

**PIANO AZIENDALE ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO  
- PARS 2025-**

REDAZIONE:			APPROVAZIONE:		
DATA	FUNZIONE	VISTO*	DATA	FUNZIONE	VISTO
13/02/2025	Per tutti i proponenti*  Dott.ssa A.S.Morgante Responsabile UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing  Dott. M. Angelucci Presidente CC-ICA  Dott. G. Fovi De Ruggiero Direttore UOC ISP  Dott. S. Venarubea Direttore UOC Laboratorio Analisi  Dott.ssa E. Giordani Direttore UOC Politiche del farmaco e D.M.  Dott. A. Boncompagni Direttore Distretto 1  Dott. F. Mancini Direttore Distretto 2  Dott.ssa A. Martini Responsabile SPP  Dott. M. Marchili Responsabile UOSD Malattie Infettive Coordinatore Gruppo Antimicrobial Stewardship (GOAS)  Dott.ssa A. Barsacchi Direttore DAPS		13/02/2025	Direttore Sanitario Aziendale  Dott. Angelo Barbato	

composizione CC-ICA ASL Rieti: Direttore Sanitario Aziendale con funzione di Presidente, Direttore Medico Presidio Ospedaliero, Dirigente Medico Igienista della UOC Direzione Medica Ospedaliera, Direttore del Dipartimento di Medicina, Direttore del Dipartimento di Chirurgia, Direttore del Dipartimento di Emergenza/Accettazione, Direttore del Dipartimento dei Servizi, Direttore del Distretto 1, Direttore del Distretto 2, Direttore UOC ISP, Direttori UU.OO. Servizi Veterinari, Direttore UOC Politica del Farmaco e D.M., Risk Manager, Responsabile UOSD Malattie Infettive, Coordinatore gruppo Operativo Aziendale per l'Antimicrobial Stewardship, Direttore UOC Laboratorio Analisi, Direttore DAPS, Coordinatore Medico Unità Valutazione e Controllo Strutture Socio Assistenziali (UVC), Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione, Responsabile UOSD Assistenza Domiciliare Aziendale, Dirigente Personale Tecnico sanitario della Prevenzione, Infermiera DMO con compiti di sorveglianza ICA.

composizione Gruppo Antimicrobial Stewardship (GOAS) ASL Rieti: Infettivologo, Risk Manager, Farmacista, Dirigente Medico UOC Laboratorio Analisi - sezione Microbiologia, Veterinari, Rianimatore, Medico Internista.

## INDICE

1. Contesto organizzativo.....	3
2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati.....	5
3. Descrizione della posizione assicurativa .....	6
4. Resoconto delle attività del piano precedente.....	7
5. Matrice delle responsabilità .....	11
6. Obiettivi e attività .....	11
6.1 Obiettivi .....	12
6.2 Attività .....	12
7. Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo .....	15
7.1 Obiettivi .....	17
7.2 Attività .....	18
8. Modalità di diffusione del documento .....	25
9. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi .....	20

Allegato 1: PIANO DI AZIONE LOCALE 2025 PER L'IGIENE DELLE MANI

Allegato 2: PIANO DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI NELLE STRUTTURE DELLA ASL DI RIETI

## 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Tipo di Struttura:

- AZIENDA SANITARIA LOCALE E PRESIDIO OSPEDALIERO DI COMPETENZA.

L'Azienda Sanitaria Locale di Rieti è così articolata:

- Presidio Ospedaliero – San Camillo De Lellis;
- Distretto Sanitario 1 (D1) - Rieti, Antrodoco, S. Elpidio;
- PASS Accumoli e Amatrice (afferente al D1);
- Distretto Sanitario 2 (D2) - Salario Mirtense;
- Casa della Salute di Magliano Sabina (afferente al D2);
- Hospice San Francesco;
- Struttura Riabilitativa Residenziale pubblica ex art 26 di Poggio Mirteto (afferente al D2).

Di seguito si riporta la tabella che descrive le specificità organizzative della Asl di Rieti sulla gestione del rischio infettivo.

