



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Unità di Risk Management
Responsabile dott. Siro Simeoni

- ANNO 2026 -

INDICE

1	Premessa.....	3
2	Contesto Organizzativo.....	4
3	Introduzione al Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) 2026	6
4	Gestione del rischio infettivo	6
5	Relazione consuntiva sugli Eventi Avversi e sui risarcimenti erogati.....	7
6	Descrizione della posizione assicurativa.....	8
7	Resoconto delle attività del piano precedente PARS 2025	8
7.1	Resoconto delle attività per la Gestione del Rischio Sanitario	8
7.2	Resoconto delle attività per la Gestione del Rischio Infettivo	9
8	Componenti Unità Operativa di Risk Management.....	11
8.1	Matrice delle Responsabilità del PARS	11
9	Obiettivi e attività 2026 per la Gestione del Rischio Sanitario.....	12
9.1	Attività 2026 per la Gestione del Rischio Sanitario	12
10	Obiettivi e attività 2026 per la gestione del Rischio Infettivo	13
10.1	Attività 2026 per la Gestione del Rischio Infettivo.....	14
11	Modalità di diffusione del PARS	16
12	Riferimenti normativi.....	16
13	Bibliografia	18

Allegato 1. Piano di Azione Locale sull'Igiene delle mani

Allegato 2. Relazione Programma di controllo della legionellosi per l'anno 2025 Villa Silvana

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 qualificate e sicure. La possibilità di un "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 e analisi delle criticità.

Tale approccio è definito Gestione del Rischio Clinico che, come tale, rappresenta un elemento di Governo Clinico, definito come "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.

Del resto la gestione del rischio in ambito sanitario era una 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.

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 ed organizzative. Le attività di prevenzione del rischio - alle quali concorre tutto il personale - sono messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private. A questo proposito, rispetto a quanto contenuto nella legge di Stabilità, nella legge Gelli sono state apportate alcune modifiche: l'articolo 16, modificando i commi 539 e 540 della legge di stabilità 2016 (legge n. 208/2015) prevede infatti che i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari, e che l'attività di gestione del rischio sanitario sia coordinata da personale medico dotato delle Specializzazioni in Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica o equipollenti, in Medicina Legale, ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

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.

2 Contesto Organizzativo

La Casa di Cura “Villa Silvana” si compone dei seguenti reparti:

- Un Presidio di Medicina Fisica e Riabilitazione con Reparto di Riabilitazione Funzionale, destinato all’assistenza di soggetti portatori di patologie di natura Neurologica e Ortopedica, dotato di palestre, due piscine con idromassaggio e camminamenti acquatici, Reparto di Day-Hospital Riabilitativo annesso al reparto di Riabilitazione, che accoglie tutti quei pazienti che necessitano di assistenza riabilitativa prolungata.
- Centro di Fisiokinesiterapia ambulatoriale, funzionalmente e strutturalmente collegato al Reparto ed al Day-Hospital.
- Una Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) ad Alto Livello Assistenziale specializzata nell’area della Senescenza e della Disabilità.
- Un Reparto di RSA Livello Estensivo Alto Mantenimento.
- Un Reparto Hospice per l’erogazione di Cure Palliative a pazienti in regime residenziale e domiciliare.
- Ambulatori Medici e diagnostici, 1 Laboratorio di Analisi, 1 Unità operativa di Radiologia.



I reparti oggetto del presente PARS sono i seguenti:

- A) Unità di Riabilitazione Funzionale: capacità ricettiva in regime di accreditamento con il SSN di 30 posti letto, di cui 27 pp.ll. (1° piano Corpo A e B) in regime residenziale e 3 pp.ll. in Day-Hospital (piano terra Corpo B);
- B) R.S.A ad Alto Livello Assistenziale (Mantenimento A): capacità ricettiva in regime di accreditamento con il SSN di 95 posti letto (2° e 3° piano Corpo A, 1° piano Corpo C);

- C) R.S.A. Livello Estensivo Mantenimento Alto: capacità ricettiva in regime di accreditamento con il SSN di 20 posti letto (3° piano Corpo A);
- D) Reparto Hospice: capacità ricettiva in regime di accreditamento con il SSN di 50 posti letto, di cui 10 pp.ll. (1° piano Corpo E) in regime residenziale + 40 pp.ll. in regime di Assistenza domiciliare;
- E) Ambulatorio Polispecialistico (piano terra Corpo A e B) con Servizi di Diagnosi e Cura utilizzabili anche per pazienti esterni;
- F) Poliambulatorio di Odontoiatria (piano terra Corpo A) con servizi di Radiologia diagnostica compreso Ortopantomografo utilizzabili anche per pazienti esterni;
- G) Laboratorio di Analisi Cliniche;
- H) Radiologia diagnostica.

