute e Tessuti Molli	/	/	
Infezioni del tratto gastro intestinale	4 gastroenteriti di cui 1 risultata poi sub occlusione intestinale	patogeno non noto - Trattamento antibiotico Normix 200 mg	
Altro	1 profilassi per trauma cranico	Trattamento antibiotico Augmentin	

A queste infezioni si devono aggiungere 3 infezioni da Virus varicella Zoster, per le quali, dopo opportuno isolamento, il MMG ha prescritto terapia antivirale.

Composizione del CCICA

- 1) I Referenti della Qualità per le specifiche aree
- 2) Direttore Sanitario e Risk Manager (Presidente)
- 3) Coordinatore degli infermieri
- 4) Referente sanitario per la prevenzione e il controllo delle ICA
- 5) Referente sanitario per la prevenzione e il controllo delle COVID-19

6) Referente per la sorveglianza delle CRE all'interno del CC-ICA che sia responsabile dell'implementazione e del mantenimento del sistema interno di sorveglianza.

Il comitato si riunisce periodicamente, o su convocazione del presidente o segnalazione del RSGQ, per analizzare le evidenze prodotte dal sistema di supervisione e controllo e i diversi report di sorveglianza delle ICA.

Risorse dedicate al controllo e alla prevenzione delle ICA

Sono costituite dal CCICA e si possono avvalere, all'occorrenza, della collaborazione del personale medico, infermieristico, del Responsabile del Servizio di Prevenzione, del Medico Competente ed eventuali altre figure e professionalità ritenute necessarie.

AZIONI CONTENIMENTO DA SARS-CoV-2

La struttura, per quanto possibile adotta tutte le misure atte a disciplinare le modalità di accesso e a ridurre al minimo la presenza di persone all'interno dei propri locali al fine del contenimento del contagio da COVID-19.

Sono stati distribuiti DPI idonei allo svolgimento delle mansioni e adeguati al contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2. Inoltre, durante il 2024 è stata effettuata la sorveglianza attiva con esecuzione di tampone rapido agli operatori e a tutti gli utenti in caso di manifestazione di sintomi influenzali o casi positivi rilevati in struttura.

La PO 20 Procedura gestione infezioni correlate all'assistenza è stata revisionata (rev. 2 del 15.07.24) considerando l'attuale evoluzione del quadro clinico dei casi di malattia da Covid-19 e l'attuale situazione epidemiologica, a seguito della pubblicazione in GU Serie Generale n.186 del 10-08-2023 del Decreto-Legge 10 agosto 2023, n. 105, il Ministero ha diffuso la Circolare 11 agosto 2023, con la quale vengono aggiornate le indicazioni sulle misure di prevenzione della trasmissione di SARS-CoV-2.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai fini della identificazione delle misure di prevenzione da attuare in ambito organizzativo una fondamentale importanza riveste l'analisi degli eventi sentinella, degli eventi avversi e dei *near misses*.

Solo attraverso un puntuale monitoraggio di questi eventi seguito da un'attenta analisi delle cause e dal conseguente avvio delle necessarie azioni correttive potranno migliorare i processi e ridurre la probabilità che gli stessi eventi si ripetano.

È fondamentale, in questo senso, partire dal principio di considerare l'errore come "difetto del sistema" e non dell'équipe o del singolo professionista e poi pianificare ed avviare piani di riduzione del rischio clinico.

Favorire l'insorgere nell'organizzazione della "no blame culture" (cultura non colpevolizzante) è di fondamentale importanza per garantire la segnalazione, da parte degli operatori, degli eventi indesiderati e conseguentemente avviare i piani di miglioramento ad essi correlati.

Uno degli obiettivi prioritari di questo Piano è quello di avviare un percorso formativo che trasferisca agli operatori l'importanza di una corretta gestione delle attività di gestione del rischio clinico allo scopo di favorire le conoscenze e fornire indicazioni per promuovere e attuare l'audit come metodo per la gestione del rischio clinico.

Questo, come pure altri elementi, devono essere orientati verso un approccio sistemico alla gestione del rischio clinico poiché nelle organizzazioni sanitarie l'insorgere di un evento indesiderato è causato dall'interazione tra diverse componenti di un sistema: fattori organizzativi, fattori tecnologici, fattori strutturali, fattori umani, tipologia di utenza.

Di seguito viene riportata una relazione consuntiva sugli eventi avversi e sentinella verificatesi nell'anno 2024 all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. I dati sono stati ottenuti dalle segnalazioni pervenute nel corso del 2024, attraverso i sistemi interni di comunicazione.

Detta relazione consuntiva, ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017 (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), è pubblicata sul sito internet aziendale.

