



GAROFALO HEALTH CARE EUROPEAN HOSPITAL

Casa di cura Polispecialistica

Via Portuense, 700
00149 – Roma
Tel: 06659759

Mail: info@europeanhospital.it
Sito: <https://www.ghcspa.com/europeanhospital/>

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO MOD PARS

ED. / REV.	DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
00/04	13/02/2026	Risk Manager	Direttore Generale	Datore di Lavoro
		Presidente CCICA (Direttore Sanitario)		
		Ufficio Legale		



INDICE

1.	SCOPO	3
2.	CONTESTO ORGANIZZATIVO	4
2.1.	GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	7
3.	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	8
3.1.	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI.....	8
3.2.	SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO	9
4.	DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	9
5.	RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE.....	10
6.	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	11
7.	OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	12
7.1.	OBIETTIVI.....	12
7.2.	ATTIVITÀ.....	13
8.	OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	15
8.1.	OBIETTIVI.....	15
8.2.	ATTIVITÀ.....	16
9.	MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS.....	19
10.	RIFERIMENTI NORMATIVI.....	19
11.	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	20
ALLEGATO 1: PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI.....		22
ALLEGATO 2: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI		26

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 assessment.*

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

European Hospital è autorizzata e accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale (DCA n.U00044/201 - DCA n. U00418/2015).

Lo European Hospital è stato costituito nel 1986. Il fondatore Prof. Raffaele Garofalo, seguendo la Sua grande passione per la chirurgia, diede inizio a un'attività di cardiocirurgia di eccellenza.

Lo European Hospital è una struttura privata di grande prestigio, accreditata con il SSN per le patologie del cuore, rispetto alle quali l'Istituto ha ormai una tradizione di quasi 40 anni, con un notevole patrimonio di ricerca scientifica acquisita.

La struttura accoglie inoltre, in regime privatistico, tutte le altre specialità chirurgiche ed è rinomata per il suo centro per la cura della sterilità e la fecondazione assistita con tecniche all'avanguardia ed elevata percentuale di successo delle procedure applicate.

Le linee fondamentali sulle quali European Hospital ha impostato le proprie tipologie assistenziali e le modalità di diagnosi e cura sono volte a considerare il paziente/cliente l'elemento centrale, la figura sulla quale far convergere il massimo impegno da parte di tutti gli operatori. Ciò si può evidenziare nelle scelte strutturali: dalle tecnologie alle specialità attivate, ai percorsi assistenziali ed infine alla scelta dei professionisti e del personale infermieristico e tecnico e dello stesso management aziendale.

La finalità dello European Hospital è di tutelare il diritto alla salute di ogni cittadino, attribuendo allo stesso inoltre il potere di controllo diretto sulla qualità dei servizi erogati, in termini di efficienza, di personalizzazione e di efficacia.

European Hospital è in regime di autoassicurazione.

European Hospital è autorizzato all'esercizio di attività di Casa di Cura privata per un totale di 144 posti letto e servizi così suddivisi:

- Cardiocirurgia p.l. 40, di cui 22 accreditati
- Cardiologia p.l. 22, di cui 9 accreditati
- UTIC p.l. 8, accreditati
- Terapia Intensiva p.l. 12, accreditati
- Neurochirurgia p.l. 10
- Oculistica p.l.6
- Ortopedia p.l. 14
- Medicina Generale p.l. 7
- Chirurgia Generale p.l. 15
- Ginecologia p.l. 10

Sono attivi inoltre:

- Blocco operatorio (2° piano) con 4 sale operatorie
- Blocco operatorio (3° piano) con 3 sale operatorie
- 1 Camera operatoria (5° piano) dedicata alla Procreazione medicalmente assistita
- 1 sala ambulatoriale PC2 (piano terra)
- 2 sale emodinamica (piano terra)

European Hospital è, inoltre, autorizzata a esercitare i seguenti servizi ambulatoriali, aperti anche all'esterno:

- Diagnostica radiologica, TAC, RMN
- Angiografia digitale

- Laboratorio analisi cliniche
- Ecotomografia
- Fisiopatologia respiratoria
- Emodinamica (con 2 sale dedicate)
- Diagnostica endoscopica
- Fisiocinesiterapia
- Centro cura della sterilità
- Laboratorio di Istopatologia

È inoltre autorizzata l'attività per i seguenti ambulatori di specialità:

- Chirurgia generale
- Cardiocirurgia
- Ginecologia
- Oncologia
- Prevenzione tumori
- Ortopedia
- Otorinolaringoiatria
- Urologia
- Cardiologia ed ecocardiografia
- Pneumologia
- Chirurgia Vascolare
- Ecodoppler
- Dietologia
- Andrologia
- Diabetologia
- Dermatologia
- Neurochirurgia
- Endocrinologia
- Neurologia
- Elettromiografia
- Endoscopia
- Chirurgia estetica e microchirurgia della mano
- Colonproctologia
- Oculistica
- Spirometria
- Ergometria
- Holter

Presso il servizio di Diagnostica per Immagini è attiva una unità di Tomografia Computerizzata basata su avanzate e performanti soluzioni tecniche.

Il laboratorio di analisi cliniche esegue esami di diagnostica clinica, microbiologia, sieroinmunologia e immunoenzimatica. Dispone di strumenti di altissima precisione ed avanguardia che permettono di gestire e le analisi di routine e le richieste più complesse in tempi rapidi con risultati affidabili ed accurati.

Lo European Hospital è autorizzato (DCA Regione Lazio n.U00044/2012 – DCA Regione Lazio n. U00418/2015 – G02480 del 08/03/2021 – G09517 del 19/07/2022 – G0818 del 24/11/2023) e accreditato (DCA 56/2017 – DGR 853/2022) con il Servizio Sanitario Nazionale.

Lo European Hospital è stato realizzato con la distribuzione dei reparti di degenza su 5 piani. È dotato di 144 posti letto, suddivisi in camere singole o a 2/3 letti tutte fornite di telefono, televisore, servizi igienici, aria condizionata e letto per l'accompagnatore.

European Hospital

DATI STRUTTURALI (A)

DATI STRUTTURALI (A)		Fonte del dato
Posti letto ordinari	144 di cui accreditati 51	DCA 44/2012 DCA 418/2015 G02480/2021 G09517/2022 G0818/2023 DCA 56/2017 DGR 853/2022
di cui Medicina Generale	Autorizzati 7	/
di cui Chirurgia Generale	Autorizzati 15	/
di cui Cardiochirurgia	Autorizzati 40 di cui 22 accreditati	/
di cui Cardiologia	Autorizzati 22 di cui 9 accreditati	/
di cui UTIC	Autorizzati 8 di cui 8 accreditati	/
Posti letto diurni	/	/
Servizi trasfusionali	/	/
Blocchi Operatori	5	/
Sale Operatorie	11	/
Centro trapianti (impianto organi e tessuti)	/	/
Centro Procreazione Medicalmente Assistita	1	/
Hub	Spoke della rete Cardiologica/Cardiochirurgica	/
Terapie Intensive	Autorizzati e Accreditati 12	/
Ortopedia-Oculistica-Neurochirurgia	Autorizzati 14-6-10	/

(A): Dati aggiornati al 13/02/2026

DATI DI ATTIVITÀ (A)

DATI DI ATTIVITÀ (A)		Fonte del dato
Ricoveri ordinari	2.839	SIO Aziendale
Ricoveri diurni	/	/
Accessi PS	/	/
Neonati o parti	/	/
Branche Specialistiche	32	DCA 44/2012 DCA 418/2015 G02480/2021 G09517/2022 G0818/2023 DCA 56/2017 DGR 853/2022
Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	Dati Amministrativi	/

(A): Dati aggiornati al 13/02/2026

2.1. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

La Casa di Cura European Hospital, nell'ambito della Gestione del Rischio Clinico, ha da sempre dedicato una particolare attenzione alle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e alla loro gestione.