Tab. 1 - Presentazione dati di attività Casa di Cura "Villa Silvana" - Aprilia (LT)

CASA DI CURA "VILLA SILVANA"			
DATI STRUTTURALI			
POSTI LETTO ORDINARI	152	Riabilitazione Cod.56	27 pp.ll.
		Hospice Residenziale	10 pp.ll.
		RSA	95 pp.ll.
		RSA Livello Estensivo	20 pp.ll.
POSTI LETTO DOMICILIARI	40	Hospice Domiciliare	40 pp.ll.
POSTI LETTO DIURNI	3	Riabilitazione Cod.56	3 pp.ll.
DATI DI ATTIVITA' * (Anno 2025)			
NUMERO TOTALI RICOVERI:			
NUMERO RICOVERI ORDINARI		Riabilitazione Cod.56	345
		Hospice Residenziale	191
		RSA M.A. + RSA Estensiva	36 + 90
NUMERO RICOVERI DOMICILIARI		Hospice Domiciliare	321
NUMERO RICOVERI DIURNI		DH Riabilitazione Cod.56	80
BRANCHE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI	26	PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE	33.530 (Escluse le analisi di laboratorio)
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA		PRESTAZIONI EROGATE	944

* Dati forniti dall'Ufficio Ragioneria e Ufficio Ricoveri, aggiornati al 31.12.2025

3 Introduzione al Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) 2026

La stesura del presente PARS, segue le indicazioni presenti nella Determina della Regione Lazio n. G00643 del 25.01.2022 “Adozione del documento di indirizzo per l’elaborazione del **Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)**” e pertanto coniuga i documenti denominati in precedenza PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza).

Lo scopo del documento unico denominato **PARS**, come specificato dalla Regione Lazio, è:

- favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i 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;
- adempiere agli obiettivi previsti dal Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle mani;

Il PARS si prefigge inoltre l’obiettivo di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure partendo dalla necessità di considerare l’errore come una opportunità di apprendimento e tutte le attività concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza, economicità e sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

Per raggiungere questi obiettivi, il presente documento comprende sia la sezione riguardante le strutture che erogano prestazioni in Regime di Ricovero Ospedaliero a Ciclo Continuativo e Diurno per Acuzie e Post-Acuzie, che quella relativa alle strutture che erogano prestazioni in Regime Residenziale e Semiresidenziale e le strutture di Assistenza Territoriale Extra-Ospedaliera (Allegati A e B del “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario – PARS).

4 Gestione del rischio infettivo

Nel 2019 è stato istituito presso la nostra struttura il Comitato per la Sorveglianza e il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (CCICA). Il suddetto Comitato ha le seguenti funzioni:

- elaborare, monitorare ed implementare un programma annuale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all’assistenza (I.C.A.);
- promuovere e programmare gli interventi di formazione del personale;
- promuovere la raccolta dati sulla incidenza e prevalenza delle infezioni correlate all’assistenza, sulla distribuzione delle antibiotico-resistenze e dei microrganismi multi farmaco resistenti;
- 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 prevenzione, monitoraggio ed incidenza delle infezioni del sito chirurgico;
 - monitorare l'applicazione delle linee guida e di protocolli mirati per il controllo delle ICA;

Vengono elaborati periodici report sulla sorveglianza delle infezioni e sul monitoraggio dell'antimicrobico-resistenza.

Il presente documento per la gestione del Rischio Infettivo, viene elaborato secondo le indicazioni regionali emerse nella riunione del Tavolo del Rischio Clinico Regionale del 17.12.2021.

5 Relazione consuntiva sugli Eventi Avversi e sui risarcimenti erogati

Il presente Piano Annuale di Rischio Sanitario relativo all'anno 2026, è il quinto PARS della Casa di Cura "Villa Silvana" da quando si sono unificati in un solo documento, il PARM e il PAICA.

