






# PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026 PARS

Rev.	Data di approvazione	Causale modifica
01	6 ottobre 2025	Manuale Per La Classificazione Degli eventi e l'alimentazione del flusso sires- eventi Versione 1.0 del 6 ottobre 2025
02	26/02/2026	Aggiornamento annuale

Redazione RM/DSAN	Verifica RM	Approvazione DSAN/AD
<p>Dr.ssa Gina Martino</p> <p><b>CASA DI CURA VILLA SERENA SRL</b> IL DIRETTORE SANITARIO <b>Dr.ssa ELISA PALOMBO</b> ..... Chirurghi di Frosinone N° ORDINE 3892</p> 	<p>Dr.ssa Gina Martino</p> <p><b>CASA DI CURA VILLA SERENA SRL</b> IL DIRETTORE SANITARIO <b>Dr.ssa ELISA PALOMBO</b> ..... Chirurghi di Frosinone N° ORDINE 3892</p> 	<p>Dr.ssa Elisa Palombo</p> <p><b>CASA DI CURA VILLA SERENA SRL</b> IL DIRETTORE SANITARIO <b>Dr.ssa ELISA PALOMBO</b> ..... Chirurghi di Frosinone N° ORDINE 3892</p> 

Sommario

<b>PREMESSA .....</b>	<b>3</b>
<b>1. CONTESTO ORGANIZZATIVO .....</b>	<b>3</b>
<b>2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....</b>	<b>7</b>
<b>3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....</b>	<b>8</b>
<b>4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE .....</b>	<b>8</b>
<b>4.1 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS 2025.....</b>	<b>8</b>
<b>4.2 ATTIVITÀ RISCHIO INFETTIVO 2025 .....</b>	<b>9</b>
<b>5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....</b>	<b>10</b>
<b>6 OBIETTIVI .....</b>	<b>11</b>
<b>6.1 LE ATTIVITÀ PER IL 2026 .....</b>	<b>12</b>
<b>7 OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.....</b>	<b>13</b>
<b>IN QUESTA SEZIONE SONO DEFINITI LE ATTIVITÀ RELATIVE ALLA GESTIONE DEL RISCHIO    INFETTIVO.....</b>	<b>13</b>
<b>7.1 LE ATTIVITÀ RISCHIO INFETTIVO .....</b>	<b>13</b>
<b>8 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS.....</b>	<b>15</b>
<b>9 RIFERIMENTI NORMATIVI .....</b>	<b>16</b>
<b>10 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA .....</b>	<b>17</b>

## Premessa

Il piano annuale della Gestione del rischio sanitario, in breve PARS, qui contenuto e relativo all'anno 2026 si sviluppa nel rispetto delle nuove linee guida regionali.

L'obiettivo è quello di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani;
- La gestione del rischio clinico si basa su un approccio proattivo e reattivo.

## 1. Contesto Organizzativo

Il piano si applica alla Casa di Cura Villa Serena che agisce come struttura privata accreditata e le prestazioni erogate comprendono:

- Ricovero e cura dei malati
- Visite mediche, in regime di ricovero o ambulatoriale
- Assistenza infermieristica e, in genere, ogni atto e procedura diagnostica o terapeutica necessari per risolvere i problemi di salute del Paziente degente compatibilmente con il livello di dotazione tecnologica della struttura.

La Casa di Cura Villa Serena S.r.l. è in possesso dei seguenti titoli abilitanti all'esercizio di attività sanitaria o socio-sanitaria (3):

Autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria/socio-sanitaria, ai sensi dell'art. 8-ter, commi 1 e 2, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., rilasciata con (3):

Decreto del Commissario ad acta (per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio):

1. Primo decreto autorizzativo: DCA U00375 del 4 novembre 2014 per le seguenti discipline e configurazione:

- **N. 25 P.L. MEDICINA GENERALE**
- **N. 10 P.L. GERIATRIA**
- **N. 14 P.L. CARDIOLOGIA**

- **DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**
- **LABORATORIO ANALISI CLINICHE**

