T.E.A.R. S.R.L.
MADONNA DELLE GRAZIE
Residenza Sanitaria Assistenziale

Via Farnete, 5
03037 – Pontecorvo, Frosinone
Tel: 0776760789
Fax: 0776772057

Mail: info@rsamdg.it
Sito: https://www.casadicuramadonnadellegrazie.com/

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO
MOD PARS

ED. / REV.	DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
00/04	**20/02/2026**	Risk Manager	Direttore Generale	Datore di Lavoro
		Presidente CCICA (Medico Responsabile)		
		Ufficio Legale		

INDICE

1. PREMESSA ... 3
1.1. SCOPO ... 4
2. CONTESTO ORGANIZZATIVO ... 5
2.1. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO ... 6
3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI ... 7
3.1. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI ... 7
3.2. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO ... 8
4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA ... 8
5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE ... 8
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ ... 9
7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ... 10
7.1. OBIETTIVI ... 10
7.2. ATTIVITÀ ... 11
7.2.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE ... 11
7.2.2. OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA ... 11
7.2.3. OBIETTIVO C): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ... 12
7.2.4. OBIETTIVO D): PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA ... 12
8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS ... 13
9. RIFERIMENTI NORMATIVI ... 13
10. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA ... 14
ALLEGATO 1: PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ... 16
ALLEGATO 2: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI ... 21

1. PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato la necessità che le organizzazioni sanitarie operino per assicurare ai Pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure.

La possibilità di "**Evento avverso**" è insita nei sistemi complessi e le realtà sanitarie, come sancito dall'OMS, sono l'ambito lavorativo a maggiore complessità possibile.

La sicurezza dei Pazienti deve essere, quindi, continuamente presidiata e le criticità devono essere affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando vari aspetti: monitoraggio e analisi degli eventi avversi, elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, coinvolgimento di Pazienti, formazione degli operatori sanitari, analisi delle interferenze e delle criticità; al fine di promuovere sia una visione che una gestione sistemica del rischio.

La **Gestione del Rischio Clinico** rappresenta un elemento di Governo (Clinico), meglio definito come "*il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica*".

La gestione del rischio in ambito sanitario è un'attività già prevista nella legge 189 del 2012 (Legge Balduzzi), che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Il legame consequenziale con una più efficace gestione delle risorse economiche aveva già indotto a scorporare alcune indicazioni dal disegno di legge Gelli (peraltro approvato in via definitiva lo scorso 28 febbraio 2017) per inserirle nella Legge di Stabilità 2016, in cui sono attribuiti alla prevenzione del rischio effetti positivi sull'uso delle risorse e sulla tutela del Paziente.

La **Legge Gelli** (Legge 8 marzo 2017, n. 24) qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Le attività di prevenzione del rischio – alle quali concorre tutto il personale – devono essere messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private.

Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico e nel documento "**Risk Management e Qualità in Sanità**" definisce le seguenti raccomandazioni:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- promuovere la segnalazione dei *Near Miss*;
- sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- monitorare periodicamente e garantire *feed-back* informativi;
- avviare la costituzione di un *network* per la realizzazione di un *database* nazionale per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza dei Pazienti, anche al fine di istituire un Osservatorio a livello centrale;
- definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

In questa dimensione, la **Gestione del Rischio Clinico** assume un ruolo fondamentale nel processo di identificazione degli obiettivi di sistema, di definizione dei processi organizzativi, di allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

1.1. SCOPO

Il **Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario** (PARS) è lo strumento nato dall'unione dei precedenti PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza).

Il PARS nasce con l'obiettivo di:

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

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

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

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

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

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

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Società T.E.A.R. S.r.l. fu costituita nel 1996 con l'intenzione di istituire case di riposo di livello medio-alto. Nel 2000 attivò la prima RSA a Pontecorvo, creando la RSA Madonna delle Grazie. Nel 2006 la Società ha partecipato a una gara d'appalto indetta dal Comune di Minturno per la gestione di una RSA di proprietà del Comune stesso, denominata "Minturno Poggio Ducale". Anche tale struttura è stata autorizzata rapidamente dalla Regione Lazio a svolgere l'attività e, nel 2014, ha ottenuto l'accreditamento.

