Piano Annuale Rischio Sanitario

(P.A.R.S.)

Casa di Cura ICOT di Latina

Anno 2026

1. PREMESSA 2
2. IL CONTESTO TERRITORIALE 2
3. CONTESTO ORGANIZZATIVO 2
3.1 DATI STRUTTURALI 2
3.2 DATI DI ATTIVITÀ 3
3.3 INTRODUZIONE AL PARS 3
4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI 5
4.1 EVENTI SEGNALATI NEL 2025 (ex art. 2, comma 5, Legge 24/2017) 5
4.2 SINISTROSITA' E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO (ex art. 4, comma 3, Legge 24/2017) 6
5. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA 6
6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE – ANNO 2025 7
6.1 RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO SANITARIO NON INFETTIVO 7
6.2 RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO SANITARIO INFETTIVO 8
7. MATRICE RESPONSABILITÀ 9
8. OBIETTIVI E ATTIVITA' PARS – ANNO 2026 10
8.1 OBIETTIVI DELLA GESTIONE RISCHIO SANITARIO NON INFETTIVO 10
8.2 ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO NON INFETTIVO 10
8.3 OBIETTIVI DELLA GESTIONE RISCHIO SANITARIO INFETTIVO 14
8.4 ATTIVITA' GESTIONE RISCHIO SANITARIO INFETTIVO 15
9. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS 19
10. RIFERIMENTI 19
11. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA 20

Data:	Emesso da:	Approvato da:	
24-02-2026	Clinical Risk Manager: Dott. Angelo Boumis	Direttore Generale: Dott. Massimo Miraglia	
		Direttore Sanitario: Dott. Angelo Boumis	
		Direttore Amministrativo: Dott. Roberto Ciceroni	

1. PREMESSA

L'Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico (ICOT) è un a Casa di Cura accreditata, appartenente al Gruppo GIOMI, operante nel Lazio, nell'ambito territoriale della ASL Latina, sita in via F. Faggiana, 1668.

2. IL CONTESTO TERRITORIALE

La Casa di Cura ICOT è situata alle porte di Latina sul territorio della ASL di Latina Distretto 2 (vedi fig.1) che comprende 5 Comuni per un totale di 164.978 abitanti: Latina, Pontinia, Norma, Sermoneta, Sabaudia È un'area densamente popolata con indice medio di vecchiaia alto pari a 182,3 (dati naz. 148,6) in cui sono concentrate un grosso numero di strutture sanitarie sia di pertinenza della Asl che strutture per acuti del SSR come esplicitato nella fig. 1 per un totale di 6800 posti letto per acuti.

3. CONTESTO ORGANIZZATIVO

3.1 DATI STRUTTURALI

TIPOLOGIA P.L.	ORD	DH/DS	ISOLAMENTO
CARDIOLOGIA	12	--	
MEDICINA INTERNA	41	--	
DH MULTIDISCIPLINARE	N:P:	--	
AREA MEDICA	53	--	
CHIRURGIA GENERALE	15	--	
ORTOPEDIA	129	7	
UROLOGIA	15	--	
CHIRURGIA VASCOLARE	10	--	
DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE	--	8	
AREA CHIRURGICA	169	15	
AREA ACUTI	**222**	**15**	
RIABILITAZIONE COD. 56	109	12	
AREA RIABILITAZIONE	**109**	**12**	
LUNGODEGENZA COD. 60	20	--	
AREA LUNGODEGENZA	**20**	**--**	
UTIPO	8		
UTIC	4		
AREA CRITICA	**12**		
TOTALE POSTI LETTO ACCREDITATI	**363**	**27**	
ISOLAMENTO			**3**

HOSPICE RESIDENZIALI	**10**		
DIALISI	**19**		2

HOSPICE DOMICILIARI		**40**	

N° 2 Blocchi Operatori composti da:

1. Edificio A: N° 7 sale operatorie
   N° 1 Sala Chirurgica ambulatoriale /endoscopia digestiva
2. Edificio B: N° 2 Sale operatorie
   N° 1 Sala emodinamica

N° 2 Terapie intensive

N. 1 UTIC

N° 1 Pronto soccorso

3.2 *DATI DI ATTIVITÀ*

AREA PER ACUTI

Ricoveri ordinari	7898	**Ricoveri diurni**	414
Accessi di P.S.	16843		
Branche specialistiche	24	**Prestazioni ambulatoriali erogate (A-C-D-I-R)** *(escluso laboratorio)*	70112

AREA RIABILITATIVA

Ricoveri ordinari	1686	**Ricoveri diurni**	261

LUNGODEGENZA

Ricoveri ordinari	277	**Ricoveri diurni**	/

3.3 *INTRODUZIONE AL PARS*

Il PARS 2026 della Casa di Cura ICOT di Latina è stato elaborato sulla scorta delle indicazioni contenute nella Nota Regionale U.0124752 del 02/02/2023, nella Determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 "*Adozione del Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)*", della nota Regione Lazio Registro Ufficiale n. U.0079798 del 22-01-2025 avente per oggetto "*Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2025 (PARS)*" e della nota Regione Lazio Registro Ufficiale n. U.0037825 del 15-01-2026 avente per oggetto "*Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2026 (PARS)*".

Il PARS compendia i documenti denominati in precedenza PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza).

Il PARS, quindi, in quanto unico documento per la Gestione del Rischio ha come obiettivi fondamentali: **un visone unitaria nella Gestione del Rischio Sanitario con particolare attenzione alla Gestione del Rischio Infettivo e alle misure di attuazione del Piano Regionale sull'Igiene delle mani.**

Il miglioramento continuo delle cure e la sicurezza del paziente rappresentano per ICOT una priorità strategica.

Per questo dal 2017 è iniziato un processo di formazione e coinvolgimento degli operatori che ha consentito di:

- Formare il **Clinical Risk Manager** aziendale con il corso di perfezionamento annuale "*Risk Management in Sanità*", organizzato dall'Università LUISS in collaborazione con Federsanità – ANCI.
- Formare una rete di **Facilitatori del Rischio Clinico** (FRC).
- Formare **598 operatori sulla gestione del rischio clinico** dall'anno 2017.

La formazione continuerà anche nell'anno 2026 sul personale neoassunto o che non ha frequentato i corsi già organizzati, in coerenza con quanto previsto dal requisito 4.2.F2.C della DCA 469/2017.

