



POLICLINICO ITALIA

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

PRESIDIO
CASA DI CURA - RSA
POLICLINICO ITALIA

ANNO 2026

REV. 2026	NOME	FUNZIONE
REDAZIONE TECNICA	Dott. Orazio Parello	Dirigente Professioni Sanitarie Area Infermieristica / Responsabile Sistema di Gestione per la Qualità
VALIDAZIONE TECNICA	Dott. Stefano Monami	Risk Manager
PARERE SANITARIO	Prof. Gianfranco Tarsitani Dott. Stefano Monami	Direttore Sanitario/Presidente CC-ICA Risk Manager
ADOZIONE / EMISSIONE	Avv. Filippo Monami	Amministratore Delegato – Legale Rappresentante

SOMMARIO

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO	4
2. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	5
3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	9
4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	13
5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE	14
5.1. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE “PARS”	14
5.2. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO”	15
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	16
7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ	16
8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	19
9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	22
10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	23

PREMESSA

La gestione del rischio sanitario costituisce funzione strategica e trasversale dell'organizzazione sanitaria, finalizzata alla tutela della sicurezza delle cure e al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, in coerenza con quanto previsto dalla Legge 8 marzo 2017, n. 24, recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita”.

Il governo del rischio clinico si fonda su un approccio sistemico e multidisciplinare che integra attività di prevenzione, monitoraggio, analisi e gestione degli eventi avversi, promuovendo la cultura della sicurezza e il coinvolgimento attivo di tutte le professioni sanitarie e sociosanitarie. L'integrazione tra Risk Management, Direzione Sanitaria, Sistema di Gestione per la Qualità e Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) rappresenta elemento strutturale del modello organizzativo del Presidio.

Il presente Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) della Casa di Cura – RSA Policlinico Italia definisce, in modo organico e programmato, le modalità operative, le responsabilità, gli strumenti, gli indicatori e gli obiettivi individuati dall'organizzazione per la prevenzione, il contenimento e la gestione degli eventi avversi, con particolare riferimento ai rischi clinico-assistenziali e infettivi.

Il PARS è stato elaborato in conformità a quanto previsto dal:

- Regione Lazio, Determinazione n. G02044 del 26 febbraio 2021 – Adozione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani;
- Regione Lazio, Determinazione n. G00643 del 25 gennaio 2022 – Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS);

- Regione Lazio, Determinazione n. G16501 del 28 novembre 2022 – Documento di indirizzo regionale sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA);
- Regione Lazio, Determinazione n. G17673 del 23 dicembre 2025 – Piano Attuativo Regionale per il Contrasto all’Antibiotico-Resistenza (PARCA);
- Disposizioni regionali in materia di flussi informativi e sorveglianza degli eventi avversi e delle infezioni correlate all’assistenza (sistema PREMAL).

Il documento recepisce altresì le indicazioni nazionali e internazionali in materia di prevenzione delle ICA, *Antimicrobial Stewardship* e sicurezza delle cure, integrandole nel sistema organizzativo e gestionale della Struttura.

Il PARS si configura pertanto quale strumento programmatico e di Governo Clinico, volto a garantire coerenza tra indirizzi regionali, organizzazione interna e pratiche assistenziali, attraverso un sistema strutturato di monitoraggio degli indicatori, analisi degli eventi e attivazione di azioni di miglioramento continuo

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il Presidio “Casa di Cura – RSA Policlinico Italia” è una struttura sanitaria specializzata nell’assistenza riabilitativa post-acuzie cod.56 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.

La Casa di Cura è dotata di un Sistema di Gestione per la Qualità certificato conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015, con certificazione rinnovata nel febbraio 2024 e validità fino al 17 marzo 2027. Il Sistema Qualità costituisce parte integrante del modello di governance clinica e supporta l’attuazione del presente PARS attraverso strumenti strutturati di monitoraggio, audit e miglioramento continuo.

Nella Tabella 1 sono riportati i principali dati strutturali e i volumi di attività sanitaria relativi all’anno 2025, espressi in termini di episodi di ricovero e giornate di degenza.