L'attività della RSA Minturno Poggio Ducale si è sviluppata rapidamente e, nel giro di meno di un anno, sono stati occupati tutti i 60 posti letto grazie alle ottime credenziali riconosciute su tutto il territorio, frutto di un trattamento degli ospiti attento e scrupoloso. Tutto il servizio è prestato in camere arredate in modo caldo e accogliente, in locali comuni ampi e comodi dove vengono svolte le attività di animazione e intrattenimento, nella palestra dotata di moderni ausili e gestita da fisioterapisti preparati e accorti, nella sala ristorante dove vengono somministrati pasti gradevoli e adeguati alle esigenze terapeutiche degli ospiti, nelle medicherie dove i pazienti vengono visitati e tenuti sotto controllo da medici, infermieri e operatori socio-sanitari con visite frequenti, scrupolose e approfondite.

Una volta convento dei Padri Passionisti, oggi la RSA Madonna delle Grazie è una delle strutture più all'avanguardia di tutta la provincia di Frosinone, grazie a macchinari nuovi e ai costanti corsi di aggiornamento e formazione che seguono i membri dello staff. Eroga prestazioni che vanno dalla fisioterapia alla rieducazione funzionale, dalle degenze riabilitative alle attività ricreative.

Gli utenti sono principalmente anziani.

I 90 posti letto presenti nella struttura sono divisi in camere doppie con bagno privato, pro-handicap, per rispondere alle esigenze di tutte le tipologie di ospiti. La RSA è articolata su quattro piani, ognuno dei quali volto a una specifica funzione:

- al piano terra sono presenti la cucina e il ristorante, gli spogliatoi e la camera morgue;
- al primo piano sono presenti i servizi generali e un ampio soggiorno oltre a n 2 locali soggiorno/TV dove si svolgono le attività comuni e ricreative. Sono presenti anche gli ambulatori, i locali amministrativi e la palestra per l'attività sportiva, la fisioterapia e le attività riabilitative;
- al secondo piano vi sono n 45 pp.ll. suddivisi in n. 2 Nuclei con n. 20 pp.ll. cadauno e n. 5 pp.ll. tutti di livello Assistenziale B;
- al terzo piano vi sono ulteriori n 45 pp.ll. suddivisi in n. 2 Nuclei di livello Assistenziale A con complessivi n. 30 pp.ll. oltre a n. 15 pp.ll. di livello Assistenziale B.

RSA MADONNA DELLE GRAZIE

DATI STRUTTURALI (A)		Fonte del dato
ASL competente	ASL FROSINONE	/
Posti letto ordinari autorizzati	90	DCA Regione Lazio
di cui Posti letto ordinari Accreditati	90	DCA Regione Lazio

(A): Dati aggiornati al 06/02/2026

DATI DI ATTIVITÀ (A)		Fonte del dato
Giornate di degenza	31.853	Ufficio Amministrativo
Prestazioni ambulatoriali	/	/
Prestazioni domiciliari	/	/

(A): Dati aggiornati al 06/02/2026

2.1. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

La RSA Madonna delle Grazie, nell'ambito della Gestione del Rischio Clinico, ha da sempre dedicato una particolare attenzione alle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e alla loro gestione.

In considerazione dell'impatto che tale tipologia di infezione ha sul carico assistenziale e in considerazione di quanto le richieste della Regione Lazio siano diventate nel tempo sempre più puntuali e specifiche, nel corso dell'anno 2023 è stato introdotto il Piano aziendale per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (come da Determinazione 28 novembre 2022, n. G16501 – Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)).

Nel rispetto di quanto previsto, anche nel corso dell'anno 2025, la struttura si è impegnata nella revisione e implementazione delle attività e delle procedure richieste dal Piano stesso.

Per quanto riguarda la gestione delle infezioni, secondo la procedura interna parte del proprio Sistema di Gestione Qualità, viene messo in atto il seguente percorso operativo. In caso di sospetto, si provvede all'isolamento del Paziente, alla segnalazione della condizione clinica agli operatori e all'informazione dei parenti, oltre, ovviamente, all'uso appropriato dei DPI. Viene impostata, quindi, una corretta terapia farmacologica e, qualora il quadro clinico dovesse aggravarsi, viene predisposto il trasferimento in ambiente ospedaliero.

3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

3.1. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI

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

Nell'anno 2025 presso la Struttura sono stati segnalati e registrati gli eventi riportati in tabella. Per quanto riguarda le infezioni, il personale interno le ha gestite e contrastate nel rispetto delle procedure interne.

TIPO EVENTO	N°	% (su Tot. Even.)	% cadute (su cate-goria)	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
Near Miss	0	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Eventi Avversi	6	100	100	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (100%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (100%)	Sistemi di reporting (100%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Eventi Sentinella	0	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Totale	6	/	/	/	/	/

Tutti gli eventi ricadono nella tipologia degli Eventi Avversi, in cui possiamo distinguere: 2 cadute.

