



POLICLINICO ITALIA

PARS PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

PRESIDIO
CASA DI CURA - RSA
POLICLINICO ITALIA

ANNO 2025

REV. 2025	NOME	FUNZIONE
REDAZIONE	Prof. Gianfranco Tarsitani	Presidente CC-ICA
	Dott. Stefano Monami	Risk Manager
	Dott. Orazio Parello	Dirigente Area Infermieristica/RSGQ
VALIDAZIONE E APPROVAZIONE	Dott. Stefano Monami	Risk Manager
	Prof. Gianfranco Tarsitani	Direttore Sanitario/Presidente CC-ICA
EMISSIONE	Avv. Filippo Monami	Amministratore Delegato

SOMMARIO

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
2. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	4
3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	6
4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	9
5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE	10
5.1. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE “PARS”	10
5.2. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO”	11
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	12
7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ	12
8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	15
9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	18
10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	19

PREMESSA

La gestione del rischio clinico in sanità rappresenta l’insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti. Negli anni si è visto che solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica. Il coinvolgimento delle Professioni all’interno delle aziende sanitarie risulta essere un elemento vincente in termini di conoscenza e consapevolezza, così da favorire la disponibilità al cambiamento e l’utilizzo sinergico e consapevole dei vari strumenti offerti dal *Risk Management*.

Il presente Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS) della Casa di Cura - RSA Policlinico Italia definisce e pianifica le modalità, le responsabilità, i criteri, gli strumenti, gli indicatori e gli obiettivi individuati dall’organizzazione per la prevenzione, contenimento e gestione di eventi avversi, con l’obiettivo di garantire la sicurezza dei pazienti e migliorare la qualità delle cure. La gestione del rischio clinico mira a garantire la sicurezza dei pazienti, prevenendo gli errori evitabili e contenendo i possibili effetti dannosi. La conoscenza di tutti i fattori causali o contribuenti al verificarsi di errori è fondamentale per migliorare la qualità e la sicurezza dell’assistenza.

Il PARS è stato elaborato sulla base di quanto indicato dal “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)” approvato e adottato con determina G00643 del 25.01.2022 della Regione Lazio.

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il Presidio “Casa di Cura – RSA Policlinico Italia” è una struttura sanitaria specializzata nell’assistenza riabilitativa post-acuzie e nell’assistenza a persone con problematiche geriatriche afferenti all’ “area della senescenza” (parziale o totale limitazione dell’autosufficienza) ed “all’area della disabilità” (handicap funzionali, in condizioni di notevole dipendenza).

Il Presidio ha ottenuto l’autorizzazione all’esercizio e l’accreditamento definitivo da parte della Regione Lazio con Delibera Autorizzativa DCA U00302 del 04.07.2013, successivamente modificata con DCA U00261 del 01.09.2016, DCA U00398 del 23.12.2016 e DGR Regione Lazio n. 618 del 09.10.2023.

Ai sensi delle succitate delibere, il Presidio risulta articolato organizzativamente nei seguenti setting assistenziali (sintetizzati nella tab. 1):

- n. 72 posti letto di ricovero ordinario per la specialità di Recupero e Riabilitazione funzionale cod. 56
- n. 8 posti letto equivalenti di ricovero diurno per la specialità di Recupero e Riabilitazione funzionale cod. 56
- n. 10 posti letto di ricovero ordinario per la specialità di Recupero e Riabilitazione funzionale cod. 56, in regime di solvenza
- n. 60 posti ospite di Residenza Sanitaria Assistenziale di livello “Mantenimento Alto”
- n. 20 posti ospite di Residenza Sanitaria Assistenziale di livello “Estensivo”
- n. 10 posti ospite di Residenza Sanitaria Assistenziale di livello “Intensivo”

Le prestazioni specialistiche autorizzate in regime ambulatoriale erogate nella Casa di Cura Policlinico Italia afferiscono alle seguenti discipline: Cardiologia, Chirurgia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Neurologia, Oculistica, Odontoiatria, Ortopedia, Fisiatria, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Pneumologia, Urologia, Reumatologia, Radiodiagnostica, Fisiopatologia Cardiovascolare e Respiratoria, Neurofisiopatologia ed EEG.