**AMBULATORI SPECIALISTICI PER LE SEGUENTI BRANCHE:**

- **CARDIOLOGIA**
- **GERIATRIA**
- **PNEUMOLOGIA**
- **MEDICINA GENERALE**

2. Ampliamento piattaforma ambulatoriale con DCA autorizzativo n. U00423/2018 per le sotto elencate specialistiche:

1. Cardiologia;
2. Geriatria;
3. Pneumologia;
4. Medicina generale;
5. Otorinolaringoiatria;
6. Angiologia;
7. Chirurgia Vascolare;
8. Dermatologia;
9. Diabetologia;
10. Endocrinologia;
11. Gastroenterologia;
12. Neurochirurgia;
13. Neurologia;
14. Neuropsichiatria e Neuropsichiatria infantile;
15. Ortopedia;
16. Reumatologia,
17. Urologia.

Estensione del decreto autorizzativo con DCA N.U00490 DEL 5/12/2019 per le sottoelencate attività:  
**CENTRO RESIDENZIALE PER CURE PALLIATIVE HOSPICE PER N.11 P.L. + 44 TRATTAMENTI DOMICILIARI.**

Accreditamento con il SSR, ai sensi dell'art. 8 quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., rilasciato con:

1. Decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio n. DCA 000375 del 4 Novembre 2014, autorizzazione e accreditamento per la disciplina di Medicina generale per n° 25 p.l. Diagnostica per immagini; Laboratorio analisi cliniche di base.

2. **Deliberazione n. 36 del 28 gennaio 2021 come rettificata dalla DGR 669 del 19/10/2021 rimuovendo l'Hospice per 11 PL ordinari e 44 trattamenti domiciliari riportati fra le attività accreditate per errore materiale: riconfigurazione del titolo di autorizzazione ed accreditamento istituzionale, in attuazione della DGR 863/2020 di ratifica delle intese sottoscritte con i soggetti privati accreditati.**

**Di seguito si riporta la configurazione definitiva delle attività autorizzate: attività di assistenza in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo ordinario e diurno per acuzie per complessivi 30 P.L. di MEDICINA GENERALE di cui 2 diurni; Centro residenziale per cure palliative Hospice per n.11 P.L. + 44 trattamenti domiciliari; attività ambulatoriale per le sottoelencate specialistiche:**

1. Cardiologia;
2. Geriatria;
3. Pneumologia;
4. Medicina generale;
5. Reumatologia;
6. Otorinolaringoiatria;
7. Angiologia;
8. Chirurgia Vascolare;
9. Dermatologia;
10. Urologia;
11. Endocrinologia;
12. Gastroenterologia;
13. Neurochirurgia;
14. Neurologia;
15. Neuropsichiatria e Neuropsichiatria infantile;
16. Ortopedia;
17. Diagnostica per immagini- Radiologia Diagnostica; Laboratorio analisi cliniche di base.

Fra le attività sopra descritte risultano accreditate, sulla stessa Delibera sopra citata le seguenti specialistiche: **attività di assistenza in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo ordinario e diurno per acuzie per complessivi 30 P.L. di MEDICINA GENERALE di cui 2 diurni; Diagnostica per immagini; Laboratorio analisi cliniche di base.**

DATI STRUTTURALI		
Struttura	1	Casa di Cura Villa Serena
Mq. Complessivi	1) MQ 2536 ca	

Qui di seguito vengono riportate le peculiarità organizzative utili a definire la complessità dell'organizzazione.

ORGANIZZAZIONE <sup>1</sup>			
<b>Risorse umane al 31/12/2025</b>	N° 29 + 8 CO.CO.CO	Ruolo sanitario: 25 + 6 CO.CO.CO. Ruolo amministrativo e Servizi Generali: 6	
<b>Reparti/servizi</b>	<b>N° Posti</b>	<b>Tipologia Assistenziale</b>	
<b>ACUTI</b>			
<b>MED.GEN.</b>	28 + 2 DH	SSN	/
<b>Centro residenziale cure palliative Hospice</b>	PL 11 + 44 Domiciliari		Privato/ASS
<b>AMBULATORIALE</b>			
<b>ANAL.CLINICHE</b>	1	SSN	PRIVATO/ASS.
<b>RADIOLOGIA TRAD</b>	1	SSN	PRIVATO/ASS.
<b>TC</b>	1	SSN	PRIVATO/ASS.
<b>Ambulatori</b>	18		PRIVATO/ASS.