<b>GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b>	
<b>Data costituzione CC-ICA</b>	Anno 2010
<b>Data revisione componenti</b>	Anno 2020; 2022, DCS n. 815/CS/2024
<b>Attuale composizione CC-ICA con GOAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direttore Medico Presidio Ospedaliero con funzione di Presidente;</li> <li>- Responsabile UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing;</li> <li>- Dirigente Medico Igienista della UOC Direzione Medica Ospedaliera;</li> <li>- Direttore del Dipartimento di Medicina;</li> <li>- Direttore del Dipartimento di Chirurgia; - Direttore del Dipartimento di Emergenza/Acettazione;</li> <li>- Dipartimento dei Servizi diagnostici;</li> <li>- Direttore del Distretto 1; - Direttore del Distretto 2;</li> <li>- Direttore del Dipartimento di Prevenzione;</li> <li>- Direttore UOC Igiene e Sanità Animale;</li> <li>- Direttore UOC Politica del Farmaco e DM;</li> <li>- Responsabile UOSD Malattie Infettive;</li> <li>- Coordinatore Gruppo Operativo Aziendale per l'Antimicrobial Stewardship;</li> <li>- Responsabile UOC Laboratorio Analisi;</li> <li>- Direttore UOC Assistenza alla Persona;</li> <li>- Coordinatore Medico Unità Valutazione e Controllo Strutture Socio Assistenziali (UVC);</li> <li>- Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale;</li> <li>- Referente/Responsabile Assistenza Domiciliare Integrata;</li> <li>- Dirigente Personale Tecnico sanitario della Prevenzione;</li> <li>- Infermiera DMO con compiti di sorveglianza ICA e funzione di segreteria</li> </ul>
<b>Programma Antimicrobial Stewardship</b>	Attivazione nell'ambito del CC-ICA del Team di Antimicrobial Stewardship (TAS) con il compito di formulare proposte al CC-ICA in materia di interventi coordinati, che hanno lo scopo di promuovere l'uso appropriato degli

	antimicrobici, che indirizzano nella scelta ottimale del farmaco, della dose, della durata della terapia e della via di somministrazione e orientano l'organizzazione alla visione One-Health e all'adesione alle policy aziendali, regionali e nazionali in tema di contrasto delle ICA e del fenomeno dell'AMR.
<b>Gestione ICA a livello Ospedaliero</b>	Presenza Ufficio ICA con personale Infermieristico ICA, di cui una con formazione Master su Epidemiologia delle ICA, afferenti alla U.O.C. Direzione Medica Ospedaliera
<b>Numero Reparti di Malattie Infettive</b>	N. 1 U.O.S.D. Malattie Infettive

**Tabella 1 – Dati di attività aggregati a livello aziendale (2024)**

<b>ASL RIETI</b>			
<b>DATI STRUTTURALI <sup>(A)</sup></b>			
<b>Estensione territoriale</b>	2.749,16 Km <sup>2</sup>	<b>Popolazione residente</b>	149.988
<b>Distretti Sanitari</b>	Distretto 1 - Rieti, Antrdoco, S.Elpidio  Distretto 2 - Salario Mirtense	<b>1 unico Presidio Ospedaliero Pubblico</b>	Ospedale "San Camillo de Lellis" di Rieti
<b>Posti letto ordinari</b>	254	<b>Medicina</b>	134
		<b>Chirurgia</b>	52
		<b>Emergenza</b>	56
		<b>Altri</b>	12
<b>Posti letto diurni</b>	14 + 8 DS	<b>Servizi Trasfusionali</b>	1
<b>Blocchi Operatori</b>	3	<b>Sale Operatorie</b>	13
<b>Terapie Intensive</b>	1	<b>UTIC</b>	1
<b>DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE</b>			
<b>Ricoveri ordinari *</b>	8944	<b>Ricoveri diurni *</b>	1660
<b>Accessi PS</b>	30936	<b>Neonati o parti *</b>	271
<b>Branche specialistiche</b>	28	<b>Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici</b>	527.643

(A): Fonte dati: UOSD SIS – Fonte Dati SIO-SIAS-SIES-OrmaWeb al 31/12/2024

(\*): Dato non consolidato.