Si riportano in tabella 2 gli eventi segnalati nel 2025.

Tab. 2 - Eventi occorsi dal 01/01/2025 al 31/12/2025 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di Evento	N° (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	2	Legati al paziente (85%)	Strutturali (0%) Tecnologiche (15%) Organizzative (0%) Procedure/Comunicazione (85%)	Sistemi reporting (100 %)
Eventi Avversi	22 cadute (88%) 2 aggress. (8%)	Legati al personale (15%)		
Eventi Sentinella	1 (4%)	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%)		

Si riporta in tabella 3 la situazione della sinistrosità relativa all'ultimo quinquennio.

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

Anno	N. Sinistri aperti^(A)	N. Sinistri liquidati^(A)	Risarcimenti erogati^(A)
2021	2	0	0
2022	2	1	17.628,86 €
2023	0	0	0
2024	2	0	0
2025	0	0	0
Totale	6	1	17.628,86 €

6 Descrizione della posizione assicurativa

Tab. 4 –Descrizione Posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2021	31/01/2021-31/12/2021	UnipolSai	42.468,00 €	25.000,00 €	UnipolSai
2022	01/01/2022-31/12/2022	UnipolSai	42.468,00 €	25.000,00 €	UnipolSai
2023	01/01/2023-31/12/2023	UnipolSai	42.468,00 €	25.000,00 €	UnipolSai
2024	01/01/2024-31/12/2024	UnipolSai	42.468,00 €	25.000,00 €	UnipolSai
2025	01/01/2025-31/12/2025	UnipolSai	42.468,00 €	25.000,00 €	UnipolSai
2026	01/01/2026-31/12/2026	UnipolSai	704.160€ (Polizza di Gruppo)	25.000,00 €	UnipolSai

7 Resoconto delle attività del piano precedente PARS 2025

7.1 Resoconto delle attività per la Gestione del Rischio Sanitario

Nell'anno 2025 è stato attuato il quarto PARS.

Gli obiettivi realizzati sono di seguito elencati:

Tabella 5. – Resoconto delle attività del Piano precedente (PARS 2025)

Obiettivo A - Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1. Incontri formativi di aggiornamento sul sistema di segnalazione degli Eventi Avversi, Near Miss, Eventi Sentinella (Incident Reporting) finalizzato al miglioramento della qualità delle segnalazioni	SI	-
Attività 2. Esecuzione di almeno due incontri formativi per la Formazione di Facilitatori	NO	Sarà riproposto nel 2026.

Obiettivo B – Miglioramento della appropriatezza assistenziale e organizzativa ...		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 3. Monitoraggio e Prevenzione delle Lesioni da Pressione. Report trimestrale.	SI	E' presente un Report annuale suddiviso per trimestri.
Attività 4. Monitoraggio e Prevenzione Cadute. Report trimestrale.	SI	E' presente un Report annuale suddiviso per trimestri.

Obiettivo C – Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli Operatori delle strutture		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 5. Corso sulla Prevenzione degli Atti di Violenza a danno degli Operatori Sanitari e non.	NO	<u>Tale attività sarà riprogrammata nel 2026. E' attivo dal 2025 in Struttura, il Modulo per le Aggressioni.</u>

7.2 Resoconto delle attività per la Gestione del Rischio Infettivo

Tabella 6. – Resoconto delle attività del Piano precedente (Gestione rischio Infettivo 2025)

Obiettivo D) - Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 6. Corso di Formazione degli Operatori Sanitari, mirato ad un programma di buon uso degli Antibiotici (Antimicrobial Stewardship)	SI	Il Corso verrà riprogrammato anche nel 2026.

Obiettivo E) – Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 7. Nel 2025, il Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani, non è stato implementato come da programma!	NO	Alla fine dell'anno 2025, alla luce dell'applicazione del Piano di Intervento Regionale nella nostra struttura, il follow-up del questionario eseguito a fine anno, ha determinato un peggioramento nei risultati della Compliance per l'igiene delle Mani, determinando un risultato di 2 livelli Avanzato, 2 di livello Intermedio e uno di livello Base.