Il Casa di Cura si è dotata di un Sistema di Gestione della Qualità certificato conforme alla norma ISO 9001:2015; la certificazione è stata rinnovata nel febbraio del 2024 con scadenza il 17 marzo 2027.

Si riportano nella tab. 1, i dati strutturali e i volumi di attività sanitaria, in termini di episodi di ricovero, per l’anno 2024.

Tabella 1 – Dati strutturali e dati di attività

DATI STRUTTURALI		
Recupero e Rieducazione funzionale cod. 56	Posti letto ORDINARI autorizzati e accreditati	n. 72
	Posti letto DAY HOSPITAL autorizzati e accreditati	n. 8
	Posti letto ORDINARI autorizzati	n. 10
RSA	Posti ospite tipologia “Intensivo”	n. 10
	Posti ospite tipologia “Estensivo”	n. 20
	Posti ospite tipologia “Mantenimento Alto”	n. 60

DATI DI ATTIVITÀ – anno 2024		INGRESSI	GG DI DEGENZA
Recupero e Rieducazione funzionale cod. 56	Posti letto ORDINARI autorizzati e accreditati	780	25559
	Posti letto DAY HOSPITAL autorizzati e accreditati	155	4.825
	Posti letto ORDINARI autorizzati	46	2.075
RSA	RICOVERI Nucleo Intensivo	8	3.498
	RICOVERI Nucleo Estensivo	56	6.309
	RICOVERI Nucleo Mantenimento Alto	16	22.030

2. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Il Policlinico Italia ha istituito nel 01 luglio del 2004 il Comitato per le Infezioni Ospedaliere.

Per quanto concerne la sorveglianza e la gestione delle Infezioni Correlate all’Assistenza, le attività precipue sono coordinate e realizzate dalla Direzione Sanitaria con il supporto del CC-ICA e di un Infermiere Referente per la sorveglianza. All’interno del CC-ICA è presente un gruppo di lavoro “*Antimicrobial Stewardship*” per promuovere l’uso responsabile ed appropriato degli antibiotici. Al CC-ICA sono assegnate dalla Direzione Aziendale tutte le risorse necessarie al conseguimento degli obiettivi prefissati.

Sotto il profilo organizzativo della Struttura si evidenzia, inoltre che:

- le attività diagnostiche, ed in modo particolare per gli esami colturali, la Casa di Cura si avvale della Sezione Microbiologica del Laboratorio di analisi cliniche “LUISA-SAM S.r.l.”.
- la sorveglianza per la legionellosi, oltre alle misure preventive adottate dal Policlinico Italia (allegate al DVR), include l’installazione, da parte di una ditta esterna, di un sistema di disinfezione dell’acqua in continuo in ciascun impianto. Questo sistema è dotato di dosatori e analizzatori in continuo e utilizza prodotti con potere biocida.
- il Presidio Casa di Cura -RSA ha stipulato una convenzione con l’IRCCS – INMI Lazzaro Spallanzani di Roma finalizzata alla sorveglianza sanitaria della Tuberculosis per gli operatori.
- la Casa di Cura dispone di una stanza di degenza da destinare all’isolamento ed ha adottato specifiche istruzioni operative per la prevenzione e la gestione del Rischio Infettivo in ambiente ospedaliero, di seguito elencate:
 - Piano di Autocontrollo sulla sicurezza alimentare (HACCP).
 - Piano di implementazione sull’igiene delle mani