**Tabella 2 – Dati di attività aggregati dell’unico Presidio Ospedaliero aziendale presente (2024)**

<b>OSPEDALE SAN CAMILLO DE LELLIS</b>			
<b>DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO P.O. (A)</b>			
<b>Posti letto ordinari</b>	254	<b>Medicina</b>	134
		<b>Chirurgia</b>	52
		<b>Emergenza</b>	56
		<b>Altri</b>	12
<b>Posti letto diurni</b>	14+8DS	<b>Servizi Trasfusionali</b>	1
<b>Numero Blocchi Operatori</b>	2	<b>Numero Sale Operatorie</b>	11
<b>Numero ricoveri ordinari *</b>	8944	<b>Numero ricoveri diurni *</b>	1660
<b>Numero accessi PS</b>	30936	<b>Numero neonati o parti *</b>	271

(A): Fonte dati: UOSD SIS – Fonte Dati SIO-SIES-OrmaWeb/NSIS al 31/12/2024

(\*): Dato non consolidato.

## RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Gli eventi di seguito riportati e pervenuti tutti dal sistema di Incident Reporting strutturato in Azienda sono in totale 236 e distribuiti come indicato nella seguente tabella.

**Tabella 3– Eventi segnalati nel 2024 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti <sup>(A)</sup>	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
<b>Near Miss</b>	140 (59,57%)	90 = 5,39%	Strutturali 0,95% Tecnologici 0,45% Organizzativi 49,5% Procedure/Comunicazione 49,1%	Strutturali 0,95% Tecnologici 0,45% Organizzativi 49,5% Strutturali 0,95%	Sistemi di reporting <b>100%</b> (incident reporting, emovigilanza, farmacovigilanza)
<b>Eventi Avversi</b>	93 (39,57%)	46,10% (n. 77)			
<b>Eventi Sentinella</b>	2 (0,86%)	100,00% (n. 2)			

A): I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi. Si rimanda al Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul cloud regionale.

**Tabella 4 –Sinistrosità e risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)**

Anno	N. Sinistri aperti <sup>(A)</sup>	N. Sinistri liquidati <sup>(A)</sup>	Risarcimenti erogati <sup>(A)</sup>
2020	21	4	€ 418.757,21
2021	18	7	€ 473.229,32
2022	17	13	€ 2.483.778,21*
2023	15	9	€ 1.098.824,19
2024	18	9	€ 861.291,32
<b>Totale</b>	<b>89</b>	<b>42</b>	<b>€ 5.335.880,25</b>

\*scostamento imputabile a n. 1 liquidazione di sinistro verificatosi nell’anno 2015 per un importo pari a 1.408.024,11 euro più n. 1 liquidazione di sinistro verificatosi nell’anno 2013 per un importo pari a 581.327,69 euro.

Fonte dati: U.O.S.D. Affari Generali e Legali - periodo di riferimento anno 2020-2024.

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

### 3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Di seguito si riporta la posizione assicurativa della Asl di Rieti dall’anno 2020 al 2024.

**Tabella 5 –Posizione assicurativa**

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2020	RCT/O N. 2018RCG 00150-789831 dal 01/01/2019 al 31/12/2020	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD	€ 2.426.662,50	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSapri S.p.A. rinnovata dall’08/03/2019 all’08/03/2020 prorogata fino all’08/09/2020,prorogata fino all’08/03/2021
2021	RCT/O N. 2018RCG 00150-789831 dal 01/01/2020 al 31/12/2021 (ripetizione polizza)	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LTD	€ 2.426.662,50	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSapri S.p.A. aggiudicataria di nuova gara espletata.Nuovo contratto a partire dal 31/07/2021 –attualmente in corso
2022	RCT/O N. POLIZZA N° 2022RCG00261-1212661 dal 30/06/2022 al 30/06/2023	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LIMITED RAPPRESENTANZA GENERALE PER L’ITALIA	€ 2.326.547,92	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSapri S.p.A. aggiudicataria di nuova gara espletata.Nuovo contratto a partire dal 31/07/2021 –attualmente in corso
2023	RCT/O N. POLIZZA N° 2022RCG00261-1212661 dal 30/06/2023 al 30/06/2024	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LIMITED RAPPRESENTANZA GENERALE PER L’ITALIA	€ 2.326.547,92	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSapri S.p.A. aggiudicataria di gara espletata.Nuovo contratto a partire dal 31/07/2021 – attualmente in corso proroga tecnica
2024	RCT/O N. POLIZZA N° 2022RCG00261-1212661 dal 30/06/2024 al 30/06/2025	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL INSURANCE LIMITED RAPPRESENTANZA GENERALE PER L’ITALIA	€ 2.326.547,92	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	MAG Spa aggiudicataria di gara espletata.Contracto a partire dal 05/11/2024

Fonte dati: U.O.S.D. Affari Generali e Legali - periodo di riferimento dall’anno 2020 al 2024.