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2024

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0%	0%	Strutturali 0 (%) Tecnologici 0 (%) Organizzativi 0 (%)	Strutturali 0 (%) Tecnologiche 0 (%)	Sistemi di reporting e cartelle cliniche degli utenti (100%)
Eventi Avversi	1 (100%)	1 (100%)	Procedure/ Comunicazione 0 (%) 1 caduta accidentale per fattori legati al paziente (pazienti in particolari condizioni cliniche di fragilità) (100%)	Organizzative 0 (%) Procedure/ Comunicazione 0 (%)	
Eventi Sentinella	0 (100%)	0 (%)		Utilizzo di presidi 0 (%)	

Da quanto si evince dalla tabella riepilogativa degli eventi avversi/eventi sentinella/near miss, nel corso del 2024 si sono verificati:

- 1 evento avverso (1 caduta accidentale nel corridoio della struttura come da Incident reporting "Rapporto di segnalazione eventi avversi" del 09.05.24 e inserimento della stessa sul portale SIRES in data 29.05.24 per difficoltà di accesso);

Tra i principali fattori causali/contribuenti degli eventi esaminati, si rileva lo stato di fragilità dei pazienti responsabile dell'accadimento di tutti gli eventi. La tipologia di pazienti trattati nella struttura RdS coprende persone affette da disturbi psichiatrici quali disturbi dello spettro autistico, psicosi e ritardo mentale.

Definizione Eventi¹:

- **Eventi Avversi (EA):** Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Sono tutti casi in cui il paziente è stato realmente danneggiato, quindi non solo gli eventi avversi correlati all'utilizzo dei farmaci, ma tutte le tipologie di eventi possibili che causino un danno al paziente imputabili alle cure degli operatori. Può essere previsto o non prevedibile.
- **Near-Misses o "Quasi Eventi" (NM):** *Circostanza* potenzialmente in grado di determinare un evento che tuttavia non raggiunge il paziente o l'operatore sanitario perché intercettato o per caso fortuito. Si tratta di situazioni in cui un incidente stava per generare danni al paziente, ma per motivi fortuiti o per l'intervento di meccanismi di barriera non si è verificato. Ad esempio: un farmaco era riposto nel luogo sbagliato o era scaduto ed è stato erroneamente prelevato e preparato per la somministrazione al paziente, ma ci si è accorti dell'errore prima della somministrazione.
- **Evento Sentinella (ES):** Evento avverso di particolare gravità, che comporta morte o grave danno alla persona e/o perdita di fiducia nei cittadini nei confronti del SSN. A seguito del suo verificarsi è necessaria un'indagine immediata per accertare possibili fattori eliminabili o riducibili che lo abbiano causato o vi abbiano contribuito con la successiva implementazione di adeguate misure correttive e il loro monitoraggio.
- L'elenco degli eventi sentinella applicabili nell'ambito della struttura contenuti nel Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella pubblicato dal Ministero della salute nel Luglio 2009 e nella Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella" Determinazione 16 settembre 2021, n. G10851 sono i seguenti:
 - Procedura in paziente sbagliato
 - Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
 - Morte o grave danno per caduta di paziente
 - Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
 - Violenza su paziente
 - Atti di violenza a danno di operatore
 - Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (extraospedaliero)
 - Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente.

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

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2020	0	0	0
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0

¹ * Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella"

2024	0	0	0
Totale	0	0	0

(A): vanno 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.)

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Nella tabella seguente si riporta la descrizione della posizione assicurativa della struttura:

Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia
2021	01/01/2022	Generali Italia S.p.A.	€ 4.450	RCT: euro 2.500 per attività riabilitativa, euro 1.000 per attività non riabilitativa
2022	01/01/2023	Generali Italia S.p.A.	€ 4.450	RCT: euro 2.500 per attività riabilitativa, euro 1.000 per attività non riabilitativa
2023	01/01/2024	Generali Italia S.p.A.	€ 4.450	RCT: euro 2.500 per attività riabilitativa, euro 1.000 per attività non riabilitativa
2024	01/01/2024	Generali Italia S.p.A.	€ 4.450	RCT: euro 2.500 per attività riabilitativa, euro 1.000 per attività non riabilitativa
2025	01/01/2025	Generali Italia S.p.A.	€ 4.450	RCT: euro 2.500 per attività riabilitativa, euro 1.000 per attività non riabilitativa

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE

Nel PARS 2024 si erano individuate alcune attività ritenute propedeutiche ad una idonea gestione del rischio come la mappatura dei processi a maggior rischio, la gestione del rischio infettivo e la comunicazione/segnalazione degli eventi da parte di tutto il personale sanitario e altre azioni specifiche.

Nella tabella seguente n° 5 si dettaglia per ciascuna attività proposta il livello di raggiungimento dell'obiettivo alla data del 31.12.2024.

