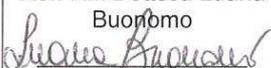
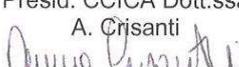
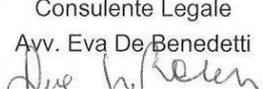
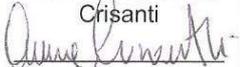
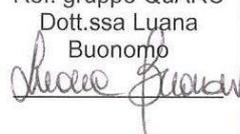


## 1. INDICE

1.	INDICE .....	1
2.	STORIA DEL DOCUMENTO .....	2
3.	PREMESSA .....	2
4.	CONTESTO ORGANIZZATIVO .....	4
4.1	La struttura .....	4
4.2	Delibera n. 869/2023 nuova Programmazione della Rete Ospedaliera 2024-2026 .....	6
4.3	La gestione del rischio sanitario e della Qualità .....	8
5.	CONSUNTIVO ANNO 2024 .....	10
5.2	Relazione consuntiva sugli eventi (eventi sentinella, near miss, eventi avversi) .....	12
5.3	Resoconto delle attività del piano precedente .....	12
5.4	Responsabilità .....	20
6.	OBIETTIVI E ATTIVITÀ .....	20
7.	OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO .....	31

## 2. STORIA DEL DOCUMENTO

Rev.	Data emissione	Redazione	Verifica	Approvazione
0	31/01/2022	RM Dott.ssa L. Seminara	RQ Dott.ssa P. Lupi DS Dott.ssa M.T. D'Agostino	DG A.M. Gasser
1	16/01/2023	RM Dott.ssa L. Seminara	RQ Dott.ssa P. Lupi DS Dott.ssa M.T. D'Agostino	DG A.M. Gasser
2	28/02/2024	RM Dott. Prof. D. Carbone Presid. CCICA Dott.ssa A. Crisanti Consulente Legale Avv. Eva De Benedetti	RQ Dott.ssa P. Lupi DS Dott.ssa M.T. D'Agostino	DG Dott. Gabriele Coppa
3	20/02/2025	Ref. RM Dott.ssa Luana Buonomo  Presid. CCICA Dott.ssa A. Crisanti  Consulente Legale Avv. Eva De Benedetti 	DS Dott.ssa Anna Crisanti  Ref. gruppo QuARC Dott.ssa Luana Buonomo 	Con Delibera della Direzione Generale prot. Nr. 35/2025 DG Dott. Gabriele Coppa 

## 3. PREMESSA

La gestione del rischio sanitario è l'insieme di processi sistematici che coinvolge la dimensione clinica (professionals) e quella strategico-organizzativa (management) della struttura sanitaria ed impiega metodi, tecniche, strumenti e azioni specifiche in grado di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi per aumentare la sicurezza dei pazienti, dei loro familiari e/o accompagnatori e degli operatori sanitari che a qualsiasi titolo operano in Struttura.

Promuovere efficacemente e realizzare fattivamente una politica aziendale di gestione del rischio sanitario vuol dire indirizzare tutta l'organizzazione nel necessario percorso di analisi e controllo degli eventi, delle azioni, dei processi e della gestione delle risorse umane e strumentali che, se mal dirette, possono ridurre o anche inficiare la capacità dell'organizzazione di raggiungere i propri obiettivi che, dal punto di vista della gestione dei rischi, deve tener conto di:

- **sicurezza dei pazienti (rischio clinico);**
- **salute e sicurezza dei lavoratori (rischio lavorativo);**
- **tutela dei dati e privacy (rischio informativo);**
- **correttezza amministrativa e contabile (rischio amministrativo e contabile).**

	<b>PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO</b>		
	<b>PARS 2025</b>	Rev. 3 20/02/2025	Pag. 3 di 123

La sicurezza delle cure costituisce la base per una buona assistenza sanitaria e rappresenta l'elemento portante della Legge 24/2017. Il fatto che un trattamento medico e sanitario possa causare un danno, anziché guarire o curare, è il motivo per ritenere la sicurezza del paziente non solo il fondamento della qualità delle cure ma il valore principale da tutelare per spingere tutta l'organizzazione verso il miglioramento continuo e la qualità globale.

È importante ricordare alcuni degli articoli fondamentali del Codice di deontologia medica (2014) di cui si riportano gli articoli ritenuti di particolare interesse per la gestione del rischio sanitario:

- **Art. 6 (Qualità professionale e gestionale):** “Il medico fonda l'esercizio delle proprie competenze tecnico-professionali sui principi di efficacia e di appropriatezza, aggiornandoli alle conoscenze scientifiche disponibili e mediante una costante verifica e revisione dei propri atti. Il medico, in ogni ambito operativo, persegue l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private salvaguardando l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione dei servizi sanitari, contrastando ogni forma di discriminazione nell'accesso delle cure.”
- **Art. 14 (Prevenzione e gestione di eventi avversi e sicurezza delle cure):** “Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti, promuovendo a tale scopo l'adeguamento dell'organizzazione delle attività e dei comportamenti professionali e contribuendo alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico attraverso:
  - l'adesione alle buone pratiche cliniche;
  - l'attenzione al processo di informazione e di raccolta del consenso, nonché alla comunicazione di un evento indesiderato e delle sue cause;
  - lo sviluppo continuo di attività formative e valutative sulle procedure di sicurezza delle cure;
  - la rilevazione, la segnalazione e la valutazione degli eventi sentinella, errori, quasi errori ed eventi avversi valutando le cause e garantendo la natura riservata e confidenziale delle informazioni raccolte.”
- **Art. 68 (medico operante in strutture pubbliche e private):** “Il medico che opera in strutture pubbliche o private, concorre alle finalità sanitarie delle stesse ed è soggetto alla potestà disciplinare dell'Ordine indipendentemente dalla natura giuridica del rapporto di lavoro. Il medico, in caso di contrasto tra le regole deontologiche e quelle della struttura pubblica o privata nella quale opera, sollecita l'intervento dell'Ordine al fine di tutelare i diritti dei pazienti e l'autonomia professionale... (omissis).”

Inoltre si riportano gli articoli del **Codice Deontologico delle professioni infermieristiche** (2019) di particolare interesse per la gestione del rischio sanitario:

- **Art. 10 Capitolo 2 (conoscenza, formazione e aggiornamento):** L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina.

	<b>PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO</b>		
	<b>PARS 2025</b>	Rev. 3 20/02/2025	Pag. 4 di 123

- **Art. 32 Capitolo 6 (partecipazione al governo clinico):** L'Infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo, e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte.
- **Art. 37 Capitolo 6 (linee guida e buone pratiche assistenziali):** L'Infermiere, in ragione del suo elevato livello di responsabilità professionale, si attiene alle pertinenti linee guida e buone pratiche clinico assistenziali e vigila sulla loro corretta applicazione, promuovendone il continuo aggiornamento.

Ciò a significare che gli esercenti la professione di medico, ed estensivamente, tutte le Professioni Sanitarie, concorrono alla realizzazione delle cure e che **la gestione del rischio sanitario rappresenta una parte integrante e imprescindibile dell'atto professionale e pertanto un dovere etico ancora prima che un obbligo di legge.**

Il presente documento è redatto, per l'anno 2025, in ottemperanza a quanto disposto con lettera GR 39.15 "piano annuale di Gestione del Rischio sanitario 2025 PARS" del Coordinatore del Centro Regionale Rischio Clinico della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria.

L'elaborazione del PARS, associato alla implementazione delle attività in esso previste rappresenta un'evidenza documentale utilizzabile dai competenti uffici aziendali e regionali per la verifica dell'ottemperanza ai requisiti di autorizzazione e accreditamento della Regione Lazio in tema di gestione del rischio clinico e infettivo.

L'obiettivo del PARS è di:

1. Favorire una visione unitaria del rischio sanitario.
2. Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento.
3. 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).
4. Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani.
5. 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.

## 4. CONTESTO ORGANIZZATIVO

### 4.1 La struttura

L'Ospedale Regina Apostolorum è un'Ospedale Classificato privato accreditato fondato negli anni '60 dal Beato Giacomo Alberione e gestito fino al 2021, dalla Casa Regina Apostolorum, anno in cui

	<b>PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO</b>		
	<b>PARS 2025</b>	Rev. 3 20/02/2025	Pag. 5 di 123

viene acquisito dal gruppo Lifenet Healthcare. Ha sede ad Albano Laziale, in Via San Francesco n. 50, ed è territorialmente afferente alla Asl Roma 6.

La Struttura è autorizzata ed accreditata con il Sistema Sanitario nazionale (SSN) con DCA n. U00407 del 18.11.2014, per n. 210 posti letto autorizzati con la Regione Lazio.

Con DCA U00160 del 26.04.2018, il presidio è stato riconfigurato in attuazione del DCA 257/2017, in n. 194 posti letto, a causa del disaccredimento dei posti letto di pediatria (13 pp.II. ordinari + 3 pp.II. diurni).

Con il successivo DCA U0067 del 22.02.2019 l'Ospedale ha ottenuto l'accredimento istituzionale del Centro Dialisi ambulatoriale per n. 9 posti +1 posto HBsAg+.

Infine con delibera regionale n. 151 del 3 agosto 2021 è stata autorizzata la voltura dell'autorizzazione e dell'accredimento istituzionale alla nuova società Regina Apostolorum Srl del Gruppo Lifenet Healthcare.

La struttura eroga prestazioni di diagnosi e cura sia in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo per acuzie e diurno, tipologia medico-chirurgica, ed ha come DEA di riferimento il Policlinico di Tor Vergata.

La Struttura occupa una superficie di 11.550 mq. coperti, e si estende su 6 piani che sviluppano un volume di 34.500 mc.

