PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Febbraio 2026

Direzione Sanitaria	*Rappresentante Legale*
Dott.ssa Maria Letizia Bianco	*Dott.ssa Mariapia de Bari*

INDICE

INDICE 2

1. INTRODUZIONE 3
2. CONTESTO ORGANIZZATIVO 3
3. DATI DI ATTIVITA' DELLA STRUTTURA 4
4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI 5
5. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA 9
6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS 2024 10
7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS 12
8. OBIETTIVI E ATTIVITA' 13
   - 8.1 Obiettivi 13
   - 8.2 Attività 13
9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO 17
10. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA 17
    - 10.1 Riferimenti Normativi 17
    - 10.2 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA 18

1. INTRODUZIONE

Il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS), contenuto nel presente documento, è predisposto in conformità al Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario, approvato dalla Regione Lazio con Determinazione n. G00643/2022, che definisce l'obbligo per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private di adottare e trasmettere il piano al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) entro i termini stabiliti, quale evidenza documentale ai fini dell'accreditamento e della verifica dei requisiti di qualità e sicurezza delle cure.

Il PARS è stato elaborato nel rispetto delle Linee guida regionali specifiche emanate dalla Regione Lazio, tenendo conto dell'esperienza maturata nel tempo dalla Struttura nell'ambito della gestione del rischio sanitario.

Fatte salve specifiche e motivate necessità, il piano segue l'impostazione metodologica e gli strumenti proposti dalle linee guida regionali; ove possibile, i dati e le informazioni sono stati inseriti nelle tabelle previste dal modello regionale.

Il presente PARS è predisposto per il Centro di Riabilitazione "Vaclav Vojta" – Società Cooperativa Sociale, con sede in Roma, Via Salvatore Pincherle n. 186, struttura sanitaria accreditata con la Regione Lazio per l'erogazione di prestazioni riabilitative in regime di autorizzazione e accreditamento ai sensi dell'art. 26 della Legge 833/1978. L'accreditamento istituzionale con il Servizio Sanitario Regionale è stato rilasciato dalla Regione Lazio con Decreto Autorizzativo e di Accreditamento n. U00301 del 18/07/2013.

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La struttura è autorizzata all'esercizio delle seguenti attività:

- **Attività riabilitativa non residenziale ambulatoriale**
- **Attività semiresidenziale socioriabilitativa di mantenimento**

I servizi sono finalizzati alla realizzazione di Progetti Riabilitativi Individuali (PRI) rivolti a pazienti in età evolutiva e adulta con disabilità complessa di tipo fisico, psichico e sensoriale, nel rispetto delle normative regionali e nazionali vigenti.

Il Centro opera per la presa in carico globale e personalizzata degli utenti, promuovendo interventi riabilitativi e, limitatamente al servizio semiresidenziale, anche educativi e socio-assistenziali. Gli interventi sono finalizzati favorire il potenziamento delle autonomie personali; garantire la continuità assistenziale; sostenere la partecipazione sociale; supportare le famiglie e i caregivers.

Il **servizio semiresidenziale** accoglie persone con grave disabilità complessa, in età evolutiva e adulta, caratterizzata da compromissioni funzionali, cognitive e relazionali, inclusi disturbi dello spettro autistico e disabilità intellettive, con o senza difficoltà motorie, spesso associate a disturbi del comportamento e/o psicopatologici.

Il **servizio ambulatoriale** è rivolto a persone con disabilità derivanti da esiti di eventi cerebrovascolari, malattie neurologiche degenerative (quali, a titolo esemplificativo, sclerosi multipla, morbo di Parkinson, sclerosi laterale amiotrofica, Corea di Huntington), patologie rare del connettivo, linfedema, disabilità secondarie a patologie oncologiche, nonché a bambini con disturbi del neurosviluppo, paralisi cerebrale infantile, paralisi ostetrica, osteogenesi imperfetta, disordini genetici e metabolici.

Il modello organizzativo della struttura è basato su un sistema di governance clinico-assistenziale in cui: le attività sono pianificate ed erogate da un'équipe multiprofessionale; ogni utente è seguito mediante un Progetto Riabilitativo Individuale, periodicamente rivalutato; sono definite responsabilità e modalità di coordinamento e integrazione operativa tra i diversi professionisti coinvolti nei percorsi di cura.