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 2025		INGRESSI	GG DI DEGENZA
Recupero e Rieducazione funzionale cod. 56	Posti letto ORDINARI autorizzati e accreditati	768	26.082
	Posti letto DAY HOSPITAL autorizzati e accreditati	161	5.263
	Posti letto ORDINARI autorizzati	54	2.030
RSA	RICOVERI Nucleo Intensivo	6	3.485
	RICOVERI Nucleo Estensivo	29	6.999
	RICOVERI Nucleo Mantenimento Alto	24	21.631

2. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Il Policlinico Italia ha istituito, in data 1° luglio 2004, il Comitato per le Infezioni Ospedaliere, oggi configurato come Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (CC-ICA), quale organo tecnico di riferimento per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all’assistenza (ICA).

Le attività di sorveglianza e gestione del rischio infettivo sono coordinate dalla Direzione Sanitaria, con il supporto del CC-ICA e di un Infermiere Referente per la sorveglianza. All’interno del Comitato opera un gruppo multidisciplinare dedicato all’*Antimicrobial Stewardship*, con il compito di promuovere l’uso responsabile e appropriato degli antibiotici e di attuare le strategie di contrasto all’antimicrobico-resistenza.

Nell’ambito del sistema di prevenzione del rischio biologico ambientale, è inoltre formalmente istituito un Gruppo di Lavoro Legionella, composto da Direzione Sanitaria, Risk Manager, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e Ufficio Tecnico. Il Gruppo svolge attività di valutazione periodica del rischio, verifica dei controlli ambientali, monitoraggio degli esiti analitici e aggiornamento del Programma di Controllo della Legionella, in coerenza con le Linee Guida nazionali vigenti e con la valutazione del rischio biologico aziendale.

Alla funzione di controllo delle ICA e del rischio infettivo ambientale la Direzione Aziendale assicura le risorse organizzative, professionali e tecnologiche necessarie al raggiungimento degli obiettivi programmati.

Sotto il profilo organizzativo, il Presidio:

- si avvale, per le attività diagnostiche microbiologiche, della Sezione di Microbiologia del Laboratorio di analisi cliniche “LUISA-SAM S.r.l.”;
- ha istituito un Gruppo di Lavoro Legionella, composto da Direzione Sanitaria, Risk Manager, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e Ufficio Tecnico, con funzioni di monitoraggio, valutazione del rischio, verifica dei controlli ambientali e aggiornamento del Programma di Controllo;
- ha implementato un programma strutturato di prevenzione e controllo della legionellosi, comprendente misure preventive documentate nel DVR e l’installazione, da parte di ditta specializzata, di sistemi di disinfezione in continuo dell’acqua sanitaria con dosatori e analizzatori automatici;
- ha stipulato convenzione con l’IRCCS – INMI “Lazzaro Spallanzani” di Roma per la sorveglianza sanitaria della tubercolosi del personale;
- dispone di stanza dedicata all’isolamento dei pazienti e di protocolli specifici per la gestione delle precauzioni standard, da contatto e da droplet.

SISTEMA DOCUMENTALE E ISTRUZIONI OPERATIVE

La Struttura ha adottato un sistema articolato di procedure e istruzioni operative finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio infettivo, tra cui:

- Piano Annuale delle Attività;
- Piano di Autocontrollo HACCP;
- Piano di implementazione dell’igiene delle mani;
- Piano Triennale di *Antimicrobial Stewardship*;
- Programma di controllo della Legionella;
- Istruzioni operative per la prevenzione, sorveglianza e controllo delle ICA;
- Protocollo ALERT per microrganismi multiresistenti;
- Procedure per la gestione delle infezioni da *Clostridioides difficile*;
- Procedure per la prevenzione delle infezioni correlate a dispositivi invasivi (cateteri vescicali, PICC, dispositivi chirurgici);
- Procedure per sanificazione ambientale, gestione DPI, precauzioni standard e gestione rischio biologico (Allegato DVR).

Di seguito si riporta l’elenco delle istruzioni operative:

- | | |
|----------------|---|
| ✓ PG.01S | Piano Emergenze Sanitarie |
| ✓ 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 <i>Clostridium difficile</i> |
| ✓ 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

IGIENE DELLE MANI

In tutti i reparti e punti assistenziali del Presidio sono presenti dispenser di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani, a disposizione di operatori sanitari, pazienti e visitatori.