Le cadute segnalate e registrate sono riconducibili alla tipologia di pazienti trattati ovvero pazienti disorientati nel tempo e nello spazio, con mobilità ridotta, fragili, anziani e con comorbilità multiple. Degli eventi segnalati in tutti i casi non sono stati registrati esiti. In questi casi la specifica tipologia dei pazienti trattati sembra essere il fattore di rischio principale per il verificarsi dell'evento.

Non sono state registrate infezioni meritevoli di segnalazione.

Per tutti gli eventi segnalati, si sottolinea la pronta gestione e la quasi totale assenza di particolari problematiche postume.

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

ANNO	N Sinistri aperti	N Sinistri erogati	Risarcimenti erogati
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0
2024	0	0	0
2025	1	0	0
Totale	0	0	0

4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	POLIZZA	SCADENZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	FRANCHIGIA	BROKER
2021	47881331	2022	UnipolSai	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2022	47881331	2023	UnipolSai	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2023	47881331	2024	UnipolSai	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2024	47881331	2025	UnipolSai	3500,04	500,00	SICURA CASSINO SRL
2025	732717954	2027	Cattolica ASSICURAZIONI	20.574,00	5000,00	ATTOLICA ASSICURAZIONI Cassino Vairano

5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

ATTIVITÀ	REALIZZATA(A)	STATO ATTUAZIONE
1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico"	SI	/
2: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	SI	/
3: revisione e implementazione della documentazione del Sistema di Gestione aziendale di Rischio Clinico	SI	/
4: monitoraggio e mantenimento del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani	SI	/
5: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo (nel rispetto di quanto previsto dal Piano ICA)	SI	/
6: report monitoraggio consumo prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani	SI	/

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

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce almeno le seguenti specifiche responsabilità:

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

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

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

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

7.1. OBIETTIVI

I quattro obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- 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 e il miglioramento negli anni successivi;
- promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

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

7.2. ATTIVITÀ

7.2.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 1: identificazione dei rischi attraverso il *Safety Walk around*

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

(n corsi moduli compilati) / (n anno precedente)

STANDARD: 100%	**FONTE:** Risk Management	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	**RISK MANAGER**	**DIREZIONE**
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 2: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA

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

(n corsi di formazione programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

STANDARD: 100%	**FONTE:** Risk Management	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	**RISK MANAGER**	**DIREZIONE**
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

7.2.2. OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA

ATTIVITÀ 3: revisione e implementazione della documentazione del Sistema di gestione aziendale di Rischio Clinico

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

(documentazione implementata) / (documentazione da implementare)

STANDARD: 90%	**FONTE:** Risk Management	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	**RISK MANAGER**	**DIREZIONE**
Revisione modulo	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

7.2.3. OBIETTIVO C): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

ATTIVITÀ 4: monitoraggio e mantenimento del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

Monitoraggio e mantenimento Piano

STANDARD: 90%	**FONTE:** Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

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

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

7.2.4. OBIETTIVO D): PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA

ATTIVITÀ 5: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo (nel rispetto di quanto previsto dal Piano ICA)

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

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

STANDARD: 100%	**FONTE:** CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

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

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 6: report monitoraggio consumo prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31/12/2026

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

STANDARD: 20 litri / 1000 gg degenza	**FONTE:** OMS

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

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

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il presente PARS sarà diffuso attraverso i seguenti strumenti:

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

9. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", pubblicata in Gazzetta Ufficiale, serie Generale, n. 64 del 17 marzo 2017, ed entrata in vigore giorno 1 aprile 2017.
- Decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012 (c.d. ''decreto omnibus'' per la sanità).
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009: Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- Circolare Ministero Salute 6 dicembre 2019 – Indicazioni per la sorveglianza e controllo infezioni da CRE;
- Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante: "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014. Preliminare individuazione dei Programmi regionali e approvazione del "Quadro di contesto" del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018";
- Decreto del Commissario ad Acta 6 luglio 2015, n. U00309 recante: "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep.Atti 156/CSR)";
- Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
- Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico";
- Determinazione n. G09535 del 02/07/2014 "Linee Guida Regionali per l'attività di Gestione dei sinistri da responsabilità Medico/Sanitaria – Composizione e Funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri.
- Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): "Gestione del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza" (Determinazione Regionale N. G04112 del 01/04/2014).

- Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
- Determinazione Regione Lazio G00163 11 gennaio 2019 recante "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)";
- Determinazione Regionale n. G02044 del 26 febbraio 2021 recante "Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani".
- Determinazione N. G00643 del 25/01/2022 – Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"
- Nota Regione Lazio Prot. n. 99218 del 23/02/2015 Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti.
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;
- Deliberazione Giunta Regionale (Regione Lazio) n. 460 del 28/06/2024 con oggetto "Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi"

10. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

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

ALLEGATO 1

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

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

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

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

L'allegato prevede quattro sezioni

A) Monitoraggio test autovalutazione/rispetto anno precedente
B) Monitoraggio consumo SIA/rispetto anno precedente
C) Monitoraggio osservazioni della compliance/rispetto anno precedente
D) Attività effettuate 2025 e attività programmate 2026

A) Nei primi giorni di febbraio la Direzione ha provveduto ad effettuare il test di autovalutazione previsto dal programma della Regione. L'analisi dei risultati emersi evidenzia un quadro complessivamente positivo, con valori conformi e pienamente in linea con il range di riferimento indicato nel testo e nelle indicazioni operative adottate dalla struttura. L'esito del monitoraggio conferma pertanto l'adeguatezza delle procedure applicate e la corretta diffusione delle misure di prevenzione e controllo, in particolare rispetto agli standard attesi. A completamento della verifica documentale, è stato effettuato anche un sopralluogo diretto negli ambienti assistenziali e nei locali di servizio. In tale occasione si è riscontrata la presenza dei poster informativi e promozionali all'interno dei servizi igienici e nei principali siti in cui sono disponibili rubinetti e punti acqua, come previsto dalle raccomandazioni regionali e dalle buone pratiche di igiene delle mani. Si conferma quindi il mantenimento di un adeguato livello di conformità sia sul piano dei risultati di autovalutazione sia sul piano della corretta comunicazione visiva e sensibilizzazione del personale e degli utenti.

B) Si evidenzia come nel corso dell'anno 2025 sono state adottate e mantenute in modo sistematico tutte le misure organizzative, gestionali e operative previste dal PALIM, in conformità a quanto stabilito dalla Determina G02044 del 26/02/2021, con particolare riferimento alla prevenzione del rischio infettivo, alla sicurezza delle cure e alla tutela della salute di operatori, utenti e visitatori. Nel rispetto dei protocolli regionali, delle procedure interne di gestione del rischio clinico e delle evidenze scientifiche consolidate, la struttura ha garantito la costante disponibilità e l'uso appropriato dei prodotti per l'igiene delle mani. Come ampiamente documentato dalla letteratura scientifica e dalle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'igiene delle mani rappresenta infatti la misura più efficace per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. A tal fine, il consumo di prodotti igienizzanti è considerato un indicatore indiretto di adesione alle buone pratiche assistenziali ed è comunemente espresso come litri di prodotto per 1.000 giornate di degenza, con valori di riferimento indicativi pari ad almeno 20 litri/1.000 giornate di degenza. In tale contesto, nel corso dell'anno 2025 la struttura ha acquistato e utilizzato complessivamente 90 litri di sapone igienizzante, destinati ai servizi igienici e ai punti di lavaggio delle mani per il personale sanitario e sociosanitario, nonché per utenti e visitatori. Parallelamente, sono stati acquistati e utilizzati 95 litri di soluzione alcolica per l'igienizzazione delle mani, collocata in dispenser dedicati nelle aree assistenziali, negli spazi comuni e nei punti a maggiore intensità di contatto, assicurando livelli di consumo coerenti con i volumi assistenziali erogati e con gli standard di riferimento in rapporto alle giornate di degenza effettuate. A integrazione di tali dotazioni, la struttura ha inoltre provveduto all'approvvigionamento e all'impiego di 30 flaconi di schiuma igienizzante per le mani e di 30 litri di schiuma igienizzante, prodotti particolarmente apprezzati per la facilità d'uso e la migliore tollerabilità cutanea, fattori che favoriscono una maggiore aderenza del personale alle procedure

di igiene delle mani. L'analisi comparativa dei dati di approvvigionamento evidenzia che, rispetto all'anno precedente, nel 2025 si è registrato un incremento complessivo degli acquisti pari a circa il 5%, incremento attribuibile in modo prevalente all'aumento dell'utilizzo della schiuma igienizzante, in linea con le strategie di miglioramento continuo adottate dalla struttura. Tale incremento rappresenta un indicatore positivo di maggiore attenzione e sensibilità verso le pratiche di prevenzione del rischio infettivo. Nel complesso, i volumi di acquisto e utilizzo dei prodotti per l'igiene delle mani risultano coerenti con gli indicatori di consumo raccomandati dalla letteratura scientifica e confermano l'impegno costante della struttura nel mantenere elevati standard di sicurezza, prevenzione e controllo del rischio infettivo, in piena aderenza alla normativa vigente e agli obiettivi di qualità e sicurezza delle cure.