Obiettivo F) - Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa in tema 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 CRE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 8. Indagine di Prevalenza delle ICA associabili alle prestazioni erogate nel 2024: Infezioni del sito chirurgico.	NO	<u>Sarà riproposto per il 2026.</u>
Attività 9. Indagine di Prevalenza delle ICA associabili alle prestazioni erogate nel 2024: Infezioni da Clostridium Difficile	NO	<u>Sarà riproposto per il 2026.</u>
Attività 10. Corso di formazione in tema di Prevenzione delli ICA (Infezione Correlata all'Assistenza)	SI	Il Corso verrà riprogrammato anche nel 2026.

Attività 11. Sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani (litri/1000 giornate di degenza ordinaria)	SI	Il Monitoraggio è annuale
--	----	---------------------------

8 Componenti Unità Operativa di Risk Management

Nella specifica realtà della Casa di Cura “Villa Silvana”, l’Unità di Risk Management è composta dal **Risk Manager** e dal **Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio**, costituito da diverse figure professionali preposte alle attività di Programmazione, Verifica e Controllo delle attività di Risk Management.

Le figure di riferimento **dell’Unità di Risk Management con Funzioni di Coordinamento per la Gestione del Rischio Clinico** sono di seguito elencate:

- **Dott. Siro Simeoni (Risk Manager)**
- **Dott.ssa Deborah Vasta**
- **Caposala Elena Marotta**
- **Caposala Tania Caldato**
- **Caposala Rosa Pompeo**
- **Coordinatore FKT Ezio Albanesi**
- **Dott. Federico Giovannini**

8.1 Matrice delle Responsabilità del PARS

La realizzazione del PARS riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- a) quella del **Risk Manager**, che lo redige e ne monitorizza l’implementazione tenendo in considerazione anche le Linee Guida Regionali;
- b) quella della **Direzione Strategica Aziendale** che s’impegna a fornire direttive (piano di budgeting, valutazione performance, definizione di specifici progetti aziendali) e risorse.

Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Direttore Gestionale /Amministrativo	Risorse Umane
Redazione PARS	R	C	C	I
Adozione PARS	I	C	R	I
Monitoraggio PARS	R	C	I	I

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

9 Obiettivi e attività 2026 per la Gestione del Rischio Sanitario

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale per il 2026 sono:

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

9.1 Attività 2026 per la Gestione del Rischio Sanitario

Obiettivo A) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio sanitario

Attività 1 – Incontri formativi di aggiornamento sul sistema di segnalazione degli Eventi Avversi, Near Miss, Eventi Sentinella (Incident Reporting) finalizzato al miglioramento della qualità delle segnalazioni

INDICATORE: Svolgimento di più sessioni formative entro il 31.12.2026;

STANDARD: Numero totale di operatori sanitari che hanno partecipato > al 65%

FONTE: UO Rischio Clinico

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	RISK MANAGER	UO FORMAZIONE
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I

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

Attività 2 – Formazione Facilitatori per il Rischio Clinico e l'Igiene delle Mani

INDICATORE: Esecuzione di almeno un incontro formativo nell'anno 2026

STANDARD: Numero totale di Coordinatori Infermieristici

FONTE: UO Rischio Clinico

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	RISK MANAGER	UO FORMAZIONE
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I

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

Obiettivo B) – Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi		
Attività 3 – Monitoraggio e Prevenzione delle Lesioni da Pressione. Report trimestrale		
INDICATORE: Esecuzione di quattro Report entro il 31.12.2026		
STANDARD: Analisi sul 100% degli Ospiti in RSA		
FONTE: Responsabile Gestione Qualità		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’		
AZIONE	RISK MANAGER	RGQ
Revisione schede della CCE	R	C
Utilizzo schede di valutazione della CCE	C	R
Monitoraggio Report	R	I

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

Attività 4 – Monitoraggio e Prevenzione Cadute. Report Trimestrale		
INDICATORE: Esecuzione di quattro Report entro il 31.01.2026		
STANDARD: Analisi sul 100% degli Ospiti della Casa di Cura		
FONTE: Responsabile Gestione Qualità		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’		
AZIONE	RISK MANAGER	RGQ
Revisione schede CCE e cartacee	R	C
Utilizzo schede cartacee e della CCE	C	R
Monitoraggio Report	R	I

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

Obiettivo C) – Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori delle strutture
--