Nell'ambito di gestione della Qualità e della Sicurezza si segnala che ICOT continua nel percorso di integrazione del **Sistema di Gestione per la Qualità ISO 9001** e quello della **Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro ISO 45001**.

Per quanto riguarda la **gestione del rischio infettivo**, con comunicazione del Direttore Sanitario del 27-05-2017 è stato aggiornato il Comitato per la Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (già Comitato per le Infezioni Ospedaliere in vigore dall'anno 2009– CIO). In data 16-07-2018 la Direzione Aziendale ha confermato il Comitato per la Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA), costituendo anche gruppi tematici per l'Accreditamento Istituzionale. In data 26-04-2024 è stato aggiornato il *Regolamento del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)*, sulla scorta delle indicazioni contenute nel "*Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)*" emanato dalla Regione Lazio il 25-11-2022. Il CC-ICA ha i seguenti compiti:

- definire la strategia di lotta contro le Infezioni Correlate all'Assistenza;
- organizzazione del sistema di sorveglianza (uso degli antibiotici, ecc.);
- istituzione di misure di prevenzione;
- coinvolgimento dei servizi laboratoristici;
- informazione al personale ospedaliero sull'andamento delle infezioni;
- verificare l'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza e controllo e della loro efficacia;
- curare la formazione culturale e del personale su tale argomento;

A queste funzioni, si aggiunge il rigoroso **monitoraggio** e **supporto all'applicazione del PARS.**

Il CC-ICA nell'anno 2025 si è riunito 3 volte e i verbali sono agli atti della Direzione Sanitaria.

L'ICOT dispone di 3 stanze di isolamento temporaneo dotate di impianto idoneo e zone filtro per vestizione e svestizione degli operatori. L'Istituto si avvale, inoltre, della consulenza di n. 1 medici infettivologi.

Si segnala che presso l'Istituto è attivo un sistema di monitoraggio periodico dei seguenti aspetti legati alla prevenzione delle ICA:

- monitoraggio trimestrale dei germi *alert* e relativi antibiogrammi,
- monitoraggio trimestrale sulla compliance delle occasioni di lavaggio delle mani
- monitoraggio trimestrale del consumo di gel alcolico e sapone
- monitoraggio trimestrale della corretta applicazione della profilassi antibiotica peri-operatoria
- monitoraggio annuale del consumo degli antibiotici, a cura del Servizio Farmaceutico di Gruppo sulla compliance delle occasioni di lavaggio delle mani
- monitoraggio annuale della antibiotico-terapia empirica
- monitoraggio annuale della prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica

I risultati dei monitoraggi sono diffusi e condivisi a livello delle singole UU.OO.

I dispenser di gel idroalcolico sono posizionati in tutte le Unità Operative, nei Servizi e negli spazi comuni. In particolare, nei reparti di degenza, sono collocati: lungo i corridoi, sui carrelli e nelle stanze di lavoro.

È proseguita l'attività di osservazione del corretto lavaggio delle mani effettuato a cura dello specifico gruppo aziendale (n. 5 operatori formati) per un totale di 842 occasioni di lavaggio osservate.

In data 24/02/2026 è stato aggiornato, approvato e diffuso il **piano locale per l'igiene delle mani – anno 2026**, dopo aver effettuato l'autovalutazione, sulla scorta delle indicazioni fornite dal Piano Regionale per l'igiene delle Mani. Il Piano è stato inoltrato in allegato al PARS 2026 al CCRC Regione lazio in data 26-02-2026

La formazione sul lavaggio delle mani prosegue anche in occasione delle edizioni del corso base sulla gestione del rischio clinico previste nell'anno 2026.

Nel corso dell'anno 2025 l'Istituto è stato coinvolto nel percorso di accreditamento istituzionale, in occasione del quale sono state implementate attività e procedure inerenti alla Gestione del Rischio Clinico e la Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) con particolare riferimento a:

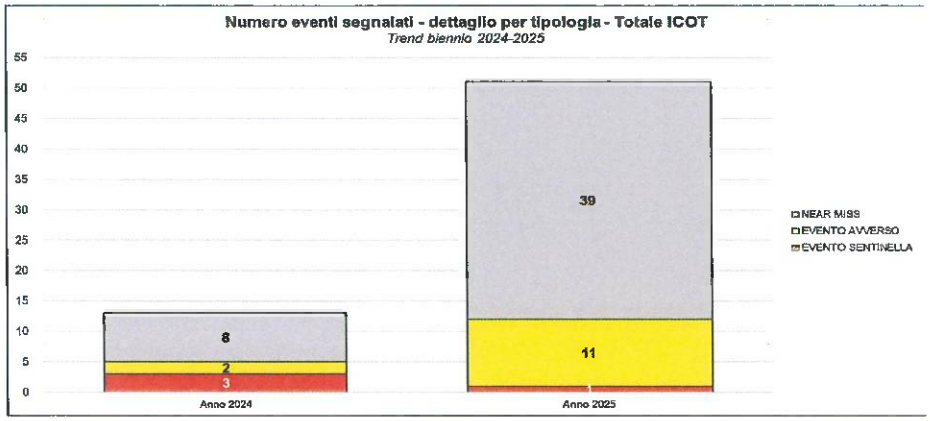
- revisione procedura "*Lesioni da pressione*" (PO-75-34 rev_3)
- revisione *Valutazione del rischio per esposizione alla Legionella* (rev_2026)

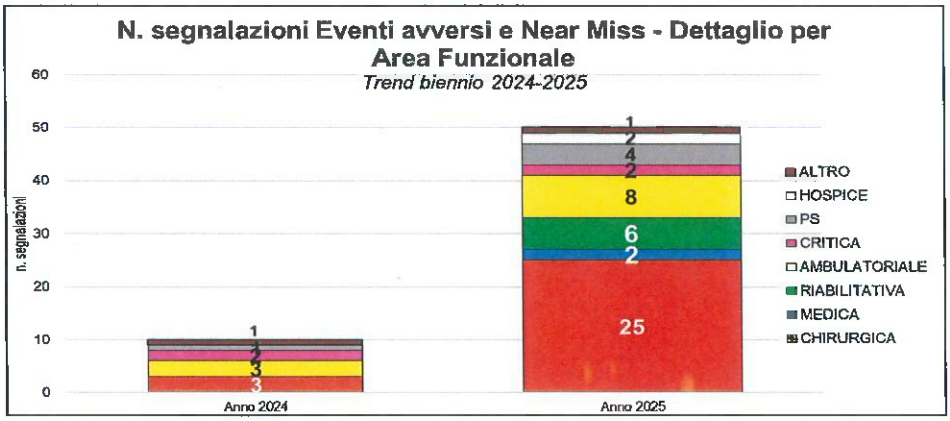
- emissione del protocollo "*Gestione del catetere vescicale e prevenzione delle infezioni delle vie urinarie*" (PO-75-42 rev_1)
- revisione procedura GRC-03 Eventi_sentinella_rev_3
- revisione GRC-04 (Gestione Rischio Clinico)rev3
- revisione MRC-05-Scheda segnalazione eventi -rev 5-
- revisione GRC-08 Prevenzione cadute REV1
- revisione M-75-05-102-(Scheda-segnalazione-cadute) rev.5

