

Centro Italiano di Solidarietà don Mario Picchi ETS

Area Capannelle

COMUNITA' SANTA MARIA

Via Appia Nuova, 1251
00178 – Roma
Tel: 067187303

ROMA CITTA' APERTA

Via Appia Nuova, 1251
00178 – Roma
Tel: 067186670

Mail: ceis@ceis.it
Sito: <https://www.ceisroma.it/>

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

MOD PARS

ED. / REV.	DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
00/03	12/02/2025	Risk Manager	Vicepresidente	Direzione Aziendale

INDICE

1.	PREMESSA	3
1.1.	SCOPO	4
2.	CONTESTO ORGANIZZATIVO	4
1.2.	GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	7
3.	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	8
2.1.	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI	8
2.2.	SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO	8
4.	DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	9
5.	RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE	9
6.	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	10
7.	OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	10
6.1.	OBIETTIVI	10
6.2.	ATTIVITÀ	11
6.2.1.	OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE ...	11
6.2.2.	OBIETTIVO C): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI	12
6.2.3.	OBIETTIVO D): PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA	12
	R: RESPONSABILE; C: COINVOLTO; I: INTERESSATO	12
8.	MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS	13
9.	RIFERIMENTI NORMATIVI	13
10.	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	14
	ALLEGATO 1: PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI	16
	ALLEGATO 2: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	18

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 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

Il Progetto Uomo è la filosofia, il principio ispiratore, che guida tutte le azioni delle strutture e dei servizi del Ce.I.S. In sintesi, è la proposta di porre la persona al centro della storia, come protagonista libera da ogni schiavitù, tesa al rinnovamento interiore, alla ricerca del bene, della libertà, della giustizia, indipendentemente dalle sue qualità, dal suo livello culturale e sociale, dal grado del suo potere economico e, ovviamente, senza distinzione di età, sesso, etnia e credo religioso.

Nello svolgimento di tutte le attività poste in essere, la metodologia adottata dal Ce.I.S. fa perno su alcune linee guida principali: accogliere, accompagnare, progettare; sono questi i concetti centrali per comprendere i processi educativi e terapeutici che mirano ad attribuire o a

restituire sempre all'utente il suo ruolo di protagonista. Il Ce.I.S., in altri termini, si mette al fianco della persona, senza però mai sostituirsi ad essa.

Un ulteriore aspetto centrale del lavoro del Centro Italiano di Solidarietà è quello di trasformare l'intervento sociale in azione culturale: l'obiettivo, cioè, è quello di cambiare gli atteggiamenti, i comportamenti, i convincimenti della pubblica opinione e dei vari opinion leaders, del mondo della comunicazione e dei politici sul tema della sofferenza e dell'esclusione sociale, superando quelle "emergenze" giornalistiche o politiche che vivono spesso lo spazio di un mattino, finendo in men che non si dica nel dimenticatoio o nel limbo delle buone intenzioni. La metodologia che il Ce.I.S. propone non consiste solo nella condivisione di problemi ed esperienze, ma si identifica piuttosto in coprotagonismo alla ricerca delle soluzioni, per essere parte di un processo che attiva, con iniziative dal basso, quei potenziali di cui tutti disponiamo, al fine di raggiungere più benessere e più salute. La prevenzione del malessere, che viene ricercata attraverso interventi nelle scuole, nelle associazioni, nelle parrocchie. Non si limita all'informazione sui danni derivanti da comportamenti negativi, ma mira a promuovere il benessere attraverso la responsabilizzazione degli educatori naturali e professionali, genitori ed insegnanti, e con interventi fondati sull'educazione tra pari ("Peer Education").

Sulla base delle esperienze maturate, il pensiero di don Mario Picchi viene da lui sintetizzato nella filosofia "Progetto Uomo", che sarà la guida per le azioni della sua associazione. Il modello di intervento del Ce.I.S. si sviluppa e si consolida attraverso la creazione di centri di accoglienza, comunità terapeutiche residenziali, centri di reinserimento sociale etc., strutture e servizi, destinati a fornire risposte specifiche al fenomeno della tossicodipendenza in primis ed in seguito a tutte problematiche sociali.