Le modalità operative sono disciplinate dall'Istruzione Operativa "IO.CC-ICA.04 – Lavaggio delle mani", in coerenza con il Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani (Determinazione n. G02044/2021).

Il Presidio attua un piano strutturato di azione locale sull'igiene delle mani (PALIM), che prevede attività di formazione, monitoraggio della compliance osservazionale, analisi dei consumi di soluzione idroalcolica (litri/1.000 giornate di degenza) e restituzione periodica dei risultati in sede di CC-ICA.

Il personale è costantemente sensibilizzato attraverso campagne informative, segnaletica dedicata e momenti formativi programmati.

SISTEMA DI SEGNALAZIONE E FLUSSI INFORMATIVI

Ogni episodio infettivo di nuova insorgenza viene segnalato alla Direzione Sanitaria secondo le modalità previste dall'Istruzione Operativa "IO.CC-ICA.02 – Linee di indirizzo per la Prevenzione, Sorveglianza e Controllo del rischio di ICA", in ottemperanza al DM 7 marzo 2022 relativo ai flussi informativi PREMAL.

Qualora l'evento presenti caratteristiche riconducibili a evento avverso o evento sentinella, viene attivata la procedura di Incident Reporting secondo quanto previsto dall'Istruzione Operativa "IO.75A.48 – Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi e gli Eventi Sentinella", mediante compilazione della Scheda di Incident Reporting (Mod.75A.127) e trasmissione al Risk Manager.

La gestione clinica della sepsi è regolamentata dall'Istruzione Operativa "IO.CC-ICA.11 – Indicazioni di trattamento antimicrobico e antimicotico empirico", che disciplina il percorso clinico-terapeutico, l'esecuzione degli accertamenti microbiologici, la rivalutazione entro 72 ore e l'integrazione con il programma aziendale di *Antimicrobial Stewardship*.

La sorveglianza e il controllo delle infezioni da microrganismi multiresistenti sono disciplinati dall'Istruzione Operativa "IO.CC-ICA.03 – Sorveglianza e controllo infezioni da CPE" e dal Protocollo ALERT (IO.75A.43), che regolamentano le misure di isolamento, le precauzioni da contatto e le modalità di comunicazione interna.

SORVEGLIANZE SPECIFICHE

È attivo un monitoraggio strutturato delle infezioni del sito chirurgico, disciplinato dall'Istruzione Operativa "IO.75A.49 – Medicazione ferite chirurgiche", che prevede attività di sorveglianza attiva, registrazione sistematica degli eventi in cartella clinica e produzione di report periodici condivisi con la Direzione Sanitaria e con il CC-ICA ai fini dell'analisi degli indicatori epidemiologici (espressi per 1.000 giornate di degenza) e dell'eventuale attivazione di azioni correttive.

Il sistema di sorveglianza si integra con le procedure aziendali di sanificazione ambientale (IO.75A.03 – Sanificazione) e con le disposizioni relative alle precauzioni standard e aggiuntive (IO.SPP.18 – Precauzioni standard, da contatto e da droplet).

ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP E MONITORAGGIO AWARE

La Struttura ha adottato un Piano Triennale di *Antimicrobial Stewardship*, attuato attraverso un gruppo multidisciplinare dedicato inserito nel CC-ICA.

Il programma prevede:

- monitoraggio sistematico del consumo di antibiotici (DDD/100 giornate di degenza);
- classificazione secondo modello AWaRe (Access, Watch, Reserve);
- analisi di appropriatezza prescrittiva;
- verifica dell'utilizzo delle molecole "Reserve";
- produzione di report semestrali condivisi in sede di CC-ICA e Direzione Sanitaria.

Le attività sono svolte in coerenza con il Piano Attuativo Regionale per il Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PARCA) – Determinazione n. G17673/2025 e con il Documento regionale sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle ICA (Determinazione n. G16501/2022).

L'insieme delle misure descritte configura un sistema integrato, strutturato e continuativo di prevenzione, sorveglianza e controllo del rischio infettivo, pienamente coerente con gli indirizzi normativi regionali e con gli obiettivi del presente PARS.

3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Nell'anno 2025 è stata condotta una analisi sui dati relativi agli eventi di caduta rilevati attraverso il sistema aziendale di *Incident Reporting* e le denunce di infortunio distinti per ambito assistenziale RSA e Riabilitazione. Tutti gli eventi risultano regolarmente inseriti nel portale SIRES in conformità ai flussi informativi regionali previsti per la segnalazione degli eventi avversi.