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) è stato costituito il 3 settembre 2018 ed è subentrato al precedente Comitato per le Infezioni ospedaliere (CIO), che ha operato negli anni precedenti fino alla suddetta data.

Il CCICA è presieduto dal Direttore Sanitario e ne fanno parte il Risk Manager, un Consulente Infettivologo, tre medici (uno per ogni Unità Operativa presente) e una infermiera dedicata.

Gli indicatori di diagnostica e controllo ICA utilizzati sono derivati dai dati forniti nell'ambito della sorveglianza attiva che è messa in atto.

Sono predisposte due stanze di isolamento, una in Terapia Intensiva e una in UTIC. Molte stanze dei reparti di degenza, essendo singole e con bagno dedicato, possono essere utilizzate per l'isolamento del paziente.

Dispenser di gel idroalcolico sono distribuiti in vari punti della struttura.

Un programma di Antimicrobial Stewardship è definito basandosi sul report sui germi isolati, sullo studio di prevalenza per rilevare l'uso degli antibiotici, sulle registrazioni degli antibiotici usati.

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, anche nel corso dell'anno 2025, la struttura si è impegnata nella revisione e implementazione delle attività e delle procedure richieste dal Piano stesso.

Per quanto riguarda la gestione delle infezioni, in accordo con la procedura interna parte del proprio Sistema di Gestione Qualità, in caso di sospetto, si procede all'isolamento del Paziente e alla segnalazione del caso a parenti e operatori, oltre ovviamente all'uso dei DPI. Si provvede, quindi, all'impostazione di una corretta terapia farmacologica e, qualora il quadro clinico dovesse aggravarsi, al trasferimento in ambiente ospedaliero.

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 2025 presso la Casa di Cura non sono stati segnalati e registrati eventi. Per quanto riguarda le infezioni, il personale interno le ha gestite e contrastate nel rispetto delle procedure interne.

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

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
2021	10	4	168.995,00 €
2022	12	2	46.552,00 €
2023	5	2	83.400,00 €
2024	7	5	1.056.600,00 €
2025	4	6	720.739,00 €
Totale	38	19	2.076.286,00 €

4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	POLIZZA	SCADENZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	FRANCHIGIA	BROKER
2021	/	2022	Autoassicurazione	/	/	/
2022	/	2023	Autoassicurazione	/	/	/
2023	/	2024	Autoassicurazione	/	/	/
2024	/	2025	Autoassicurazione	/	/	/
2025	/	2026	Autoassicurazione	/	/	/

5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE**ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

ATTIVITÀ	REALIZZATA ^(A)	STATO ATTUAZIONE
1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico"	In programmazione	/
2: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso di gestione del rischio clinico relativo a uno specifico ambito di attività"	In programmazione	/
3: revisione e implementazione della documentazione del Sistema di Gestione aziendale di Rischio Clinico	SI	/
4: esecuzione Audit di Rischio Clinico	SI	/
5: identificazione dei rischi attraverso il Safety Walkaround	SI	/

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

ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

ATTIVITÀ	REALIZZATA ^(A)	STATO ATTUAZIONE
1: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	In programmazione	/
2: monitoraggio e mantenimento del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani	SI	/
3: Report di Batteriologia/Germi alert	SI	/
4: Verifica dell'attuazione delle procedure relative alla sorveglianza attiva	SI	/
5: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo (nel rispetto di quanto previsto dal Piano ICA)	SI	/
6: elaborazione/revisione/implementazione di un programma di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship)	In corso	/
7: report monitoraggio consumo prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani	SI	/
8: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni del sito chirurgico e della ferita chirurgica e alla gestione della sepsi	SI	/

(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 CLINICO

7.1. OBIETTIVI

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- 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;
- favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

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

7.2. ATTIVITÀ**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 31.12.2026**(n corsi di formazione 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 almeno una edizione di un "corso di gestione del rischio clinico relativo a uno specifico ambito di attività"****INDICATORE:** Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026**(n corsi di formazione 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 e implementazione della documentazione del Sistema di gestione aziendale di Rischio Clinico****INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2026**(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