4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

4.1 *EVENTI SEGNALATI NEL 2025 (ex art. 2, comma 5, Legge 24/2017)*

Dal confronto con l'anno 2024, nell'anno 2025, si assiste a una diminuzione degli eventi sentinella (1 caduta con grave danno) e un aumento dei *near miss*/eventi senza danno segnalati. Si riduce, invece, il numero di eventi avversi (escluse le cadute) segnalati.
Di seguito si riporta il grafico degli eventi sentinella, eventi avversi e *near miss* segnalati nell'anno 2024 a confronto con l'anno 2025 (negli eventi avversi e *near miss* NON sono comprese le cadute).





Si segnala, inoltre, un aumento delle cadute segnalate nell'anno 2025 rispetto agli anni precedenti (192 nell'anno 2025). Tutte le cadute occorse nell'anno 2025 sono state registrate sulla **piattaforma SIRES**.
Dai dati, risulta evidente come ancora la propensione alla segnalazione dei quasi eventi, degli eventi avversi senza danno e degli eventi avversi con danno sia ancora bassa.
L'Istituto, quindi, si pone come obiettivi prioritari per il 2026 la formazione in presenza rivolta agli operatori di assistenza sulla gestione del rischio clinico, la programmazione di riunioni periodiche con i Facilitatori del rischio Clinico e la stimolazione dell'attività di segnalazione e analisi degli eventi avversi e dei quasi eventi. In tema di analisi, sono stati organizzati 10 audit nel corso dell'anno 2025, in aumento rispetto ai 3 dell'anno 2024.

4.2 SINISTROSITA' E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO (ex art. 4, comma 3, Legge 24/2017)

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre che "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio". Al fine di ottemperare a tale obbligo è redatta la tabella seguente.

Anno	N° sinistri aperti	N. sinistri liquidati	Risarcimenti erogati
2020	34	Gestiti a livello centrale	Gestiti a livello centrale
2021	27	Gestiti a livello centrale	Gestiti a livello centrale
2022	23	Gestiti a livello centrale	Gestiti a livello centrale
2023	22	Gestiti a livello centrale	Gestiti a livello centrale
2024	26	Gestiti a livello centrale	Gestiti a livello centrale
2025	21	Gestiti a livello centrale	Gestiti a livello centrale
Totale	**160**	**Gestiti a livello centrale**	**Gestiti a livello centrale**

La tabella fa riferimento esclusivamente a ai sinistri e ai risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni a cose, smarrimento di oggetti, etc

Tutti i sinistri sono stati registrati nel sistema di verifica regionale SIRES.

5. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

L'Istituto, in quanto facente parte del Gruppo GIOMI, opera in regime di ritenzione del danno.

6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE – ANNO 2025

6.1 *RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO SANITARIO NON INFETTIVO*

Di seguito è riportato l'esito delle attività di Gestione del Rischio Sanitario programmate per l'anno 2025.

Obiettivo a): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	**Esito**	**Stato di attuazione**
Attività 1: Esecuzione del corso base sulla gestione del rischio clinico rivolto agli operatori non formati negli anni precedenti e ai neoassunti	SI	n. 35 operatori formati nel 2025 con 2 edizioni del corso accreditato ECM.
Obiettivo b): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi		
Attività	**Esito**	**Stato di attuazione**
Attività 2: Monitoraggio corretta compilazione della Check List di Sala Operatoria	SI	Elaborati report trimestrali su campione di cartelle cliniche per la valutazione della presenza e completezza della CLSO. Effettuata condivisione nelle UU.OO. con redazione verbali.
Attività 3: Monitoraggio della corretta applicazione della procedura per la prevenzione delle cadute	SI	Elaborati report trimestrali su campione di cartelle cliniche per la valutazione della corretta applicazione della scala di valutazione del rischio caduta. Effettuata condivisione nelle UU.OO. con redazione verbali. Alimentata piattaforma regionale SIRES con tutti gli eventi caduta dell'anno 2025.
Attività 4: Monitoraggio della corretta applicazione della procedura per la prevenzione del Rischio Nutrizionale	SI	Elaborati report trimestrali su campione di cartelle cliniche per la valutazione della corretta applicazione della scala di valutazione del rischio nutrizionale (MUST). Effettuata condivisione nelle UU.OO. con redazione verbali.
Attività 5: Monitoraggio della corretta applicazione della procedura per la prevenzione delle lesioni da pressione	IP	Non completato il monitoraggio sulla corretta applicazione della scala di Braden. Procedura aggiornata in data 22/09/2025
Attività 6: Osservazione delle occasioni di identificazione attiva del paziente	SI	Effettuato il monitoraggio sulle occasioni di identificazione attiva del paziente. I risultati sono stati inviati alle UU.OO. per condivisione.
Attività 7: Implementazione del coinvolgimento degli operatori nel sistema di segnalazione di Incident Reporting	SI	Elaborati report trimestrali sul numero e tipologia di segnalazioni pervenute attraverso il sistema di incident reporting aziendale, escluse le cadute che hanno avuto una restituzione specifica. Nell'anno 2025 sono pervenute al Clinical Risk Manager n. 51 segnalazioni (escluse le cadute) con un incremento molto significativo rispetto all'anno precedente (nel 2024 erano state n.13). Tutte le segnalazioni pervenute nel 2025 sono state inserite sul sistema regionale SIRES.
Attività 8: Analisi degli eventi avversi (EA), eventi sentinella (ES) e nera miss (NM) attraverso audit clinici con incremento rispetto all'anno precedente	SI	Nel corso dell'anno 2025 sono stati organizzati n. 10 audit clinici con un incremento molto significativo rispetto all'anno precedente (nel 2024 erano stati n. 3).
Obiettivo C): Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture		
Attività	**Esito**	**Stato di attuazione**
Attività 9: Certificazione del "*Sistema di Gestione per la Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro*" secondo la norma ISO 45001	SI	Certificazione ottenuta in data 24/03/2025
Attività 10: Esecuzione di *Safety Walk Round* (SWR) sulla segnalazione eventi avversi e quasi eventi	SI	Effettuati 1 SWR in data 30/09/2025 con focus specifico su conoscenza procedure di segnalazione degli ES, EA e NM.