C) Nel corso dell'anno 2025 sono state regolarmente eseguite tutte le osservazioni previste e richieste dal PALIM, in coerenza con la programmazione regionale e con gli obiettivi interni di sorveglianza e miglioramento continuo. L'attività di monitoraggio si è svolta in modo sistematico, garantendo la raccolta di dati utili alla valutazione dell'aderenza alle buone pratiche assistenziali, con particolare riferimento all'igiene delle mani.
A novembre 2025 è stato inoltre effettuato un corso di aggiornamento dedicato all'osservatore nominato dalla Regione, finalizzato al consolidamento delle competenze tecniche e metodologiche necessarie per assicurare uniformità e accuratezza nelle rilevazioni. L'esito della formazione è risultato positivo, confermando la corretta applicazione delle modalità osservative previste e il mantenimento di un adeguato standard professionale nello svolgimento delle attività.
I risultati emersi dalle osservazioni condotte nel corso dell'anno evidenziano un progressivo coinvolgimento e una maggiore partecipazione del personale sanitario, con un incremento dell'attenzione verso le procedure di igiene delle mani nei diversi momenti assistenziali. Tale elemento assume particolare rilievo in quanto rappresenta un indicatore concreto di sensibilizzazione e responsabilizzazione, con ricadute favorevoli sulla sicurezza degli ospiti presenti in struttura e sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.
In un'ottica di ulteriore rafforzamento del sistema di controllo e miglioramento, tra le azioni proposte si è deciso di valutare, per il 2026, la nomina di un secondo osservatore. Questa scelta consentirebbe una maggiore copertura delle osservazioni, una distribuzione più efficace delle attività di monitoraggio e un ulteriore supporto al mantenimento degli standard previsti dal programma regionale.

D) Attività effettuate 2025 e attività programmate 2026

ATTIVITÀ EFFETTUATE 2025

ATTIVITÀ	REALIZZATA	NOTE
1: Definizione del proprio livello di stato relativamente alle varie sezioni del Piano, in considerazione dei miglioramenti ottenuti e programmazione Attività al fine di raggiungere l'obiettivo proposto	SI	/
2: Indagine sulla percezione per gli Operatori Sanitari e i Dirigenti	SI	/
3: Indagine sulla compliance relativa all'Igiene delle Mani	Programmato entro il primo semestre 2026	/
4: Verifica Formazione Osservatore/i nominato/i ed eventuale integrazione del gruppo di lavoro	SI	/
5: Esecuzione Audit dedicato – almeno 2	SI, 1 audit	/
6: Monitoraggio consumo gel idroalcolico	SI	/
7: Formazione del Personale	SI	/
8: Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari	SI	/

ATTIVITÀ PROGRAMMATE 2026

ATTIVITÀ	OBIETTIVO	DATA
1: Definizione del proprio livello di stato relativamente alle varie sezioni del Piano, in considerazione dei miglioramenti ottenuti e programmazione Attività al fine di raggiungere l'obiettivo proposto	INTERMEDIO / AVANZATO in tutte le Sezioni del Piano	31/12/2026
2: Indagine sulla percezione per gli Operatori Sanitari e i Dirigenti	RIVALUTAZIONE	31/12/2026
3: Indagine sulla compliance relativa all'Igiene delle Mani	RIVALUTAZIONE	31/12/2026
4: Verifica Formazione Osservatore/i nominato/i ed eventuale integrazione del gruppo di lavoro	RIVALUTAZIONE	31/12/2026
5: Esecuzione Audit dedicato – almeno 1	1 Audit	31/12/2026
6: Monitoraggio consumo gel idroalcolico	1 analisi	31/12/2026
7: Formazione del personale	1 evento	31/12/2026
8: Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari	1 evento	31/12/2026

Consumo riferito all'intera struttura		
ANNO	**CSIA***	**GDO***
2024	85	31923
2025	90	31853