La struttura opera nel rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento istituzionale presso il Servizio Sanitario Regionale, garantendo la conformità alle direttive regionali, inclusi gli adempimenti relativi alla gestione del rischio sanitario e clinico. Nell'ambito dell'assetto organizzativo della struttura, la funzione di Risk Manager è attribuita al Direttore Sanitario, che coordina le attività di gestione del rischio clinico e di promozione della sicurezza delle cure, in coerenza con la normativa vigente.

Il Risk Manager è responsabile della gestione del rischio a livello di struttura e opera in stretta collaborazione con il Direttore Sanitario e con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), che ricopre anche il ruolo di Responsabile della Gestione della Qualità (RGQ), al fine di garantire l'integrazione tra la gestione del rischio clinico-assistenziale e la gestione dei rischi per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, promuovendo un approccio sistemico e multidisciplinare alla prevenzione degli eventi avversi.

3. DATI DI ATTIVITA' DELLA STRUTTURA

Si riportano di seguito i principali dati di produzione, riferiti ai due setting assistenziali, relativi all'anno 2025 e all'anno 2024:

Tabella 1 - Confronto fra i dati 2024 vs 2023

DATI DI ATTIVITÀ DELLA STRUTTURA 2025 (A)			
Numero Assistiti *(Dato 2025)*	*n. 133 (Semiresidenziali)*	Minori	n. 12
		Adulti	n. 121
	n. 817 *(Ambulatoriali)*	Minori	n. 264
		Adulti	n. 553

(A): Fonte SIR relativo al periodo dal 01/01/2025 al 31/12/2025.

DATI DI ATTIVITÀ DELLA STRUTTURA 2024 (A)			
Numero Assistiti *(Dato 2024)*	n. 138 *(Semiresidenziali)*	Minori	n. 18
		Adulti	n. 120
	n. 806 *(Ambulatoriali)*	Minori	n. 256
		Adulti	n. 550

(A): Fonte SIR relativo al periodo dal 01/01/2024 al 31/12/2024.

4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell'art. 2, comma 5, della Legge 8 marzo 2017, n. 24, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private sono tenute a predisporre una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi e sulle infezioni correlate all'assistenza, sulle cause che li hanno determinati e sulle conseguenti iniziative adottate.
Tale relazione è parte integrante del Piano Annuale di Risk Management e Sicurezza delle Cure (PARS) ed è pubblicata sul sito internet della Struttura.

Al fine di ottemperare a tale obbligo normativo, il Centro ha provveduto alla raccolta sistematica dei dati relativi agli eventi avversi; le relative schede di segnalazione e di analisi sono conservate agli atti presso la Struttura.

Nel corso dell'anno **2025** si sono verificati complessivamente **cinque eventi avversi**, così distribuiti:

- **n. 2** nel **Servizio semiresidenziale**;
- **n. 3** nel **Servizio ambulatoriale**.

Gli eventi avversi verificatisi nel **Servizio semiresidenziale** risultano prevalentemente correlati alle caratteristiche cliniche e funzionali dell'utenza, costituita in larga parte da persone con disabilità complesse, significativa compromissione cognitiva, limitazioni del funzionamento adattivo e ridotta autonomia psico-fisica e relazionale.

Molti utenti presentano, inoltre, difficoltà motorie legate alla patologia di base, talvolta aggravate dall'età anagrafica; ridotta autonomia negli spostamenti e nelle attività della vita quotidiana (AVQ) e in alcuni casi completa dipendenza; conseguente aumento del rischio di cadute accidentali.

Una parte dell'utenza presenta inoltre disregolazione emotivo-comportamentale, con manifestazioni quali comportamenti problema, episodi di aggressività eterodiretta, tentativi di allontanamento e agitazione psicomotoria.

Gli eventi segnalati sono stati:

- n. 1 episodio di caduta accidentale;
- n. 1 episodio di allontanamento volontario.

Entrambi gli eventi non hanno comportato esiti di danno per gli utenti coinvolti. In entrambi i casi è stata effettuata un'analisi puntuale dell'evento, con ascolto degli operatori coinvolti, verbalizzazione degli esiti e definizione di specifiche indicazioni operative finalizzate alla prevenzione di eventi analoghi.