In tabella 1 sono riportati i dati aggregati di attività in relazione al territorio. Il bacino di utenza assistito è di oltre 300.000 residenti considerato oltre Albano Laziale (39.672) dove risiede la struttura, anche i comuni che distano meno di 15 km quali Ariccia (18.307), Castel Gandolfo (8.585) Genzano di Roma (23.221) Marino (45.321) Nemi (1.872) Rocca di Papa (16.999) Lanuvio (12.851), Grottaferrata (20.337) Ciampino (38.675), Frascati (22.624) Velletri (52.312).

Per quanto sopra, l'Ospedale Regina Apostolorum è attualmente organizzato in:

- Direzione per la componente strategica e di vertice, suddivisa in Direzione Generale, Direzione Sanitaria e Direzione Amministrativa;
- Unità Operative (Area Medica, Area Chirurgica)
- Servizi sanitari (piattaforma dei servizi)<sup>(1)</sup>;
- Ambulatori (piattaforma ambulatoriale)<sup>(2)</sup>
- Uffici per la parte amministrativa;

<sup>1</sup> La piattaforma dei servizi è composta da: reparto operatorio, servizio di anestesia e rianimazione (terapia del dolore), servizio di diagnostica per immagini, servizio di medicina nucleare, servizio di endoscopia digestiva e chirurgia ambulatoriale, servizio di Frigoemoteca (convenzionata dal 15/02/2024 con l'Ospedale dei Castelli di Ariccia), gestione farmaci e materiale sanitario, laboratorio generale con settori specializzati di microbiologia e virologia, citoistologia, immunologia, ematologia e coagulazione.

<sup>2</sup> Le prestazioni ambulatoriali in regime di autorizzazione e accreditamento si articolano nelle branche specialistiche di: Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Chirurgia generale, Chirurgia plastica e ricostruttiva, Endocrinologia, Gastroenterologia (Endoscopia digestiva), Malattie dell'apparato respiratorio, Nefrologia, Neurologia, Oculistica, Odontostomatologia, Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Oncologia; mentre sono esclusivamente in regime autorizzativo: Dermatologia, Medicina interna, Ortopedia. Mentre per quanto riguarda APA (accorpamenti di prestazioni ambulatoriali) si fa riferimento esclusivamente all'Oculistica.

- Servizi generali<sup>(3)</sup> per la parte tecnica e dei supporti

#### 4.2 Delibera n. 869/2023 nuova Programmazione della Rete Ospedaliera 2024-2026

Con la Delibera n. 869/2023<sup>(4)</sup> è stata definita la nuova Programmazione della Rete Ospedaliera 2024-2026 prevedendo i seguenti obiettivi:

- la rimodulazione delle aree disciplinari, insieme ad un'organizzazione per aree funzionali omogenee, per consentire una maggiore dinamicità assistenziale;
- il trasferimento di posti letto verso la post-acuzie, in particolare di lungodegenza, e la loro redistribuzione territoriale, contestualmente ad un progetto sistemico sul cambio di setting assistenziale e all'istituzione di una Rete di strutture dotate di una filiera di setting, per il miglioramento dei tempi di degenza e favorire la prossimità delle cure;
- l'efficientamento del percorso chirurgico e delle sale operatorie

In particolare, viene stabilito che *“L'organizzazione ospedaliera deve essere rinnovata e sviluppata per processi ed obiettivi assistenziali e per aree omogenee di ricovero, che permettano una integrazione delle competenze e una migliore continuità assistenziale, strutturata in spazi progressivamente adeguati ad una maggiore flessibilità e implementazione di utilizzo.*

Si rappresenta, pertanto, la **nuova configurazione dei posti letto dell'Ospedale Regina Apostolorum** alla luce del documento di programmazione regionale, specificando i posti letto programmati che saranno quelli, previa verifica da parte delle UUOO competenti in materia, **accreditati**, come meglio rappresentato nella tabella sottostante.

AFO	CODICE DISCIPLINA	DESCRIZIONE	NUOVA CONFIGURAZIONE		
			P.L. PROGRAMMATI		
			ORD	DH	TOTALE
1-M	19	MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIOE DELLA NUTRIZIONE	9		9
	26	MEDICINA GENERALE	43		43
	58	GASTROENTEROLOGIA	18		18
	64	ONCOLOGIA	10	12	22
	68	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	27		27
	02	DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO		8	8
<b>TOTALE</b>		<b>TOTALE AREA MEDICA</b>	<b>107</b>	<b>20</b>	<b>127</b>

<sup>3</sup> Rientrano tra i Supporti: la cucina, la lavanderia, il servizio di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione, il servizio mortuario o camera mortuaria, il servizio di manutenzione ordinaria, manutenzione impianti idraulici, manutenzione impianti meccanici, manutenzione aree verdi, pulizie, smaltimento rifiuti.

<sup>4</sup> Regione Lazio – Delibera n. 869 del 7 dicembre 2023 recante “Approvazione del Documento Tecnico: Programmazione della Rete Ospedaliera 2024-2026 in conformità degli standard previsti nel DM 70/2015”.

2-C	09	CHIRURGIA	22		22
	43	UROLOGIA	18		18
	36	ORTOPEDIA	8		8
	34	OCULISTICA		1	1
<b>TOTALE</b>	98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO		11	11
		<b>TOTALE AREA CHIRURGICA</b>	<b>48</b>	<b>12</b>	<b>60</b>
		<b>TOTALE OSPEDALE</b>	<b>155</b>	<b>32</b>	<b>187</b>

**TABELLA 1- Dati di attività aggregati su posti accreditati**

<b>OSPEDALE REGINA APOSTOLORUM</b>			
<b>DATI STRUTTURALI<sup>(A)</sup></b>			
<b>Posti letto ordinari</b>	<b>194 accreditati (135 ricoveri ordinari e 12 Day Hospital/Day Surgery)</b>	<b>Specialità/Servizi</b>	<b>Posti Accreditati</b>
		<b>Medicina Generale</b>	43
		<b>Chirurgia</b>	25
		<b>Urologia</b>	16
		<b>Gastroenterologia</b>	18
		<b>Oncologia</b>	16
		<b>Endocrinologia</b>	17
		<b>Malattie dell'Apparato Respiratorio</b>	27
<b>Blocchi Operatori</b>	1	<b>Sale Operatorie</b>	3 (+1 Day Surgery)
<b>Hub</b>	SI (Endocrinologia all.2)	<b>Pronto Soccorso Ospedaliero</b>	NO
<b>Terapie Intensive</b>	NO	<b>UTIC</b>	NO
<b>DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI</b>			
<b>Ricoveri ordinari</b>	<b>6098</b>	<b>Ricoveri diurni</b>	<b>691</b>
<b>Ricoveri urgenti (da PS)</b>	<b>2788 (di cui 20 da Ambulatorio)</b>	<b>Interventi chirurgici (da PS)</b>	<b>Tot. 66 (n. 23 chirurgia) (n. 43 urologia)</b>
<b>Totale ricoveri</b>	<b>6789</b>	<b>Prestazioni Ambulatoriali erogate</b>	<b>n. 324.470 esterne</b>

(A) Aggiornati al 31.12.2024 (fonte sistema H2O) forniti dalla Direzione Sanitaria

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO		
	<b>PARS 2025</b>		Rev. 3 20/02/2025
			Pag. 8 di 123

### 4.3 La gestione del rischio sanitario e della Qualità

Nel periodo dal 1 gennaio 2024 al 30 giugno 2024 tutte le attività inerenti la gestione del Rischio Clinico sono state svolte e coordinate dal Risk Manager Aziendale affiancato dal Dirigente delle Professioni Sanitarie e Responsabile Qualità dell'Ospedale, congiuntamente ad altri professionisti inseriti in staff e costituenti il "Gruppo QuARC" (Referenti Qualità Affari Legali Rischio Clinico nominati per ogni reparto e servizio dell'Ospedale), dal 1 Luglio 2024 è stato individuato un nuovo Risk Manager ff tutt'ora in carica.

L'obiettivo è tradurre, rendere operativi, implementare e verificare i principi del Governo Clinico organizzando una serie di attività che concorrono al raggiungimento della gestione unitaria ed armonizzata della prevenzione e gestione del rischio, la valutazione dei sinistri e il monitoraggio del contenzioso, il tutto in coordinamento con i settori prevenzione e protezione infortuni e la medicina del lavoro.

Il gruppo QuARC, istituito in data 1 Dicembre 2023, è stato arricchito di altre figure professionali del comparto e sono stati individuati altri nominativi per via del turrn-over del personale (All. 02 Gruppo QuARC 2025), per lo stesso motivo, è stato rinnovato il Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza (All. 17 Comitato CCICA).

Il nuovo assetto organizzativo ha permesso sin da subito di iniziare un percorso di valutazione delle azioni effettuate nel corso del 2024 e di evidenziare le necessità di revisione/implementazione di procedure/protocolli/istruzioni operative e della documentazione relativa alla gestione del rischio sanitario, con lo scopo del riallineamento ai requisiti di accreditamento istituzionale delle strutture ospedaliere, ai sensi del DCA n. 469 del 7.11.2017, compresa l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali, secondo le indicazioni ricevute dal Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC- Lazio) e da AGENAS (Revisione anno 2023, ID 269), oltre alla implementazione di tutti i documenti di indirizzo del CRRC.

Quanto sopra richiede lo sforzo trasversale di tutte le componenti sanitarie e di supporto della struttura che, hanno già proceduto, coordinate dal Gruppo QuARC, ad una prima analisi della rischiosità mediante sopralluoghi e verifiche per la sicurezza (safety walkaround, audit clinici, analisi a campione su cartelle cliniche).

I coordinatori infermieristici dei reparti di degenza e dei servizi clinici di supporto, formano, con il Gruppo QuARC, la rete preposta alla rilevazione delle criticità e alla implementazione delle azioni utili sia al contrasto delle ICA, sia al miglioramento della sicurezza del paziente e degli operatori.

