

**GRUPPO GAROFALO HEALTH CARE
VILLA VON SIEBENTHAL**

Struttura Residenziale Psichiatrica

Via della Madonnina, 1
00045 – Genzano di Roma
Tel: 0693391801
Fax: 069330911

Mail: amministrazione@villavonsiebenthal.it
Sito: <https://www.villavonsiebenthal.it/>

**PIANO ANNUALE PER LA
GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO**
MOD PARS

| ED. / REV. | DATA | REDAZIONE | VERIFICA | APPROVAZIONE |
|---------------|------------|---|---------------------|-------------------------|
| 00/03 | 12/02/2025 | Risk Manager | Direttore Sanitario | Amministratore Unico |
| | | Presidente CCICA (Direttore Sanitario) | | |
| | | Ufficio Legale | | |



INDICE

| | | |
|---------------|---|-----------|
| 1. | PREMESSA | 3 |
| 1.1. | SCOPO | 4 |
| 2. | CONTESTO ORGANIZZATIVO | 5 |
| 2.1. | GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO | 7 |
| 3. | RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI | 7 |
| 3.1. | RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI | 7 |
| 3.2. | SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO | 8 |
| 4. | DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA | 8 |
| 5. | RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE | 8 |
| 6. | MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | 9 |
| 7. | OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO | 9 |
| 7.1. | OBIETTIVI | 9 |
| 7.2. | ATTIVITÀ | 10 |
| 7.2.1. | OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE | 10 |
| 7.2.2. | OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA | 10 |
| 7.2.3. | OBIETTIVO C): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI | 11 |
| 7.2.4. | OBIETTIVO D): PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA | 11 |
| | R: RESPONSABILE; C: COINVOLTO; I: INTERESSATO | 11 |
| 6. | MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS | 12 |
| 7. | RIFERIMENTI NORMATIVI | 12 |
| 8. | BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA | 13 |
| | ALLEGATO 1: PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI | 15 |
| | ALLEGATO 2: SEZIONE RACCOLTA DATI | 17 |
| | ALLEGATO 3: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI | 19 |

1. PREMESSA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1. SCOPO

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

Il PARS nasce con l'obiettivo di:

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

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

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

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

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

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

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Villa von Siebenthal prende il nome dal suo fondatore, Wolfgang von Siebenthal, Neuropsichiatra di origine tedesca. Dopo la guerra, tornato in Italia, von Siebenthal acquistò la struttura, che nel 1959 divenne una Casa di Cura per le malattie neuropsichiatriche. Si avviò, in tal modo, un processo riabilitativo che, alimentato dalla crescita di idee, iniziative e nuove metodologie, diede origine ai primi programmi di riabilitazione, cura e di reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti. Nel corso degli anni, Villa von Siebenthal ha ampliato e consolidato le proprie competenze, definendo una comunità terapeutico-riabilitativa e convenzionandosi con il Servizio Sanitario Nazionale, sino ad arrivare, ad agosto dell'anno 2015, data di accreditamento definitivo che ha riconvertito la struttura in:

- STPIT: 30 posti;
- SRSR 24h: 19 posti;
- SRTR-e: 20 posti;
- SRTR-i :10 posti adolescenti;
- SRTR-e: 10 posti adolescenti.

La struttura è un plesso composto da 4 palazzine, immerse nell'oasi naturale del parco dei C stelli Romani, Villa von Siebenthal per una superficie complessiva di oltre 3.000 mq.

La struttura offre, inoltre, spazi adibiti alle attività riabilitative e ricreative degli Utenti, ed una sala conferenze.

Villa Von Siebenthal è stata la prima struttura accreditata nella Regione Lazio per il trattamento intensivo ed estensivo per adolescenti.

All'interno di Villa von Siebenthal sono, inoltre, presenti i seguenti servizi:

- servizio psicoterapeutico;
- laboratori riabilitativi;
- servizio dietologico;
- laboratorio di terapia occupazionale;
- sportello di ascolto per i familiari.

VILLA VON SIEBENTHAL

DATI STRUTTURALI (A)

| | | Fonte del dato |
|---|--|-------------------|
| ASL competente | ASL RM 6 | / |
| Posti letto ordinari autorizzati | STPIT: 30 posti; SRSR 24h: 19 posti; SRTR-e: 20 posti; SRTR-i :10 posti adolescenti; SRTR-e: 10 posti adolescenti. | DCA Regione Lazio |
| di cui Posti letto ordinari Accreditati | STPIT: 30 posti; SRSR 24h: 19 posti; SRTR-e: 20 posti; SRTR-i :10 posti adolescenti; SRTR-e: 10 posti adolescenti. | DCA Regione Lazio |

(A): Dati aggiornati al 12/02/2025

DATI DI ATTIVITÀ (A)

| | | Fonte del dato |
|---------------------------|-------|------------------------|
| Giornate di degenza | 32122 | Ufficio Amministrativo |
| Prestazioni ambulatoriali | / | / |
| Prestazioni domiciliari | / | / |

(A): Dati aggiornati al 12/02/2025

2.1. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Villa Von Siebenthal, nell'ambito della Gestione del Rischio Clinico, ha da sempre dedicato una particolare attenzione alle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e alla loro gestione.