L'evento di caduta accidentale ha coinvolto una paziente caratterizzata da grave fragilità e rilevanti limitazioni motorie.

Le azioni intraprese sono state:

- compilazione dell'apposita scheda di segnalazione dell'evento avverso e documentazione in cartella;
- attivazione del soccorso medico e richiesta di approfondimenti diagnostici;
- tempestiva informazione alla famiglia;
- convocazione di una riunione d'équipe straordinaria da parte della Direzione Sanitaria, nel corso della quale è stata ribadita e formalizzata a verbale:
    - l'importanza di attenersi scrupolosamente alle indicazioni assistenziali relative alla mobilizzazione;
    - la previsione dell'uso esclusivo della carrozzina, anche in considerazione di precedenti episodi di caduta;
    - la necessità di garantire una supervisione continua durante ogni spostamento della paziente.

L'evento di allontanamento volontario, pur non avendo determinato conseguenze cliniche, l'evento ha presentato un potenziale profilo di gravità, rendendo necessario il coinvolgimento del Consiglio di Amministrazione.

Dall'analisi dell'episodio è emerso che:

- l'utente presentava una documentata tendenza all'allontanamento volontario, riferita sia dagli operatori sia dai familiari;
- si è riscontrata una gestione non ottimale della comunicazione interna tra gli operatori, con conseguente riduzione dell'efficacia della sorveglianza.

Le azioni adottate sono state:

- compilazione delle schede di segnalazione dell'evento;
- informazione alla famiglia;
- convocazione di una riunione d'équipe straordinaria da parte della Direzione Sanitaria nel corso della quale è stato:
    - richiamato l'obbligo di mantenere una vigilanza rafforzata sugli utenti con documentato rischio di allontanamento;
    - esteso tale principio, in via preventiva, a tutti gli utenti con profilo di rischio analogo;
    - ribadita l'importanza di una comunicazione operativa tempestiva e continua tra gli operatori;
    - sottolineata la necessità di rispettare il rapporto minimo OSS/utenti previsto dal Centro, anche in caso di brevi allontanamenti dal gruppo.

Quanto discusso è stato formalizzato a verbale. Inoltre, in accordo con il Consiglio di Amministrazione è stata implementata la vigilanza da parte del personale di front-office. L'evento è stato segnalato al Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) per la valutazione di eventuali ulteriori misure preventive.

Nel **Servizio ambulatoriale** si sono verificati tre eventi avversi, tutti senza danno o con danno lieve, riconducibili a cadute accidentali:

- un evento correlato a condizioni di fragilità e disabilità dell'utente;
- due eventi verificatisi in prossimità del perno della porta di emergenza.

Le azioni intraprese sono state:

- compilazione dell'apposita scheda di segnalazione dell'evento avverso e documentazione in cartella;
- attivazione del soccorso medico e richiesta di approfondimenti diagnostici;

Inoltre, i due casi verificatisi in corrispondenza del perno della porta d'emergenza sono stati segnalati al RSPP, al fine di consentire le opportune valutazioni e l'adozione di eventuali interventi correttivi e preventivi.

Nel **Servizio semiresidenziale** si è verificato un caso isolato di legionellosi, notificato dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) dell'ASL competente.

A seguito della segnalazione:

- sono state immediatamente disposte analisi microbiologiche sugli impianti idrico-sanitari;
- è stata rilevata la positività in un solo punto di erogazione, con carica batterica contenuta, confermata dai successivi campionamenti effettuati dal SISP dell'ASL competente;
- è stata effettuata tempestiva bonifica dell'impianto, con interdizione temporanea del punto interessato, secondo le indicazioni del SISP;
- l'interdizione è stata revocata a seguito di campionamento post-bonifica effettuato dal SISP in data 04/04/2025, con esito negativo per la ricerca di *Legionella spp.*

L'utente ha ripreso regolarmente la frequenza del Servizio nel mese di settembre 2025.