- Piano triennale *Antimicrobial Stewardship*
- Programma controllo Legionella
- IO.CC-ICA.01 Cartello Area di Isolamento
- IO.CC-ICA.02 Linee di indirizzo per la Prevenzione Sorveglianza e Controllo del rischio di ICA
- IO.CC-ICA.03 Sorveglianza e controllo infezioni da CPE
- IO.CC-ICA.04 Lavaggio delle mani
- IO.CIO.08 Prevenzione e trattamento delle infezioni da Clostridium difficile
- IO.CC-ICA.11 Indicazioni di trattamento antimicrobico e antimicotico Empirico
- IO.Covid19.01 Misure di contenimento dell'epidemia da COVID–19 indicazioni e chiarimenti
- IO.Covid19.02 Uso Razionale dei DPI
- IO.Covid19.03 Procedura per l'esecuzione del tampone rino ed orofaringeo
- IO.Covid19.08 Diluizione ipoclorito di sodio
- IO.Covid19.09 Vestizione DPI
- IO.Covid19.10 Svestizione DPI
- IO.Covid19.13 Rimodulazione dell'attività riabilitativa per pazienti COVID positivi
- IO.Covid19.14 Gestione della salma con sospetta o accertata malattia da SARS-COV2
- IO.Covid19.16 Vademecum Raccomandazioni per l'utente
- IO.75A.02 Prelievo, trasporto materiali biologici
- IO.75A.03 Sanificazione
- IO.75A.09 Prodotti per l'igiene ambientale
- IO.75A.16 Emogasanalisi
- IO.75A.20 Prevenzione e trattamento delle Lesioni da pressione
- IO.75A.21 Gestione degli strumenti chirurgici per le medicazioni
- IO.75A.37 Protocollo Scabbia in ospedale
- IO.75A.40 Clostridium difficile - Documento informativo pazienti familiari
- IO.75A.43 Protocollo operativo per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni da microrganismi multiresistenti - Protocollo ALERT
- IO.75A.44 Protocollo per il corretto cateterismo vescicale e per la prevenzione delle infezioni urinarie correlate
- IO.75A.49 Medicazione ferite chirurgiche
- IO.75A.56 Rischio infezioni ospedaliere - Documento informativo pazienti familiari
- IO.75A.57 Rischio infezioni ospedaliere - Documento informativo alla dimissione
- IO.75A.60 Trasporto, porzionatura e somministrazione del vitto
- IO.75B.08 Gestione dei PICC
- IO.SPP.04 Prevenzione delle infezioni occupazionali trasmissibili attraverso il sangue o per contatto con liquidi biologici
- IO.SPP.15 Dispositivi di protezione individuale
- IO.SPP.18 Precauzioni standard, da contatto e da droplet
- All. n. 18 al DVR - Valutazione del rischio biologico

Sono inoltre presenti in ogni reparto e in ogni punto di assistenza, a disposizione degli operatori e dei familiari/visitatori, dispenser di gel idroalcolico per l'igiene delle mani. Gli operatori sono comunque

costantemente sensibilizzati al problema anche attraverso le informative (cartelli) disponibili in tutti gli ambienti.

Ogni episodio infettivo di nuova insorgenza viene segnalato alla Direzione Sanitaria con le modalità previste dalla Istruzione Operativa "IO.CC-ICA.02 Linee di indirizzo per la Prevenzione Sorveglianza e Controllo del rischio di ICA", in ottemperanza a quanto stabilito dal DM 7 marzo 2022; qualora l'episodio dovesse presentare i caratteri dell'evento avverso o dell'evento sentinella, questo deve essere segnalato anche al Risk Manager con le modalità previste dalla Istruzione Operativa "IO.75A.48 - Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi e gli Eventi Sentinella" utilizzando la Scheda di Incident Reporting (Mod.75A.127).

3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Nell'anno 2024 si sono verificati complessivamente n. 48 eventi riconducibili al rischio clinico, 2 episodi di violenza verso operatore da parte di familiare e paziente con uso di espressioni verbali aggressive, tono di voce elevato, e insulti, le aggressioni verbali ricevute non hanno avuto carattere di minaccia o intimidazione.

Sono state analizzate le "schede di segnalazione cadute" pervenute alla Direzione Sanitaria nel 2024. I dati rilevati sono di carattere quali-quantitativo poiché, oltre a descrivere il numero assoluto di cadute occorse durante l'anno di osservazione, esplorano anche alcuni dettagli del fenomeno, utili soprattutto ad individuare i fattori causali legati all'assistito e/o all'utenza.