Si tratta di un insieme di principi e valori che guidano e orientano il nostro intervento. Alla base del "Progetto Uomo" vi è la ferma fiducia nella persona, in quanto tale, indipendentemente dalle sue qualità, cultura, livello sociale, potere politico ed economico: la persona è al centro del lavoro che si svolge, è vista come protagonista della propria esistenza, libera da ogni vincolo e schiavitù, tesa al rinnovamento personale.

Il trattamento implica un approccio multi-dimensionale che comprende il percorso terapeutico-riabilitativo, gli interventi educativi, lo sviluppo di abilità, l'implementazione del senso di autoefficacia personale, l'acquisizione di valori, l'insight e una riflessione di tipo rielaborativo delle esperienze presenti e del proprio passato.

Complessivamente si tratta di interventi multidisciplinari e integrati in cui figure professionali differenti attraverso metodi differenti portano avanti un lavoro con obiettivi comuni e condivisi con la stessa persona.

Il percorso di autonomia è centrato sulla singola persona che viene accompagnata e sostenuta dal gruppo dei pari e dagli operatori di riferimento.

Di seguito il dettaglio dei Servizi Socio Sanitari presenti presso la Sede Capannelle:

COMUNITÀ SANTA MARIA

Programma residenziale terapeutico per la cura e riabilitazione delle persone in stato di dipendenza, Autorizzata ed accreditata dal DCA n.U00384/2014 Regione Lazio.

La struttura risulta conforme ai requisiti ulteriori di accreditamento, sia generali che specifici, previsti dal DCA U00469 del 07/11/2017 - ASL ROMA 2 PROT. 0044504/2020 del 09/03/2020.

Santa Maria, dal 1983, è un Servizio Residenziale Terapeutico Riabilitativo per il trattamento delle dipendenze patologiche - accreditata presso la Regione Lazio. L'approccio terapeutico educativo è senz'altro la colonna portante della metodologia, che viene integrata da un lavoro introspettivo e di conoscenza del Sé attraverso gruppi e maratone terapeutiche. I

modelli di orientamento si ispirano alla psicologia umanistica (Rogers, Miller, Maslow, Moreno ecc.) e sono integrati dalle competenze specifiche degli operatori.

La cultura organizzativa e la filosofia dell'intervento affondano le loro radici nel "Progetto Uomo" che mette la persona al centro dell'intervento, dove la dipendenza risulta essere solo una espressione delle problematiche di cui la persona è portatrice. Tale approccio crea, pertanto, l'opportunità di abbracciare la persona nella sua complessità offrendole una prospettiva aperta ad un intervento integrato e personalizzato.

Obiettivo principale è accompagnare la persona alla gestione del comportamento di dipendenza per raggiungerne il completo superamento; ciò prevede un'adeguata attenzione alla salute fisica e psichica e un supporto mirato ad un efficace reinserimento sociale, affettivo, familiare, culturale.

I tempi del percorso terapeutico sono cadenzati da tre momenti residenziali e uno non residenziale; qualora se ne presentasse la necessità, è previsto un primo momento semiresidenziale volto a facilitare l'ambientamento e la valutazione della persona. Al fine di verificare l'efficacia dell'intervento svolto, inoltre, è attivo un sistema di follow-up strutturato per i tre anni successivi alla fine del percorso. Per poter accedere al servizio occorre preliminarmente la motivazione e disponibilità ad accettare i percorsi proposti: residenziale, semiresidenziale o ambulatoriale, previa valutazione condivisa fra utente, operatori e Ser.D. Necessaria la presentazione di una adeguata documentazione medica, psichiatrica e legale.