Le comunicazioni formalizzate e lo scambio delle risorse documentali avvengono tramite email aziendali preventivamente condivise dai membri del CCICA e del Gruppo QuARC.

I compiti e le competenze del CCICA, oltre ad attivarsi in base alle indicazioni del CRRC, sono:

- Elaborare, monitorare ed implementare un programma annuale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali (ICA);
- Promuovere e programmare gli interventi di formazione del personale;
- Promuovere la raccolta dati sulla incidenza e prevalenza delle infezioni correlate ai processi assistenziali, sulla distribuzione delle antibiotico-resistenze e dei microrganismi multi farmaco resistenti;

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO		
	<b>PARS 2025</b>		Rev. 3 20/02/2025
			Pag. 9 di 123

- Segnalare la comparsa di epidemie ed eventi sentinella associati alle pratiche assistenziali;
- Validare e diffondere linee guida sull'utilizzo appropriato degli antibiotici, dei presidi e dei dispositivi medici e sulle procedure di disinfezione e sterilizzazione;
- Avviare programmi di sorveglianza e controllo nelle aree di cura ad elevato rischio di infezioni correlate ai processi assistenziali;
- Avviare programmi di prevenzione, monitoraggio ed incidenza delle infezioni del sito chirurgico;
- Validare e diffondere protocolli assistenziali mirati alla riduzione del rischio infettivo/ biologico per assistiti, operatori ed altri soggetti coinvolti nel processo di cure;
- Monitorare l'applicazione delle linee guida e di protocolli mirati per il controllo delle ICA;
- Definire nell'ambito di specifiche tematiche, la formazione di gruppi operativi le cui iniziative si coordinano con l'attività del CC-ICA.
- Eseguire almeno una indagine di prevalenza sulle principali ICA (es. infezioni del sito chirurgico, infezioni da dispositivi endovascolari, infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridium Difficilis, infezioni polmonari associate a ventilatore);
- Definire/implementare/consolidare le modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CPE; (ALL.15)
- Definire/implementare/consolidare le modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi Alert; (ALL.15)
- Implementare le linee di indirizzo regionali sull'antibiotico-profilassi peri-operatoria;
- Elaborare report su:
  - Diffusione a livello delle UU.OO. delle colonizzazioni/infezioni da CPE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento;
  - Patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antifettivi e dei relativi costi sostenuti.
  - Definire/implementare/consolidare di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo.
- Attuare il "Water safety plan".

## 5. CONSUNTIVO ANNO 2024

### 5.1 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Relativamente alla sinistrosità ed ai risarcimenti erogati, preliminarmente si segnala che:

1. l'Ospedale Classificato Regina Apostolorum è stato oggetto di trasferimento in capo alla s.r.l. Ospedale Regina Apostolorum per effetto della cessione del 10 ottobre 2021 da parte dell'Ente Casa Regina Apostolorum (P.I. 05195071005);
2. per effetto della scrittura integrativa alla suddetta cessione del 07 Ottobre 2021, Notaio Renato Caraffa Reg. Roma 3 al n. 23671 serie 1T, la cedente ha preso in carico e gestione, manlevando e tenendo indenne la cessionaria, ogni richiesta e sinistro avvenuto in data precedente agli effetti della cessione.

Per questi motivi il presente *report* che, ai sensi dell'art. 4, comma 3 della l.24/2017 va compilato con riguardo all'ultimo quinquennio, presenta esclusivamente dati a partire dall'Ottobre 2021.

Si è scelto di segnalare comunque la ricezione di eventuali messe in mora e diffide di apertura sinistro, avendo cura di specificare se le stesse siano di competenza della precedente proprietà/gestione, diversamente da quelle che seguono in Tabella 2 che sono state regolarmente prese in carico dall'Ospedale Regina Apostolorum s.r.l.

Detta ultima scelta discende dalla consapevolezza che, anche eventi potenzialmente non in gestione della struttura, dal punto di vista dell'impatto economico, possano rilevare utilità per il corretto monitoraggio ed andamento della Gestione del Rischio Clinico e per le discendenti eventuali azioni correttive e/o di miglioramento.

Riassumendo, quanto ai dati:

#### TABELLA 2 - Eventi segnalati nel 2024

- A** nr sinistri aperti nel medesimo anno dell'evento  
**B** nr sinistri aperti in anni successivi all'evento  
**C** risarcimenti erogati in € nel medesimo anno di apertura sx  
**D** risarcimenti erogati in € in anni successivi a quello di apertura

ANNO 2024	
A	--
B	4
C	---
D	---
ANNO 2023	
A	3

B	1 di cui 1 di competenza della precedente gestione
C	---
D	---
ANNO 2022	
A	---
B	2 di cui 2 di competenza della precedente gestione
C	---
D	---
Anno 2021	
A	---
B	---
C	---
D	---

### Descrizione della posizione assicurativa

L'Ospedale Regina Apostolorum ha scelto di beneficiare della copertura assicurativa offerta dalla Compagnia LLOYD'S Londra fino all'Aprile 2022, pagandone il relativo premio, mentre, a far data dal Maggio 2022, ha optato per l'adozione di misure analoghe per la copertura della responsabilità, ai sensi dell'art. 10 della l. 24/2017.

Nell'implementare l'attività di gestione e monitoraggio dei sinistri, del corretto appostamento delle riserve e a coadiuvare l'attività di Gestione del Rischio Clinico, nel 2023 la struttura si è dotata della figura di un Responsabile degli Affari Legali e della figura di un Direttore Amministrazione, Finanza, Controllo e Gestione Risorse Umane, di supporto alla Direzione Generale, i quali hanno partecipato alle attività del C.V.S. ad oggi in regime di prorogatio dalla precedente Gestione.

Anno 2024
Regime di autoassicurazione
Anno 2023
Regime di autoassicurazione
Anno 2022 dal 1Maggio
Regime di autoassicurazione
Anno 2022 fino al 30 Aprile
Copertura assicurativa con LLOYD'S LONDRA, mediante Brockeraggio di EURORISK
Anno 2021 dal 1Ottobre al 31 dicembre
Copertura assicurativa con LLOYD'S LONDRA, mediante Brokeraggio di EURORISK

### 5.2 Relazione consuntiva sugli eventi (eventi sentinella, near miss, eventi avversi)

Relativamente agli eventi inseriti dal Risk Manager sul portale Regionale SIRES, si riportano i seguenti dati, riassunti come segue:

EVENTI CARICATI SUL PORTALE SIRES 137 EVENTI					
ESITO	NESSUNO	LIEVE	MODERATO	SEVERO	NOTE
2 EVENTI SENTINELLA			1	1	1 RITENZIONE MATERIALE CHIRURGICO 1 FRATTURA DA CADUTA
7 EVENTI AVVERSI	4	1	3		1 EVENTO RIGETTATO PER ERRONEO INSERIMENTO
2 NEAR MISS	2				
126 CADUTE	97	21	6	2	FRATTURE
0 ATTI DI VIOLENZA SU OPERATORE					

### 5.3 Resoconto delle attività del piano precedente

Resoconto delle attività del punto 6 del PARS 2024		
Obiettivo A – DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività A1	Realizzata <sup>5</sup>	Stato di Attuazione
Aumentare il livello di addestramento del personale sanitario e la rete di facilitatori in tema di gestione del rischio clinico	SI	Al 31.12.2024 effettuata una giornata formativa sulla sicurezza delle cure e revisione della procedura di segnalazione degli eventi sentinella sulla base del documento del Ministero della Salute "Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella"- luglio 2024 . L'attività viene riproposta per il 2025.
INDICATORE: formare almeno 25 operatori sanitari entro il 31.12.2024		
STANDARD: 95% obiettivo raggiunto 100%		
FONTE: Direzione Sanitaria, ufficio Rischio Clinico e Qualità		
Attività A2	Realizzata	Stato di attuazione
Organizzare un corso specifico sulla gestione del	PARZIALMENTE	Al 31.12.2024 sono stati raccolti una serie di dati relativamente alle cadute dei pazienti all'interno dell'ospedale, è stato fatto un

<sup>5</sup> Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

	<b>PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO</b>		Rev. 3 20/02/2025	Pag. 13 di 123
	<b>PARS 2025</b>			

rischio cadute e revisione della procedura esistente		resoconto dei presidi anticaduta esistenti e costituito il gruppo di lavoro per l'aggiornamento della procedura esistente e il monitoraggio, con successiva formazione del personale di assistenza. L'attività viene riproposta per il 2025
--	--	---

INDICATORE: formare almeno 30 operatori sanitari entro il 31.12.2024

STANDARD: 95% non raggiunto

FONTE: Direzione Sanitaria, Ufficio Rischio clinico e Qualità

Attività A3	Realizzata	Stato di attuazione
Organizzare un corso specifico sulla corretta gestione e compilazione della cartella clinica e della documentazione allegata, compreso il consenso informato	PARZIALMENTE	Al 31.12.2024 sono stati effettuati safety walk around all'interno dei reparti di medicina e chirurgia, è stata elaborata la procedura gestionale per il consenso informato, ma non è stato realizzato un corso per la corretta compilazione della cartella clinica. L'attività viene riproposta per il 2025.

INDICATORE: formare almeno 20 operatori sanitari entro il 31.12.2024

STANDARD: 95% non raggiunto

FONTE: Direzione Sanitaria, Ufficio Rischio Clinico e Qualità.

Attività A4	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di un corso Basic Life Support Defibrillation - BLS	SI	Nel mese di febbraio 2024 n. 20 operatori dell'Ospedale hanno effettuato il corso BLS. L'attività viene riproposta per il 2025.