## 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

*Tabella 6 –Resoconto delle attività 2024 del Rischio Clinico*

<b>Obiettivo A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<p><b>Ob. A - Attività 1:</b> Attività di formazione del personale</p> <p>realizzazione di almeno 1 evento formativo secondo la metodica M&amp;M Review con revisione di almeno 2 casi critici trattati dal CAVS</p>	SI	<p>Mail a D'Angiolino concordato di programmare tipo di formazione alternativa effettuati n. 4 audit professionali con CVS :</p> <p>calendario incontri: 30/10, 25/11, 28/11, 10/12, 12/12/2024</p> <p>L'organizzazione è stata predisposta direttamente da CVS e Risk M.</p>
<p><b>Ob. A - Attività 2:</b> Attività di formazione del personale</p> <p>realizzazione (ovvero partecipazione dell'UOC Risk M. in caso di Provider esterno*) dell'evento formativo/relazione sulla sicurezza dal titolo "Presentazione del Manuale della Qualità sulla Radioprotezione e del nuovo SGQ documentale della ASL Rieti in materia di Radioprotezione"</p>	SI	CORSO FORMAZIONE :27/06/2024
<b>Obiettivo B ) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTEVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<p><b>Ob. B – Attività 1:</b> Gestione proattiva del rischio clinico: SWR</p> <p>realizzazione di SWR mirate al miglioramento del livello di conoscenza e di applicazione delle procedure aziendali</p>	SI	<p>1° SWR il 29/05/2024 c/o SPDC</p> <p>2° SWR il 18/10/24 c/o la Casa della Salute di Magliano</p>
<p><b>Ob. B – Attività 2:</b> Verifica della qualità e completezza documentale della cartella clinica</p> <p>verifica di campione significativo di cartelle cliniche di ricovero Almeno 2 Audit</p>	SI	<p>1) Audit prot: 80635/2024 convocazione per il 21/11/2024 c/o UOC Medicina Interna</p> <p>2) Audit: prot 80638/2024 convocazione per il 21/11/2024 c/o UOC Anestesia e Rianimazione</p>

**Obiettivo C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE**

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<b>Ob. C – Attività 1:</b> Elaborazione delle indicazioni per il miglioramento culturale, clinico e organizzativo in tema di sinistrosità aziendale nell'ambito del CAVS aziendale)  elaborazione di almeno 4 indicazioni aziendali per il miglioramento nel corso del 2024	SI	INDICAZIONI: 1) prot n. 2438 Del 10/1/24 2)prot n. 23531 Del 27/3/24 3)prot n. 49353 Del 9/7/24 4)prot n. 76413 Del 28/10/24
<b>Ob. C – Attività 2:</b> Promuovere la cultura dell'auditing sui casi significativi  esecuzione di almeno un audit SEA	SI	audit SEA del 15/03/2024 - prot 22879 del 25/3/24

**Obiettivo D) PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT**

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<b>Ob. D – Attività 1:</b> Partecipazione ai tavoli regionali su rischio clinico  partecipazione alle riunioni dei tavoli permanenti = 100%	SI	1^Convocazione protocollo regionale n. 663576 del 21/05/2024 Tavolo permanente del 31/05/2024  2^ Convocazione protocollo regionale n. 864418 del 4/07/2024 Tavolo permanente del 16/07/2024

**Tabella 7 –Resoconto delle attività 2024 del Rischio Infettivo**

**OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO**

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<b>Ob. A – Attività 1</b> Predisposizione di un progetto formativo multidisciplinare sul campo e/o itinerante sulle corrette modalità di adozione delle precauzioni per l'isolamento e sulle corrette modalità del lavaggio delle mani  realizzazione di almeno un'edizione dell'evento	SI	2/04/24 AUDIT DAPS con Risk M e DMO  7/06/2024, 10/06/2024, 13/06/2024, 17/06/2024 formazione accreditata presso UO Malattie Infettive  4/07/24 AUDIT DAPS  Corso FAD sul "Piano di intervento regionale sull'Igiene delle Mani – anno 2024" rivolto a tutti gli operatori sanitari non ancora formati, fruibile da l 3/06/24 al 30/09/24  Corso FAD sul "Piano di intervento regionale sull'Igiene delle Mani – anno 2024" rivolto agli Studenti dei CdL per le Professioni Sanitarie, fruibile dal 30/06/24 al 30/09/24