ATTIVITÀ 4: esecuzione Audit di Rischio Clinico**INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2026**Esecuzione di almeno 1 audit di Rischio Clinico e di 1 dedicato all'analisi delle cartelle cliniche.****STANDARD:** 90%**FONTE:** Risk Management**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Pianificazione audit	R	C
Audit	R	C
Valutazione rilevazioni	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato**7.2.3. OBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA****ATTIVITÀ 5: identificazione dei rischi attraverso il *Safety Walkaround*****INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2026**(n Safety Walkaround realizzati) / (n Safety Walkaround programmati)****STANDARD:** 90%**FONTE:** Risk Management**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Implementazione strumento	R	C
Informazione/formazione	R	C
Verifica utilizzo	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

8.1. OBIETTIVI

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- 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;
- migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

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

8.2. ATTIVITÀ

Le attività sono state definite conformemente a quanto previsto nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP, in particolare dal Piano Predefinito 10 – PP10) e dal Piano Nazionale per il Contrasto all'Antibiotico Resistenza (PNCAR).

8.2.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE**ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA**

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026

(n corsi di formazione programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

STANDARD: 100%

FONTE: CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

8.2.2. OBIETTIVO B): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI**ATTIVITÀ 2: monitoraggio e mantenimento del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani**

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

Monitoraggio e mantenimento Piano

STANDARD: 90%

FONTE: CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE
Elaborazione Piano	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

8.2.3. OBIETTIVO C): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE**ATTIVITÀ 3: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo (nel rispetto di quanto previsto dal Piano ICA)**

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

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 4: elaborazione/revisione/implementazione di un programma di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship)**INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2026**Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura****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	C	R
Revisione/Elaborazione procedura	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato**ATTIVITÀ 5: report monitoraggio consumo antibiotici****INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2026**Elaborazione processo monitoraggio consumo antibiotici.****STANDARD:** /**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**ATTIVITÀ 6: report monitoraggio consumo prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani****INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2026**Elaborazione processo monitoraggio utilizzo prodotti idroalcolici, 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

ATTIVITÀ 7: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni del sito chirurgico e della ferita chirurgica e alla gestione della sepsi**INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2026**Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura****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	C	R
Revisione/Elaborazione procedura	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

9. 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 al personale di struttura, con inserimento nel Sistema Qualità (intranet)
- invio al CRRC.

10. 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 n. G00163 del 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 gennaio 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 febbraio 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.
- Determinazione Regione Lazio n. G16501 del 28 novembre 2022 "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'Assistenza (ICA);
- 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";
- Determinazione Regione Lazio n. G17673 del 23 dicembre 2025 "Piano attuativo regionale per il contrasto all'antibiotico resistenza".

11. 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 AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI (PALIM)

ALLEGATO 1: PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI

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

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 2023, 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.

QUESTIONARI DI AUTOVALUTAZIONE

SEZIONE	RISULTATI 2024	RISULTATI 2025	AZIONI 2026
A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	85	85	<ul style="list-style-type: none"> Valutare la tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso Valutare l'introduzione di dispenser di vario tipo per aumentare l'utilizzo
B – FORMAZIONE DEL PERSONALE	75	75	<ul style="list-style-type: none"> Verificare che per il personale neo assunto sia prevista formazione sull'igiene delle mani Valutare le conoscenze degli operatori
C – MONITORAGGIO E FEEDBACK	65	65	<ul style="list-style-type: none"> Aumentare l'attività di osservazione e definire una cadenza regolare di svolgimento Valutare standard in relazione ai risultati
D – COMUNICAZIONE PERMANENTE	70	70	<ul style="list-style-type: none"> Valutare nuovo materiale per la comunicazione con il coinvolgimento di tutti gli stakeholder (Direzione Sanitaria, Risk Manager, Ufficio Comunicazione, Responsabile Qualità)
E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	75	75	<ul style="list-style-type: none"> Valutare l'introduzione di nuovi strumenti di partecipazione del personale Valutare la definizione di giornate annuali dedicate al tema (campagne interne)