INDICATORE: formare almeno 20 operatori sanitari entro il 31.12.2024

STANDARD: 95% raggiunto 100%

FONTE: Direzione Sanitaria

Attività A5	Realizzata	Stato di attuazione
Diffusione del report sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate nel Blocco Operatorio.	SI	Campionamento e controllo delle cartelle perioperatorie (MD 8) e delle check ministeriali (MD 70) Ridurre/Evitare l'incidenza riconducibile a eventi sentinella n. 1,2,3,15. Controllo effettuato a cadenza mensile su un campione di 15 cartelle cliniche. Segnalate n 5 NC totali (All. 03). L'attività viene riproposta per il 2025.

INDICATORE: corretto utilizzo della check list del Blocco Operatorio report anno 2024

STANDARD: 95% delle check esaminate, raggiunto 97%

FONTE: Blocco Operatorio

Attività A6	Realizzata	Stato di attuazione
Rinnovo della certificazione annuale ISO 9001:2015 (maggio 2024) delle strutture Blocco Operatorio, Servizio di Anatomia patologica e Medicina di Laboratorio e certificazione dell'UFA (Unità Farmaci Antitumorali) entro 31.12.2024	PARZIALMENTE	<p>Si conferma il rinnovo della certificazione annuale ISO 9001:2015 delle strutture Blocco Operatorio, Servizio di Anatomia patologica e Medicina di Laboratorio mentre si rinvia per motivi organizzativi, la certificazione dell'UFA. Le strutture citate sono state sottoposte ad audit esterno Verifica di sorveglianza 1 (VIS 1) dall'ente esterno Kiwa Cermet.</p> <p>L'attività di rinnovo della certificazione delle strutture già certificate (VIS 2) si ripropone per l'anno 2025.</p>

INDICATORE: certificazione ISO 9001:2015

STANDARD: aderenza alla normativa ISO 9001:2015- 100% rinnovo certificazione

FONTE: Ufficio Rischio Clinico e Qualità, Direzione Sanitaria, Direzione Generale, strutture oggetto della certificazione.

Attività A7	Realizzata	Stato di attuazione
Implementazione di seminari infermieristici per la gestione del paziente specialistico	SI	<p>Dopo una ricognizione del fabbisogno formativo sono stati completati i seminari infermieristici progettati a partire dall'anno 2023 secondo scheda "fabbisogno formativo anno 2024. L'attività viene riproposta nel 2025 con una nuova rilevazione del fabbisogno (All. 04 scheda fabbisogno formativo medici e Infermieri anno 2024 e 2025)</p>

INDICATORE: completamento seminari Infermieristici 2023-2024

STANDARD: 95% degli argomenti proposti, raggiunto 98%

FONTE: Ufficio Rischio clinico e Qualità, Direzione Sanitaria

**Obiettivo B – MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI**

Attività B1	Realizzata	Stato di attuazione
Mantenimento della sicurezza in sala operatoria. Ridurre/evitare l'incidenza riconducibile ad eventi sentinella n. 1,2,3 e 15	SI	<p>Viene segnalato nel corso del 2024 un ES relativo alla raccomandazione ministeriale n. 2. Viene Effettuata RCA e pianificata revisione della procedura e addestramento del personale di sala operatoria. Non sono state rilevate NC rispetto alle raccomandazioni ministeriali 1,2,15. Si ripropone l'attività per l'anno 2025 includendo le raccomandazioni 11 e 13 ed escludendo la</p>

	<b>PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO</b>		Rev. 3 20/02/2025	Pag. 15 di 123
	<b>PARS 2025</b>			

		raccomandazione 15, non avendo, all'interno della struttura, il PS.
INDICATORE: NC riscontrate/NC analizzate		
STANDARD: 100% non raggiunto		
FONTE: Blocco Operatorio		
<b>Attività B2</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Analisi della scheda unica di terapia SUT in un campione di cartelle cliniche	SI	Monitoraggio della SUT per area medica e chirurgica su un campione di cartelle cliniche. Controllo della qualità redazionale delle SUT effettuato a cadenza semestrale sul 10% delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi. (All. 5-6). L'attività viene riproposta per il 2025.
INDICATORE: monitoraggio corretta compilazione della SUT primo e secondo semestre 2024		
STANDARD: 95% corretta compilazione – non raggiunto		
FONTE: Reparti di degenza		
<b>Attività B3</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Attivazione di slot ambulatoriali dedicati ai pazienti ricoverati in tema di diagnostica per immagini, cardiologia ed endoscopia digestiva per l'ottimizzazione dei percorsi durante la degenza	SI	È stata effettuata la riorganizzazione interna degli slot dedicati ai pazienti ricoverati.
INDICATORE: degenza media < a 9 giorni		
STANDARD: 95% raggiunto 100%		
FONTE: SIO		
<b>Attività B4</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Condurre Clinical audit, SEA, SWA, per rinnovare ed implementare i PDTA critici e a maggior frequenza di errore e prolungamento della degenza media	NO	Si ripropone l'attività per il 2025
INDICATORE: degenza media < a 9 giorni		
STANDARD: 95% raggiunto 100%		
FONTE: SIO, Direzione Sanitaria		
<b>Attività B5</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Rilevazione della Qualità percepita dagli utenti e comunicazione	PARZIALMENTE	È stato elaborato nell'anno 2024, un questionario per la customer satisfaction da somministrare nell'anno 2025 in due date (primo e secondo semestre). È stata curata e diffusa la parte inerente

	<b>PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO</b>		Rev. 3 20/02/2025	Pag. 16 di 123
	<b>PARS 2025</b>			

dell'evento avverso ai pazienti/familiari		la comunicazione nella revisione della procedura riguardante la segnalazione degli eventi avversi ed è stato effettuato un seminario formativo agli operatori sanitari.
---	--	---

INDICATORE: monitoraggio dei dati raccolti, analisi delle segnalazioni

STANDARD: da elaborare

FONTE: Ufficio Rischio Clinico e Qualità, Direzione Sanitaria

Attività B6	Realizzata	Stato di attuazione
-------------	------------	---------------------

Redazione e adozione di un percorso clinico aziendale di presa in carico multiprofessionale dei pazienti fragili, indigenti e bisognosi di supporto sociale	SI	È stata redatto il documento ed attivato il Sistema Sociale Ospedaliero che prende in carico le dimissioni difficili e grazie ad una rete sempre più vasta con il territorio è in grado di indirizzare i pazienti verso il setting assistenziale più appropriato con il supporto delle strutture residenziali e domiciliari. Inoltre è stato redatto il documento e attivato il servizio di psico-oncologia che si occupa della presa in carico dei pazienti e delle famiglie che affrontano la malattia oncologica.
---	----	--

INDICATORE: redigere il documento entro il 31.12.2024

STANDARD: raggiunto

FONTE: Ufficio Rischio Clinico e Qualità, Direzione Sanitaria

**Obiettivo C:** Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori della struttura.

Attività C1	Realizzata	Stato di attuazione
-------------	------------	---------------------

Consolidare la formazione degli operatori sulla prevenzione e gestione degli atti di violenza sugli operatori includendo il personale non sanitario	PARZIALMENTE	L'argomento è stato affrontato con l'RSPP ed è stata attivata per l'anno 2025 la formazione finanziata con l'ente NOMOS che prevede anche la formazione sulla prevenzione degli atti di violenza su operatori, inoltre si pianifica entro il 31.12.2025, oltre l'appendice del DVR dedicata, la costruzione di una procedura trasversale.
---	--------------	---

INDICATORE: formare almeno 30 operatori sanitari e 10 operatori non sanitari

STANDARD: non raggiunto

FONTE: Direzione Sanitaria

Attività C2	Realizzata	Stato di attuazione
-------------	------------	---------------------

Redazione e implementazione di una procedura operativa per la prevenzione e gestione delle punture accidentali	PARZIALMENTE	È stata redatta e diffusa la procedura inerente lo smaltimento di taglienti e pungenti che include anche la prevenzione delle punture accidentali in fase di smaltimento. Si ripropone l'attività entro il 31.12.2025
--	--------------	--

INDICATORE: formare i Coordinatori infermieristici sulla gestione delle punture accidentali

STANDARD: non raggiunto

FONTE: Direzione Sanitaria

### Resoconto delle attività del punto 7 del PARS 2024

**Obiettivo A:** diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo

Attività A1	Realizzata	Stato di attuazione
Consolidamento della formazione degli operatori sull'Antimicrobial Stewardship al fine di contrastare la resistenza agli antimicrobici (AMR, Antimicrobial Resistance)	NO	Si ripropone l'attività per il 2025

INDICATORE: effettuazione di almeno 1 edizione del corso entro il 31.12.2024

STANDARD: non raggiunto

FONTE: Direzione Sanitaria

Attività A2	Realizzata	Stato di attuazione
Sorveglianza delle infezioni della ferita chirurgica	SI	L'ORA fa parte dello studio SNICH2 (All.08) inoltre viene effettuato il monitoraggio delle infezioni della ferita chirurgica all'interno della degenza chirurgica (All. 07)

INDICATORE: di prevalenza (ISC insorte anno 2024/totale reinterventi)

STANDARD: <10% - raggiunto

FONTE: Direzione Sanitaria, Reparto di Chirurgia

Attività A3	Realizzata	Stato di attuazione
Effettuazione di un corso sulle infezioni da enterobatteriacee resistenti a carbapenemi	NO	Si ripropone l'attività per il 2025

INDICATORE: effettuazione di almeno 1 edizione del corso entro il 31.12.2024

STANDARD: non raggiunto

FONTE: Direzione Sanitaria

Attività A4	Realizzata	Stato di attuazione
Consolidamento di un corso per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie da estendere a tutto il personale di assistenza e di supporto	PARZIAMENTE	È stato istituito un sottocomitato del CC-ICA sulle ICA da cateterismo vescicale per la costruzione di una procedura sull'applicazione e la gestione del catetere vescicale. A completamento della procedura è previsto un corso di formazione per il personale sanitario e di supporto entro il 31.12.2025.