<u>Analisi dell'evento e azioni correttive/di miglioramento:</u>
L'evento è stato classificato come isolato e riconducibile a un singolo punto di erogazione. Le azioni intraprese (bonifica e verifica post-bonifica) sono risultate efficaci, come dimostrato dall'esito negativo del campionamento successivo.

È stato effettuato un riesame del Documento di valutazione del rischio di legionellosi, con conferma delle procedure operative e delle frequenze di controllo.

Valutazione del rischio residuo e impegni futuri

Il rischio residuo è stato valutato come **basso**, in quanto l'evento è stato circoscritto e risolto tempestivamente, senza evidenza di criticità strutturali o organizzative.

Si conferma il mantenimento del monitoraggio microbiologico e delle attività di manutenzione programmate, secondo quanto previsto dal Documento di valutazione del rischio di legionellosi.

Tabella 2 - Eventi segnalati nel 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 2025(B)	Azioni di miglioramento 2026	Fonte del dato 2025
Near Miss(A) (quasi evento)	n.0	Non sono stati segnalati near miss nel periodo di riferimento.	Rafforzamento della cultura della segnalazione e della formazione del personale sull'identificazione e segnalazione dei near miss.	Sistema interno di incident reporting
Eventi Avversi(A) (evento lieve/moderato)	n.5	Nel servizio semiresidenziale gli eventi sono, prevalentemente, correlati a disabilità complesse caratterizzate da compromissione cognitiva, ridotta autonomia psico-fisica e relazionale, difficoltà motorie e disregolazione emotivo-comportamentale dell'utenza, con aumento del rischio di cadute e allontanamenti. In un caso è emersa una criticità nella comunicazione interna tra operatori. Nel Servizio ambulatoriale gli eventi sono attribuibili a condizioni di fragilità degli utenti e a fattori di tipo infrastrutturale.	Rafforzamento delle procedure assistenziali e di sorveglianza; miglioramento della comunicazione operativa tra gli operatori; segnalazione e gestione delle criticità infrastrutturali all'RSPP; mantenimento del sistema di reporting attivo su tutti i servizi.	Schede di segnalazione eventi avversi; verbali di équipe; sistema di incident reporting
Eventi Sentinella(A)(evento severo/morte)	n.0	Non si sono verificati eventi sentinella nel periodo di riferimento	Mantenimento delle misure preventive e dei protocolli di sicurezza già in atto, in	Sistema interno di incident reporting

			conformità alla normativa vigente.	
Eventi correlati alle ICA	n.1	Caso isolato di legionellosi nel servizio semiresidenziale, associato a positività microbiologica contenuta in un singolo punto di erogazione.	Riesame annuale del DVR Legionella; verifica interna della corretta esecuzione dei controlli e della manutenzione	Notifica SISP ASL competente; esiti dei campionamenti microbiologici pre e post-bonifica

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

Anno	N. Sinistri(A)	Risarcimenti erogati(A)
2025	Nessun sinistro	Nessun risarcimento
2024	Nessun sinistro	Nessun risarcimento
2023	n. 1 sinistro	Pratica liquidata il 03/12/2024.
2022	Nessun sinistro	Nessun risarcimento
2021	n. 1 sinistro	Pratica liquidata il 26/07/2022
2020	Nessun sinistro	Nessun risarcimento
Totale	n. 2 sinistri	Nessun risarcimento in atto

(A): sono riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico, sono esclusi quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

5. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Sono presentate, in forma sintetica dei dati sotto forma di tabella delle polizze assicurative contratte dalla nostra struttura a copertura delle RCT (Responsabilità Civile contro Terzi in ambito sanitario) di cui riportiamo i dati salienti:

Tabella 4 - Elenco polizze attive sulla struttura

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicurativa	Premio	Franchigia	Brokeraggio / Note
2025	08/04/2026	Sara Assicurazioni	9000,00 Euro	1000 Euro per Sinistro	

6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS 2024

Di seguito il dettaglio rispetto alle attività e obiettivi previsti nel PARS 2025