Tabella 5 a –Resoconto delle attività del PARS precedente

Obiettivo A - Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale finalizzato alla formazione sulla gestione del rischio clinico.	SI	Effettuati incontri formativi con il personale neoassunto sul Rischio clinico come da verbali del 04.01.24 (INF), 21.02.24 (OSS), 26.02.24 (Ausiliaria), 08.04.24 (OSS), 18.08.24 (ausiliaria)– A tutti gli operatori sono stati effettuati i seguenti corsi sul rischio clinico, come da verbali del: 04.03.24 – 27.03.24 – 08.04.24 – 09.04.24 – 10.04.24 - 11.04.24 – 16.04.24 – 19.04.24 – 23.04.24 – 30.04.24 – 03.05.24 – 02.07.24
Attività 2: Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale finalizzato alla formazione sulla Gestione e Monitoraggio delle ICA come da Determinazione Regione Lazio del 28 Novembre 2022, n G16501 - Approvazione del “Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA)”	SI	Effettuati incontri formativi con il personale neoassunto sul Rischio clinico (tra gli argomenti trattati anche prevenzione e gestione ICA) come da verbali del 04.01.24 (INF), 21.02.24 (OSS), 26.02.24 (Ausiliaria), 08.04.24 (OSS), 18.08.24 (ausiliaria) Effettuati incontri formativi specifici con tutto il personale sulla prevenzione ICA e lavaggio mani come da verbali del: 27.03.24 – 08.04.24 – 09.04.24 – 10.04.24 - 11.04.24 – 16.04.24 –19.04.24 – 23.04.24 – 30.04.24 – 03.05.24 – 02.07.24 Inoltre, il 06.05.2024 è stato effettuato un corso sulla giornata mondiale dell’igiene delle mani.
Attività 3: Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale in essere e/o neoassunto finalizzato alla formazione sulla Prevenzione delle cadute dei pazienti come da Determinazione Regione Lazio del 6 Novembre 2022, n G15198 - Approvazione del “Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita” in sostituzione del “Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”, di cui alla	SI	Effettuati incontri formativi con il personale neoassunto sul Rischio clinico (tra gli argomenti trattati anche prevenzione e gestione delle cadute pazienti) come da verbali del 04.01.24 (INF), 21.02.24 (OSS), 26.02.24 (Ausiliaria), 08.04.24 (OSS), 18.08.24 (ausiliaria)– Effettuati incontri formativi specifici con tutto il personale sulla Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti come da verbali del: 27.03.24 – 08.04.24 – 09.04.24 – 10.04.24 - 11.04.24 –16.04.24 – 19.04.24 – 23.04.24 – 30.04.24 – 03.05.24 – 02.07.24.

determinazione n. G12356 del 25.10.2016.		
Attività 4: Aggiornamento della PO 20 Procedura Gestione infezioni correlate all'assistenza (ICA) inserendo una sezione per le precauzioni /azioni per la gestione dell'infezione COVID-19 sulla base delle normative regionali e nazionali. Esecuzione di almeno 1 audit interno per verificare l'applicazione della Procedura 20 revisionata	SI	La PO 20 Procedura gestione infezioni correlate all'assistenza è stata revisionata (rev. 2 del 15.07.24) aggiornando la sezione relativa all'infezione da COVID-19 in cui sono state aggiornate le indicazioni sulle misure di prevenzione della trasmissione di SARS-CoV-2, considerando l'evoluzione della normativa. Audit del 28.01.2025 in cui è stata verificata l'implementazione della PO-20. Corso di formazione sulla PO 20 in data 03.12.24 e 12.12.24
Attività 5: Aggiornamento della IO 12 Istruzione Controllo della diffusione delle enterobatteriaceae resistenti ai carbapenemi. Esecuzione di almeno 1 audit interno per verificare l'applicazione dell'Istruzione 12 revisionata	SI	Aggiornamento in data 23.12.24 (rev. 1) della IO 12 Istruzione Controllo della diffusione delle enterobatteriaceae resistenti ai carbapenemi. Audit del 28.01.2025 in cui è stata verificata l'implementazione della IO 12.

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
Attività 1: Monitoraggio continuo degli eventi avversi, eventi sentinella e dei "near miss" secondo la PO 09 "Procedura per la gestione del sistema di Incident Reporting e degli Eventi Avversi/Near Miss/Eventi Sentinella" e relativa modulistica secondo la Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella" N° eventi avversi/eventi sentinella/near miss in un anno	Sì	1 evento avverso (1 caduta accidentale nel corridoio della struttura) come da Incident reporting "Rapporto di segnalazione eventi avversi" del 09.05.24 e inserimento dello stesso sul portale SIRES.
Attività 2: Promozione ed esecuzione di attività di auditing	SI	Effettuato un audit clinico in data 08.01.24 a seguito di ripetuti episodi di agitazione psicomotoria di un paziente per cui è stata richiesta da DS una modifica della terapia