Nel corso del 2025 sono state registrate complessivamente 43 cadute. Di queste 40 si sono verificate nell'area della Riabilitazione pari al 93% del totale mentre 3 eventi sono stati rilevati in RSA pari al 7%.

Rapportando il numero di eventi alle giornate di degenza erogate nell'anno si osserva che in RSA a fronte di 3 cadute su 32.115 giornate di degenza il tasso di caduta risulta pari a 0,09 eventi per 1.000 giornate di degenza. In Riabilitazione a fronte di 40 cadute su 32.937 giornate di degenza il tasso si attesta su un valore pari a 1,21 eventi per 1.000 giornate di degenza. Il dato evidenzia come il rischio di caduta risulti particolarmente contenuto in RSA mentre in Riabilitazione assume valori superiori ma comunque coerenti con un contesto assistenziale in cui la mobilitazione rappresenta parte integrante del progetto terapeutico. Rapportando il numero di eventi alle giornate di degenza erogate, il tasso aziendale complessivo di caduta si attesta su un valore inferiore al benchmark regionale, pari a 1,4 cadute per 1.000 giornate di degenza, configurandosi come un indicatore positivo sotto il profilo della sicurezza delle cure.

Per quanto riguarda il luogo dell'evento in RSA le cadute risultano distribuite in modo omogeneo con il 33,3% verificatosi in stanza di degenza, il 33,3% in palestra o ambulatorio e il restante 33,3% in un luogo non indicato. Tale distribuzione riflette il numero limitato di eventi e non consente di individuare un'area critica prevalente.

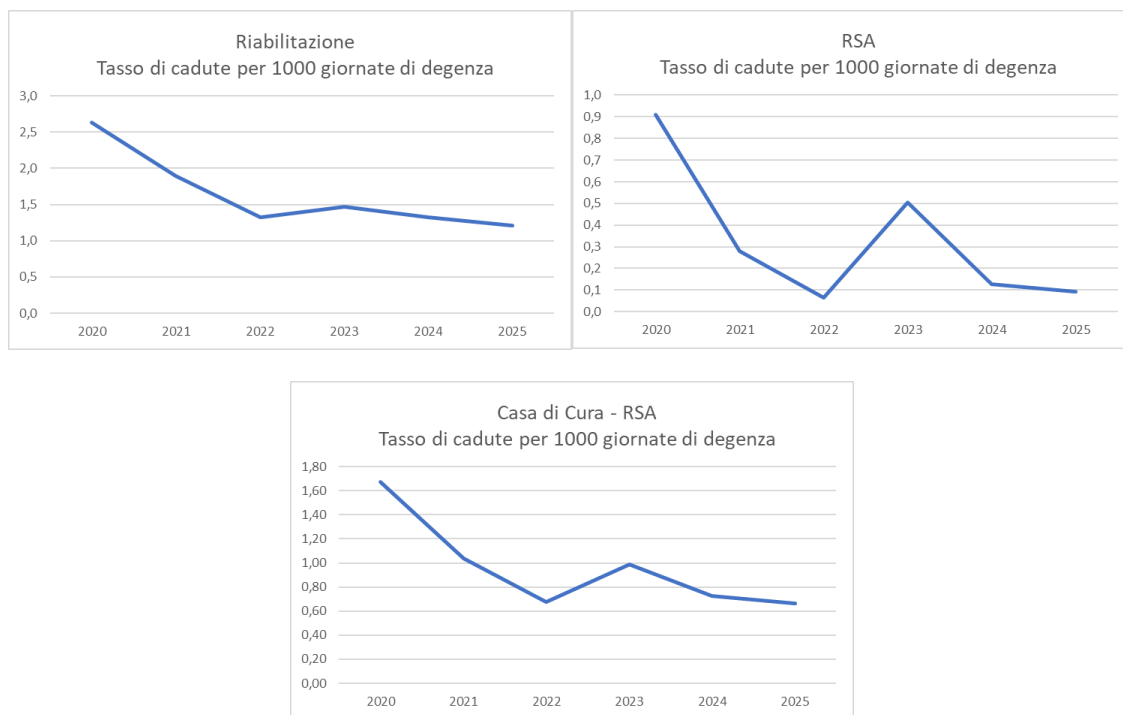
In Riabilitazione invece emerge una concentrazione più definita degli eventi con il 55% delle cadute avvenuto in stanza di degenza e il 25% in bagno, segue il corridoio con il 12,5% mentre palestra ambulatorio ascensore e luogo non indicato rappresentano ciascuno il 2,5% del totale. Complessivamente l'80% delle cadute in Riabilitazione si concentra tra stanza di degenza e bagno, ambienti direttamente correlati alle attività di mobilitazione all'igiene personale e ai passaggi posturali confermando aree già note come a maggiore esposizione al rischio.