Attività 5 – Corso sulla Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e non.		
INDICATORE: Esecuzione di un corso entro il 31.01.2027		
STANDARD: Numero totale di operatori sanitari e non che hanno partecipato > al 65%		
FONTE: UO Rischio Clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’		
AZIONE	RISK MANAGER	UO GESTIONE SINISTRI
Affissione di Poster e locandine	R	C
Azioni di miglioramento	C	R

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

10 Obiettivi e attività 2026 per la gestione del Rischio Infettivo

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale per il 2026 sono:

D) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla

prevenzione del Rischio Infettivo

- E) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione che individui le attività per raggiungere entro il 31.12.2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento.
- F) 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 resistenti ai Carbapenemi (CRE)

10.1 Attività 2026 per la Gestione del Rischio Infettivo

Obiettivo D) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività 6 – Corso di Formazione degli Operatori Sanitari mirato ad un programma di buon uso degli Antibiotici (Antimicrobial Stewardship)		
INDICATORE: Formazione da effettuarsi entro il 31.01.2026		
STANDARD: Numero totale di Operatori Medici che hanno partecipato > al 80%		
FONTE: UO Rischio Clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGER	UO FORMAZIONE
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I

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

Obiettivo E) – Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani		
Attività 7 – Implementazione Piano di Azione Locale sull'Igiene delle mani. Aggiornamento Questionario di Autovalutazione		
INDICATORE: Implementazione del Piano attuato nel 2025 e analisi dei risultati di autovalutazione		
STANDARD: Adesione al cronoprogramma regionale		
FONTE: UO Rischio Clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGER	CCICA
Compilazione e analisi dei 5 questionari di autovalutazione	R	I
Azioni di miglioramento	R	I
Elaborazione del piano di azione locale	R	I

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

Obiettivo F) – 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 CRE

Attività 8 – Indagine di Prevalenza delle ICA associabili alle prestazioni erogate nel 2026: Infezioni del Sito Chirurgico		
INDICATORE: Effettuazione della rilevazione nel corso dell'anno 2026		
STANDARD: Emissione Report Annuale		
FONTE: UO Rischio Clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGER	CCICA
Produzione Report	C	R
Verifica Report	C	R
Azioni di miglioramento	C	R

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

Attività 9 – Indagine di Prevalenza delle ICA associabili alle prestazioni erogate nel 2025: Infezione da Clostridium Difficile		
INDICATORE: Effettuazione della rilevazione nel corso dell'anno 2026		
STANDARD: Emissione Report Annuale		
FONTE: UO Rischio Clinico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGER	CCICA
Produzione Report	C	R
Verifica Report	C	R
Azioni di miglioramento	C	R

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

Attività 10 – Corso di formazione in tema di Prevenzione delle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza)		
INDICATORE: Esecuzione del Corso entro il 31.01.2026		
STANDARD: Numero totale di Operatori Medici che hanno partecipato > al 65%		
FONTE: Direzione Sanitaria		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	Risk Manager	CCICA
Progettazione Corso	R	C
Verifica Attività	C	R
Esecuzione Corso	R	C

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

Attività 11 – Monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani (litri/1000 giornate di degenza ordinaria)		
INDICATORE: Consumo espresso in Litri/1000 giorni Degenza Ordinaria.		
STANDARD: Almeno un Report Annuale entro il 31.01.2026		
FONTE: Direzione Sanitaria		

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	DIREZIONE SANITARIA	CCICA
Elaborazione Report	R	I
Trasmissione Report	I	R
Azioni di miglioramento	C	R

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

11 Modalità di diffusione del PARS

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS 2026 e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la diffusione della conoscenza del documento sarà a cura della Direzione Aziendale e sarà realizzata attraverso la pubblicazione del PARS sul sito Internet Aziendale e mediante seminari aziendali di formazione e aggiornamento del personale aventi ad oggetto struttura e contenuti del **PARS**.

Invio del **PARS** entro il 28.02.2026 in formato pdf nativo all'indirizzo crcc@regione.lazio.it per il caricamento sul cloud regionale.