Nel 2022 è stato rivisto il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (nel seguito, semplicemente CC-ICA), nella sua composizione. Ad oggi composto da:

- Dott. Sergio De Filippis
- Dott.ssa Ginevra Lombardozi
- Dott.ssa Daniela Donato

In considerazione dell'impatto che tale tipologia di infezione ha sul carico assistenziale e in considerazione di quanto le richieste della Regione Lazio siano diventate nel tempo sempre più puntuali e specifiche, nel corso dell'anno 2024 è stato introdotto il Piano aziendale per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (come da Determinazione 28 novembre 2022, n. G16501 – Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)).

Nel rispetto di quanto previsto dal Piano la struttura è impegnata nella revisione e implementazione delle attività e delle procedure richieste dalla Determinazione.

3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

3.1. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI (AI SENSI DELL'ARTICOLO 2. C. 5 L. 24/2017)

Nell'anno 2024 presso la Struttura sono stati segnalati e registrati, utilizzando lo strumento dell'*incident reporting* e delle non conformità, gli eventi riportati nella seguente tabella.

| TIPO EVENTO | N° | % (su Tot. Even.) | % cadute (su categoria) | PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI | AZIONI DI MIGLIORAMENTO | FONTE DEL DATO |
|--------------------------|----|-------------------|-------------------------|---|---|--|
| Near Miss | 0 | 0 | 0 | Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (50%) Procedure/Comunic. (50%) | Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (50%) Procedure/Comunic. (50%) | Sistemi di reporting (100%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%) |
| Eventi Avversi | 8 | | 0 | Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (50%) Procedure/Comunic. (50%) | Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (50%) Procedure/Comunic. (50%) | Sistemi di reporting (100%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%) |
| Eventi Sentinella | 0 | 0 | 0 | Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%) | Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%) | Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%) |
| Totale | 8 | 100% | | / | / | / |

Tutti gli eventi ricadono nella tipologia degli Eventi Avversi per un totale di n. 8 eventi di cui n.5 cadute accidentali, n. 1 atto di autolesionismo e n. 2 allontanamenti non concordati, eventi riconducibili alla tipologia di Pazienti trattati. Le cadute continuano ad essere il principale evento avverso presente in struttura. In merito alle cadute accidentali, a seguito dell'evento è seguito un attento monitoraggio con esecuzione, laddove necessario, degli esami diagnostici appropriati e/o trasferimento in pronto soccorso che si è reso necessario in 2 casi. Per tutti gli eventi segnalati, si sottolinea l'immediata gestione da parte del personale e della Direzione della struttura.

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

| ANNO | N Sinistri aperti | N Sinistri erogati | Risarcimenti erogati |
|------|-------------------|--------------------|----------------------|
| 2020 | 0 | 0 | 0 |
| 2021 | 0 | 0 | 0 |
| 2022 | 0 | 0 | 0 |
| 2023 | 2 | 0 | 0 |
| 2024 | 0 | 0 | 0 |

4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

| ANNO | POLIZZA | SCADENZA | COMPAGNIA ASSICURATIVA | PREMIO | FRANCHIGIA | BROKER |
|------|---------------|----------|------------------------|--------|------------|--------|
| 2020 | / | 2021 | Autoassicurazione | / | / | / |
| 2021 | / | 2022 | Autoassicurazione | / | / | / |
| 2022 | / | 2023 | Autoassicurazione | / | / | / |
| 2023 | RCI0001000419 | 2024 | AMTRUST | 40.000 | 10.000 | AON |
| 2024 | RCI0001000419 | 2025 | AMTRUST | 40.000 | 10.000 | AON |

5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Di seguito si riporta una sintesi dello stato di attuazione delle attività programmate per l'anno 2024 e dichiarate nel PARS precedente.

| ATTIVITÀ | REALIZZATA ^(A) | STATO ATTUAZIONE |
|---|---------------------------|--|
| 1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico" | SI | |
| 2: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA | SI | |
| 3: revisione e implementazione della documentazione del Sistema di gestione aziendale di Rischio Clinico | SI | L'attività proseguirà anche nel 2025 |
| 4: monitoraggio e mantenimento del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani | IN CORSO | Le attività connesse al Piano di azione locale sull'igiene delle mani proseguiranno anche nel 2025. |
| 5: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo (nel rispetto di quanto previsto dal Piano ICA) | IN CORSO | In fase di aggiornamento in conformità a quanto richiesto dalla Determina Regionale (Det. Reg. Lazio G16501/2022), |
| 6: report monitoraggio consumo prodotti per l'igiene delle mani* | SI | VEDI ALLEGATO 2 |

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

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce almeno le seguenti specifiche responsabilità:

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

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

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

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

7.1. OBIETTIVI

I quattro obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento e il miglioramento negli anni successivi;
- promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

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

7.2. ATTIVITÀ

Le attività non eseguite nel corso nel 2024, così come definito nei paragrafi precedenti, sono riprogrammate per l'anno 2025.