Se disponibile, inserire i dati di CSIA della struttura suddivise per aree di degenza/NON degenza			
ANNO	**Area di**	**CSIA***	**GDO***
2024	Degenza**	85	35513
	NON Degenza**	/	/
	Totale	**85**	**31853**
2025	Degenza**	90	31853
	NON Degenza**	/	/
	Totale	90	**31853**

*** Per la definizione di CSIA e/o di GDO fare riferimento al foglio "Legenda"**
**** Per l'identificazione delle aree di "Degenza" e "NON Degenza" fare riferimento al foglio "Legenda"**

LEGENDA	
CSIA	Consumo di Soluzione Idroalcolica e/o prodotto equivalente espressa in litri.
GDO	Giornate di Degenza Ordinaria: somma del numero di interi giorni (24h) trascorsi dai pazienti nel reparto da cui vengono dimessi.
Aree di degenza	Include le seguenti Aree/Discipline: Medica, Chirurgica, Terapia Intensiva, Ortopedico-Traumatologica ed eventuali altre aree di Degenza.
Aree di NON degenza	Include le seguenti Aree/Discipline: Blocco Chirurgico, Consultori, Emergenza Urgenza, Sale di attesa, Day Hospital (D.H.), Day Surgery (D.S.), Ambulatori, Centri di Prenotazione (C.U.P.) ed eventuali altre aree di NON Degenza.

COMPLIANCE IGIENE MANI

SEZIONE	RISULTATI 2024	RISULTATI 2025	AZIONI 2026
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	96,94	97,88m al 03.12.2025	• Aumentare l'attività di osservazione e definire una cadenza regolare di svolgimento • Valutare standard in relazione ai risultati

ALLEGATO 2

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

ALLEGATO 2: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

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

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

MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DI GESTIONE DEL RISCHIO LEGIONELLOSI

N.	AMBITO	ATTIVITÀ SVOLTA	ESITO / STATO DI ATTUAZIONE	PERIODICITÀ
1	Governance	Costituzione formale del Team di Gestione del Rischio Legionellosi	Team nominato con definizione di ruoli e responsabilità; verbali archiviati	Aggiornato in caso di variazioni organizzative
2	Coordinamento	Riunioni del gruppo di lavoro	Effettuate n. 2 riunioni annuali con verbalizzazione e analisi esiti monitoraggio	Annuale (≥2 incontri)
3	Sistema documentale	Istituzione e aggiornamento piattaforma documentale dedicata	DVR, piano di controllo, registri manutenzione, esiti campionamenti e procedure archiviati	Aggiornamento continuo
4	Valutazione del rischio	Redazione/aggiornamento DVR ai sensi D.Lgs. 81/08 e Linee Guida 2015	DVR aggiornato; analisi impiantistica e individuazione punti critici completata	Biennale o a seguito di modifiche/criticità
5	Ispezione tecnica	Sopralluogo tecnico per individuazione/conferma fonti di rischio	Eseguito un sopralluogo annuale con report tecnico	Annuale
6	Misure di prevenzione	Implementazione misure strutturali e gestionali (controllo temperature, flussaggi, manutenzione, disinfezioni)	Misure attuate e registrate su appositi registri; parametri conformi	Attuazione continuativa
7	Misure di controllo microbiologico	Esecuzione piano di campionamento	• In assenza di positività: controlli di routine annuali effettuati • In caso di positività: attivate azioni correttive e ricampionamento fino a negativizzazione	Annuale / Straordinaria in caso di positività
8	Procedure operative	Redazione e revisione procedure specifiche per gestione rischio Legionellosi	Procedure formalizzate e revisionate; distribuite al personale interessato	Revisione annuale
9	Segnalazione e notifica	Definizione flussi informativi interni ed esterni	Procedure attive	In caso di evento
10	Gestione ICA	Applicazione protocollo in caso di sospetta infezione correlata	Nessun caso correlato registrato	/

N.	AMBITO	ATTIVITÀ SVOLTA	ESITO / STATO DI ATTUAZIONE	PERIODICITÀ
11	Monitoraggio efficacia	Analisi esiti microbiologici e indicatori operativi	Non rilevate criticità significative	Report annuale
12	Piano di miglioramento	Attuazione eventuali azioni correttive o migliorative	Interventi eseguiti ove necessario; aggiornamento misure di prevenzione	A seguito monitoraggio
13	Formazione	Evento formativo sul rischio Legionella	Non svolto e riprogrammato	Annuale
14	Sensibilizzazione	Iniziative informative per personale e utenti	Non svolto e riprogrammato	Annuale

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