<p>clinici/organizzativi nelle aree aziendali. Esecuzione di almeno 1 audit sia a seguito di eventi sentinella, eventi avversi, near miss sia a seguito di segnalazioni interne o esterne</p>		<p>farmacologica. Monitoraggio della sintomatologia e delle condizioni cliniche del paziente. Dalla verifica della Cartella Clinica in data 16.04.24 si evince come esito finale una riduzione degli episodi di aggressività e agitazione psicomotoria.</p>
<p>Attività 3: Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla prevenzione di atti di violenza agli operatori sanitari e non sanitari”</p>	<p>SI</p>	<p>Effettuati corsi specifici sulla prevenzione degli atti di violenza a danno operatori vedi verbali del: 27.03.24 – 08.04.24-09.04.24 – 10.04.24 - 11.04.24 –16.04.24 – 19.04.24 – 23.04.24 – 30.04.24 – 03.05.24 – 02.07.24</p>

Obiettivo C - Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani attraverso uno specifico piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<p>Attività 1: Progettazione ed esecuzione di almeno un corso di informazione/formazione l’anno sul lavaggio delle mani al personale sanitario e ai nuovi assunti</p>	<p>SI</p>	<p>Effettuati incontri formativi con il personale neoassunto sul Rischio clinico (tra gli argomenti trattati anche prevenzione e gestione ICA e lavaggio mani) come da verbali del 04.01.24 (INF), 21.02.24 (OSS), 26.02.24 (Ausiliaria), 08.04.24 (OSS), 18.08.24 (Ausiliaria) Effettuati incontri formativi specifici con tutto il personale sulla prevenzione ICA e lavaggio mani come da verbali del: 27.03.24 – 08.04.24 – 09.04.24 – 10.04.24 - 11.04.24 – 16.04.24 –19.04.24 – 23.04.24 – 30.04.24 – 03.05.24 – 02.07.24. Il 06.05.2024 è stato effettuato un corso sulla giornata mondiale dell’igiene delle mani.</p>
<p>Attività 2: Continuare a promuovere iniziative di informazione (ad es. in occasione della “Giornata mondiale dell’igiene delle mani” del 5 Maggio) per divulgare l’importanza dell’igiene delle mani anche tra pazienti e familiari mediante affissione di locandine, distribuzione di opuscoli e eventualmente mini-gel idroalcolici omaggio</p>	<p>SI</p>	<p>In data 24.01.24 nella riunione del CCICA si è stabilita l’iniziativa da svolgere nella data del 05.05.24 in occasione della Giornata Mondiale dell’Igiene delle Mani. Verbale di formazione della Giornata mondiale igiene delle mani del 06.05.2024 agli operatori e agli utenti con distribuzione di una brochure e kit di soluzione idroalcolica e proiezione di un video sulla corretta modalità del lavaggio delle mani. Inviata mail ai familiari il 06.05.24 con la brochure informativa sull’igiene delle mani.</p>

<p>Attività 3: Aggiornamento annuale del Piano di azione locale sulla base delle risultanze della compilazione dei questionari di autovalutazione. N° azioni intraprese per il raggiungimento del livello intermedio entro dicembre 2023 e del mantenimento e miglioramento continuo per gli anni successivi</p>	<p>SI</p>	<p>È stato redatto il Piano di azione locale in data 24.01.2024 sulla base delle risultanze dei questionari compilati in data 13.01.2024. Il punteggio è risultato tra intermedio ed avanzato e quindi ottimo. Le azioni intraprese per il raggiungimento del livello intermedio/avanzato al 31.12.24 sono indicate nel Piano di Azione locale 2025 allegato.</p>
<p>Attività 4: Verifica mantenimento delle competenze degli operatori sanitari e degli osservatori attraverso valutazioni annuali</p>	<p>SI</p>	<p>La verifica del mantenimento delle competenze dell'anno 2024 è stata effettuata in data 31.01.2025 sia per gli osservatori che per il personale sanitario e l'esito della valutazione è positivo per tutti gli operatori. 0 / 26 = 0 questionari con esito negativo</p>

In allegato il Piano di Azione locale relativo all'anno 2025

<p>Obiettivo D - 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 CPE</p>		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<p>Attività 1: Monitoraggio della prevalenza delle principali ICA (incluse CRE) tipico della comunità</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un Report (contenente n. ICA e n. infezioni da CRE) entro il 31/12/2024. 2. Compilazione della check list di controllo delle ICA - sezione monitoraggio infezioni- effettuata semestralmente Giugno e Dicembre 2024 	<p>SI</p>	<p>In data 24.05.24 e 09.12.24 è stato stilato il report semestrale dal Direttore Sanitario riguardante il monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza e le infezioni invasive da CPE. Il controllo effettuato mediante Check list e analisi della cartella clinica ha prodotto un risultato globalmente positivo. Al 24.05.24 si sono rilevate 2 infezioni dentarie (ascessi) ed una infezione del tratto gastrointestinale che poi con l'invio in PS è risultata essere una sub occlusione intestinale. Al 09.12.24 è stata riscontrata 1 infezione da Covid senza trattamento antibiotico per la quale l'utente è stato prontamente isolato in struttura, e risoltasi senza complicazioni; 1 infezione dentaria (ascesso); 2 infezioni del tratto gastrointestinale; 1 infezione del tratto respiratorio (faringite acuta); 3 infezioni da Virus varicella Zoster per le quali sono state messe in atto le precauzioni per l'isolamento.</p> <p>Nessuna infezione da CRE nel periodo considerato. Sono state applicate e rispettate tutte le precauzioni previste dalle procedure e istruzioni operative. Il monitoraggio relativo al consumo di antibiotici ha avuto esito positivo.</p>