CONSUMO SIA

Anno di riferimento	2025
Intervallo di tempo	Annuale
Standard	20 litri / 1000 gg degenza
Fonte	OMS

Consumo riferito all'intera struttura

ANNO	CSIA*	GDO*
2024	165,5	19.433
2025	138	20.018

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

ANNO	Area di	CSIA*	GDO*
2024	Degenza**	/	/
	NON Degenza**	/	/
	Totale	165,5	19.433
2025	Degenza**	/	/
	NON Degenza**	/	/
	Totale	138	20.018

* Per la definizione di CSIA 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

CSIA	Consumo di Soluzione Idroalcolica e/o prodotto equivalente 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 le seguenti Aree/Discipline: Medica, Chirurgica, Terapia Intensiva, Ortopedico-Traumatologica ed eventuali altre aree di Degenza.
Aree di NON degenza	Include le seguenti Aree/Discipline: Blocco Chirurgico, Consultori, Emergenza Urgenza, Sale di attesa, Day Hospital (D.H.), Day Surgery (D.S.), Ambulatori, Centri di Prenotazione (C.U.P.) ed eventuali altre aree di NON Degenza.

COMPLIANCE IGIENE MANI

SEZIONE	RISULTATI 2024	RISULTATI 2025	AZIONI 2026
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≥ 81 %	≥ 81 %	<ul style="list-style-type: none">• Aumentare l'attività di osservazione e definire una cadenza regolare di svolgimento• Valutare standard in relazione ai risultati

ALLEGATO 2

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

ALLEGATO 2: 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.

MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DI GESTIONE DEL RISCHIO LEGIONELLOSI

N.	AMBITO	ATTIVITÀ SVOLTA	ESITO / STATO DI ATTUAZIONE	PERIODICITÀ
1	Governance	Costituzione formale del Team di Gestione del Rischio Legionellosi	COSTITUITO	Aggiornato in caso di variazioni organizzative
2	Coordinamento	Riunioni del gruppo di lavoro	EFFETTUATE	Annuale (≥2 incontri)
3	Sistema documentale	Istituzione e aggiornamento piattaforma documentale dedicata	IN CORSO	Aggiornamento continuo
4	Valutazione del rischio	Redazione/aggiornamento DVR ai sensi D.Lgs. 81/08 e Linee Guida 2015	EFFETTUATA	Biennale o a seguito di modifiche/criticità
5	Ispezione tecnica	Sopralluogo tecnico per individuazione/conferma fonti di rischio	EFFETTUATO	Annuale
6	Misure di prevenzione	Implementazione misure strutturali e gestionali (controllo temperature, flussaggi, manutenzione, disinfezioni)	EFFETTUATO	Attuazione continuativa
7	Misure di controllo microbiologico	Esecuzione piano di campionamento	EFFETTUATO	Annuale / Straordinaria in caso di positività
8	Procedure operative	Redazione e revisione procedure specifiche per gestione rischio Legionellosi	IN CORSO	Revisione annuale
9	Segnalazione e notifica	Definizione flussi informativi interni ed esterni	EFFETTUATO	In caso di evento
10	Gestione ICA	Applicazione protocollo in caso di sospetta infezione correlata	N.A.	Eventuale
11	Monitoraggio efficacia	Analisi esiti microbiologici e indicatori operativi	SI	Report annuale
12	Piano di miglioramento	Attuazione eventuali azioni correttive o migliorative	N.A.	A seguito monitoraggio
13	Formazione	Evento formativo sul rischio Legionella	DA PROGRAMMARE	Annuale

N.	AMBITO	ATTIVITÀ SVOLTA	ESITO / STATO DI ATTUAZIONE	PERIODICITÀ
14	Sensibilizzazione	Iniziative informative per personale e utenti	DA PROGRAMMARE	Annuale

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).