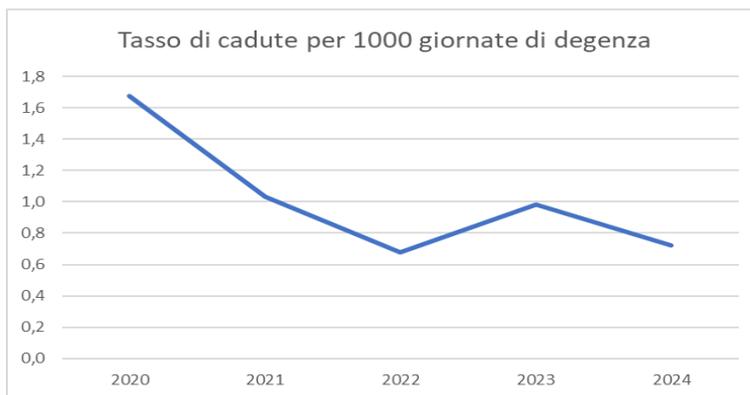
Sono state documentate 46 eventi rappresentati da cadute accidentali, nella quasi totalità senza gravi conseguenze e che corrispondono ad un tasso di 0.7 su mille giornate di degenza, inferiore a quanto pubblicato come dato medio regionale 1.4 cadute ogni 1.000 giornate di degenza.

Riguardo alle conseguenze della caduta, nel 76% dei casi il paziente non ha riportato alcun tipo di danno, il 20% ha riportato una lieve contusione e/o lieve escoriazione riferendo un lieve dolore mentre il 4% (2 casi) ha riportato una ferita lacerocontusa. Nessuno degli eventi ha richiesto il prolungamento del periodo di degenza né risulta, al momento, alcuna richiesta di risarcimento.

Per quanto riguarda la caduta nella maggior parte dei casi non è possibile individuare una causa unica, la quale può essere imputata ad una serie di fattori legati al paziente o all'organizzazione, come riportato in letteratura:

- Età del paziente e suo stato cognitivo/psicologico
- Malattie di base e comorbidità
- Assunzione di terapie farmacologiche plurime
- Ridotta mobilità e alterazioni dell'andatura temporanee o permanenti;
- Esiti di interventi chirurgici recenti
- Aspetti legati alla logistica ed agli arredi

L'andamento delle cadute negli anni è illustrato grafico seguente:



Dai dati raccolti negli ultimi cinque anni (2020-2024) relativi alle segnalazioni di cadute nel Policlinico Italia, emerge una significativa riduzione del tasso di cadute per mille giornate di degenza.

Questi dati evidenziano un andamento decrescente rispetto al 2020, quando il tasso di cadute registrato era pari a 1,7 per mille giornate di degenza. La riduzione più marcata si è verificata tra il 2020 e il 2022, con un calo fino a 0,7, che rappresenta il valore più basso osservato nel periodo considerato. Nel 2023 si è registrato un lieve aumento a 1,0, ma nel 2024 il valore è nuovamente sceso a 0,7.

Nel periodo 2020-2024, la riduzione complessiva del tasso di cadute è stata del 58,82%, passando da 1,7 a 0,7 per mille giornate di degenza. Questo dato evidenzia un importante miglioramento nella gestione del rischio di caduta e nell'adozione di misure di prevenzione efficaci.

Complessivamente, il trend indica una diminuzione delle cadute rispetto al 2020, suggerendo un miglioramento nella prevenzione e nella gestione del rischio di caduta. L'incremento nel 2023 potrebbe essere stato influenzato da fattori contestuali o da variazioni nelle caratteristiche della popolazione assistita. Il ritorno al valore di 0,7 nel 2024 rappresenta un consolidamento dei progressi fatti negli anni precedenti.

Il miglioramento dei dati osservato negli ultimi anni è il risultato di un insieme di strategie mirate, tra cui:

- Implementazione di misure di sicurezza ambientali, come la riduzione degli ostacoli e la segnaletica adeguata di poster informativi all'interno delle stanze di degenza.
- Formazione del personale sanitario per il riconoscimento precoce dei fattori di rischio e l'applicazione di protocolli di prevenzione.
- Revisione della procedura per la prevenzione e la gestione delle cadute, con l'aggiornamento delle linee guida e dei criteri di valutazione del rischio.
- Interventi formativi e informativi per i pazienti e i familiari, finalizzati a sensibilizzare sulla prevenzione delle cadute e a promuovere comportamenti sicuri durante la degenza.

Il calo della percentuale di cadute tra gli assistiti suggerisce che le strategie adottate per la prevenzione hanno avuto un impatto positivo. Tuttavia, sarà fondamentale mantenere alta

l'attenzione sul fenomeno, con un costante monitoraggio e un aggiornamento periodico delle misure preventive, per garantire un ambiente sempre più sicuro per i pazienti.