		<p>La prescrizione di antibiotici è avvenuta su indicazione dei medici di medicina generale o di specialisti esterni alla struttura.</p> <p>Non sono state riscontrate infezioni invasive da CPE.</p> <p>La PO 20 Procedura gestione infezioni correlate all'assistenza è stata revisionata (rev. 2 del 15.07.24)</p>
<p>Attività 2: Implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tamponi rettale/coprocultura) delle colonizzazioni/infezioni da CPE</p> <p>N° infezione/colonizzazione da CRE N° infezioni/colonizzazioni da CRE in un anno su n° di tamponi rettali/coproculture in un anno</p>	SI	<p>Nessuna infezione/colonizzazione da CRE nell'anno 2024</p> <p>Non è formalizzato un programma di antimicrobial stewardship per l'uso appropriato degli antimicrobici, tuttavia, gli antibiotici sotto monitoraggio sono dispensati, dietro prescrizione del Medico di Medicina Generale degli utenti residenti. Si cerca comunque di ottimizzare le terapie antibiotiche al fine di minimizzare i rischi associati agli effetti collaterali, alle resistenze batteriche e alle interazioni indesiderate con le terapie somministrate al paziente. Il Direttore Sanitario come ogni anno ha redatto in data 24.05.24 e 09.12.24 un report semestrale sul consumo degli antibiotici analizzando i dati dal Mod. 87 Monitoraggio consumo antibiotici.</p>
<p>Attività 3: Consolidamento del Monitoraggio uso antibiotici facendo un raffronto negli anni</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Redazione Report entro il 31/12/2024 2. Compilazione Mod. 87 Monitoraggio consumo antibiotici entro il 31/12/2024 	SI	<p>In data 24.05.24 e 09.12.24 è stato stilato il report semestrale dal Direttore Sanitario riguardante il monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza e le infezioni invasive da CPE e consumo di antibiotici.</p> <p>Totale annuale consumo antibiotici anno 2024: 80,8 gr.</p> <p>Totale annuale consumo antibiotici anno 2023: 36,5 gr.</p>

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

La realizzazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

- Direttore Sanitario/Risk Manager/Presidente del CCICA: ha sia responsabilità igienico-sanitarie che quelle relative alla gestione del rischio della struttura. Redige e monitora l'implementazione del PARS, della parte del Piano specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC (Centro Regionale del Rischio Clinico);
- Direttore del Centro: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
- Presidente/Proprietà della Struttura: si impegna ad adottare il PARS 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.

Di seguito si riporta la matrice delle responsabilità suddivise per la redazione, l'adozione e il monitoraggio del presente documento.

Tabella 6 – Matrice delle responsabilità

AZIONE	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA Risk Manager	Direttore del Centro	Presidente	Strutture di supporto
Redazione PARS	R	C	C	-
Adozione PARS	I	I	R	-
Monitoraggio PARS	R	C	I	C

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ DEL PARS 2025

6.1 OBIETTIVI

In questo paragrafo sono declinati gli obiettivi e le attività legate alla gestione del rischio sanitario.

Il PARS del 2025 si basa sul principio cardine di rafforzare le attività di gestione del rischio già pianificate e intraprese nel corso del 2024 che rappresentano la struttura portante del sistema di governo del rischio clinico della struttura, e nel contempo, prevede l'ampliamento di alcune attività ritenute importanti per il raggiungimento degli **obiettivi strategici** stabiliti a livello regionale, così come di seguito riportati:

- a) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- 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) 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 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- d) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

6.2 ATTIVITÀ

Di seguito si riportano le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti. Fra attività ed obiettivi è indispensabile una assoluta coerenza.

Per ogni obiettivo strategico è riportata l'attività prevista con il relativo indicatore misurabile e lo standard che ci si prefigge di raggiungere entro il 2025.