Attività 11: realizzazione di corsi di formazione/aggiornamento per i dipendenti sulla sicurezza negli ambienti di lavoro ex D.Lgs 81/08	SI	n. 12 corsi realizzati e 58 lavoratori nuovi assunti formati. n.1 corsi per 2 lavoratori non nuovi assunti
Attività 12: Realizzazione dell'indagine stress-lavoro correlato ex D. Lgs 81/08	NO	

Sono state realizzate integralmente 10 attività rispetto alle 12 attività previste per l'anno 2025, ossia l'83,4 % del totale.

E' stata realizzata parzialmente 1 attività rispetto alle 12 attività previste per l'anno 2025, ossia lo 8,3 % del totale.

Non è stata realizzata 1 attività rispetto alle 12 attività previste per l'anno 2025, ossia l'8,3 % del totale.

6.2 *RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO SANITARIO INFETTIVO*

Di seguito è riportato l'esito delle attività di Gestione del Rischio Sanitario Infettivo programmate per l'anno 2025.

Obiettivo a): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	**Esito**	**Stato di attuazione**
Attività 1: Esecuzione di almeno un'edizione del corso sulla prevenzione delle ICA e *antibiotic stewardship*	SI	n. 70 operatori formati nel 2025 con n. 3 edizioni di corso accreditato ECM. Complessivamente dall'anno 2023 sono stati formati n. 216 operatori.
Attività 2: Progettazione ed esecuzione di almeno un'edizione di un corso sul riconoscimento, sulla gestione e sul trattamento della sepsi.	SI	n. 106 operatori formati nel 2025 con n. 4 edizioni di corso accreditato ECM.
Obiettivo B): Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi		
Attività	**Esito**	**Stato di attuazione**
Attività 3: Elaborazione del Piano 2025 e monitoraggio delle azioni	SI	Piano emesso e diffuso il 24/02/2025 e monitoraggio in continuo degli obiettivi prefissati. Per i dettagli delle azioni svolte si rimanda al documento specifico allegato al PARS.
Obiettivo b): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE		
Attività	**Esito**	**Stato di attuazione**
Attività 4: prosecuzione della segnalazione e invio dei casi di emocoltura positiva a CRE alla ASL e al Ministero, attraverso monitoraggio dell'avvenuta trasmissione dei referti positivi.	SI	Nel corso dell'anno 2025 sono state inviate n. 19 schede di segnalazione alla ASL e alla Regione Lazio attraverso il SERESMI I dati sono stati discussi in occasione della restituzione periodica dei dati di performance alle UU.OO. e all'interno degli incontri del CC-ICA.
Attività 5: Corretta applicazione della procedura aziendale sulla antibiotico-profilassi peri-operatoria	SI	Elaborati report trimestrali sulla corretta applicazione della procedura di antibiotico-profilassi peri-operatoria (Antibiotico, dose e tempo di somministrazione). Effettuata condivisione nelle UU.OO. con redazione verbali.
Attività 6: Diffusione report alle UU.OO. delle infezioni/colonizzazioni da CRE	SI	Elaborati report trimestrali sulle infezioni da CRE da parte del laboratorio che sono stati diffusi dalla Direzione Sanitaria alle UU.OO. I dati sono stati discussi in occasione della restituzione periodica dei dati di performance alle UU.OO. e all'interno degli incontri del CC-ICA. Nel corso del quarto trimestre 2025 è stata rivista la struttura del report che sarà applicato dall'anno 2026, al fine di rendere i risultati più fruibili da parte delle singole UU.OO.
Attività 7: Diffusione report alle UU.OO. sui patogeni circolanti e relative farmacoresistenze	SI	

Attività 8: Monitoraggio consumo antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/1000 gg di degenza	SI	Report annuale elaborato dal Responsabile del Servizio Farmaceutico di gruppo.
Attività 9: Monitoraggio del consumo di gel alcolico disaggregato per Area Assistenziale e complessivo	SI	Elaborati report trimestrali sul consumo di gel alcolico a livello di struttura e sulla compliance degli operatori alle procedure di igiene delle mani. I report sul consumo sono stati discussi in occasione della restituzione periodica dei dati di performance alle UU.OO. e all'interno degli incontri del CC-ICA. Il Clinical Risk manager ha alimentato il sistema informativo SERESMI con i dati di consumo del gel alcolico per setting assistenziale secondo il form di compilazione previsto a livello regionale. Il consumo complessivo a livello di struttura è stato di 12,5 L/1.000 gg degenza
Attività 10: pianificazione e svolgimento di uno studio di prevalenza delle ICA	NO	Lo studio di prevalenza non è stato effettuato nell'anno 2025 ed è stato calendarizzato per il mese di gennaio 2026.
Attività 11 indicatore 1: Monitoraggio semestrale della corretta applicazione della procedura di antibioticoterapia empirica (Antibiotico, dose e tempo di somministrazione)	IP	In elaborazione report su campione di cartelle cliniche per effettuare verifica sull'adesione al protocollo antibioticoterapia empirica emesso a ottobre 2024. Da effettuare monitoraggio su campione più ampio di cartelle cliniche e condivisone documentata con le UU.OO. interessate.
Attività 11 indicatore 2: Monitoraggio semestrale della coerenza tra antibiogrammi e impostazione della antibioticoterapia mirata (Antibiotico, dose e tempo di somministrazione)	IP	
Attività 12: Sistema di segnalazione proattiva delle ICA	IP	L'elaborazione della procedura per la segnalazione volontaria delle ICA è prevista entro il 30/06/2026
Attività 13: Monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica	IP	La procedura è in fase di elaborazione e verrà emessa entro il primo semestre del 2026
Attività 14: Elaborazione, condivisione e monitoraggio del programma di controllo della legionellosi"	SI	Il piano è stato elaborato e diffuso in occasione della redazione del PARS 2025. Per i dettagli si rimanda allo specifico documento allegato al PARS 2026.