Tabella 5 - Resoconto delle attività del piano precedente

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.		
Attività	Realizzata(A)	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 – progettazione ed esecuzione di almeno un'attività formativa BLSD e PBLSD	NO	La prima edizione del corso di formazione, prevista per l'anno 2025, è stata svolta nel mese di febbraio 2026.
ATTIVITÀ 2 – progettazione ed esecuzione di almeno un'attività formativa rivolta agli operatori del Servizio Semiresidenziale sulla gestione dei comportamenti problema	NO	Il corso di formazione, previsto per l'anno 2025, non è stato svolto per criticità di carattere organizzativo. L'attività verrà riprogrammata entro il prossimo biennio.
ATTIVITÀ 3 – Revisione della procedura di gestione del rischio clinico	SI	La revisione della procedura è stata ultimata a febbraio 2026
ATTIVITÀ 4 – revisione e condivisione di procedure interne	SI	È proseguito il lavoro di revisione delle procedure già in vigore. In particolare sono state revisionate: la procedura di gestione dei farmaci del Servizio semiresidenziale, con specifico riferimento alla scheda individuale di assunzione delle terapie, e la procedura di gestione del carrello delle emergenze, con particolare attenzione alla scheda di controllo visivo del DAE.

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.		
Attività	Realizzata(A)	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 – monitoraggio e verifica dei rischi collegati agli Eventi e/o potenziali eventi. Realizzazione di audit di verifica della corretta compilazione e completezza della cartella clinica	SI	Verificare nella tabella eventi Nel 2025 sono stati realizzati n 2. audit di verifica, rispettivamente in data 09/09/2025 e 23/09/2025

OBIETTIVO F) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI		
Attività	Realizzata(A)	Stato di attuazione
Mantenere e implementare la buona prassi e la cultura dell'igiene delle mani negli operatori, pazienti e visitatori, attraverso la diffusione del Piano di Azione Locale sull'Igiene delle Mani (PALIM) e delle indicazioni sull'utilizzo dei guanti, il monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici e la somministrazione del questionario di autovalutazione. L'osservazione diretta rappresenta lo standard di riferimento per la valutazione dell'adesione alle procedure di igienizzazione delle mani; tuttavia, nel contesto organizzativo della Struttura, tale metodologia risulta non applicabile in modo sistematico, in considerazione dell'elevato	SI	Tutto il personale è stato formato attraverso il corso "Igiene delle Mani", svolto nel periodo settembre–dicembre 2023. L'importanza dell'igiene delle mani e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) viene costantemente con attività di formazione/ informazione . Il Piano di Azione Locale sull'Igiene delle Mani (PALIM) è stato elaborato nel mese di marzo 2024, adattandone i contenuti al contesto organizzativo e ai requisiti di accreditamento della Struttura, in conformità al Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani (Determinazione n. G02044 del 26 febbraio 2021). Il PALIM e le sue revisioni, unitamente al Piano Regionale, viene diffuso, annualmente, a tutto il personale tramite comunicazione email sull'intranet aziendale. Viene effettuato un controllo periodico dei dispenser automatici di soluzione idroalcolica, con sostituzione di quelli non funzionanti. La promozione dell'igiene

OBIETTIVO F) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI		
Attività	Realizzata(A)	Stato di attuazione
impegno di risorse in termini di tempo-uomo e della necessità di garantire la continuità delle attività assistenziali per le quali la Struttura è accreditata. La valutazione dell'aderenza alle buone pratiche di igiene delle mani viene pertanto effettuata mediante indicatori indiretti, quali il monitoraggio dei consumi di soluzione idroalcolica, la formazione del personale e la somministrazione di strumenti di autovalutazione, in coerenza con il PALIM e con le indicazioni regionali.		delle mani è stata estesa anche a pazienti e visitatori mediante l'esposizione di materiale informativo del Ministero della Salute (locandine in sala d'attesa e poster in prossimità di lavandini e dispenser fissi). Nel corso dell'anno 2025 sono stati 15 litri di soluzione idroalcolica. È stata inoltre effettuata la somministrazione del questionario di autovalutazione, i cui risultati sono stati recepiti nell'ultima revisione del PALIM (17/02/2026) con individuazione delle azioni previste per il mantenimento e il miglioramento dei risultati ottenuti.