INDICATORE: effettuazione di almeno 1 edizione del corso entro il 31.12.2024

	<b>PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO</b>		Rev. 3 20/02/2025	Pag. 18 di 123
	<b>PARS 2025</b>			

STANDARD: infezioni urinarie riscontrate nel 2023		
FONTE: Direzione Sanitaria, Medicina di Laboratorio		
<b>Attività A4</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>

**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 31.12.2024 gli obiettivi definiti dal Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.

<b>Attività B1</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Vedi allegati 09;10	SI	Si ripropone l'attività per il 2025

INDICATORE: effettuazione di almeno 1 seminario formativo entro il 31.12.2024		
STANDARD: 1 seminario formativo- raggiunto		
FONTE: Direzione Sanitaria, Ufficio Rischio Clinico e Qualità		

**Obiettivo C:** Aggiornare la mappatura del rischio della struttura e del sistema di monitoraggio periodico dei campionamenti dell'aria e delle superfici delle aree clinico assistenziali e dei servizi.

<b>Attività C1</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Aggiornare la mappatura del rischio della struttura e del sistema di monitoraggio periodico dei campionamenti dell'aria e delle superfici delle aree clinico-assistenziali e dei servizi	SI	Attuata. Valori nei range. (all. 11)

INDICATORE: effettuazione dei campionamenti su cadenza semestrale		
STANDARD: campionamenti semestrali-raggiunto		
FONTE: Direzione Sanitaria		

<b>Attività C2</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Implementazione del documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) 25.11.22	SI	Vedi All.16. Si ripropone per l'anno 2025 con integrazione individuazione e monitoraggio ICA

INDICATORE: costruzione di un documento trasversale sulle buone pratiche per la prevenzione delle ICA		
STANDARD: documento aziendale trasversale - raggiunto		
FONTE: Direzione Sanitaria, Ufficio Rischio Clinico e Qualità		

<b>Attività C3</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Implementare il sistema di monitoraggio del consumo di antibiotici espresso in Dosi definite giornaliere (DDD)/100 gg degenza	SI	Attuato monitoraggio (All 12)

	<b>PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO</b>		Rev. 3 20/02/2025	Pag. 19 di 123
	<b>PARS 2025</b>			

INDICATORE: report semestrale		
STANDARD: report - raggiunto		
FONTE: Direzione Sanitaria; Servizio di Farmacia interna		
<b>Attività C4</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Implementazione/consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle infezioni da Legionella	SI	Effettuati controlli sul sistema idraulico dei 3 edifici che costituiscono il complesso della struttura Valori nei range (all.13) e aggiornata procedura gestionale aziendale.
INDICATORE: Rapporto NC/ACP inferiore o uguale a 1		
STANDARD: Rapporto NC/ACP-raggiunto		
FONTE: Direzione Sanitaria, Ufficio prevenzione e Sicurezza		
<b>Attività C5</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva delle infezioni da Clostridium Difficilis	NO	Non realizzabile
INDICATORE: adozione misure di contenimento NC/ACP inferiore o uguale a 1		
STANDARD: NC/ACP inferiore o uguale a 1		
FONTE: Direzione Sanitaria, CCICA		
<b>Attività C6</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Implementare il consumo delle soluzioni idroalcoliche possibilmente disaggregato per aree di degenza)	SI	Monitoraggio effettuato (all. 14)
INDICATORE: valore effettivo = (valore reale di gel consumato*/valore atteso) %		
STANDARD: maggiore o uguale a 1 (100%)		
FONTE: Direzione Sanitaria, CCICA, Servizio Farmacia		
<b>Attività C7</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Progettare e proporre un bundle ICA	PARZIALMENTE	In via di perfezionamento procedura gestionale per la pulizia e la sanificazione in Ospedale con le specifiche relative ai reparti servizi a maggior livello critico (es. Dh Oncologico, blocco operatorio, dialisi, UFA, stanze di isolamento ecc.) con relative schede di monitoraggio; si associano i documenti relativi alla gestione della biancheria e le misure di isolamento.

INDICATORE: 1 progetto bundle ICA		
STANDARD: CRRC – parzialmente raggiunto		
FONTE: Direzione Sanitaria, CCICA		

#### 5.4 Responsabilità

Attività	Direzione Sanitaria/Presidente CC-ICA	Referente del rischio sanitario	Responsabile Affari Legali/Generali	Direttore Generale	Gruppo QuARC
Redazione PARS (eccetto punto 2; 3;7)	C	R	C	C	I
Redazione punto 2 e punto 3	C	C	R	I	I
Redazione punto 7	R	C	I	I	I
Monitoraggio PARS eccetto punto 7	R	C	I	I	C
Inserimento del PARS sul portale CRRC e invio del documento alla mail crrc@regione.Lazio.it	I	R	I	I	I

R Responsabile      C Coinvolto      I Informato

## 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

### 6.1 Obiettivi

Per il 2025 gli obiettivi di livello macro del Piano sono indirizzati, in linea agli obiettivi strategici regionali a:

- A. **Diffondere e consolidare la cultura della qualità e della sicurezza delle cure.**
- B. **Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa**, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e al monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi, implementando la cultura della segnalazione.
- C. **Favorire una visione unitaria della sicurezza**, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- D. **Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management**, Qualità e Sicurezza delle cure.

	<b>PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO</b>		Rev. 3 20/02/2025	Pag. 21 di 123
	<b>PARS 2025</b>			

La Struttura è impegnata a conseguire, sul piano operativo, i tre obiettivi (obiettivi operativi di struttura – OOS) al fine di aumentare la qualità delle cure e dei servizi forniti ai propri utenti, aumentare la soddisfazione, la motivazione e la consapevolezza del ruolo degli operatori (sanitari e non), ridurre il contenzioso e l'esborso per i risarcimenti dei danni.

Le azioni per conseguire i suddetti OOS sono indirizzate a:

- a. Aumentare il livello di addestramento del personale sanitario e la rete di facilitatori in tema di gestione del rischio clinico;
- b. Sviluppare e migliorare l'aderenza ai percorsi diagnostico terapeutici assistenziali attraverso la riduzione della variabilità individuale dei comportamenti migliorando l'aderenza alle linee guida/buone pratiche cliniche;
- c. Migliorare la sicurezza degli operatori
- d. Partecipare ai tavoli regionali organizzati dal CRRC Lazio

## 6.2 Obiettivi

<b>OBIETTIVO STRATEGICO REGIONALE:</b>			
<b>A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.</b>			
Obiettivo operativo di struttura:			
<b>a. Aumentare il livello di addestramento del personale sanitario e la rete di facilitatori in tema di gestione del rischio clinico.</b>			
<b>ATTIVITA' A1:</b> Organizzare un corso specifico sul Rischio Sanitario/Incident Reporting dopo revisione della procedura operativa esistente.			
<b>INDICATORE:</b> Formare almeno 25 operatori sanitari entro il 31/12/2025			
<b>STANDARD:</b> 1 EVENTO NEL 2025			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella (CRRC)</li> <li>- Manuale "L'Audit clinico"</li> <li>- Manuale RCA (Root Cause Analysis)</li> <li>- Manuale di formazione per il Governo clinico: appropriatezza</li> <li>- Manuale Safety Walk around</li> <li>- Qualità e sicurezza delle cure nell'uso dei farmaci. Raccomandazioni, Integrazione e Formazione.</li> </ul>			
<b>FONTE:</b> Direzione Sanitaria- Gruppo QuARQ-medico legale e affari generali/Provider ECM (eventuale)			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
ATTIVITA'	Risk Manager	Direzione Generale	Provider del corso
Progettazione del corso	R	I	R
Accreditamento/ Finanziamento del corso	C	R	-

	PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO		Rev. 3 20/02/2025	Pag. 22 di 123
	<b>PARS 2025</b>			

Esecuzione del corso	C/R	I	R	
<b>ATTIVITA' A2:</b> Organizzare un corso specifico sulla gestione del rischio cadute e revisione della procedura esistente				
<b>INDICATORE:</b> Formare almeno 30 operatori sanitari entro il 31/12/2025 e revisione procedura				
<b>STANDARD:</b> 1 EVENTO NEL 2025				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinazione n. G15198 del 06 novembre 2022 approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita"</li> <li>- Raccomandazione n.13</li> <li>- Procedura aziendale sulla raccomandazione n.13</li> <li>- DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DELLA PERSONA ASSISTITA Prima emissione: 26 ottobre 2022 CRRC LAZIO</li> <li>- PIANO REGIONALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI Documento di indirizzo elaborato dal gruppo di lavoro istituito dalla Determina n. G14486 del 24/11/2015 recante "Costituzione di Gruppi di lavoro tematici in materia di Rischio Clinico"</li> </ul>				
<b>FONTE:</b> Direzione Sanitaria - Gruppo QuARC-medico legale e affari generali/ Provider ECM (eventuale)				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>				
ATTIVITA'	Risk Manager	Direzione Generale	Provider del corso	Dirigente Responsabile Qualità
Progettazione del corso	R	I	R	C
Accreditamento/ Finanziamento del corso	C	R	-	-
Esecuzione del corso	C/R	I	R	R
<b>ATTIVITA' A3:</b> organizzare un corso specifico sulla corretta gestione e compilazione della cartella clinica e della documentazione allegata, compreso il consenso informato				
<b>INDICATORE:</b> Formare almeno 30 operatori sanitari entro il 31/12/2024				
<b>STANDARD:</b> 1 EVENTO NEL 2025				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manuale "L'Audit clinico"</li> <li>- Manuale RCA (Root Cause Analysis)</li> <li>- Manuale di formazione per il Governo clinico: appropriatezza</li> <li>- Manuale Safety Walk around</li> <li>- Qualità e sicurezza delle cure nell'uso dei farmaci. Raccomandazioni, Integrazione e Formazione.</li> <li>- POS su Raccomandazioni 5,7,12,13,14,17,18,18</li> <li>- Documento di indirizzo sul consenso informato 25.01.2022</li> </ul>				