ACUTI			
DATI ATTIVITA' ANNO 2025			
SETTING	PRESTAZIONI	SETTING	PRESTAZIONI
<b>DIMESSI MEDICINA GENERALE</b>	1073 R.O. + 3 DH	<b>DIA IMM INT (RX+TC)</b>	1364
		<b>ANALISI CLINICHE DI LAB</b>	8759

<sup>1</sup> DCA di accreditamento delibera del Consiglio dei Ministri del 21/03/2013 Regione Lazio

AMBULATORIALE			
DATI ATTIVITA' ANNO 2025			
SETTING	PRESTAZIONI	SETTING	PRESTAZIONI
VISITE SPECIALISTICHE	RX	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI EST	2666
VISITE SPECIALISTICHE	TC		627

## 2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

A partire dall'anno 2016 la Struttura ha avviato un'attività di sensibilizzazione e formazione sugli aspetti legati al Clinic Risk Management ed ha attivato strumenti di monitoraggio degli Eventi indesiderati. Il tutto è oggetto di una specifica procedura redatta con riferimento alla normativa<sup>2</sup> e alle raccomandazioni ministeriali applicabili.

Inoltre la gestione del rischio clinico all'interno della struttura si basa su un approccio sistemico orientato alla prevenzione degli eventi avversi attraverso:

- sistemi di segnalazione degli eventi indesiderati (incident reporting);
- analisi degli eventi avversi e dei near miss;
- attività di audit clinico;
- programmi di formazione del personale sanitario;
- monitoraggio di indicatori di qualità e sicurezza.

Le segnalazioni del totale degli eventi indesiderati durante l'anno 2025 sono state:

tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	Non risultano segnalazioni formali di near miss nell'anno 2025	(0%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• instabilità del paziente</li> <li>• deficit motorio</li> <li>• mancato utilizzo ausili</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• valutazione rischio caduta (scala Conley)</li> <li>• maggiore sorveglianza infermieristica</li> <li>• sensibilizzazione e personale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema di segnalazione eventi avversi</li> <li>• cartelle cliniche</li> </ul>
Eventi avversi	5 cadute accidentali	100%			
Eventi sentinella	0 (0%)	(0%)			

Anno	N. Sinistri	N. Risarcimenti erogati	Valore economico
2025	0	0	0
<b>Totale</b>			

Tabella 2 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo anno (ai sensi dell'art.4, c.3 della L.24/2017)

<sup>2</sup> Determinazione Regione Lazio n. G12355 del 25/10/2016 Approvazione del documento recante "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella".

### 3. Descrizione della posizione assicurativa

POSIZIONE ASSICURATIVA						
ANNO	POLIZZA E DATA SCADENZA	GARANZIA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	BROKER	FRANCHIGIE
2014	N. 642111	Euro 5.000.000	Berkshire Hathaway	Euro 9070,95 x 2	GEA.AS SANITA'	Euro 5.000.000
2015	N. 642111	Euro 5.000.000		Euro 11338,69 x 2	GE.AS.	Euro 5.000.000
2016	N.642111	Euro 5.000.000		Euro 11338,69 x 2	GEA.AS SANITA'	Euro 5.000.000
<b>2017 ad oggi</b>	<b>IN AUTOASSICURAZIONE</b>					

La Struttura ad oggi non possiede alcuna polizza assicurativa ma è in regime di Autoritenzione.

#### 4. Resoconto delle attività del piano precedente

In questa sezione vengono inserite le due relazioni sintetiche sulle attività definite nell'anno 2025.