DATI STRUTTURALI (A)		Fonte del dato
ASL competente	ASL RM 2	DCA n.U00384/2014 DCA U0002/2017
Posti letto ordinari autorizzati	21	DCA n.U00384/2014 DCA U0002/2017
di cui Posti letto ordinari Accreditati	21	DCA n.U00384/2014 DCA U0002/2017

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

DATI DI ATTIVITÀ (A)		Fonte del dato
Giornate di degenza	365	DCA n.U00384/2014 DCA U0002/2017
Prestazioni ambulatoriali	/	/
Prestazioni domiciliari	/	/

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

Di seguito il dettaglio dei Servizi Socio Assistenziali presenti presso la Sede Capannelle:

ROMA CITTÀ APERTA

Casa Alloggio per persone con problematiche psicosociali (immigrati), Quadrilatero 1 autorizzato al funzionamento dal D.D 1154/2018 Roma Capitale Municipio VII. Quadrilatero 2 autorizzato al funzionamento dal D.D 1187/2018 Roma Capitale Municipio VII.

In risposta alle richieste della Pubblica Amministrazione di aumentare il numero dei posti disponibili, il Centro Italiano di Solidarietà don Mario Picchi ETS, in partenariato con il Consiglio Italiano per i Rifugiati, ha aperto a Luglio 2017, nell'ambito dell'accordo quadro per la realizzazione di progetti di accoglienza integrata in favore di adulti e famiglie in centri SPRAR – annualità 2017/2019 di Roma, Capitale, il nuovo centro per poter dare quotidianamente

ospitalità a 40 ospiti.

Lo SPRAR, il Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati, ha come obiettivo principale la (ri)conquista dell'autonomia individuale degli ospiti accolti. Per questo motivo diventa essenziale collocare al centro del Sistema di Protezione gli ospiti, i quali non sono dei meri beneficiari passivi di interventi predisposti in loro favore, ma protagonisti attivi del proprio percorso di accoglienza.

Lo SPRAR mira ad un'accoglienza integrata, che implica che gli interventi materiali di base, quale la predisposizione di vitto e alloggio, siano contestuali a servizi volti a favorire l'acquisizione di strumenti per l'autonomia. Il Progetto Roma Città Aperta 2 è nato dall'esperienza realizzata dal marzo 2014 a luglio 2017 con il primo progetto SPRAR (Roma Città Aperta). La struttura si trova in Via Appia Nuova presso il Ce.I.S. (Centro Italiano di Solidarietà don Mario Picchi ETS) ed è progettata per offrire un forte punto di riferimento e stabilità agli ospiti dispone di camere doppie e una grande varietà di spazi comuni per favorire la socializzazione.

DATI STRUTTURALI (A)		Fonte del dato
Municipio e ASL competente	Municipio VII – ASL RM 2	DD 1154/2018 DD1187/2012DD 1154/2018
Posti letto ordinari autorizzati	20 + 20	DD 1154/2018 DD1187/2012DD 1154/2018
di cui Posti letto ordinari Accreditati	20 + 20	Ruc Roma Capitale - Registro delle associazioni e degli enti che operano in favore degli immigrati presso il Ministero del Lavoro

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

DATI DI ATTIVITÀ (A)		Fonte del dato
Giornate di degenza	365	DD3992/2020 ROMA CAPITALE
Prestazioni ambulatoriali	/	/
Prestazioni domiciliari	/	/

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

1.2. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

CeIS don Mario Picchi – Sede Capannelle, nell'ambito della Gestione del Rischio Clinico, ha da sempre dedicato una particolare attenzione alle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e alla loro gestione.

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

2.1. 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 in tabella.

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. (100%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (100%)	Sistemi di reporting (100%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Eventi Avversi	2	100%	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (100%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (100%)	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	2	100%	0	/	/	/

Riguardo ai due casi segnalati e registrati, la specifica tipologia dei pazienti trattati sembra essere il fattore di rischio principale per il verificarsi dell'evento. La gestione da parte del personale è stata pronta ed immediata e, laddove ritenuto necessario, si è provveduto al trasferimento dell'utente in accordo con i servizi asl di riferimento del territorio.