**FONTE:** Direzione Sanitaria – gruppo QuARC-medico legale e affari generali/ Provider ECM (eventuale)

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>				
ATTIVITA'	Risk Manager	Direzione Generale	Dirigente medico CVS	Provider ECM
Progettazione del corso	R	I	R	R
Accreditamento/ Finanziamento del corso	C	R	-	-
Esecuzione del corso	C/R	I	R	R

**ATTIVITA' A4:** Progettazione ed esecuzione del corso di formazione Basic Life Support and Defibrillation - BLSD

**INDICATORE:** Formare almeno 20 operatori sanitari e non sanitari entro il 31/12/2025

**STANDARD:** 100%

- Documento IRC

**FONTE:** Direzione Sanitaria - gruppo QuARC - medico legale e affari generali/ Provider ECM

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
ATTIVITA'	Dirigente responsabile Qualità	Direzione Sanitaria e Generale	Provider del corso
Progettazione del corso	C	C	R
Accreditamento/ Finanziamento del corso	C	R	-
Esecuzione del corso	I	I	R

**ATTIVITA' A5:** Diffusione del report sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate nel Blocco Operatorio

**INDICATORE:** corretto utilizzo della Check list del Blocco Operatorio

**STANDARD:** 95% correttezza di utilizzo delle Check esaminate

**FONTE:** Blocco Operatorio

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
ATTIVITA'	Dirigente Responsabile Qualità	Direzione Sanitaria	Blocco Operatorio
Effettuazione del monitoraggio	I	I	R
Valutazione del monitoraggio	C	R	I

Implementazione correttivi	C	C	R
----------------------------	---	---	---

**ATTIVITA' A6:** rinnovo della certificazione annuale (maggio 2025) delle strutture certificate Blocco Operatorio, Servizio di Anatomia patologica, Medicina di Laboratorio

**INDICATORE:** rinnovo certificazione ISO 9001:2015

**STANDARD:** aderenza alla normativa ISO 9001:2015

**FONTE:** Ufficio Qualità-Gruppo QuARQ-Reparti e strutture oggetto di certificazione-Direzione sanitaria-Direzione generale

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

ATTIVITA'	Dirigente Responsabile Qualità	Ente certificatore	Direzione Sanitaria e Generale/ strutture coinvolte
Progettazione della certificazione	R	I	C
Implementazione della certificazione	R	C	C
Verifica requisiti e rilascio della certificazione	C	R	I

**ATTIVITA' A7:** Implementazione di seminari Infermieristici interni per la gestione del paziente specialistico e su tematiche di Rischio sanitario, includendo anche il personale OSS su temi specifici.

**INDICATORE:** completamento esecuzione seminari infermieristici secondo fabbisogno formativo rilevato anno 2025

**STANDARD:** completamento degli argomenti rilevati con scheda fabbisogno formativo anno 2025

**FONTE:** Ufficio Qualità-Gruppo QuARQ- reparti e servizi -Direzione Sanitaria

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

ATTIVITA'	Dirigente Responsabile Qualità	Reparti e servizi	Direzione Sanitaria e Generale
Progettazione dei seminari	R	C	C
Implementazione dei seminari	C	R	I
Verifica dell'apprendimento	R	C	I

**OBIETTIVO STRATEGICO REGIONALE:**

**B. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa**

Obiettivo operativo di struttura:  
**b. Sviluppare e migliorare l'aderenza ai percorsi diagnostico terapeutici assistenziali attraverso la riduzione della variabilità individuale dei comportamenti migliorando l'aderenza alle linee guida/buone pratiche cliniche**

**ATTIVITA' B1:** Mantenimento della sicurezza in sala operatoria.  
 Ridurre/evitare l'incidenza riconducibile ad eventi sentinella n. 1, 2, 3,11 e 13

**INDICATORE:** analisi a campione mirata del 100% non conformità (numeratore NC riscontrate, denominatore NC analizzate).

**STANDARD:** 95% "corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura". Sistema check list sala operatoria di struttura. Implementazione della Raccomandazione n. 3, Marzo 2008 del Ministero della salute.

**FONTE:** Coordinatore Blocco Operatorio

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
ATTIVITA'	Dirigente Responsabile Qualità	Direzione Sanitaria	Referenti gruppo QuARC	Responsabili di Rep. (Coordinatore e Dir. Medico)
Controllo di Redazione	C	I	C	R
Revisione/azioni correttive	C	C	R	R
Analisi delle NC	R	R	C	C
Applicazione raccomandazioni	C	C	R	R

**ATTIVITÀ B2:** analisi della scheda unica di terapia SUT in un campione di cartelle cliniche

**INDICATORE:** monitoraggio corretta compilazione SUT primo e secondo semestre 2025

**STANDARD:** 95% corretta compilazione

**FONTE:** Reparti di degenza

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
ATTIVITA'	Dirigente Responsabile Qualità	Direzione Sanitaria	Referenti gruppo QuARC	Responsabili di Rep. (Coordinatore e Dir. Medico)
Controllo di Redazione	C	I	C	R
Revisione/azioni correttive	C	C	R	R
Analisi delle NC	R	R	I	C
Monitoraggio azioni correttive	R	C	C	C

**ATTIVITA' B3:** attivazione di slot ambulatoriali dedicati ai pazienti dimessi in tema di diagnostica per immagini, cardiologia ed endoscopia digestiva per l'ottimizzazione dei percorsi di follow-up

**INDICATORE:** attivazione degli slot entro maggio 2025

**STANDARD:** Programmazione Rete Ospedaliera 2024-2026

**FONTE:** Direzione Sanitaria – QuARC - medico legale e affari generali - Uffici Amministrativi - servizi diagnostici

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

ATTIVITA'	Resp. servizi diagnostici e Resp. Amministrativo	Risk Management / Dirigente Responsabil e Qualità	Direzione Sanitaria	Direzione Generale	Responsabili dei Reparti di degenza
Attivazione	R	I	C	I	I
Implementazione rilevazione criticità	C	I	I	I	R
Azioni di miglioramento	C	R	R	I	C

**ATTIVITA' B4:** condurre Clinical audit, SEA, SWA, per rinnovare ed implementare i PDTA critici ed a maggior frequenza di errore e prolungamento della degenza media

**INDICATORE:** analisi sistematica/mantenimento degenza media < 9 giorni

**STANDARD:** 1 audit clinico

- Manuale "L'audit Clinico"
- Manuale RCA (Root Cause Analysis)
- Manuale Safety Walk around

**FONTE:** Ufficio SIO - Direzione Sanitaria – Gruppo QuARC - ufficio medico legale e affari generali

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

ATTIVITA'	Responsabili dei reparti	Gruppo QuARC	Direzione Sanitaria	Risk manager/ Dirigente responsabile Qualità
Costruzione PDTA interni	R	C	C	C
Implementazione dei PDTA interni	R	C	C	C
Segnalazione degli errori e degli eventi avversi	R	R	I	C
Implementazione di clinical audit, SEA, SWA	I	C	R	R

**ATTIVITA' B5:** Rilevazione della Qualità percepita dagli utenti

**INDICATORE:** monitoraggio dei dati raccolti, analisi delle segnalazioni

**STANDARD:** livello di gradimento medio "soddisfatto"

- Manuale di formazione per il governo clinico: appropriatezza

**FONTE:** Direzione Sanitaria, ufficio Rischio Clinico e Qualità

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

ATTIVITA'	Responsabili dei reparti/servizi	Gruppo QuARC	Direzione Sanitaria	Risk Manager/ Dirigente Responsabile Qualità
Somministrazione del Questionario	R	C	I	IC
Analisi dei dati	I	I	R	R
Selezione delle priorità di intervento	C	I	R	R
Implementazione degli interventi correttivi	R	C	C	C

**ATTIVITA' B6:** Redazione di un documento e implementazione di un percorso di facilitazione dell'accesso in Ospedale dei pazienti fragili

**INDICATORE:** redigere il documento entro il 31.12.2024

**STANDARD:** redazione del documento aziendale

- Linee Guida servizio Tobia – Delibera Giunta 23.01.2025

**FONTE:** Direzione Sanitaria, ufficio Rischio Clinico e Qualità

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

ATTIVITA'	Responsabili dei reparti/servizi	Gruppo QuARC	Direzione Sanitaria	Risk manager/ Dirigente Responsabile Qualità
Redazione del documento	I	I	R	R
Implementazione del documento	R	R	C	C
Segnalazione delle criticità	R	R	I	I
Implementazione dei correttivi	C	C	R	R

**ATTIVITÀ B7:** mappatura regionale del rischio sanitario 2024-2025. Progressivo allineamento alle indicazioni poste dal CRRC Lazio sulle criticità riscontrate in esito all'audit regionale effettuato in data 27.01.2025

**INDICATORE:** verbale del CRRC Lazio

**STANDARD:** documenti del CRRC Lazio, dell'ISS, raccomandazioni ministeriali, EBM, EBN

**FONTE:** Ufficio rischio Clinico e Qualità, Direzione Sanitaria

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

ATTIVITA'	Risk Manager/Dirigente Responsabile Qualità	Direzione Sanitaria	Referent i gruppo QuARC	Responsabil i di Rep. (Coord. e Dir. Medico)	Direzione Generale
Elaborazione/Revision e dei documenti richiesti	R	I	C	R	I
Caricamento nel Cloud regionale	R	I	I	I	I
Rendicontazione	R	I	I	I	I
Diffusione delle procedure	R	C	I	I	I
Verifica di apprendimento delle procedure	R	C	I	C	I