12 Riferimenti normativi

Il **PARS** è stato elaborato con riferimento a:

- 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);
- Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 Approvazione delle “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”.
- Criticità emerse mediante il processo di revisione cartelle cliniche ed interviste agli operatori delle unità di riferimento;
- Modello organizzativo di sviluppo del “Percorso aziendale per il recepimento e l’implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute per la sicurezza dei pazienti” indicato dalla Regione Lazio (nota 99218 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria). [1][SEP]

Si è inoltre tenuto conto della seguente normativa di riferimento in ambito sanitario:

- Decreto Legislativo N. 502, 30 dicembre 1992: *Riordino della disciplina in materia*

sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

- D.P.R. 14 gennaio 1997: *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.*
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- Decreto Legislativo n°254, 28 luglio 2000: *Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari.*
- 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.*
- Decreto del Commissario ad acta 28 maggio 2013, n U00206: *Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della regione Lazio a seguito del recepimento degli "standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, lett. B, Patto per la Salute 2010-2012" elaborati dal Comitato L.E.A. [L]_{SEP}8/10.*
- Circolare Ministeriale n.52/1985: *Lotta contro le Infezioni Ospedaliere.*
- Circolare Ministeriale n. 8/1988: *Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza.*
- DM 24 luglio 1995: *Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario [L]_{SEP} nazionale.* GU n. 263, 10 novembre 1995 [L]_{SEP}
- Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998.
- PSN 2003-2005.
- PSN 2006-2008.
- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008.[L]_{SEP}
- Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione [L]_{SEP} del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, [L]_{SEP} della legge 5 giugno 2003, n.131.[L]_{SEP}
- Determinazione Regionale n. G09765 del 31.07.2018 recante: "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017".
- Deliberazione di Giunta della Regione Lazio del 21.12.2021 n. 970 recante: "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025".
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.
-

13 Bibliografia

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

ALLEGATO 1

PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2026

CASA DI CURA "VILLA SILVANA"

DESCRIZIONE ATTIVITÀ E PIANO DI INTERVENTO

Il Piano Regionale sull'Igiene delle mani prevede la compilazione di un questionario di autovalutazione iniziale sullo stato di adeguatezza delle strutture.

Nella Casa di Cura "Villa Silvana" è stato effettuato il questionario di autovalutazione della struttura con i seguenti risultati:

Risultati 2025

Livello Avanzato nella Sezione A;
Livello Avanzato nella Sezione B;
Livello Intermedio nella Sezione C;
Livello Intermedio nella Sezione D;
Livello Intermedio nella Sezione E.

Risultati 2026

Livello Avanzato nella Sezione A;
Livello Avanzato nella Sezione B;
Livello Base nella Sezione C;
Livello Intermedio nella Sezione D;
Livello Intermedio nella Sezione E.

Monitoraggio consumo SIA

Risultati 2024

4,00 litri x 1000 GDO

Risultati 2025

3,53 litri x 1000 GDO

Monitoraggio dell'osservazione della compliance dell'Igiene delle Mani

Non è stato possibile effettuare il monitoraggio dell'osservazione della *Compliance* dell'igiene mani nel corso del 2025. Verrà riproposto nel corso del 2026.

ATTIVITÀ PIANO DI AZIONE LOCALE 2026

1. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

A. VALUTAZIONE INIZIALE GENNAIO 2026	B. IMPLEMENTAZIONE MARZO-DICEMBRE 2026	C. VALUTAZIONE AL FOLLOW UP LUGLIO 2026	D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA DICEMBRE 2026
---	---	--	--

Somministrazione questionario autovalutazione struttura e tecnologie 2024	Monitoraggio consumi gel e sapone per le mani Verifica corretto posizionamento dispenser e installazione di nuovi ove necessario	Analisi dei risultati primo semestre e identificazione azioni di miglioramento	Somministrazione questionario autovalutazione a fine anno per verificare il mantenimento dei livelli
---	---	--	--