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

Tabella 6 - Matrice delle Responsabilità

AZIONE	Direttore Sanitario	Risk Manager	Referente Amministrativo	Presidente / Consiglio di amministrazione	Segreteria Generale	Segreterie
Redazione PARS (eccetto i punti: 1, 2, 3, 7 e 8)	C	R	C	C	C	C
Redazione punti 1, 2 e 3	R	C	C	I	C	C
Redazione punto 7 e 8	R	C	I	I	I	-

AZIONE	Direttore Sanitario	Risk Manager	Referente Amministrativo	Presidente / Consiglio di amministrazione	Segreteria Generale	Segreterie
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	I	I
Monitoraggio PARS (eccetto il punto 7 e 8)	C	R	C	I	C	C
Monitoraggio punto 7 e 8	R	C	I	I	I	C

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

8. OBIETTIVI E ATTIVITA'

8.1 Obiettivi

Dei sette obiettivi strategici definiti a livello regionale, la nostra struttura, in virtù anche del contesto organizzativo e della tipologia assistenziale per cui è accreditata con la Regione Lazio, sceglie di dare priorità ai macro obiettivi A, B, F.

A. Diffondere la cultura 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 monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;

F. 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 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento degli stessi.

8.2 Attività

In questa sezione sono elencate le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi A, B, F, come precedentemente definiti, scelti dalla Nostra Struttura.

A mero titolo esemplificativo ad esempio:

- l'Obiettivo A) *Diffondere la cultura della sicurezza delle cure,* potrà essere perseguito attraverso l'organizzazione di corsi di formazione/informazione e/o diffusione sull'intranet aziendale di procedure interne e/o di documenti regionali e nazionali;
- l'Obiettivo B) *Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa* potrà articolarsi nell'analisi delle cartelle cliniche, anche attraverso l'utilizzo di audit, nell'elaborazione o revisione di procedure interne volte, anche, al recepimento di documenti nazionali e internazionali;

- l'Obiettivo F) *Implementazione del piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani*, è declinato attraverso la diffusione sull'intranet aziendale del Piano d'azione locale sull'igiene delle mani, il questionario di autovalutazione, l'affissione di locandine e materiale divulgativo in posti visibili a tutti, l'organizzazione di attività formative/informative.

Tabella 7 - Declinazione delle attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di almeno una attività formativa BLSD e PBLSD		
INDICATORE La prima edizione è stata effettuata nel mese di febbraio 2026		
STANDARD Partecipazione del 90% del personale sanitario. Registrazione delle firme dei partecipanti su registro interno		
FONTE Direzione Sanitaria, Risk Manager		
	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	
Azione	Direzione Sanitaria- Risk manager- RSPP	Consiglio di amministrazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 2 – progettazione ed esecuzione di almeno un'attività di formazione rivolto agli operatori del Semiresidenziale sulla gestione dei comportamenti problema, e sulla gestione delle crisi epilettiche		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il prossimo biennio		
STANDARD Partecipazione del 90% del personale sanitario in servizio al semiresidenziale. Registrazione delle firme dei partecipanti su registro interno		
FONTE Direzione Sanitaria, Risk Manager		
	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	
Azione	Direzione Sanitaria- Risk manager- RSPP	Consiglio di amministrazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 3. Promuovere la sicurezza delle cure attraverso la diffusione e la condivisione della procedura di gestione del rischio clinico e la sensibilizzazione di tutto il personale alla segnalazione di eventi avversi e quasi eventi, come strumento non punitivo, bensì di apprendimento, prevenzione e miglioramento continuo.		
INDICATORE : Numero di segnalazioni di eventi avversi e quasi-eventi nel periodo successivo alla diffusione/condivisione della Procedura di Gestione del Rischio Clinico (revisionata e aggiornata a febbraio 2026).		
STANDARD Condivisione , attività informativa e diffusione sull'intranet aziendale		
FONTE Direzione Sanitaria, Risk Manager, RSPP		
	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	
Azione	Direzione Sanitaria- Risk manager- RSPP	Medici e Consiglio di amministrazione?
Allineamento della procedura alla normativa	R	C
Verifica del documento	C	R
Approvazione nuova procedura	R	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.		
ATTIVITÀ 1 –Realizzazione di audit di verifica della corretta compilazione e completezza della cartella clinica; revisione procedure interne e regolamenti		
INDICATORE proseguire con gli audit di verifica della cartella clinica e con la revisione di procedure interne		
STANDARD effettuare almeno 2 audit di verifica della cartella clinica nel 2025 e proseguire con la revisione di procedure interne e dei regolamenti nel 2025		
FONTE Risk Manager, RSPP, Direzione sanitaria		
	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	
Azione	Risk Manager, RSPP, Direzione Sanitaria	Medici
Raccolta e analisi	R	C
Definizione Azioni	C	R
Esecuzione Azioni	C	R