Nonostante quanto sopra è stata raccomandata la programmazione di apposite riunioni di equipe al fine di sensibilizzare ulteriormente il personale ad una attenzione maggiore durante le attività di assistenza quotidiana.

Nell'anno 2024 non sono stati segnalati, oltre alle cadute, altri eventi avversi e/o sentinella, non si sono verificati eventi riconducibili a problematiche dovute ai dispositivi medici né eventi riconducibili alla somministrazione di farmaci.

Gli eventi occorsi nel 2024 (ai sensi dell'art. 2 comma 5 della Legge n. 24/2017) sono sinteticamente descritti nella tab. n. 2:

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2023 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	N. 0 (0%)	0%	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/ Comunicazione (100%)	Strutturali (0%) Tecnologiche (0%) Organizzative (0%) Procedure/ Comunicazione (100%)	Sistemi di reporting (100%) Sinistri (0%) Emovigilanza (0%) Farmacovig. (0%) Dispositivovig. (0%) ICA (0%) ecc.
Eventi senza danno	N.37 (77%)	95%			
Eventi Avversi	N.11 (23%)	100%			
Eventi Sentinella	N.0 (0%)	0%			

(A): I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi. Si rimanda al documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul cloud regionale.

Tutti gli eventi occorsi nel 2024 sono stati inseriti sulla piattaforma SI.RE.S (<https://sires.regione.lazio.it/sires/#/home>)

Secondo quanto previsto dall'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017, il Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario è reso disponibile a tutti i dipendenti attraverso briefing con i Responsabili dei reparti/servizi e all'esterno mediante pubblicazione sul proprio sito aziendale "www.policlinicoitalia.it" all'interno della pagina relativa all'Amministrazione Trasparente, dove è disponibile un link che consente di arrivare direttamente alla consultazione del documento.

I dati relativi ai sinistri ed i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, riferibili unicamente a rischio clinico, sono sintetizzati nella tab. n. 3.

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)
2024	1	0	0
2023	1	0	0
2022	1	0	0
2021	0	0	0
2020	0	0	0
Totale	3	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.)

4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2025	Polizza n. 5048337VI (sc.31.12.2025)	SARA Assicurazioni	€ 108.000,00	€ 50.000,00	ASSICRI S.r.l.
2024	Polizza n. 5044886BI (sc.31.12.2024)	SARA Assicurazioni	€ 98.000,00	€ 1.000.000,00	ASSICRI S.r.l.
2023	Polizza n. 5038513NZ (sc.31.12.2023)	SARA Assicurazioni	€ 98.000,00	€ 50.000,00	ASSICRI S.r.l.
2022	Polizza n. 5038513NZ (sc.31.12.2022)	SARA Assicurazioni	€ 98.000,00	€ 50.000,00	ASSICRI S.r.l.

5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Di seguito sono riportate le attività previste nel PARS dell'anno 2024; tutte le attività risultano documentate e riportate nelle sottostanti tabelle.

5.1. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE "PARS"

OBIETTIVO A - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1 Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sulle evidenze scientifiche nella pratica assistenziale dei pazienti ortopedici	si	Relazione Piano Formativo Aziendale
Attività 2 Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sulle Tecniche di <i>Mirror Therapy</i> e il suo utilizzo nell'ictus	si	Relazione Piano Formativo Aziendale

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 3 Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sui Protocolli di riabilitazione cardio respiratoria	si	Relazione Piano Formativo Aziendale
Attività 4 Rilevazione e corretta alimentazione dei flussi <i>lait/simes</i> secondo il protocollo regionale per gli eventi sentinella, eventi avversi e <i>near misses</i> .	si	Registrati tutti gli eventi sul portale Regionale
Attività 5 Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sugli strumenti di analisi reattiva e proattiva per la gestione degli eventi avversi	si	Relazione Piano Formativo Aziendale
Attività 6 Attività di monitoraggio e valutazione della <i>Customer Satisfaction</i>	si	Relazione <i>Customer Satisfaction</i> Sistema Gestione Qualità

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

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 7 Certificazione ISO 9001/2015	si	Sistema Gestione Qualità