<b>OBIETTIVO STRATEGICO REGIONALE:</b>				
<b>C. Favorire una visione unitaria della sicurezza</b>				
Obiettivo operativo di struttura:				
<b>c. Migliorare la sicurezza degli operatori</b>				
<b>ATTIVITA' C1:</b> produrre una procedura di Direzione Sanitaria ad integrazione dell'appendice DVR dedicata, e consolidare la formazione degli operatori sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza sugli operatori, includendo il personale non sanitario.				
<b>INDICATORE:</b> redazione procedura aziendale e formare almeno 30 operatori entro il 31.12.2025				
<b>STANDARD:</b> 1 evento formativo diffusione procedura aziendale				
- determina Regionale n. G 13505 del 25 ottobre 2018 recante: "approvazione del documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari".				
<b>FONTE:</b> Ufficio Rischio Clinico e Qualità, Ufficio Prevenzione e Sicurezza, Direzione Sanitaria, Direzione Generale				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>				
ATTIVITA'	Risk Manager/Dirigente Responsabile Qualità	Direzione Sanitaria/Direzione Generale	Referenti gruppo QuARC	Responsabile Servizio Prevenzione Protezione (RSPP)

Redazione procedura	R	C	I	C
Organizzazione del corso	R	C	I	C
Verifica apprendimento	R	I	C	C

**ATTIVITÀ C2: Redazione e implementazione di una procedura per la prevenzione e la gestione delle punture accidentali**

**INDICATORE:** redazione procedura aziendale e formare tutti i coordinatori entro il 31.12.2025

**STANDARD:** evento formativo diffusione procedura

- Direttiva 2010/32/UE del Consiglio dell'Unione Europea
- DPR 254/03 (art. 2, comma 1 lett. D)
- WHO guideline on the use of safety-engineered syringes for intramuscular, intradermal, and subcutaneous injections in health care setting
- Decreto del presidente della Repubblica n. 254, 15 Luglio 2003. Art2, comma 1, Lett. D
- Linee di indirizzo e criteri d'uso dei dispositivi medici con meccanismo di sicurezza per la prevenzione di ferite da taglio o da punta – Regione Emilia Romagna 2015

**FONTE:** Ufficio Rischio clinico e Qualità, Direzione Sanitaria, Medicina del lavoro, Servizio Prevenzione e Sicurezza

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

ATTIVITA'	Dirigente Responsabile Qualità	Direzione Sanitaria	Referenti gruppo QuARC	Responsabili di Rep. (Coordinatore e Dir. Medico)
Redazione procedura	R	C	I	C
Organizzazione del corso	R	C	I	C
Verifica apprendimento	R	I	C	C

**ATTIVITÀ C3: Organizzare una giornata formativa per operatori sanitari e con le associazioni dei pazienti e che abbia come tema la sicurezza delle cure**

**INDICATORE:** evento formativo per operatori sanitari e pazienti

**STANDARD:** realizzazione dell'evento

**FONTE:** Ufficio Rischio Clinico e Qualità, Direzione Sanitaria

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

ATTIVITA'	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Direzione Generale	Gruppo QuARC
Organizzazione del corso condiviso	C	R	I	C

Attuazione del corso	R	R	I	C
Verifica grado di soddisfazione utenti e operatori	R	R	I	I

<b>OBIETTIVO STRATEGICO REGIONALE:</b>				
<b>D. Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management</b>				
Obiettivo operativo di struttura:				
<b>d. Partecipare ai tavoli regionali organizzati dal CRRC Lazio</b>				
<b>ATTIVITA' D1:</b> partecipazione ai tavoli tecnici del CRRC Lazio e implementazione delle indicazioni				
<b>INDICATORE:</b> n. partecipazioni/n. convocazioni				
<b>STANDARD:</b> 95%				
<b>FONTE:</b> Ufficio Rischio Clinico e Qualità, Direzione Sanitaria				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>				
ATTIVITA'	Risk Manager/Dirigente Responsabile Qualità	Direzione Sanitaria	Referenti gruppo QuARC	Direzione Generale
Partecipazione alle riunioni	R	I	I	I
Condivisione dei contenuti delle riunioni	R	C	C	I
Implementazione delle indicazioni	R	C	C	I

	<b>PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO</b>		
	<b>PARS 2025</b>	Rev. 3 20/02/2025	Pag. 31 di 123

## 7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

### 7.1 OBIETTIVI

Gli obiettivi strategici regionali sono stati definiti in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) e sono i seguenti:

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B. Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- C. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri carbapenemasi resistenti (CRE).

Inoltre, a seguito della nota regionale prot. 79798 del 22/01/2025 vengono definiti si definiscono i seguenti obiettivi:

- D. Monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico (ISC)
- E. Gestione della sepsi
- F. Misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (AMR, Antimicrobial Resistance), congiuntamente all'indicazione di allineare le attività del PARS con quelle del PRP-PP10 e del PNCAR 2022-2025.

### 7.2 ATTIVITÀ

#### **OBIETTIVO STRATEGICO REGIONALE:**

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.**

**ATTIVITA' A1:** Consolidamento della formazione degli operatori sull'Antimicrobial Stewardship al fine di contrastare la resistenza agli antimicrobici (AMR, Antimicrobial Resistance)

**INDICATORE:** Effettuazione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2025

**STANDARD:** 1 corso di formazione

- Ministero della Salute- Piano Nazionale di contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025; AIFA – L'uso degli antibiotici in Italia 2017;

**FONTE:** CC-ICA

#### **MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

ATTIVITA'	CCICA	Risk Manager/Responsabile Qualità	Gruppo QuARC
<b>Organizzazione del corso</b>	R	C	C
<b>Esecuzione del corso</b>	R	C	C
<b>Verifica apprendimento</b>	C	R	I

**ATTIVITA' A2: Sorveglianza delle infezioni della ferita chirurgica**

**INDICATORE:** n. infezioni insorte in ospedale/n interventi (colecisti, colon e retto) anno 2025

**STANDARD:** obiettivo 10% infezioni

- Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025, DGR 970/2021
- Protocollo della **SORVEGLIANZA NAZIONALE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (SNICH2) E INDICATORI DI PREVENZIONE NEGLI OSPEDALI** (versione 1.0 - 12 ottobre 2022)

**FONTE:** Reparto di chirurgia-Blocco operatorio-ambulatorio chirurgico-CCICA

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

ATTIVITA'	CCICA	Risk Manager	Reparti/Servizi coinvolti
Raccolta dati	C	I	R
Elaborazione dati	C	I	R
Implementazione correttivi	R	R	C

**ATTIVITA' A3: Effettuazione di un corso sulle infezioni da enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi**

**INDICATORE:** Effettuazione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2025

**STANDARD:** 1 evento formativo

**FONTE:** CCICA

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

ATTIVITA'	CCICA	Risk Manager/Responsabile aziendale Qualità	Gruppo QuARC
Organizzazione del corso	R	C	C
Esecuzione del corso	R	C	C
Verifica apprendimento	C	R	I

**ATTIVITA' A4:** Costruzione di una procedura per l'inserimento e la gestione del catetere vescicale e implementazione di un corso per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie da estendere a tutto il personale di assistenza e di supporto

**INDICATORE:** Costruzione della procedura ed effettuazione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2025

**STANDARD:** procedura aziendale

**FONTE:** CCICA- laboratorio analisi

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
ATTIVITA'	CCICA	Risk Manager/Responsabile aziendale Qualità	Gruppo QuARC
Costruzione della procedura	R/C	C	C
Organizzazione del corso	R	C	C
Esecuzione del corso	R	C	C
Verifica di apprendimento	C	R	I

**OBIETTIVO STRATEGICO REGIONALE:**

**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 da raggiungere entro il 31/12/2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.**

**ATTIVITA' B1:** Si veda in Allegato il "Piano locale per l'implementazione del piano di intervento regionale sull'igiene delle mani anno 2025"

**INDICATORE:** redazione del Piano di Azione Locale sull'igiene delle mani anno 2025

**STANDARD:** Piano Locale Igiene delle mani

- Documento CRRC Lazio Piano Regionale sull'Igiene delle mani 19.02.2021

**FONTE:** CC-ICA, Ufficio rischio clinico e Qualità

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
ATTIVITA'	CCICA	Risk Manager/Responsabile aziendale Qualità	Gruppo QuARC
Redazione del Piano di Azione Locale sull'igiene delle mani anno 2025	C	R	I
Diffusione del Piano	C	R	I

Implementazione degli obiettivi del Piano	C	R	C
Verifica degli obiettivi	C	R	I

<p><b>OBIETTIVO STRATEGICO REGIONALE:</b></p> <p><b>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).</b></p>			
<p><b>ATTIVITA' C1:</b> Aggiornare la mappatura del rischio della Struttura e del sistema di monitoraggio periodico dei campionamenti dell'aria e delle superfici delle aree clinico assistenziali e dei servizi.</p>			
<p><b>INDICATORE:</b> mappatura del rischio almeno 1 volta all'anno raccolta ed analisi periodica dei dati di campionamento per l'anno in corso</p>			
<p><b>STANDARD:</b> raccolta ed analisi periodica dei dati di campionamento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AMDO linea guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)</li> </ul>			
<p><b>FONTE:</b> CCICA, Direzione Sanitaria, servizio Prevenzione e Sicurezza</p>			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
ATTIVITA'	CCICA	Responsabile Risk Manager	Gruppo QuARC
Progettazione e mappatura del rischio	R	C	R
Esecuzione dei campionamenti	I	I	R
Analisi dei risultati non conformi (NC) ed azioni correttive e preventive (ACP)	R	C	C
<p><b>ATTIVITA' C2:</b> Implementazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)" 25.11.2022, attraverso l'ampliamento del documento aziendale trasversale che includa la segnalazione e il monitoraggio entro il 31.12.2025</p>			
<p><b>INDICATORE:</b> procedura trasversale</p>			
<p><b>STANDARD:</b> costruzione della procedura entro il 31.12.2025</p>			