<p><b>Ob. A – Attività 2</b> Implementazione in CCI (Cartella Clinica Informatizzata) di Check list specifiche sui bundle sulla prevenzione delle ICA realizzazione di almeno un'edizione dell'evento creazione check list informatizzate</p>	<p>SI</p>	<p>inserite n. 4 check list in cartella clinica informatizzata  prot n. 76413 del 28/10/24  effettuata formazione agli operatori in collaborazione con DAPS e Dedalus</p>
<p><b>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</b></p>		
<p><b>Attività</b></p>	<p><b>Realizzata</b></p>	<p><b>Stato di attuazione</b></p>
<p><b>Ob. B – Attività 1</b> Redazione del Piano di Azione locale sull' igiene delle mani 2024 –Allegato 1 del PARS 2024</p>	<p>SI</p>	<p>Piano di Azione Locale per l'igiene delle mani: PN/110/02/2024 Allegato 1 del PARS 2024, inviato al CRRC come allegato al PARS 2024</p>
<p><b>OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE</b></p>		
<p><b>Attività</b></p>	<p><b>Realizzata</b></p>	<p><b>Stato di attuazione</b></p>
<p><b>Ob. C – Attività 1</b> Conduzione di un'INDAGINE DI PREVALENZA interna sulle ICA/ISC e/o partecipazione a studi di sorveglianza o indagini di prevalenza di livello regionale/nazionale/europei, ove previsti</p>	<p>SI</p>	<p>Indagine di prevalenza realizzata dalla DMO Dati presentati al CC_ICA Report alle strutture da parte della DMO</p>
<p><b>Ob. C – Attività 2</b> Monitoraggio dei consumi annuali delle molecole ad azione antimicrobica  Reportistica semestrale e annuale elaborata in DDD/giornate di degenza 2 report</p>	<p>SI</p>	<p>1 ° report semestrale - prot 52003 del 18/7/24 2° report semestrale – prot n. 5049 del 20/01/2025</p>
<p><b>Ob. C – Attività 3</b> Adesione alle indicazioni regionali del CRRC sul monitoraggio dei consumi di gel idroalcolico (dati disaggregati per aree di degenza e calcolati sulle giornate di degenza) ADESIONE ALLE INDICAZIONI REGIONALI- ALIMENTAZIONE PIATTAFORMA CSIA Report semestrale</p>	<p>SI</p>	<p>2 report semestrali inviati da DMO a piattaforma CSIA</p>
<p><b>Ob. C – Attività 4</b> estensione della sorveglianza di laboratorio a tutte le Enterobatteriacee produttrici di carbapenemasi (CPE)o carbapenemasi resistenti (CRE)  estensione della sorveglianza di laboratorio - data di attivazione</p>	<p>SI</p>	<p>RISPOSTA ATTIVAZIONE - MAIL del 20/11/24 del Dr. S. Venarubea</p>



compilazione Tabella 4 e 5	C	C	C	R				
redazione del documento	C	C	R	C	I			
Approvazione	C	C	C		R	I		
Adozione PARS con deliberazione	C	I	C			C	R	
Conduzione obiettivi, monitoraggio e rendicontazione PARS	C	C	R		I	-		

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

## 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 2025

### 6.1 Obiettivi

Per il 2025 gli obiettivi di livello macro del Piano sono risultano indirizzati a:

- A. DIFFONDERE E CONSOLIDARE LA CULTURA DELLA QUALITÀ E DELLA SICUREZZA DELLE CURE;**
- B. MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA,** attraverso la promozione di interventi o progettualità o partecipazione a progettualità/survey/studi scientifici mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, all'analisi, **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.
- D. PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT,** Qualità e Sicurezza delle Cure.