##### 4.1 Resoconto delle attività del 2025

<b>OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>		
<b>ATTIVITÀ 1 - Partecipazione ai corsi con tematiche di gestione rischio clinico partecipazione di almeno l'80% del personale sanitario al " Gestione del Rischio Clinico e Qualità "</b>		
Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<b>Indicatore:</b> 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	<b>SI</b>	<b>CONCLUSO</b>
<b>ATTIVITÀ 2 - Partecipazione ai corsi con tematiche di gestione rischio clinico – Corretta compilazione della check list</b>		
Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<b>Indicatore:</b> 60% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	<b>SI</b>	<b>CONCLUSO</b>
<b>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</b>		
<b>ATTIVITÀ 3 - Monitoraggio dell'utilizzo della check list di chiusura della CC;</b>		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Esaminare 15 cartelle 100% conformi,	<b>SI</b>	<b>CONCLUSO</b>
<b>ATTIVITÀ 4 - Promozione ed esecuzione di attività di auing clinico e/o organizzativo delle strutture, monitoraggio attraverso audit interni</b>		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Realizzazione Conseguitamento certificazione ISO 9001:2015	<b>NO</b>	<b>CONCLUSO</b>
<b>OBIETTIVO C: Definire statistiche di reparto e punti di controllo in ottica di prevenzione e gestione del rischio che tengano conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura</b>		
<b>ATTIVITÀ 5 - Realizzazione di opuscoli informativi per le raccomandazioni ministeriali</b>		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Almeno uno opuscolo	<b>SI</b>	<b>CONCLUSO</b>

#### 4.2 Attività rischio infettivo 2025

<b>OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo</b>		
<i>ATTIVITÀ 1 - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle infezioni della LESIONI DA PRESSIONE</i>		
Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<b>Indicatore:</b> 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	CONCLUSO
<i>ATTIVITÀ 2 - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sulle misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (AMR, Antimicrobial Resistance)</i>		
Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<b>Indicatore:</b> 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	CONCLUSO
<b>OBIETTIVO B: Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani</b>		
<i>ATTIVITÀ 3 - Monitoraggio consumo della soluzione idro-alcolica (SIA)</i>		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<b>Indicatore:</b> 20 L di SIA per 1000 giornate di degenza	SI	CONCLUSO
<i>ATTIVITÀ 4 - Piano di azione delle attività per l'igiene delle mani</i>		
Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<b>Indicatore:</b> Raggiungimento del livello intermedio nelle sezioni C - D - E	SI	CONCLUSO
<b>OBIETTIVO C: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE</b>		
<i>ATTIVITÀ 5 - Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di gestione della sepsi</i>		
Archiviazione	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<b>Indicatore:</b> 80% di personale sanitario da formare/TOT. Personale Sanitario	SI	CONCLUSO

## 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS attraverso le linee guida riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

- 1. Risk Manager:** redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
- 2. Direttore Sanitario/Presidente del CIO:** redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo (punto A8);
- 3. Responsabile UO Affari Legali:** redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (punti A3 e A4);
- 4. Amministratore Delegato e Referente di Struttura:** si impegnano ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegnano a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

AZIONE	Presidente CIO	Risk manager / Direttore Sanitario	Affari legali	Amministratore Delegato /Referente di struttura	figure di supporto (RGQ, Ing- clinica ect.)
Redazione PARS	C	R	C	C	C
Redazione punti A2 e A3	C	C	R	C	I
Redazione punto A7	R	C	I	I	I
Adozione PARS	I	C	I	C	C
Monitoraggio PARS	C	R	C	C	C
Monitoraggio punto A7	R	C	I	I	I

R=Responsabile    C= Coinvolto    I= Interessato

## 6. OBIETTIVI

Il piano annuale del rischio sanitario (PARS) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e gestione dei rischi.

Operando secondo le linee guida regionali per la stesura del PARS (Decreto del Commissario ad Acta della Regione sono stati portati gli obiettivi strategici da declinare in linee di attività da implementare nel corso dell'anno 2025.

Gli obiettivi strategici definiti a livello regionale sono i seguenti:

1. Diffondere la "Cultura della sicurezza delle cure";

2. 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;
3. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura.