Sono state realizzate integralmente 10 attività rispetto alle 15 attività previste per l'anno 2025, ossia lo 66,7 % del totale.

Sono state realizzate parzialmente 4 attività rispetto alle 15 attività previste per l'anno 2025, ossia lo 26,7 % del totale.

Non è stata realizzata 1 attività rispetto alle 15 attività previste, ossia lo 6,6 % del totale

7. MATRICE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce almeno le seguenti responsabilità:

- Il Risk Manager: redige e monitora l'implementazione della parte del piano ad esclusione di quella sul rischio infettivo Invia il PARS CRRC;
- Il Direttore Sanitario, in qualità di Coordinatore del CCICA redige e monitora l'implementazione del piano specifica sul rischio infettivo
- Responsabile Affari Generali/Affari Legali: redige la parte del piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa
- Direzione Strategica Aziendale/Proprietà: si impegna ad adottare il PARS e a fornire all' Organizzazione le risorse opportune e le opportune direttive per la realizzazione delle attività del Piano.

Azione	Direttore Sanitario/Presidente del CCICA	Risk Manager/ Gruppo Rischio Clinico	Responsabile Affari Generali /Legali	Direttore Generale/ Proprietà	Direttore Amministrativo	Strutture Amm.ve e Tecniche di Supporto
Redazione PARS	**R**	**R**	C	C	C	-
Adozione del PARS	C	C	I	**R**	C	-
Monitoraggio PARS	**R**	**R**	I	I	C	C

R= Responsabile *C=Coinvolto* *I=Interessato*

8. OBIETTIVI E ATTIVITA' PARS – ANNO 2026

8.1 OBIETTIVI DELLA GESTIONE RISCHIO SANITARIO NON INFETTIVO

Di seguito sono riportati gli obiettivi strategici regionali e le relative attività specifiche sulla gestione del rischio NON infettivo:

a) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.

b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

c) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

8.2 ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO NON INFETTIVO

Per l'anno 2026 all'interno del PARS sono state individuate le seguenti attività di gestione del rischio sanitario NON infettivo:

A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.

1. Corso base "*Gestione del rischio clinico*" per gli operatori non formati precedentemente e i neoassunti

B. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

1. Monitoraggio corretta applicazione della Check List di Sala Operatoria
2. Monitoraggio almeno semestrale della applicazione della procedura per la prevenzione delle cadute
3. Monitoraggio almeno semestrale della applicazione della procedura per la prevenzione del rischio nutrizionale
4. Monitoraggio almeno semestrale della applicazione della procedura per la prevenzione delle lesioni da pressione
5. Osservazione almeno semestrale delle occasioni di identificazione attiva del paziente
6. Incremento del numero delle segnalazioni di EA, ES e NM con il sistema di Incident Reporting rispetto all'anno 2024
7. Incremento di audit clinici organizzati da parte delle UO/Servizi a seguito delle segnalazioni di EA, ES e NM rispetto all'anno 2024
8. Monitoraggio della documentazione clinica per la verifica del coinvolgimento dei pazienti attraverso la condivisione della modulistica aziendale (opuscoli informativi su rischio cadute, igiene mani, condivisione progetti e piani terapeutici, etc.)

C. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

1. Mantenimento della certificazione integrata sistemi qualità salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (SGSSLL)
2. Esecuzione di almeno 2 SWR nel corso dell'anno su conoscenza sistema di segnalazione eventi avversi e procedure rischio clinico
3. Realizzazione di corsi di formazione/aggiornamento per i dipendenti sulla sicurezza negli ambienti di lavoro ex D. Lgs 81/08
4. Realizzazione dell'indagine stress-lavoro correlato ex D. Lgs 81/08

Obiettivo A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

Attività 1: Esecuzione del corso base sulla gestione del rischio clinico rivolto al personale non formato negli anni precedenti e neoassunti
Indicatore 1: Esecuzione di almeno una edizione del corso rivolto al personale entro il 31 dicembre 2026
Standard: sì – attestato di partecipazione
Indicatore 2: >90% di personale neoassunto nell'anno formato
Standard: si – attestato di partecipazione
Fonte: CCICA e Ufficio Formazione
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CRM/ Gruppo Rischio Clinico	Formatore esperto	RAQ e Ufficio Formazione
Progettazione del corso	R	C	C
Accreditamento del corso	I	I	R
Esecuzione del Corso	I	R	C

Valutazione standard personale formato	C	I	R

Obiettivo B): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività 2: Monitoraggio corretta applicazione della Check List di Sala Operatoria

Indicatore: Report di monitoraggio sulla compilazione della CLSO e restituzione alle UU.OO., con cadenza almeno semestrale

Standard: sì – presenza di almeno 2 report annuali

Fonte: CSSA e Direzione Sanitaria.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Clinical Risk Manager	Servizio Infermieristico	Personale UU.OO.
Raccolta dei dati	C	R	I
Stesura e diffusione del report	R	C	I
Condivisione del report	C	C	R
Azioni di miglioramento	C	I	R

Attività 3: Monitoraggio corretta applicazione della procedura per la prevenzione delle cadute

Indicatore: Report di monitoraggio sulla compilazione della scala valutazione cadute e restituzione alle UU.OO., con cadenza almeno semestrale

Standard: sì – presenza di almeno 2 report annuali

Fonte: CSSA e Direzione Sanitaria.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Clinical Risk Manager	Servizio Infermieristico	Personale UU.OO.
Raccolta dei dati	C	R	I
Stesura e diffusione del report	R	C	I
Condivisione del report	C	C	R
Azioni di miglioramento	C	I	R

Attività 4: Monitoraggio della corretta applicazione della procedura per la prevenzione del Rischio Nutrizionale

Indicatore: Report di monitoraggio sulla compilazione della scala valutazione MUST e restituzione alle UU.OO., con cadenza almeno semestrale

Standard: sì – presenza di almeno 2 report annuali

Fonte: CRM, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico e UU.OO., Dietista

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Clinical Risk Manager	Direzione Sanitaria/ Servizio Infermieristico	Personale UU.OO
Raccolta dei dati	C	R	I
Stesura e diffusione del report	R	C	I
Condivisione del report	C	C	R
Azioni di miglioramento	C	I	R

Attività 5: Monitoraggio della corretta applicazione della procedura per la prevenzione delle lesioni da pressione

Indicatore: Report monitoraggio su compilazione scala valutazione BRADEN e restituzione alle UU.OO., con cadenza almeno semestrale