5.2. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

OBIETTIVO A - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1 Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'importanza delle Igiene delle mani	si	Relazione Dossier Igiene Mani 2024
OBIETTIVO B – 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
Attività 2 Monitoraggio della compliance sull'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta	si	Emissione report e condivisione dei risultati
Attività 3 Monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani	si	Emissione report e condivisione dei risultati
Attività 4 Mantenimento delle buone pratiche e monitoraggio del Piano Di Azione Locale sull'Igiene delle Mani	si	Monitoraggio degli indicatori del Piano annuale d'intervento sull'Igiene delle mani
OBIETTIVO C – 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).		
Attività	Realizzata³	Stato di attuazione
Attività 5 Esecuzione di almeno una indagine di prevalenza delle ICA associabili alle prestazioni erogate nel 2024: infezioni del sito chirurgico, infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridium difficile, infezioni polmonari associate a ventilatore	si	Effettuazione di due rilevazioni puntuali: una in gennaio/febbraio/marzo, l'altra in luglio/agosto/settembre 2024. Prodotto e condiviso il report
Attività 6 Consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE	si	Emissione rapporto sulle infezioni da CRE e trasmissione ai livelli interessati ed al personale coinvolto. Prodotto e condiviso il report
Attività 7 Eseguire un'indagine di prevalenza puntuale delle ICA (comprese le infezioni da dispositivi endovascolari, CVC, le infezioni del tratto urinario e le infezioni polmonari associate a ventilatore, etc.), in un determinato giorno dell'anno.	si	Indagine svolta in data 03/07/2024, condivisi risultati Verbale CC-ICA del 13/11/2024

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

- il Responsabile del Sistema Gestione Qualità redige la parte degli indicatori ed invia il PARS al CRRC;
- il Risk Manager redige e monitora l’implementazione del PARS;
- Il Direttore Sanitario/Presidente del CCICA redige e monitora l’implementazione della parte del piano specifica sul rischio infettivo (paragrafo 8);
- il Legale Rappresentante redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (paragrafo 3 tabella 3 e paragrafo 4 tabella 4);
- la 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 per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

Tabella 5 –Matrice delle responsabilità

Azione	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA	Risk Manager	Legale Rappresentante	Direzione Strategica	Vice Presidente	Responsabile SGQ
Redazione PARS	C	R	C	C	C	C
Redazione Tabella 3 e 4	C	C	R	I	C	C
Redazione par. Rischio Infettivo	R	C	I	I	I	C
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	I	R	C
Monitoraggio PARS	C	R	C	I	C	C
Monitoraggio par. 7	R	C	I	I	I	C

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

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

Nel recepire le Linee Guida Regionali per l’elaborazione del PARS (Determinazione Regionale n. G00643 del 25.01.2022 “Adozione del “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”, sono stati identificati e ritenuti prioritari gli obiettivi strategici per l’anno 2024 di seguito illustrati.

6.1 Obiettivi

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

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

6.2 Attività
OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sulla gestione del paziente neurologico e disfalgico

INDICATORE

Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2025

STANDARD

Partecipazione di almeno il 70%

FONTE: Risk Manager/Responsabile Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	C	R

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.
OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
ATTIVITÀ 2 - Progettazione ed esecuzione di un evento per la giornata Nazionale sulla sicurezza delle cure

INDICATORE

Effettuazione evento

STANDARD

SI

FONTE: Risk Manager; Responsabile Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	C	R

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.
OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.
ATTIVITÀ 3 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sui nuovi approcci chirurgici

INDICATORE

Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2025

STANDARD

Partecipazione di almeno il 70%

FONTE

Risk Manager; Responsabile Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	C	R

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.			
ATTIVITÀ 4 - Rilevazione e corretta alimentazione dei flussi <i>lait/simes</i> secondo il protocollo regionale per gli eventi sentinella, eventi avversi e <i>near misses</i> .			
INDICATORE Monitoraggio dei <i>near misses</i> , degli eventi avversi e degli eventi sentinella e loro inserimento nella piattaforma Regionale			
STANDARD: 100% degli eventi pervenuti al <i>Risk Manager</i> tramite <i>Incident Reporting</i>			
FONTE: Risk Manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manger	Responsabili Medici e Coordinatori UU.OO.	CC-ICA
Segnalazione evento	C	R	I
Valutazione evento	R	I	I
Inserimento evento	R	I	C