2. FORMAZIONE DEL PERSONALE

A. VALUTAZIONE INIZIALE GENNAIO 2026	B. IMPLEMENTAZIONE MARZO-MAGGIO 2026	C. VALUTAZIONE GIUGNO 2026	D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA LUGLIO 2026
Somministrazione questionario autovalutazione	Analisi questionario di autovalutazione Aggiornamento di un programma di formazione specifica per l'igiene mani e prevenzione ICA con il coinvolgimento della Dirigenza Sanitaria Centrale (Annual Refresh) Implementazione azioni di formazione "on the job" da parte del dirigente infermieristico Somministrazione "Questionario finale igiene delle mani" Somministrazione "Questionario per gli operatori sanitari" Somministrazione "Questionario sulla percezione dei responsabili di reparto e dei coordinatori infermieristici" Analisi fabbisogni formativi nelle aree "più carenti" emerse dai questionari.	Indagine attraverso "questionari di follow up sulla percezione degli operatori sanitari" Feed-back corretto utilizzo dispositivi DPI, rimozione monili e corretta igienizzazione delle mani	Somministrazione questionario autovalutazione Attenta analisi risultati e corretta applicazione del Piano di azione

3. VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK

A. VALUTAZIONE INIZIALE GENNAIO 2026	B. IMPLEMENTAZIONE MARZO-AGOSTO 2026	C. VALUTAZIONE SETTEMBRE 2026	D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA NOVEMBRE 2026
--------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	---

Somministrazione questionario autovalutazione monitoraggio e feedback 2026 Analisi questionario di autovalutazione 2026	Osservatori: definizione ruolo e responsabilizzazione. Progettare un programma di osservazioni random delle quali il 50% almeno per gli infermieri. Monitorare 200 opportunità. Raccolta dati su acquisti sapone e prodotti a base alcolica (proxy del consumo effettivo) Nomina osservatore Formazione Osservatore	Osservatori: - Feed back su osservazioni -Verifica correttezza osservazioni -Feedback dei dati. Comunicazione dei risultati ai dirigenti apicali, in particolar modo sull'adesione all'applicazione del piano regionale Analisi dei dati quantitativi dei prodotti per l'igiene delle mani.	Somministrazione questionario autovalutazione. Attenta analisi risultati e corretta applicazione del Piano di azione. Analisi dei dati quantitativi dei prodotti per l'igiene delle mani

4. COMUNICAZIONE PERMANENTE

A. VALUTAZIONE INIZIALE GENNAIO 2026	B. IMPLEMENTAZIONE APRILE 2026	C. VALUTAZIONE MAGGIO-GIUGNO 2026	D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA
somministrazione e valutazione questionario autovalutazione comunicazione permanente 2026.	Analisi carenze comunicative sull'igiene delle mani. Disposizione più capillare poster. Distribuzione depliant sull'igiene delle mani agli operatori Verifica del posizionamento dei poster che riguardano l'igiene delle mani.	Indagine per operatore sanitario sull'efficacia della comunicazione per la corretta applicazione del piano regionale igiene mani. Analisi risultati ed audit. Analisi dei risultati ottenuti con i nuovi strumenti comunicativi.	Somministrazione questionario autovalutazione. Attenta analisi risultati e corretta applicazione del Piano di azione con riferimento alla comunicazione permanente Previsione di miglioramenti ulteriori nella comunicazione.

5. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

A. VALUTAZIONE INIZIALE	B. IMPLEMENTAZIONE APRILE 2026	C. VALUTAZIONE SETTEMBRE 2026	D. SVILUPPO PIANO REV. CONTINUA

GENNAIO 2026			OTTOBRE 2026
Somministrazione questionario autovalutazione clima organizzativo e commitment.	Analisi questionario di autovalutazione Incontro con focus sulle azioni per la promozione dell'igiene delle mani. Condivisione con il personale di Reparto Sensibilizzare pazienti e parenti sul tema igiene delle mani come prevenzione delle ICA, promuovere comportamenti virtuosi fornendo opuscoli informativi sull'igiene delle mani.	Si stabilisce una riunione del CCICA di lavoro ogni 6 mesi come feedback del piano d'azione implementato. Feedback sul miglioramento nei comportamenti dei degenti ricoverati rispetto al tema igiene delle mani.	Somministrazione questionario autovalutazione. Attenta analisi risultati e corretta applicazione del Piano di azione.

Il tutto verrà concluso nei tempi previsti (Dicembre 2026), riportato nel PARS con aggiornamento annuale e trasmesso con analoga cadenza al CRRC (Comitato Regionale Rischio Clinico).