7.2.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE**ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico"**

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2025

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

STANDARD: 100%

FONTE: Risk Management

| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
|------------------------------|--------------|-----------|
| AZIONE | RISK MANAGER | DIREZIONE |
| Progettazione Corso | C | R |
| Accreditamento Corso | C | R |
| Esecuzione Corso | C | R |

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

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

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2025

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

STANDARD: 100%

FONTE: Risk Management

| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
|------------------------------|--------------|-----------|
| AZIONE | RISK MANAGER | DIREZIONE |
| Progettazione Corso | C | R |
| Accreditamento Corso | C | R |
| Esecuzione Corso | C | R |

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

7.2.2. OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA**ATTIVITÀ 3: revisione ed implementazione della documentazione del sistema di gestione aziendale di rischio clinico**

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2025

(documentazione implementata) / (documentazione da implementare)

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
|-----------------------------------|--------------|-----------|
| AZIONE | RISK MANAGER | DIREZIONE |
| Revisione | R | C |
| Informazione/formazione personale | R | C |
| Verifica implementazione | R | C |

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

7.2.3. OBIETTIVO C): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI**ATTIVITÀ 4: monitoraggio e mantenimento del Piano di Intervento regionale sull'igiene delle mani****INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2025**Mantenimento e miglioramento Piano.****STANDARD:** 90%**FONTE:** Risk Management**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

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

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato**7.2.4. OBIETTIVO D): PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA****ATTIVITÀ 5: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo (nel rispetto di quanto previsto dal Piano ICA)****INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2025**Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura in base alle indicazioni Regionali.****STANDARD:** 100%**FONTE:** CC-ICA**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

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

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato**ATTIVITÀ 6: report monitoraggio consumo prodotti per l'igiene delle mani*****INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2025**Elaborazione processo monitoraggio utilizzo prodotti per l'igiene delle mani, in litri ogni 1000 giornate di degenza.****STANDARD:** 20 litri / 1000 gg degenza**FONTE:** OMS**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

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

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato***Valutato il potenziale rischio di assunzione per via orale di prodotti idroalcolici da parte della tipologia di utenza, la Direzione della Struttura ha optato per l'adozione preferenzialmente di sapone per l'igiene delle mani.**

6. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il presente PARS sarà diffuso attraverso i seguenti strumenti:

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

7. RIFERIMENTI NORMATIVI

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

- Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella';
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
- Determinazione Regione Lazio G00163 11 gennaio 2019 recante "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)";
- Determinazione Regionale n. G02044 del 26 febbraio 2021 recante "Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani".
- Determinazione N. G00643 del 25/01/2022 – Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"
- Nota Regione Lazio Prot. n. 99218 del 23/02/2015 Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti.
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;
- Deliberazione Regione Lazio n. 970 del 21 dicembre 2021 "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025";
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022–2025.
- Deliberazione Giunta Regionale (Regione Lazio) n. 460 del 28/06/2024 con oggetto "Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi".

8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

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

ALLEGATO 1

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

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

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

Così come da Nota della Regione Lazio U. 0124752 del 02/02/2024 e U. 0091714 del 22/01/2025, il presente documento viene redatto al fine di rappresentare quanto già posto in essere dalla Struttura nell'ambito del Piano e, soprattutto, quanto programmato per raggiungere il livello INTERMEDIO che *"Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2024, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura"* (**Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani**) e per mantenerlo come livello standard anche negli anni a seguire.