-Determinazione n. G15959 del 18.11.22 "Approvazione del Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)" Regione Lazio

**FONTE:** CCICA, Direzione Sanitaria

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

ATTIVITA'	CCICA/QuARC	Risk Manager/ Responsabile Qualità	Direzione Sanitaria
Redazione della procedura	R	C	C
Diffusione e implementazione	C	R	R
Monitoraggio e verifica	C	R	C

**ATTIVITA' C3:** Implementare il sistema di monitoraggio del consumo di antibiotici espresso Dosi definite giornaliere (DDD)/100 gg degenza

**INDICATORE:** Report trimestrale

**STANDARD:** documenti di report

**FONTE:** CCICA; Servizio di farmacia interno, Direzione Sanitaria

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

ATTIVITA'	CCICA/QuARC	Risk Manager	Farmacista
Monitoraggio del consumo di antibiotici espresso Dosi definite giornaliere (DDD)/100gg degenza	I	I	R
Valutazione dei dati	R	C	C
Organizzazione di audit specifici	R	R	C

**ATTIVITA' C4:** Implementazione/consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle infezioni da Legionella.

**INDICATORE:** diffusione della procedura aziendale mediante corso di formazione specifico e adozione di idonee ed efficaci misure di contenimento delle infezioni da Legionella nel sistema idraulico dei tre edifici che costituiscono il complesso della Struttura, entro i limiti stabiliti dalle norme.

**STANDARD:** procedura e corso di formazione

- (Linee guida del Ministero della Salute ultimo aggiornamento: 31 ottobre 2016, documento consultabile all'indirizzo [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_publicazioni\\_2362\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2362_allegato.pdf) web:

**FONTE:** CCICA, Direzione Sanitaria, servizio Prevenzione e Sicurezza

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

ATTIVITA'	CCICA	Risk Manager	Responsabili delle UUOO
Controllo di corretta esecuzione	R	C	I
Analisi dei risultati non conformi (NC) ed azioni correttive e preventive (ACP)	R	R	I

**ATTIVITA' C5:** Implementazione/consolidamento del modello di monitoraggio delle infezioni da Clostridium Difficilis con la revisione della procedura esistente entro il 31.12.2025

**INDICATORE:** Adozione di idonee ed efficaci misure di contenimento delle infezioni da Clostridium difficilis nella Struttura.

**STANDARD:** costruzione del documento entro il 31.12.2025

- Progetto regionale di ricerca CCM "Clostridium difficile: buone pratiche per la diagnosi, la sorveglianza, la comunicazione e il controllo della diffusione nelle strutture sanitarie" coordinato dall'INMI di Roma "Lazzaro Spallanzani", integrato nel Progetto 7.3 del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2019 della Regione Lazio, in armonia con il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PNCAR) 2022-2025.

**FONTE:** CCICA, Direzione Sanitaria, Servizio Prevenzione e Sicurezza

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	CCICA	Risk Manager/ Responsabile Qualità aziendale	Responsabili delle UUOO
Individuazione dei casi	I	I	R
Controllo di corretta esecuzione misure di isolamento	R	C	I
Organizzazione di audit specifici	R	R	C
Aggiornamento della Procedura	R	C	C
Diffusione e verifica di apprendimento	C	R	C

**ATTIVITA' C6:** Implementare il monitoraggio del consumo delle soluzioni idroalcoliche (possibilmente disaggregato per aree di degenza)

**INDICATORE:** Valore soglia OMS  $\geq 20$  litri/1000 ggd  
Calcolo del valore atteso X, relativo a una Unità Operativa:

- ggd : X = 1000 : 20 quindi

<ul style="list-style-type: none"> <li><math>X = (gdd \times 20) / 1000</math></li> </ul>			
<b>Valore effettivo</b> = (valore reale di gel idroalcolico consumato* / valore atteso) %			
<b>STANDARD:</b> Standard $\geq 1$ (100%)			
<b>FONTE:</b> CCICA, Direzione Sanitaria, servizio farmacia Interna			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
ATTIVITA'	CCICA/QuARC	Risk Manager	Farmacista
Raccolta dati consumo delle soluzioni idroalcoliche (possibilmente disaggregato per aree di degenza)	I	I	R
Valutazione dei dati	R	C	C
Organizzazione di audit specifici	R	R	C

## 8. ALLEGATI

- ALL.01 Delibera del Direttore Generale
- ALL.02 Gruppo QuARC 2024 - 2025
- ALL.03 Report Blocco Operatorio
- ALL.04 Scheda fabbisogno formativo anno 2024-2025
- ALL.05 Monitoraggio SUT primo semestre 2024
- ALL.06 Monitoraggio SUT secondo semestre 2024
- ALL.07 Infezione sito chirurgico rilevazione da reparto chirurgia
- ALL.08 StudioSNCh2
- ALL.09 Piano Locale Igiene delle Mani
- ALL.10 Verbale giornata Igiene Mani
- ALL.11 Campionamenti ambientali
- ALL.12 Consumo antibiotici anno 2024
- ALL.13 Controlli acque anno 2024
- ALL.14 Consumo soluzione idroalcolica
- ALL.15 Dati microbiologia
- ALL.16 Regolamento ICA
- ALL.17 CC-ICA

## 9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il PARS 2025 verrà diffuso a livello della Struttura secondo le seguenti modalità:

- Presentazione alla Direzione ed atto formale di delibera da parte della Direzione Generale;

	<b>PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO</b>		
	<b>PARS 2025</b>	Rev. 3 20/02/2025	Pag. <b>38</b> di 123

- Invio mail di copia elettronica a Responsabili Medici delle unità operative, Coordinatori del comparto, referenti gruppo QuARC, responsabile della comunicazione aziendale e successivo incontro plenario e firma del verbale di ricezione;
- Inserimento nella cartella condivisa “Professioni Sanitarie, Rischio Clinico e Qualità)
- Pubblicazione sul sito internet della struttura
- Inserimento sul portale CRRC da parte del Referente Risk Manager e invio alla mail [crr@regione.lazio.it](mailto:crr@regione.lazio.it) del documento in formato pdf nativo.

## 10. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Determinazione n° G00643 del 25.01.2022 “Documento di indirizzo per l’elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)”
- Decreto del Commissario ad Acta 7 novembre 2017, n. U00469 Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012.
- Legge 24/2017 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”
- Legge 219/2017 “Norma in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”
- Legge 3/2018 “Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del ministero della Salute”
- Ministero della Salute- Piano Nazionale di contrasto all’Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025; AIFA – L’uso degli antibiotici in Italia 2017
- Decreto legislativo 101/2018 “Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)”.
- Decreto ministero Salute 27 febbraio 2018. Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).
- Decreto ministero Salute 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”.
- Conferenza Stato Regioni del 20 Marzo 2008 recante “Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza dei Pazienti e delle Cure
- Decreto del Ministero della Salute del 11.12.2009: “Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella”
- Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025, DGR 970/2021
- Nota prot. n. 58028/gr/11/26 del 3.02.2015 della Direzione regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria – Area Giuridica Normativa, Istituzionale e Gestione del Rischio Clinico recante

	<b>PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO</b>		
	<b>PARS 2025</b>	Rev. 3 20/02/2025	Pag. 39 di 123

“Relazione conclusiva dei Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio

- Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23.02.2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione del Rischio Clinico recante “Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriale per la “Sicurezza dei Pazienti”
- Determina Regionale n. G13505 del 25 Ottobre 2018 recante: “Approvazione del documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”
- Ministero della Salute: “Risk Management in Sanità- il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
- ISPEL – Dipartimento Igiene del lavoro: Linee guida sugli standard di sicurezza e di igiene del lavoro nel reparto operatorio. 2009
- Ministero del lavoro della salute e delle politiche sociali: Manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e checklist. 2009
- Finzi, Aparo et al.: Linee guida per il corretto utilizzo degli antisettici – disinfettanti. – Edicom Milano, 2009.
- Finzi, Aparo et al.: Linee guida per la gestione delle operazioni di pulizia e sanificazione nelle strutture ospedaliere. – Edicom Milano, 2009.
- Ministero della Salute: “Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori” – Cap. 3: Gestione del rischio di infezioni correlate all’assistenza – Gennaio 2012.
- ASSR Regione Emilia Romagna: Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico. Dossier 261 - 2017
- ISQUA: Raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti durante l'emergenza COVID-19 outbreak. 25.04.2020
- Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle infezioni: Indicazioni per la sanificazione degli ambienti interni per prevenire la trasmissione di SARS-COV-2. Ver. 8.5.2020
- Determinazione G00642 del 25/01/2022 Adozione del “Documento di indirizzo sul consenso informato”.
- Emergenza Covid19 Azioni Fase 4 prot. n. 391183 GR3915 del 30.04.2020
- Documento di indirizzo sulla corretta identificazione del paziente del 25.09.2020.
- Determina Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria G02044 del 26.02.2021 “Adozione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani”.
- Documento Di Indirizzo Sulle Buone Pratiche Per La Prevenzione e Il Controllo Delle Infezioni Correlate All'assistenza (ICA) emissione del 25 novembre 2022.
- Lettera del CRRC GR 39.15
- Linee Guida servizio Tobia –Delibera giunta 23.01.2025