Allegato 2

Relazione Programma di controllo della legionellosi per l'anno 2025 Villa Silvana

1. Costituzione del Team

È stato formalmente costituito il Gruppo di Gestione del Rischio Legionella, composto da:

- Medico Responsabile: Siro Simeoni
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP): Gaetano Petrone
- Responsabile Tecnico/Manutenzione Impianti (BM/Manutentore):Filippello,Pepino/
- Referente Qualità/Risk Management: Gaetano Petruzziello

Il team ha il compito di:

- Redigere e aggiornare la Valutazione del Rischio Legionella
- Definire e supervisionare il piano di controllo
- Verificare l'efficacia delle misure adottate
- Coordinare eventuali azioni correttive

2. Realizzazione della Piattaforma Documentale

È stata implementata una piattaforma documentale dedicata, in formato digitale e/o cartaceo, contenente:

- Documento di Valutazione del Rischio Legionella
- Planimetrie e schemi impiantistici aggiornati
- Registro degli interventi di manutenzione
- Piano di campionamento microbiologico
- Rapporti di prova dei laboratori accreditati
- Registro temperature e controlli periodici
- Procedure operative standard (POS)
- Registro non conformità e azioni correttive

3. Modalità di Esecuzione, Tempi di Valutazione del Rischio e Misure di Controllo Valutazione del Rischio

La valutazione del rischio è stata effettuata: 12/01/2026.

- ☒ A seguito di aggiornamento periodico annuale.
- ☐ A seguito di modifiche strutturali o impiantistiche.
- ☐ A seguito di positività microbiologica significativa.

L'analisi comprende:

- Analisi semestrali microbiologiche.
- Identificazione dei punti critici (serbatoi, bollitori, terminali, torri evaporative)
- Valutazione delle temperature dell'acqua
- Analisi delle condizioni di stagnazione e incrostazioni

Misure di Controllo Effettuate:

- Mantenimento temperatura acqua calda tra i 55°C e i 60°C in accumulo e $\geq 50^\circ\text{C}$ ai terminali.
- Acqua fredda $< 20^\circ\text{C}$.
- Flussaggi periodici dei punti poco utilizzati settimanale a cura di
- Disincrostazione e sanificazione periodica trimestrale dei terminali dell'impianto a cura del manutentore, interventi effettuati nel mese di Marzo, Giugno, Settembre, Dicembre.
- Pulizia e disinfezione serbatoi di accumulo annuale e dei boiler semestrale a cura della ditta di manutenzione.
- Monitoraggio microbiologico periodico semestrale a cura della ditta certificata.

4. Risultato Sintetico del Monitoraggio Operativo

Il monitoraggio microbiologico e tecnico ha evidenziato:

- Regolare mantenimento dei parametri di temperatura
- Conformità della maggior parte dei campioni analizzati nel corso del 2025
- Eventuali non conformità puntuali gestite con interventi tempestivi (iperclorazione, shock termico, ripetizione campionamenti) in caso di analisi con risultato positivo indicare cosa è stato fatto per la gestione nc in dettaglio.

5. Sintesi del Piano di Miglioramento (nel caso di criticità riscontrate o caso clinico)

Qualora siano emerse criticità segnalate dall'ASL, gli interventi che sono stati messi in atto prevedono: indicare in dettaglio le azioni messe in atto passo-passo fino alla data analisi con esito negativo.

- Osservazione e ricerca tratti di rete idrica obsoleti.
- Ricerca ed eventuale eliminazione di rami morti.
- Ricerca e sostituzioni di componenti impianto idrico obsoleti o con presenza di ossidazione o accumuli di calcare (boiler, accumuli, valvole, tubazioni, terminali).
- Implementazione flussaggio punti critici.
- Incremento frequenza campionamenti in aree critiche.
- Interventi previsti in caso di valori di legionella fuori norma risultati dalle analisi microbiologiche, si segue la normativa (linee guida 7 Maggio 2015).

Verifica finale di efficacia delle attività tramite analisi microbiologica.

6. Pianificazione delle Azioni di Supporto

Sono state pianificate le seguenti azioni:

- Formazione periodica del personale tecnico e sanitario
- Sensibilizzazione degli operatori sulle buone pratiche (es. flussaggi)
- Audit interni annuali
- Riesame annuale del protocollo Legionella
- Aggiornamento continuo secondo Linee Guida nazionali vigenti della valutazione del rischio legionellosi nel caso di presunto caso con descrizione degli interventi eseguiti.