Standard: sì – presenza di almeno 2 report annuali

Fonte: CRM, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico e UU.OO.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Clinical Risk Manager	Direzione Sanitaria/ Servizio Infermieristico	Personale UU.OO
Raccolta dei dati	C	R	I
Stesura e diffusione del report	R	C	I
Condivisione del report	C	C	R
Azioni di miglioramento	C	I	R

Attività 6: Identificazione attiva del paziente
Indicatore: Osservazione almeno semestrale delle occasioni di identificazione attiva del paziente e diffusione dei risultati nelle UU.OO.
Standard: sì – presenza di due report annuali
Fonte: CRM, Direzione Sanitaria e Servizio Infermieristico

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Clinical Risk Manager	Servizio Infermieristico	Personale UU.OO.
Esecuzione sessioni osservazione	I	R	C
Stesura e diffusione del report	R	C	I
Condivisione del report	C	C	R
Azioni di miglioramento	C	I	R

Attività 7: Implementazione del coinvolgimento degli operatori nel sistema di segnalazione di Incident Reporting
Indicatore: Incremento del numero delle segnalazioni di EA, ES e NM con il sistema di Incident Reporting rispetto all'anno 2024 attraverso iniziative nelle UU.OO. (es. SWR)
Standard: SI – incremento n. segnalazioni
Fonte: CRM

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CRM/ Gruppo Rischio Clinico	Facilitatori/ Direzione Sanitaria	Personale UU.OO.
Effettuazione iniziative di sensibilizzazione nelle UU.OO.	I	R	C
Segnalazione IR	I	C	R
Monitoraggio periodico segnalazioni e azioni correttive	R	C	I

Attività 8: Analisi degli eventi avversi (EA), eventi sentinella (ES) e nera miss (NM) attraverso audit clinici
Indicatore: Incremento del numero degli audit clinici organizzati rispetto all'anno 2025
Standard: SI – incremento n. audit
Fonte: CRM

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CRM/	Facilitatori	Personale UU.OO.
Organizzazione audit a seguito segnalazioni IR	R	C	C
Realizzazione piani di miglioramento	C	C	R
Monitoraggio implementazione piani miglioramento	R	C	I
Monitoraggio periodico n. audit organizzati	R	C	I

Obiettivo C): Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture

Attività 9: Certificazione ISO 9001 e ISO 45001
Indicatore: Mantenimento della certificazione ISO 9001 e ISO 45001 entro il 31/03/2026
Standard: sì – Presenza del certificato
Fonte: RQA e SPP

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	RAQ	SPP	CRM	Direzione Aziendale
Domanda certificazione	C	C	C	R
Preparazione documentazione	C	R	C	I
Svolgimento audit certificazione	C	R	C	C

Attività 10: Esecuzione di almeno 2 SWR nell'anno su conoscenza sistema di segnalazione eventi avversi e procedure rischio clinico

Indicatore: Analisi e reportistica semestrale della soddisfazione dell'utenza
Standard: sì – presenza di due verbali di SWR annuali
Fonte: CRM

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CRM	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale
Introduzione del questionario	I	C	R
Somministrazione questionari	I	R	I
Diffusione dei risultati	R	I	I

Attività 11: realizzazione di corsi di formazione/aggiornamento per i dipendenti sulla sicurezza negli ambienti di lavoro ex D.Lgs 81/08
Indicatore: Esecuzione di almeno una edizione del corso rivolto al personale entro il 31 dicembre 2026
Standard: n. corsi realizzati e % lavoratori formati
Fonte: CRM, RSPP e Ufficio Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CRM	Ufficio Formazione	RSPP/ Formatori	Personale UU.OO.
Piano annuale di formazione sulla sicurezza ex D. Lgs 81/08	R	C	C	I
Attivazione dei corsi di formazione/aggiornamento per: preposti; addetti antincendio; primo soccorso e aggiornamento quinquennale dipendenti già formati.	C	R	I/C	C
Gestione del fascicolo personale con corsi sulla sicurezza	C	R	C	I

Attività 12: Realizzazione dell'indagine stress-lavoro correlato ex D. Lgs 81/08
Indicatore: Esecuzione dell'indagine lavoro stress correlato, elaborazione dei dati e restituzione alle UU.OO.
Standard: SI – Esecuzione indagine e restituzione risultati entro il 31/12/2026
Fonte: RSPP e CRM

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CRM	RSPP	RLS/MC	Personale UU.OO.
Progettazione dell'indagine	C	R	C	I
Esecuzione dell'indagine	I	R	I	C
Elaborazione e diffusione dei risultati	I	R	I	I

8.3 *OBIETTIVI DELLA GESTIONE RISCHIO SANITARIO INFETTIVO*

Di seguito sono riportati gli obiettivi strategici regionali e le relative attività specifiche sulla gestione del rischio infettivo:

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

1. Organizzazione di attività informative/formative degli operatori sul monitoraggio e sulla prevenzione delle ICA **(FR)**;
2. Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici **(FR);**

B) ***Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che definisca le azioni con cui ogni struttura intende mantenere almeno il livello intermedio in tutti gli ambiti del questionario di cui al Piano di intervento regionale sopracitato.***

1. Elaborazione del Piano di Azione locale relativo all'anno di interesse **(M).**

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

1. Definizione/implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE **(FR)**;
2. Definizione/implementazione/consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE;
3. Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE **(M)**;
4. Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert **(FR)**;
5. Implementazione delle linee guida sull'antibiotico-profilassi peri-operatoria **(FR)**;
6. Elaborazione di report su:
   a) Diffusione a livello delle UU.OO. ospedaliere delle colonizzazioni/infezioni da CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento;
   b) Patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza, integrato coi dati di consumo dei farmaci antinfettivi e dei relativi costi sostenuti.

7 Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento a:
   a) Prevenzione e controllo delle infezioni da Clostridium difficile;
   b) Prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico;
   c) Prevenzione e controllo delle infezioni da catetere urinario;
   d) Prevenzione e controllo delle infezioni da catetere venoso centrale (CVC);

8 Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA;

9 Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (*Antimicrobical Stewardship*) **(M)**.