ATTIVITÀ EFFETTUATE 2024

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

ATTIVITÀ PROGRAMMATE 2025

| ATTIVITÀ | OBIETTIVO | DATA |
|--|---|------------|
| 1: Definizione del proprio livello di stato relativamente alle varie sezioni del Piano, in considerazione dei miglioramenti ottenuti e programmazione Attività al fine di raggiungere l'obiettivo proposto | INTERMEDIO / AVANZATO in tutte le Sezioni del Piano | 31/12/2025 |
| 2: Indagine sulla percezione per gli Operatori Sanitari e i Dirigenti | RIVALUTAZIONE | 31/12/2025 |
| 3: Indagine sulla compliance relativa all'Igiene delle Mani | RIVALUTAZIONE | 31/12/2025 |
| 4: Verifica Formazione Osservatore/i nominato/i ed eventuale integrazione del gruppo di lavoro | RIVALUTAZIONE | 31/12/2025 |
| 5: Esecuzione Audit dedicato – almeno 2 | 2 Audit | 31/12/2025 |
| 6: Monitoraggio consumo gel idroalcolico | 1 analisi | 31/12/2025 |
| 7: Formazione del personale | 1 evento | 31/12/2025 |
| 8: Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari | 1 evento | 31/12/2025 |

ALLEGATO 2

REPORT MONITORAGGIO CONSUMO PRODOTTI IDROALCOLICI PER L'IGIENE DELLE MANI

ALLEGATO 2: SEZIONE RACCOLTA DATI

| | |
|----------------------------|----------------------------|
| Anno Riferimento | 2024 |
| Intervallo di tempo | annuale |
| Standard | 20 litri / 1000 gg degenza |
| Fonte | OMS |

Tabella 1: Consumo riferito all'intera struttura

| CSLM* | GDO* |
|--------------|--------------|
| 168 | 32122 |

Tabella 2: Se disponibile, inserire i dati di CSIA della struttura suddivise per aree di degenza/NON degenza

| Area di: | CSLM * | GDO* |
|----------------------|---------------|--------------|
| Degenza** | 168 | 32122 |
| NON Degenza** | // | // |
| Totale | 168 | 32122 |

N.B. I dati ottenuti nella riga "totale" devono corrispondere ai rispettivi valori della Tabella 1

*** Per la definizione di CSLM e/o di GDO fare riferimento al foglio "Legenda"**

**** Per l'identificazione delle aree di "Degenza" e "NON Degenza" fare riferimento al foglio "Legenda"**

LEGENDA

| | |
|----------------------------|---|
| CSLM | Consumo di Soluzione e/o prodotto equivalente per il lavaggio delle mani espressa in litri. |
| GDO | Giornate di Degenza Ordinaria: somma del numero di interi giorni (24h) trascorsi dai pazienti nel reparto da cui vengono dimessi. |
| Aree di degenza | Include tutte le aree di degenza (Medicina, Chirurgia, etc.) |
| Aree di NON degenza | Include le seguenti aree/Disciplin: Sale di attesa, uffici etc. ed eventuali altre aree di NON Degenza. |

ALLEGATO 3

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

ALLEGATO 3: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

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

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

GRUPPO DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE

I compiti previsti dalle Linee di Indirizzo in tema di Legionellosi per quanto riguarda il gruppo di lavoro multidisciplinare sono assolti dal CC-ICA.

Il CC-ICA (Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza) si avvarrà, per i temi legati alla Legionella, anche del supporto di:

- RSPP
- Servizio Tecnico
- Responsabile del Laboratorio

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Per quanto concerne la Valutazione del Rischio si rimanda al Documento di Valutazione dei rischi redatto in base al Testo Unico della sicurezza sul lavoro, secondo il D.lgs. 81/2008 e s.m.i..

I compiti previsti dalle Linee di Indirizzo in tema di Legionellosi per quanto riguarda il gruppo di lavoro multidisciplinare sono assolti dal CC-ICA.

ATTIVITÀ PROGRAMMATE 2025

| ATTIVITÀ | OBIETTIVO | DATA |
|--|--|--|
| 1: Riunioni del gruppo di lavoro | Almeno 2 riunioni anno | 31/12/2025 |
| 2: Valutazione del rischio | DVR come da D.lgs. 81/08 | Biennale, a meno di intervenute modifiche di impianti o di popolazione e/o in caso di reiterata presenza di Legionella |
| 3: Ispezione della struttura | Esecuzione di almeno un sopralluogo per l'individuazione e/o conferma delle fonti di rischio | 31/12/2025 |
| 4: Misure di prevenzione | Individuazione delle misure adatte e relativa implementazione | 31/12/2025 |
| 5: Misure di controllo | Campionamenti microbiologici: Risultati negativi: controlli di routine annuali Risultati positivi: campionamenti continui dopo azioni correttive fino a negativizzazione | 31/12/2025, salvo risultati positivi |
| 6: Procedure specifiche di gestione Rischio Legionellosi, anche in assenza di casi | Redazione/revisione | 31/12/2025 |
| 7: Procedure di segnalazione e notifica | Redazione/revisione | 31/12/2025 |
| 8: Procedure in caso di ICA | Redazione/revisione | 31/12/2025 |
| 9: Formazione del personale | 1 evento | 31/12/2025 |
| 10: Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari | 1 evento | 31/12/2025 |

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