Analizzando l'esito degli eventi in RSA si rileva che nel 33,3% dei casi la caduta non ha comportato alcun danno nel 33,3% si è verificato un danno lieve e nel restante 33,3% un danno moderato. Non si registrano eventi con esito severo o mortale.

In Riabilitazione emerge una netta prevalenza di eventi senza danno pari al 90%, mentre nel 10% dei casi è stato rilevato un danno lieve. Anche in questo setting non si registrano eventi con esito moderato severo o mortale. Tale distribuzione conferma una bassa severità complessiva degli eventi e l'efficacia delle misure preventive e della sorveglianza assistenziale durante le attività di mobilitazione.

Per quanto concerne i fattori contribuenti in entrambi i setting assistenziali la totalità degli eventi risulta associata alla voce procedure e comunicazione pari al 100% sia in RSA sia in Riabilitazione. Non emergono segnalazioni riferibili a fattori strutturali tecnologici o organizzativi.

L'andamento delle cadute negli anni 2020-2025 sono illustrati nei grafici seguenti:



L'analisi dell'andamento delle cadute nel periodo 2020–2025 evidenzia un miglioramento progressivo e strutturale dell'indicatore aziendale, misurato tramite tassi standardizzati per 1.000 giornate di degenza e confrontato con il benchmark regionale pari a 1,4.

Nel 2020 il tasso aziendale complessivo risultava pari a 1,67 cadute per 1.000 giornate di degenza, valore superiore al riferimento regionale. A partire dal 2021 si osserva una riduzione significativa dell'indicatore (1,04) che si consolida negli anni successivi, con valori stabilmente inferiori al benchmark. Nel 2025 il tasso aziendale si attesta a 0,66, con una riduzione superiore al 60% rispetto al 2020 e ampiamente al di sotto del valore medio regionale.

L'analisi per area assistenziale conferma che in RSA il rischio di caduta si mantiene costantemente su valori molto contenuti per tutto il periodo di osservazione, mentre in Riabilitazione, pur in un

contesto caratterizzato da elevata mobilità e complessità assistenziale, il tasso di caduta mostra una chiara riduzione nel tempo, passando da 2,63 nel 2020 a 1,21 nel 2025.

Il risultato raggiunto nel 2025 è coerente con le azioni correttive e di miglioramento implementate nel 2023, che hanno rafforzato i processi di valutazione del rischio, aggiornato la documentazione operativa e incrementato il coinvolgimento del personale e dei pazienti nella prevenzione delle cadute.

Nel complesso, i dati confermano l'efficacia delle strategie adottate e supportano la scelta di mantenere e monitorare nel tempo le azioni intraprese, con l'obiettivo di consolidare i risultati raggiunti e garantire elevati livelli di sicurezza delle cure.

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 2025, oltre agli eventi di caduta, è stato segnalato un solo episodio di aggressione verbale, privo di minacce, intimidazioni o violenza fisica e senza impatti organizzativi o assistenziali.

Non sono stati segnalati altri Near Miss, Eventi Avversi o Eventi Sentinella; non si sono inoltre verificati eventi riconducibili a criticità legate all'utilizzo dei dispositivi medici, né eventi correlati a errori di identificazione del paziente, a problematiche connesse alla somministrazione e gestione dei farmaci – inclusi i farmaci LASA -, all'esecuzione di esami radiologici ripetuti non appropriati o a errori nell'esecuzione dell'emogasanalisi, confermando un quadro complessivamente favorevole sotto il profilo della sicurezza delle cure.