Tabella 7 – Obiettivo A – Attività 1

OBIETTIVO A	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.				
ATTIVITÀ 1	Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale, anche neoassunto, finalizzato alla formazione sulla gestione del rischio clinico.				
INDICATORE	Esecuzione del corso a tutto il personale e/o al personale assunto entro il 31/12/2025				
STANDARD	Almeno 1 evento formativo nell'anno				
FONTE	Risk Manager				
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ					
Azione	DS	RF	RSQ	RM	RSPP
Programmazione	C	R	C	R	I
Approvazione	C	R	I	R	I
Esecuzione	C	I	I	R	I

Tabella 8 – Obiettivo A – Attività 2

OBIETTIVO A	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.				
ATTIVITÀ 2	Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale finalizzato alla formazione sulla Gestione e Monitoraggio delle ICA come da Determinazione Regione Lazio del 28 Novembre 2022, n G16501 - Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)"				
INDICATORE	Esecuzione del corso a tutto il personale e/o al personale assunto entro il 31/12/2025				
STANDARD	Almeno 1 evento formativo nell'anno				
FONTE	Risk Manager				
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ					
Azione	DS	RF	RSQ	RM	RSPP
Programmazione	C	R	C	R	I
Approvazione	C	R	I	R	I
Esecuzione	C	I	C	R	I

Tabella 9 – Obiettivo A – Attività 3

OBIETTIVO A	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.			
ATTIVITÀ 3	Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale in essere e/o neoassunto finalizzato alla formazione sulla Prevenzione delle Lesioni da pressione come da Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP) - Determinazione 8 luglio 2024, n. G09086 e da PO-26 Documento di Indirizzo per la prevenzione e la gestione delle lesioni da pressione (LDP).			
INDICATORE	Esecuzione del corso al personale infermieristico e Medico entro il 31.12.25			
STANDARD	Esecuzione di almeno 1 corso entro il 31.12.25			
FONTE	Direttore Sanitario e referente della qualità			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RSQ	RM	RSPP
Programmazione	R	C	C	I
Approvazione	R	C	C	I
Esecuzione	R	C	C	I

Tabella 10 – Obiettivo B – Attività 1

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	Monitoraggio continuo degli eventi avversi, eventi sentinella e dei “near miss” secondo la PO 09 “Procedura per la gestione del sistema di Incident Reporting e degli Eventi Avversi/Near Miss/Eventi Sentinella” e relativa modulistica secondo la Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”		
INDICATORE	N° eventi avversi/eventi sentinella/near miss in un anno		
STANDARD	≤ 1		
FONTE	Risk manager		
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ			
Azione	DS	RM	RSQ
Redazione	C	R	I
Approvazione	R	C	I
Diffusione	R	C	I

Tabella 11 – Obiettivo B – Attività 2

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	Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinici/organizzativi nelle aree aziendali.			
INDICATORE	Realizzazione di attività di auditing clinici/organizzativi in collaborazione con i responsabili di settore entro il 31/12/2025			
STANDARD	Esecuzione di almeno 1 audit sia a seguito di eventi sentinella, eventi avversi, near miss sia a seguito di segnalazioni interne o esterne.			
FONTE	Risk Manager			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RM	RSQ	Responsabili Settore
Programmazione	C	R	I	C
Esecuzione	C	R	I	C

Tabella 12 – Obiettivo B – Attività 3

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	Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla prevenzione di atti di violenza agli operatori sanitari e non sanitari”				
INDICATORE	Esecuzione del corso e formazione sul campo rivolto al personale in essere e/o neoassunto entro il 31/12/2025				
STANDARD	Esecuzione di almeno 1 corso entro il 31.12.25				
FONTE	Risk Manager				
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ					
Azione	DS	RF	RSQ	RM	RSPP
Programmazione	C	R	C	R	I
Approvazione	C	R	I	R	I
Esecuzione	C	I	C	R	I

Tabella 13 – Obiettivo B – Attività 4

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	Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale in essere e/o neoassunto finalizzato alla formazione sulla Prevenzione delle cadute dei pazienti come da Determinazione Regione Lazio del 6 Novembre 2022, n G15198 - Approvazione del “Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita” in sostituzione del “Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”, di cui alla determinazione n. G12356 del 25.10.2016.				
INDICATORE	Esecuzione del corso al personale in essere o neoassunto entro il 31.12.25				
STANDARD	Almeno 1 evento formativo nell'anno				
FONTE	Risk Manager				
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ					
Azione	DS	RF	RSQ	RM	RSPP
Programmazione	C	R	C	R	I
Approvazione	C	R	I	R	I
Esecuzione	C	I	C	R	I

Tabella 14 – Obiettivo C – Attività 1

OBIETTIVO C	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 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi				
ATTIVITÀ 1	Progettazione ed esecuzione di almeno un corso di informazione/formazione l'anno sul lavaggio delle mani al personale sanitario e ai nuovi assunti				
INDICATORE	N° corsi formazione/informazioni lavaggio mani ≥ 1 rivolto al personale entro il 31.12.2025				
STANDARD	Partecipazione al percorso formativo in aula e sul campo del 100% delle figure individuate				
FONTE	Direttore sanitario				
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ					
Azione	DS	RF	RSQ	RM	RSPP
Programmazione	R	R	C	C	I
Approvazione	R	R	I	C	I
Esecuzione	R	I	C	C	I