2.2. 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	2	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0
2024	0	0	0

4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	POLIZZA	SCADENZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	FRANCHIGIA	BROKER
2020	893C0173 893A30328	2021	Zurich	€ 3.000,00 € 9.600,00	Nessuna 3 %	G. ZAPPA
2021	893C0173 893A30328	2022	Zurich	€ 3.000,00 € 9.600,00	Nessuna 3 %	G. ZAPPA
2022	893C0173 893A30328	2023	Zurich	€ 3.000,00 € 9.600,00	Nessuna 3 %	G. ZAPPA
2023	17LP0753 527°1888 893C0029 893C0173 17LP0298	2024	AEA Assicurazioni SRL	€ 2.775,00 € 1.332,00 € 214,00 € 3.000,00 € 10.070,00	Nessuna	G. ZAPPA
2024	17LP0753 527°1888 893C0029 893C0173 17LP0298	2025	Zurich	€ 2.775,00 € 1.332,00 € 214,00 € 3.000,00 € 10.070,00	NESSUNA	G.ZAPPA

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	/
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)	NO	Nel corso del 2024 la Direzione ha valutato come prioritario dedicarsi alla redazione di una procedura che recepisce le disposizioni normative (determina regionale, raccomandazione ministeriale etc.) relativa alla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori in sostituzione di quella sulle infezioni correlate all'assistenza.
6: report monitoraggio consumo prodotti per l'igiene delle mani*	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;
- Presidente del CCICA: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo;
- Vicepresidente: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
- Direzione Aziendale: 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	Presidente CCICA	Risk Manager	Vicepresidente	Direzione Aziendale	Strutture di supporto
Redazione PARS	R	R	R	C	/
Adozione PARS	I	I	I	R	/
Monitoraggio PARS	R	R	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

6.1. 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.**

6.2. ATTIVITÀ

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

6.2.1. 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

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 31.12.2025

(documentazione implementata) / (documentazione da implementare)

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Revisione modulo	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

6.2.2. 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

6.2.3. 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 di un'utenza in trattamento per sostanze psicotrope o stupefacenti (alcol, thc, eroina, cocaina, etc...), la Direzione della Comunità ha optato per l'adozione preferenzialmente di sapone per l'igiene delle mani.

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il presente PARS sarà diffuso attraverso i seguenti strumenti:

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

9. 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.
- 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".

10. 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	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	
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: Formazione del Personale	SI	
7: Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari	SI	/
8: Monitoraggio consumo di soluzioni per il lavaggio delle mani *	SI	
<p>*Valutato il potenziale rischio di assunzione per via orale di prodotti idroalcolici da parte di un'utenza in trattamento per sostanze psicotrope o stupefacenti (alcool, thc, eroina, cocaina, etc...), la Direzione della Comunità ha optato per l'adozione preferenzialmente di sapone per l'igiene delle mani. Nel 2024 sono stati consumati complessivamente 288 L di prodotti per l'igiene delle mani (sia gel idroalcolico che il sapone per le mani). I consumi sono riconducibili oltre che agli operatori anche all'utenza in considerazione del fatto che l'utenza trattata non è allettata e che partecipa alle attività necessarie alla conduzione della Comunità (attività ergoterapiche).</p>		

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

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.

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 servizio prevenzione e protezione che si avvarrà, per i temi legati alla Legionella, anche del supporto di:

- Servizio Tecnico
- Responsabile del Laboratorio di riferimento
- Eventuale consulenza fornita da un medico specialista

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 servizio prevenzione e protezione

ATTIVITÀ PROGRAMMATE 2025

ATTIVITÀ	OBIETTIVO	DATA
1: Riunioni del gruppo di lavoro	Almeno 1 riunione 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).