## 6.1 Le Attività per il 2026

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
<b>ATTIVITÀ 1 - Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico</b>			
<b>Indicatore:</b> Partecipazione di almeno l'100 % del personale sanitario al corso Gestione "Rischio clinico e Qualità"			
<b>Formula:</b> (N° personale sanitario formato/ TOT. Personale Sanitario) x100			
<b>Standard:</b> 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario			
<b>Fonte:</b> RSQ, Privacy, Clinical Risk Management,Qualità		<b>Scadenza:</b> 31/12/2026	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
AZIONE	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	FIGURE DI SUPPORTO
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	C	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	C	R	I
<b>ATTIVITÀ 2 - Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico</b>			
<b>Indicatore:</b> Partecipazione di almeno il 80 % del personale sanitario al corso "Qualità e corretto utilizzo e compilazione delle check list "			
<b>Formula:</b> (N° personale sanitario formato/ TOT. Personale Sanitario) x100			
<b>Standard:</b> 60% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario			
<b>Fonte:</b> RSQ, Privacy, Clinical Risk Management, Qualità		<b>Scadenza:</b> 31/12/2026	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	FIGURE DI SUPPORTO	RESPONSABILE DI REPARTO
Individuazione evento da analizzare	R	C	C
Raccolta dati e documentazione	C	I	R
Svolgimento audit clinico	R	C	C
Redazione report e azioni di miglioramento	R	C	I

**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 GIA' ANALIZZATI NELL'ANNO PRECEDENTE**

**ATTIVITÀ 3 - Monitoraggio dell'utilizzo della check list di sicurezza**

**Indicatore:** verifica dell'utilizzo della check list di chiusura cartella

**Standard:** su campione di 30 Cartelle controllo delle 30 checklist – 100% conformi

**Fonte:** DSAN

**Scadenza:** 31/12/2026

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	RM/DSAN	FIGURE DI SUPPORTO	RESPONSABILE MEDICO DI REPARTO
Utilizzo scheda come da procedura	R	I	C
Selezione e Raccolta delle cartelle	C	I	R
Monitoraggio dei dati	I	I	R
Redazione report finale	R	I	I

**ATTIVITÀ 4 - Realizzazione di audit clinici sugli eventi avversi e sui near miss**

**Indicatore:** Numero di audit clinici effettuati nel corso dell'anno.

**Formula:** (N° audit effettuati / N° audit programmati) × 100

**Standard:** Realizzazione di almeno 2-3 audit clinici annuali su eventi avversi, cadute o criticità assistenziali rilevate.

**Fonte:** DSAN

**Scadenza:** 31/12/2026

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	RM/DSAN	FIGURE DI SUPPORTO	RESPONSABILE MEDICO DI REPARTO
Utilizzo scheda come da procedura	R	I	C
Selezione e Raccolta delle cartelle	C	I	R
Monitoraggio dei dati	I	I	R
Redazione report finale	R	I	I

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

**ATTIVITÀ 5**

**Realizzazione di opuscoli informativi o guida per le raccomandazioni ministeriali per il monitoraggio delle infezioni ospedaliere**

**Indicatore:** realizzazione di almeno 1 opuscolo

**Standard:** formato pieghevole

**Fonte:** RSQ-Marketing-DSAN

**Scadenza:** 31/12/2026

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	RMDSAN	RSQ	FIGURE DI SUPPORTO
Proposta di pieghevole	R	C	I
Approvazione pieghevole	R	C	I
Distribuzione pieghevole nei reparti	C	R	I
Utilizzo pieghevole con familiari, pazienti e operatori	R	C	I

## 7. Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo

In questa sezione sono definiti le attività relative alla gestione del rischio infettivo.

Gli obiettivi strategici sono stati definiti, seguendole le linee guida regionali, 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 31/12/2026 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 monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da entero-batteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

### 7.1 Le attività rischio infettivo

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano un rischio rilevante e frequente per la salute dei pazienti e possono determinare l'insorgenza di eventi avversi. Proprio per questo nella struttura è stato istituito ed è operante il Comitato Controllo Infezioni Correlato all'Assistenza (CIO). L'attività del Comitato Controllo Infezioni (CIO) è rivolta in modo sistematico alla verifica delle migliori pratiche e alla verifica di quanto effettuato dal personale operante nella struttura durante tutte le attività di assistenza e cura dei pazienti/ospiti della struttura sanitaria e per contribuire in modo fattivo alla conoscenza da parte degli operatori sanitari delle tecniche e degli strumenti del governo clinico per renderlo un elemento fondante alla partecipazione dei professionisti allo sviluppo strategico delle organizzazioni ed è un fattore basilare per la valorizzazione del ruolo e della responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