Tabella 15 – Obiettivo C – Attività 2

OBIETTIVO C	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 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi			
ATTIVITÀ 2	Continuare a promuovere iniziative di informazione (ad es. in occasione della “Giornata mondiale dell’igiene delle mani” del 5 Maggio) per divulgare l’importanza dell’igiene delle mani anche tra pazienti e familiari mediante affissione di locandine, distribuzione di opuscoli e eventualmente mini-gel idroalcolici omaggio			
INDICATORE	N° di iniziative intraprese in un anno su lavaggio mani ≥ 1 entro il 05/05/2025			
STANDARD	Almeno 1 iniziativa intrapresa entro il 05/05/2025			
FONTE	Direttore sanitario			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RSQ	RM	Responsabili Settore
Programmazione	R	I	C	C
Esecuzione	R	I	C	C

Tabella 16 – Obiettivo C – Attività 3

OBIETTIVO C	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 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi			
ATTIVITÀ 3	Aggiornamento annuale del Piano di azione locale sulla base delle risultanze della compilazione dei questionari di autovalutazione. N° azioni intraprese per il mantenimento del livello intermedio/avanzato e miglioramento continuo.			
INDICATORE	N° ≥ 1 di revisioni/aggiornamenti del piano di azione locale nel 2025 e N° azioni intraprese per il raggiungimento del livello intermedio/avanzato e del continuo miglioramento			
STANDARD	Almeno 1 revisione/aggiornamento e almeno 1 azione intrapresa per il raggiungimento del livello avanzato e del continuo miglioramento			
FONTE	Direttore Sanitario			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RSQ	RM	Responsabili Settore
Programmazione	R	I	C	C
Esecuzione	R	I	C	C

Tabella 17 – Obiettivo C – Attività 4

OBIETTIVO C	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 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi			
ATTIVITÀ 4	Verifica mantenimento delle competenze degli operatori sanitari e degli osservatori attraverso valutazioni annuali			
INDICATORE	N° di questionari con esito negativo / tot questionari $\leq 3\%$			
STANDARD	Compilazione del questionario per il 100% delle figure individuate			
FONTE	Direttore Sanitario			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RSQ	RM	Responsabili Settore
Programmazione	R	I	C	C
Esecuzione	R	I	C	C

Tabella 18 – Obiettivo D – Attività 1

OBIETTIVO D	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 CPE			
ATTIVITÀ 1	Monitoraggio della prevalenza delle principali ICA (incluse CRE) tipico della comunità			
INDICATORE	1. Un Report (contenente n. ICA e n. infezioni da CRE) entro il 31/12/2025 2. Compilazione della check list di controllo delle ICA - sezione monitoraggio infezioni- effettuata semestralmente Giugno e Dicembre 2025			
STANDARD	Almeno un report annuale			
FONTE	Direttore Sanitario			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RSQ	RM	RSPP
Verifica	R	I	C	C
Programmazione	R	I	C	C
Esecuzione	R	I	C	C

Tabella 17 – Obiettivo D – Attività 2

OBIETTIVO D	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 CPE			
ATTIVITÀ 2	Monitoraggio del rischio legionella al fine di prevenire eventuali infezioni all'utente e agli operatori mediante supervisione dello stato manutentivo periodico o straordinario della rete idrica di distribuzione. Formazione / informazione sul Rischio legionella			
INDICATORE	<ul style="list-style-type: none"> - N° Campioni Positivi legionella / N° prelievi Effettuati - Un Report (contenente n. ICA e n. infezioni da CRE) entro il 31/12/2025 - Almeno un corso di Formazione /Informazione al personale sul rischio legionella 			
STANDARD	<ul style="list-style-type: none"> - 0 % - Almeno un report annuale - Almeno 1 corso di formazione/informazione al personale entro il 31/12/2025 			
FONTE	Direttore Sanitario			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RSQ	RM	RSPP
Verifica	R	I	C	C
Programmazione	R	I	C	C
Esecuzione	R	I	C	C

Tabella 18 – Obiettivo D – Attività 3

OBIETTIVO D	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 CPE			
ATTIVITÀ 3	Consolidamento del Monitoraggio uso antibiotici facendo un raffronto negli anni			
INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redazione Report entro il 31/12/2025 2. Compilazione Mod. 87 Monitoraggio consumo antibiotici entro il 31/12/2025 			
STANDARD	Almeno 1 report annuo contenente i dati sopracitati e raffronto con l'anno precedente			
FONTE	Direttore Sanitario			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RSQ	RM	RSPP
Redazione	C	C	R	I
Approvazione	C	C	R	I
Diffusione	R	C	C	I

OBIETTIVO D	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 CPE			
ATTIVITÀ 3	Monitoraggio dei pazienti a rischio lesioni da pressione e con LdP al fine di prevenire l'evento avverso LdP e poter adottare tempestivamente le misure clinico- assistenziali più idonee per il singolo caso e limitare i potenziali danni legati a ritardi, omissioni e/o inappropriately all'interno del percorso clinico-assistenziale.			
INDICATORE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redazione Report su LDP entro il 31/12/2025 2. N° di pazienti a rischio di sviluppare LDP / N° pazienti presi in carico 3. N° di pazienti con LDP / N° pazienti presi in carico 			
STANDARD	Almeno 1 report annuo contenente i dati sopracitati			
FONTE	Direttore Sanitario			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RSQ	RM	RSPP
Redazione	C	C	R	I
Approvazione	C	C	R	I
Diffusione	R	C	C	I

7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il PARS, redatto annualmente, dopo la sua approvazione, viene pubblicato sul sito dell'Associazione "Raggio di Sole ETS" (www.raggiodisoleonlus.it) sulla *home page* (o presenza di un *link* che rimandi direttamente al documento) e ne viene data comunicazione, tramite avviso affisso in bacheca, al personale della struttura.