D) ***Elaborazione del programma di controllo della legionellosi, secondo quanto previsto dalle Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi (adottato con DGR n. 460 del 28 giugno 2024).***

1 Elaborazione del Programma per il controllo della Legionellosi **(M).**

N.B. le attività contraddistinte dalla sigla (FR) sono fortemente raccomandate mentre quelle contraddistinte dalla sigla (M) sono mandatorie

8.4 *ATTIVITA' GESTIONE RISCHIO SANITARIO INFETTIVO*

Per l'anno 2026 all'interno del PARS sono state individuate le seguenti attività di gestione del **rischio sanitario infettivo:**

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

Attività 1: Programmazione ed esecuzione del corso sulla prevenzione delle ICA e *Antibiotic Stewardship*			
Indicatore: Esecuzione di almeno una edizione del corso rivolto al personale entro il 31 dicembre 2026			
Standard: sì			
Fonte: CCICA e Ufficio Formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CCICA**	**Medici Infettivologi**	**RAQ e Ufficio Formazione**
Progettazione del corso	R	C	C
Accreditamento del corso	I	I	R
Esecuzione del Corso	I	R	C
Valutazione impatto del corso	R	C	I

Attività 2: Programmazione ed esecuzione del corso sul riconoscimento, sulla gestione e sul trattamento della sepsi			
Indicatore: Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31 dicembre 2026			
Standard: sì			
Fonte: CCICA e Ufficio Formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CCICA**	**Medici Infettivologi**	**RAQ e Ufficio Formazione**
Progettazione del corso	R	C	C
Accreditamento del corso	I	I	R
Esecuzione del Corso	I	R	C
Valutazione impatto del corso	R	C	I

Obiettivo B): Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che definisca le azioni con cui ogni struttura intende mantenere almeno il livello intermedio in tutti gli ambiti del questionario di cui al Piano di intervento regionale sopracitato

Attività 3: Elaborazione, condivisione e monitoraggio degli obiettivi previsti all'interno del piano aziendale sull'Igiene delle Mani			
Indicatore: Elaborazione del piano 2026 entro il 28/02/2026 e monitoraggio periodico delle azioni previste			
Standard: sì			
Fonte: Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Direzione Sanitaria**	**CCICA**	**UU.OO**
Elaborazione del Piano di Azione Locale	R	I	I
Individuazione azioni di miglioramento	R	C	C
Monitoraggio degli obiettivi del piano	R	C	I

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

Attività 4: Definizione e implementazione delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE			
Indicatore: prosecuzione della segnalazione e invio dei casi di emocoltura positiva a CRE alla ASL e al Ministero, attraverso monitoraggio dell'avvenuta trasmissione dei referti positivi			
Standard: sì			
Fonte: Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CCICA**	**Laboratorio analisi**	**Direzione Sanitaria**
Invio dei risultati delle emocolture CRE	I	R	C
Alimentazione del flusso	I	C	R
Attuazione azioni di miglioramento	R	C	C

Attività 5: Corretta applicazione della procedura aziendale sulla antibiotico-profilassi peri-operatoria			
Indicatore 1: Monitoraggio almeno semestrale della corretta applicazione della procedura di antibiotico-profilassi peri-operatoria (antibiotico, dose e tempo di somministrazione) e condivisione dei risultati con le UU.OO.			
Standard: sì – presenza di almeno 2 report all'anno di monitoraggio della corretta applicazione della procedura			
Indicatore 2: Raggiungimento compliance alla procedura in tutte le UU.OO. chirurgiche			
Standard: compliance su farmaco, dose e timing> 80%			
Fonte: CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Direzione sanitaria**	**Resp. UO.OO Chirurgiche e Anestesiologiche**	**Personale UU.OO. chirurgiche e anestesiologiche**
Revisione della documentazione	R	C	I
Elaborazione e diffusione report	R	C	I
Condivisione dei risultati	I	R	C
Raggiungimento dello standard di compliance	I	R	C

Attività 6: Diffusione report alle UU.OO. delle infezioni/colonizzazioni da CRE			
Indicatore: Presenza report di monitoraggio delle infezioni/colonizzazioni da CRE con cadenza almeno semestrale			
Standard: sì – presenza di almeno 2 report annuali			
Fonte: CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CCICA**	**Laboratorio Analisi / Medico Infettivologo**	**Direzione Sanitaria/ CSSA**
Raccolta dei dati	I	R	C
Elaborazione e diffusione report	I	R	C
Condivisione dei risultati	I	I	R
Azioni di miglioramento	R	I	C

Attività 7: Diffusione report alle UU.OO. sui patogeni circolanti e relative farmacoresistenze			
Indicatore: report di monitoraggio sui patogeni circolanti e relative farmacoresistenze con cadenza almeno semestrale			
Standard: sì – presenza di almeno 2 report annuali			
Fonte: CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CCICA**	**Laboratorio Analisi / Servizio Farmaceutico**	**Direzione Sanitaria/ CSSA**

Raccolta dei dati	I	R	C
Stesura del report	I	R	C
Diffusione del report	I	I	R
Azioni di miglioramento	R	I	C

Attività 8: Monitoraggio consumo antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/1000 gg di degenza			
Indicatore 1: report di monitoraggio del consumo di antibiotici espresso in DDD/100 gg di degenza con cadenza annuale			
Standard 1: sì – presenza di almeno 1 report annuale disaggregato per area assistenziale e complessivo			
Fonte: Servizio Farmaceutico di Gruppo			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CCICA**	**Servizio Farmaceutico di Gruppo**	**Direzione Sanitaria**
Raccolta dei dati	I	R	C
Stesura del report	I	R	C
Diffusione del report	I	I	R
Azioni di miglioramento	R	I	C

Attività 9: Monitoraggio del consumo di gel idroalcolico disaggregato per area assistenziale e complessivo			
Indicatore 1: report di monitoraggio del consumo di gel idroalcolico con aggregazione definita da AGENAS/ISS con cadenza semestrale			
Standard 1: sì – presenza di almeno 2 report annuali			
Indicatore 2: consumo di gel alcolico nelle Aree Funzionali e in Struttura coerente con indicazioni OMS			
Standard 2: consumo ≥ 20 litri per 1.000 giornate di degenza a livello aggregato			
Fonte: Servizio Farmaceutico di Gruppo			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CCICA**	**Servizio Farmaceutico di Gruppo**	**Direzione Sanitaria**
Raccolta dei dati	I	R	C
Stesura del report	I	R	C
Diffusione del report	I	I	R
Azioni di miglioramento	R	I	C