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

**ATTIVITÀ 1 - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA**

**Indicatore** un corso di formazione per la prevenzione e il monitoraggio delle ICA

**Standard:** 80% del personale formato/ tot. Personale sanitario

**Fonte:** DSAN

**Scadenza:** 31/12/2026

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CIO
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	C
Organizzazione ed accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	I	I	R

**ATTIVITÀ 2 - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici**

**Indicatore** un corso di formazione sull'uso corretto degli antibiotici nei reparti

**Standard:** 80% del personale formato/ tot. Personale sanitario

**Fonte:** DSAN

**Scadenza:** 31/12/2026

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CIO
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	C
Organizzazione ed accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	I	I	R

**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 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi**

**ATTIVITÀ 3 - Piano di azione delle attività per l'igiene delle mani di Villa Serena**

**Indicatore:** Raggiungimento del livello avanzato nelle sezioni C – D -E

**Standard:** Raggiungimento livello massimo al 31/12/26

**Fonte:** DSAN

**Scadenza:** 31/12/2026

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	RM/DSAN	AD	CIO
Implementazione piano	R	I	C
Monitoraggio degli obiettivi	C	I	R
Redazione report finale	R	I	C

**OBIETTIVO C:** Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE

**ATTIVITÀ 4 - Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE**

**Indicatore:** Raccolta e archiviazione delle ICA nel Reparto Medicina

**Standard:** Rilevazione mensile dei dati

**Fonte:** RSQ, Privacy, Clinical Risk Management Qualità

**Scadenza:** 31/12/2026

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	RM/DSAN	CIO	AD
Implementazione piano	R	C	I
Monitoraggio degli obiettivi	C	R	I
Redazione report finale	C	R	I

**ATTIVITÀ 5 - Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship).**

**Indicatore:** Riunioni di valutazione dell'uso degli antibiotici nel reparto di degenza

**Standard:** 80% del personale coinvolto/ tot. Personale sanitario

**Fonte:** RSQ, Privacy, Clinical Risk Management. Qualità

**Scadenza:** 31/12/2026

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CIO
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione e delle aule	I	C	I

## 8. Modalità di diffusione del PARS

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal presente PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione generale garantisce la sua diffusione attraverso:

- Pubblicazione PARS nel sito internet di Villa Serena
- Invio del PARS alla Direzione Aziendale
- Trasmissione del PARS ai referenti dei reparti
- Iniziative di diffusione del PARS a tutti gli operatori attraverso momenti di partecipazione a corsi di formazione mirati.

Il presente Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario rappresenta uno strumento dinamico di governo clinico e sarà oggetto di monitoraggio periodico nel corso dell'anno 2026 al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati e individuare eventuali ulteriori azioni di miglioramento.

## 9. Riferimenti normativi

In questa sezione sono elencati alcuni riferimenti alla normativa regionale e nazionale inerenti la gestione del rischio clinico:

1. Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS) del 25 gennaio 2022;
2. Piano di intervento sull'igiene delle mani;
3. Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio del 11 Gennaio del 2019 n. G00164 "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)";
4. Determinazione della Regione Lazio n° G04112 del 1/04/ 2014 – Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di Risk management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CIO)";
5. D. Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;
6. D.P.R. 14/01/97 "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";
7. D. Lgs. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
8. D. Lgs. 254/00 "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";
9. D. Lgs. 81/08 "Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro";
10. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità";
11. Circolare Ministeriale n.52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
12. Circolare Ministeriale n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
13. DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995;

14. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento;
15. PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena;
16. PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria;
17. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008;
18. 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. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131;
19. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
20. DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
21. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017".

## 10. Bibliografia e Sitografia

In questa sezione sono elencati i riferimenti bibliografici e sitografici consultati per la redazione del documento inerenti la gestione del rischio clinico.

- Ministero della Salute "Risk Management e Qualità in sanità – il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&me](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&me)
- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza)
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live.
- Manuale Per La Classificazione Degli eventi e l'alimentazione del flusso sires-eventi Versione 1.0 del 6 ottobre 2025.