Entro il 28 febbraio 2025 il PARS in formato pdf nativo sarà inviato alla mail crcc@regione.lazio.it per il caricamento sul *cloud* regionale.

8. PIANO DI AZIONE LOCALE

Durante la riunione CCICA tenutasi in data 13.01.2025, le figure coinvolte hanno analizzato i questionari di autovalutazione delle 5 sezioni (A, B, C, D, E - previste dal "Piano d'Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" del 19.02.2021), corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale raccomandata dall'OMS, compilati in data 13.01.2025 da cui sono scaturiti i seguenti risultati:

- Livello avanzato nella Sezione A - **REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI (PT.95)**
- Livello avanzato nella Sezione B – **FORMAZIONE DEL PERSONALE (PT. 90)**
- Livello avanzato nella Sezione C - **MONITORAGGIO E FEEDBACK: (PT. 95)**
- Livello avanzato nella Sezione D - **COMUNICAZIONE PERMANENTE: (PT. 85)**
- Livello intermedio nella Sezione E - **CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT: (PT. 70)**

Si allega al presente documento il Piano di azione locale 2025.

9. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Determinazione G 00643 del 25/01/2022 avente ad oggetto l'Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"
- Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella" Determinazione 16 settembre 2021, n. G10851
- Determinazione Regione Lazio del 6 Novembre 2022, n G15198 - Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25.10.2016
- Determinazione Regione Lazio del 28 Novembre 2022, n G16501 - Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)"
- Determinazione 16 settembre 2021, n. G10851 - Adozione della revisione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari".
- Determinazione 25 gennaio 2022, n. G00642 Adozione del "Documento di indirizzo sul consenso informato"
- Decreto Legislativo N. 502, 30 dicembre 1992 e successive modifiche e integrazioni: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- D.P.R. 14 gennaio 1997: 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.
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229: 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 11112/2009: Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
- Circolare Ministeriale n.52/1985: Lotta contro le Infezioni Ospedaliere.
- Circolare Ministeriale n. 8/1988: Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza
- 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.
- Decreto del 11 dicembre 2009 Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità.
- DCA n° 490 del 21 ottobre 2016 Adempimenti delle strutture sanitarie relativi all'accreditamento.
- DCA n. U00328 del 4 novembre 2016
- LEGGE 8 marzo 2019, n. 24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
- Decreto del Commissario ad acta n.U00469 del 07/11/2017 - Modifica al DCA 410/2019 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D.lgs.502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DC A 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010/2012.

- Determinazione 8 luglio 2024, n. G09086 “Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)” .
- Determinazione n. 460 del 28 giugno 2024 Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi.

10.BIBLIOGRAFIA

- 1) Ministero della Salute - Commissione Tecnica sul Rischio Clinico. *Risk Management in Sanità - Il problema degli errori*. Decreto Ministeriale 5 marzo 2003
- 2) Ministero della Salute, Approvazione dei modelli di schede di segnalazioni di incidenti o mancati incidenti, che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro, «Gazzetta ufficiale», 24 nov. 2005, n. 274.
- 3) WHO - World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 Save Surgery Save Live
- 4) Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997
- 5) Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770
- 6) Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
- 7) Vincent C, La Sicurezza del Paziente Springer-Verlag Italia 2011 2^a Edizione
- 8) Apprendere dagli Errori Il Pensiero Scientifico Editore.
- 9) B. Andersen, T. Fagerhaug, Root cause analysis. Simplified tools and techniques, Milwaukee (Wis.) 2000, 20062.
- 10) IOM (Institute Of Medicine of the National academies), To err is human. Building a safer health system, ed. L.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson, Washington D.C. 2000.
- 11) Reason, Human error. Models and management, «BMJ. British medical journal», 2000, 320, 7237, pp. 768-70.
- 12) C. Vincent. Clinica! risk management. Enhancing patient safety, ed., London 2012.
- 13) S.A. Nashef, What is a near miss?, «The lancet», 2003, 361, 9352, pp. 180-81.
- 14) G.R. Baker, Harvard medical practice study, «Quality and safety in health care», 2004, 13, 2, pp. 151-52.
- 15) M. Geddes Da Filicaia, Guida all 'audit clinico. Pianificazione, preparazione e conduzione, Roma 2008.