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.				
ATTIVITÀ 5 - Attività di monitoraggio e valutazione della <i>Customer Satisfaction</i>				
INDICATORE Redazione e pubblicazione sia sul sito web istituzionale che sulla piattaforma intranet della Casa di Cura, entro il 31.03.2025, di una relazione sulla qualità percepita (<i>Customer Satisfaction</i>), relativa all'anno 2024, comprendente specifiche aree di indagine riguardanti la rilevazione della qualità dell'assistenza sanitaria prestata, suddivisa per ogni singola categoria professionale (medico, infermiere, operatore socio-sanitario, personale della Riabilitazione, etc.).				
STANDARD: 100%				
FONTE: Direttore Sanitario, Responsabile SGQ				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	R-SGQ	Medici Responsabili	Coordinatori Infermieristici	Direttore Sanitario
Raccolta dati	R	I	I	C
Analisi ed elaborazione dei risultati	C	C	C	R
Diffusione	R	I	I	C

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

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURA.			
ATTIVITÀ 6 – Certificazione ISO 9001/2015			
INDICATORE: Mantenimento della certificazione ISO 9001/2015 entro il 30-04-2025			
STANDARD: Presenza certificato			
FONTE: Sistema Gestione Qualità			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Responsabile SGQ	Direttore Sanitario	Amministratore Delegato
Programma di dettaglio Audit Interno	R	C	C
Audit interno	R	C	C
Rapporti Audit Interni	R	C	C
Riesame di Direzione	R	C	R
Preparazione documentazione	R	C	C
Audit Certificazione	R	R	C

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

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURA.		
ATTIVITÀ 7 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sulla comunicazione e il <i>Burnout</i> degli operatori		
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2025		
STANDARD: Partecipazione di almeno il 70%		
FONTE: Sistema Gestione Qualità		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	C	R

8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

7.1 Obiettivi

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B) 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;
- C) 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).

7.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITÀ 1 – Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'importanza dell'igiene delle mani		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2025		
STANDARD Partecipazione di almeno il 70%		
FONTE: CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CC-ICA	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	C	R

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

OBIETTIVO B) 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 2 – Monitoraggio della compliance sull'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta				
INDICATORE: Effettuazione indagine				
STANDARD: Emissione report entro il 31/01/2026				
FONTE: CC-ICA – Risk Manager				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	CC-ICA	Medici Responsabili e Coordinatori	Risk Manager	Osservatori
Programmazione e disegno di indagine	R	C	I	C
Effettuazione rilevazioni	C	C	C	R
Analisi dei risultati	C	I	R	C

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

OBIETTIVO B) 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 3 – Monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani				
INDICATORE Emissione di rapporti semestrali sul consumo espresso in litri/1000gg di degenza ordinaria				
STANDARD Emissione di almeno un report entro il 31/01/2026				
FONTE: CC-ICA – Software gestionale contabilità				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	CC-ICA	Coordinatori Infermieristici	Economato	Osservatori
Elaborazione Report	C	C	R	C
Trasmissione Report	R	I	I	C
Definizione programma di miglioramento	R	C	I	I

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

OBIETTIVO B) 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 4 – Mantenimento delle buone pratiche e monitoraggio del Piano Di Azione Locale sull'Igiene delle Mani				
INDICATORE Monitoraggio degli indicatori del Piano annuale d'intervento sull'Igiene delle mani				
STANDARD Attività realizzata				
FONTE: CC-ICA – Software gestionale contabilità				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Ufficio Economato	Coordinatori Infermieristici	Risk Manager	Ufficio Tecnico e di Manutenzione
Predisposizione del Piano d'intervento Igiene mani	C	C	R	I
Approvvigionamento e monitoraggio prodotti per l'igiene delle mani nei reparti di degenza	I	R	C	I

Verifica disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani	R	I	C	C
Verifica presenza in ogni punto di assistenza e cartelli informativi negli ambienti della struttura	I	C	C	R
Manutenzione preventiva	I	I	C	R
Distribuzione dei dispenser	I	C	C	R
Implementazione e monitoraggio delle misure stabilite dal Piano annuale d'intervento sull'Igiene delle mani	I	C	R	I