Gli eventi occorsi nel 2025 (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 (86%)	95%			
Eventi Avversi	N.6 (14%)	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.

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)
2025	1	1	€ 719.228,51
2024	1	0	0
2023	1	0	0
2022	1	0	0
2021	0	0	0
Totale	4	0	€ 719.228,51

(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
2026	Polizza n. RCI00010004632 (sc.31.12.2026)	Am Trust Insurance	€ 120.372,00	€ 50.000,00	DBDG Spa
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	€ 50.000,00	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 2025; 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 sulla gestione del paziente neurologico e disfagico	si	Relazione Piano Formativo Aziendale
Attività 2 Progettazione ed esecuzione di un evento per la giornata Nazionale sulla sicurezza delle cure	si	Dossier sicurezza delle cure

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 nuovi approcci chirurgici	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 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 6 Certificazione ISO 9001/2015	si	Sistema Gestione Qualità
Attività 7 Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sulla comunicazione e il <i>Burnout</i> degli operatori	si	Relazione Piano Formativo Aziendale

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 2025
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	Realizzata ³	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 Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sulle Infezioni Ospedaliere.	si	Relazione Piano Formativo Aziendale
Attività 8 Antimicrobial Stewardship: monitoraggio del consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg di degenza	si	Emissione report e condivisione dei risultati

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 2026 di seguito illustrati.

6.1 Obiettivi

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- 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.
- 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 sul corretto utilizzo dei dispositivi per la riabilitazione del paziente

INDICATORE

Effettuazione evento

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 almeno una edizione di un corso sulla gestione del paziente neurologico: Evidenze, assistenza e riabilitazione

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 Rischio clinico, strumenti di analisi reattiva/proattiva degli eventi avversi

INDICATORE

Effettuazione evento

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>laet/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 31.03.2026, di una relazione sulla qualità percepita (<i>Customer Satisfaction</i>), relativa all'anno 2025, 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 30-03-2026			
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 parità di genere e medicina di genere nelle aziende sanitarie		
INDICATORE: Effettuazione evento		
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:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di *carbapenemasi* (CPE).

7.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso sulla prevenzione delle ICA		
INDICATORE Effettuazione evento		
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: % compliance igiene mani

STANDARD:

≥ 75% compliance

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

≥ 20l/1000gg di degenza

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

100% delle attività realizzate

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 – Monitoraggio sul tasso delle ICA associabili alle prestazioni erogate nel 2026: infezioni del sito chirurgico, infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridium difficile, infezioni polmonari associate a ventilatore e casi di sepsi.

INDICATORE

Tasso delle ICA= n° ICA/ n° giornate di degenza × 1.000

STANDARD

Mantenimento del trend ≤ media triennale aziendale o non superiore al benchmark interno.

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 – Sorveglianza e Controllo Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE); Flusso PREMAL conforme DM 7 marzo 2022; Zero reporting annuale entro 31 gennaio; Applicazione precauzioni da contatto; Screening pazienti a rischio.

INDICATORE

Numero casi CRE segnalati

STANDARD

100%

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 – 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.		
INDICATORE: Emissione rapporto e trasmissione ai livelli interessati ed al personale coinvolto		
STANDARD: Report entro 31.01.2027		
FONTE: CCICA		
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; Classificazione secondo AWaRe; Verifica appropriatezza molecole Reserve; Condivisione dati in CC-ICA; Report annuale alla Direzione Strategica.				
INDICATORE % molecole Access; % molecole Watch; % molecole Reserve; Trend DDD				
STANDARD Incremento quota Access. Utilizzo Reserve solo se clinicamente documentato.				
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 ccrc@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)”*.
12. Determinazione Regione Lazio n. G17673 del 23 dicembre 202, *Approvazione del “Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell’Antibiotico Resistenza (PARCA 2026-2028)”*.

**DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE - AREA INFERMIERISTICA/
R-SGQ**

Dott. Orazio Parello

F.to

DIRETTORE SANITARIO / PRESIDENTE DEL CC-ICA

Prof. Gianfranco Tarsitani

F.to

AMMINISTRATORE DELEGATO

Avv. Filippo Monami

F.to

IL RISK MANAGER

Dott. Stefano Monami

F.to

Roma 18.02.2026