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.		
ATTIVITÀ 1 – Analisi dei rischi collegati agli Eventi e/o potenziali;		
INDICATORE: Attivare un'azione di "mitigazione del rischio" estesa a fronte di un Evento e/o Near Miss		
STANDARD: effettuare almeno un giro della sicurezza nel 2026		
FONTE Risk Manager, RSPP		
	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	
Azione	Risk Manager-RSPP	Medici –Direzione Sanitaria?
Raccolta e analisi	R	C
Definizione Azioni	C	R
Esecuzione Azioni	C	R

OBIETTIVO F) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI			
ATTIVITÀ 1 – mantenere ed implementare la buona prassi e la cultura della pulizia delle mani negli operatori, pazienti e visitatori.			
INDICATORE monitoraggio consumo di gel idroalcolico e sapone Diffusione e analisi del questionario anonimo di autovalutazione Revisione del Piano d'azione locale per l'igiene delle mani e mantenimento/implementazione degli obiettivi previsti Programmazione e organizzazione di attività di formazione/informazione sull'importanza dell'igiene delle mani come prevenzione delle ICA Monitoraggio dei dispenser di prodotti per l'igiene delle mani (soluzione idroalcolica/sapone) ed eventuale sostituzione di eventuali dispenser difettosi o malfunzionanti; mappatura delle locandine/poster presenti in struttura ed eventuale affissione di altri			
STANDARD Partecipazione del 90% del personale sanitario alle attività formative/informative. Registrazione dei partecipanti su registro interno Adesione al questionario pari al 90% Mantenere il consumo di prodotto a base alcolica agli standard dell'OMS			
FONTE RSPP, Risk Manager			
	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager, RSPP	Servizi riabilitativi	Direzione Sanitaria
Raccolta e analisi	R	C	C
Definizione Azioni	R	C	C
Esecuzione Azioni	R	C	C

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

9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

La Direzione garantisce la diffusione del PARS attraverso:

- Pubblicazione sul sito web della struttura
- Affissione in bacheca delle comunicazioni
- Trasmissione al Centro Regionale Rischio Clinico

10. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA

10.1 Riferimenti Normativi

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "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";
3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
7. Circolare Ministeriale n.8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
8. Seduta della 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. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";
9. Determinazione Regionale n.G04112 del 01 aprile 2014 recante "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 (CCICA)";
10. Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio;

11. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti";
12. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)";
13. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
14. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti
15. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";
16. Nota prot. U0583694 del 17 novembre 2017 della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali – Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Risk Management recante "Adempimenti LEA 2017";
17. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
18. Determinazione n. G01226 del 2 febbraio 2018 recante "Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017".
19. Determinazione n. G00163 2019 del 11 gennaio 2019 "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)".
20. Comunicazione relativa all'elaborazione del PARM 2021 della Regione Lazio U0884520 del 15/10/2020.
21. Determinazione G00643 del 25/01/2022 della Regione Lazio avente ad oggetto l'adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS).

10.2 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
4. Reason J, Managing the risks of organization accidents, 1997;
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
6. Corrado Papa, Chiara Lozupone. La Legge Gelli-Bianco. Un momento ulteriore di riflessione verso un approccio sistemico Risk – Based;
7. Benci L., Bernardi A. et al.: Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Commentario alla legge 24/2017. Quotidiano Sanità edizioni, 2017;
8. Norme ISO 9001:2015 e 19011:2019
9. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della

Salute:http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;

10. 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;
11. AHRQ Quality Indicators: Guide to Patient Safety Indicators http://www.qualityindicators.ahrq.gov/default.aspx;
12. Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023) (GU Serie Generale n.23 del 29-01-21- Supplemento Ordinario n.7) https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/01/29/21A00476/sg.