Attività 10: Pianificazione e svolgimento di almeno uno studio di prevalenza delle ICA			
Indicatore: svolgimento dello studio ed elaborazione dei dati di prevalenza			
Standard: sì – esecuzione dell'indagine antro il 31/12/2026			
Fonte: Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Clinical Risk Manager**	**Direzione Sanitaria/ Servizio Infermieristico**	**CCICA/ Medici Infettivologi**
Pianificazione indagine	C	C	R
Effettuazione indagine	C	I	R
Monitoraggio indagine	C	R	C

Attività 11: Procedura per antibiotico terapia empirica e mirata e monitoraggio corretto uso antibiotici su campione cartelle cliniche
Indicatore 1: Monitoraggio semestrale della corretta applicazione della procedura di antibioticoterapia empirica mirata (antibiotico, dose, tempo di somministrazione e durata)
Standard 1: sì – presenza di 2 report all'anno di monitoraggio della corretta applicazione della procedura
Indicatore 2: Monitoraggio semestrale della coerenza tra antibiogrammi e impostazione della antibioticoterapia mirata (antibiotico, dose, tempo di somministrazione e durata)
Standard 2: sì – presenza di 2 report/anno su monitoraggio della coerenza tra antibiogrammi e impostazione della antibioticoterapia mirata
Fonte: Direzione Sanitaria
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direzione sanitaria	CC-ICA	Personale UU.OO.
Raccolta dei dati	R	C	I
Stesura del report	R	C	R
Diffusione del report	R	C	C
Individuazione azioni di miglioramento	I	C	R

Attività 12: Sistema di segnalazione proattiva delle ICA			
Indicatore: Elaborazione procedura per la segnalazione delle infezioni correlate e relativa scheda			
Standard: Introduzione della scheda entro il 30/06/2026 ed elaborazione delle segnalazioni relative al II semestre 2026			
Fonte: Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Direzione sanitaria**	**Gruppo CC-ICA**	**UU.OO.**
Redazione procedura ed elaborazione scheda	C	R	I
Diffusione e condivisione della procedura	C	R	I
Segnalazione delle ICA con scheda reporting	C	I	R
Elaborazione delle segnalazioni	R	C	I

Attività 13: Monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica			
Indicatore 1: Adesione al protocollo di sorveglianza delle infezioni sito chirurgico (SNICh2) nella U.O. Ortopedia			
Standard 1: sì – Elaborazione dati e trasmissione del flusso entro il 31/12/2026			
Fonte: CC-ICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**CC-ICA**	**Direttore Istituto/ Resp U.O Ortopedia**	**Referente progetto**
Individuare referente entro 28-02-26	C	R	I
Comunicare referente progetto a SERESMI/Regione	R	I	C
Inizio rilevazione prospettica e alimentazione del flusso	I	C	R
Elaborazione dei dati e trasmissione al SERESMI/Regione	R	C	C

Obiettivo D): programma di controllo della legionellosi, secondo quanto previsto dalle Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi (adottato con DGR n. 460 del 28 giugno 2024)

Attività 14: Elaborazione, condivisione e monitoraggio del programma di controllo della legionellosi			
Indicatore: Elaborazione del piano 2026 entro il 28/02/2026 e monitoraggio periodico delle azioni previste			
Standard: sì			
Fonte: Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	**Direzione Aziendale**	**CCICA**	**Gruppo di lavoro**
Costituzione del Gruppo di Lavoro Legionellosi	R	C	I
Elaborazione del Programma	I	C	R
Implementazione azioni di miglioramento	I	C	R
Monitoraggio degli obiettivi del programma	I	R	C

9. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il PARS approvato dalla Direzione Generale avrà le seguenti modalità di diffusione:

1. Presentazione del PARS ai Facilitatori del Rischio Clinico in occasione della prima riunione utile;
2. Invio a mezzo e-mail ai Responsabili Medici e Caposala di tutti Reparti / Servizi;
3. Diffusione a cascata all'interno dei Reparti/Servizi da parte dei FRC;
4. Pubblicazione sulla Intranet Aziendale;
5. Pubblicazione sul sito Internet Aziendale.

Il PARS è inviato a mezzo e-mail (crrc@regione.lazio.it) entro il 28 febbraio 2026 al Centro Rischio Clinico della Regione Lazio, come previsto dalla comunicazione Regione Lazio Registro Ufficiale U.0037825 del 15-01-2026.

10. RIFERIMENTI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*";
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "*Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*";
3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*"
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "*Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro*";
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 *Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità*;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "*Lotta contro le Infezioni Ospedaliere*";
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "*Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza*";
8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "*Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131*";
9. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "*Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella*";
10. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "*Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti'*";
11. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie*";
12. Decreto del Commissario ad Acta 7 novembre 2017, n. U00469 "*Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012*".
13. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "*Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017*";
14. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020
15. Determinazione regionale n. G05584 del 27 aprile 2018 recante:" Approvazione *del Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)*".

16. 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*".
17. Determinazione regionale n. G00163 del 11-01-2019 recante: "*Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)*".
18. Determinazione regionale n. G00164 del 11-01-2019 recante: "*Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)*".
19. Comunicazione Regione Lazio Registro Ufficiale U0063179 del 23-01-2020 recante:" Comunicazioni *relative all'elaborazione del PARM 2020*".
20. Determinazione regionale n. G02044 del 26/02/2021, recante:" Adozione *del piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani*".
21. Deliberazione di Giunta della Regione Lazio del 21/12/2021 n. 970 recante: "*Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025*";
22. Determinazione regionale n. G00643 del 25/01/2022 recante: "*Adozione del documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)*".
23. Determinazione Regione Lazio n. 16501 del 28/11/2022 "*Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".*
24. Nota Regione Lazio RU n. U.0124752 del 02-02-2023 "*Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2023 (PARS)*".
25. Nota Regione Lazio RU n. U.0091714 del 22-01-2024 "*Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARS)*".
26. Deliberazione di Giunta della Regione Lazio del 28/06/202 n. 460 recante: "*Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi*"
27. Nota Regione Lazio RU n. U.0079798 del 22-01-2025 "*Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2025 (PARS)*"
28. Nota Regione Lazio Registro Ufficiale U.0037825 del 15-01-2026 "*Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2026 (PARS)*"
29. Determinazione regionale n. G17673 del 23/12/2025 "*Approvazione del Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PARCA 2026-2028)*"
30. Nota Regione Lazio G.13405 del 16/10/2025 Manuale per la classificazione degli eventi e l'alimentazione del flusso SIRES-eventi".

11. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori – sito del Ministero della Salute: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;
7. 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;;