OBIETTIVO C) 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).				
ATTIVITÀ 5 – Esecuzione di almeno una indagine di prevalenza delle ICA associabili alle prestazioni erogate nel 2025: infezioni del sito chirurgico, infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridium difficile, infezioni polmonari associate a ventilatore				
INDICATORE Effettuazione di report trimestrali				
STANDARD Emissione report				
FONTE: CCICA – Cartelle cliniche				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	CCICA	Medici Responsabili Coordinatori U.O.	Risk Manager	Direttore Sanitario
Programmazione e disegno di indagine	C	C	R	C
Effettuazione rilevazioni	C	R	C	C
Analisi dei risultati	C	C	R	C

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

OBIETTIVO C) 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).				
ATTIVITÀ 6 – Consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE				
INDICATORE Emissione rapporto sulle infezioni da CRE e trasmissione ai livelli interessati ed al personale coinvolto				
STANDARD Report entro 31.01.2026				
FONTE CCICA – Cartelle cliniche				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	CCICA	Medici Responsabili	Risk Manager	Direttore Sanitario
Estrapolazione dati	C	C	R	I
Elaborazione Report	C	C	R	C
Trasmissione Report	C	C	R	C
Definizione programma di miglioramento	C	C	R	C

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

OBIETTIVO C) 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).		
ATTIVITÀ 7 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sulle Infezioni Ospedaliere		
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2025		
STANDARD: Partecipazione di almeno il 70%		
FONTE: Sistema Gestione Qualità		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	C	R

OBIETTIVO C) 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).				
ATTIVITÀ 8 – <i>Antimicrobial Stewardship</i> : monitoraggio del consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg di degenza				
INDICATORE Emissione rapporto trasmissione ai livelli interessati ed al personale coinvolto				
STANDARD Report entro 31.02.2026				
FONTE CCICA – Cartelle cliniche				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	CCICA	Medici Responsabili	Risk Manager	Direttore Sanitario
Estrapolazione dati	C	C	R	I
Elaborazione Report	C	C	R	C
Trasmissione Report	C	C	R	C
Definizione programma di miglioramento	C	C	R	C

9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

La diffusione del presente PARS è prevista con le seguenti modalità:

- Pubblicazione sul sito web aziendale;
- Pubblicazione sul portale interno aziendale (*Wiki*);
- Invio a mezzo mail ai Responsabili Medici, ai Coordinatori e ai Referenti dei Servizi;
- Diffusione a cascata all'interno dei Reparti/Servizi da parte dei Responsabili Medici e dei Coordinatori Infermieristici;
- Invio all'indirizzo crc@regione.lazio.it per il caricamento sul cloud regionale.

10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Determinazione Regione Lazio n. G00163 del 11-01-2019, "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)";
2. Determinazione Regione Lazio n. G00164 del 11-01-2019, "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)";
3. Regione Lazio Registro Ufficiale U0063179 del 23-01-2020, "Comunicazioni relative all'elaborazione del PARM 2020";
4. Determinazione Regione Lazio n. G02044 del 26 febbraio 2021, Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani";
5. Determinazione Regione Lazio n. G09956 del 22 luglio 2021, Approvazione della revisione del "Documento di indirizzo per la corretta identificazione della persona assistita";
6. Determinazione Regione Lazio n. G10851 del 16 settembre 2021, Adozione della revisione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari";
7. Determinazione Regione Lazio n. G00462 del 25 gennaio 2022, Adozione del "Documento di indirizzo sul consenso informato";
8. Determinazione Regione Lazio n. G00643 del 25 gennaio 2022, "Adozione del Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"
9. Determinazione Regione Lazio n. G14889 del 31 ottobre 2022, "Misure per la prevenzione e gestione dei contagi da COVID-19: utilizzo delle mascherine nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali, nel periodo 1 novembre 2022 - 31 marzo 2023";
10. Determinazione Regione Lazio n. G15198 del 06 novembre 2022, 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 ottobre 2016;
11. Determinazione Regione Lazio n. G16501 del 28 novembre 2022, Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".

DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE/
R-SGQ

Dott. Grazio Parello



IL PRESIDENTE DEL CC-ICA

Prof. Gianfranco Tarsitani



AMMINISTRATORE DELEGATO

Avv. Filippo Monami



IL RISK MANAGER

Dott. Stefano Monami



Roma 05.02.2025