Per quanto riguarda le attività, si terrà conto anche delle indicazioni specifiche poste dalla Regione Lazio e dal CRRC con nota prot. n.79798 del 22/01/2025, acquisita al protocollo aziendale n.6188 del 23/01/2025.

## 6.2 Attività

### OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della qualità e della sicurezza delle cure

**ATTIVITÀ 1** – attività di formazione del personale

**INDICATORE:** realizzazione di un programma formativo, anche biennale, di cui almeno 1 evento formativo da realizzare nel 2025, strutturato come didattica frontale, FAD o formazione on the job dedicato alla formazione dei componenti della rete aziendale dei referenti/facilitatori del Rischio Clinico.

**STANDARD:** 1 evento nel 2025

**FONTE:**

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOSD Formazione	Risk Management	Referenti/Facilitatori	Direttori UU.OO/Dpartimenti aziendali/Distretti	DS
Progettazione della Formazione	C	R	C	I	I
Accreditamento del corso	R	I			
Esecuzione del corso	C	R	C	C	I

Legenda: R\* = Responsabile per l'ambito di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato

### OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA,

**ATTIVITÀ 1** – verifica della qualità, completezza, appropriatezza delle prestazioni di ricovero e rispetto degli indicatori della qualità assistenziale in cartella clinica

**INDICATORI:** verifica di campione significativo di cartelle cliniche di ricovero

**STANDARD:** report trimestrale

**FONTE:** Risk M, SIS, DMO, DAPS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	UOC DMO	DAPS	DIRETTORI UUOO	SIS
Individuazione campione	R	C	C	I	C
Predisposizione check-list o file excel dei controlli DMO Risk e DAPS	R*	R*	R*		
Verifiche	R	C	C		C
Analisi	R*	R*	R*		R*
Audit	R	C	C	C	C

Legenda: R\* = Responsabile per l'ambito di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato

**OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA**

**ATTIVITÀ 2** – promozione delle attività di audit and feed-back: realizzazione di **audit multidisciplinari e multiprofessionali, anche accreditabili, sulle risultanze dei controlli della qualità documentale effettuati sulle cartelle cliniche**

**INDICATORI:** programma di audit

**STANDARD:** realizzazione di almeno 1 audit nel 2025, anche in collaborazione con DMO e DAPS

**FONTE:** UOC Risk M, DMO, SIS, DAPS

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk Manager	UOC DMO	UOSD Formazione	SIS	DAPS	Personale aziendale (Referenti/Facilitatori/Direttori/Coordinatori, Posizioni)
Strutturazione Audit	R	C	C	C	C	C
Accreditamento	I	I	R	I	I	
Esecuzione audit	R	C	C	C	C	C

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

**OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA**

**ATTIVITÀ 3** - mappatura regionale del rischio sanitario 2023-24: progressivo allineamento alle indicazioni poste dal CRRC sulle criticità riscontrate in esito all'audit regionale effettuato in data 11/11/2024

**INDICATORE:** DOCUMENTO DEL CRRC

**STANDARD:** documenti di evidenza adesione

**FONTE:** UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	RISK	Direttori UO/Strutture	Referenti/Facilitatori Qualità Rischio Clinico	Direttori Dipartimento	Controllo di Gestione	Direzione Aziendale
Elaborazione/revisione dei documenti richiesti	R	C	C	C		I
Caricamento nel Cloud Regionale	R	I	I	I	I	
Rendicontazione	R	I	I	I	I	I

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

<b>OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA</b>						
<b>ATTIVITÀ 1</b> - gestione proattiva del rischio clinico: realizzazione mappatura del rischio clinico.						
<b>INDICATORE:</b> documento di mappatura						
<b>STANDARD:</b> 100% CdR o Dipartimenti						
<b>FONTE:</b> UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing,						
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>						
Azione	CdG	Direttori Dipartimento	Direttori UO/Strutture	Referenti/ Facilitatori Qualità rischio Clinico	Risk Management	UOSD Formazione
Elaborazione del documento		C	C	C	R	
Diffusione		I	I	I	R	
Formazione dei referenti facilitatori		C	C	C	R	C
Rendicontazione	I	I	I	I	R	

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

<b>OBIETTIVO D) Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management</b>		
<b>ATTIVITÀ 1</b> partecipazione riunioni del tavolo tecnico regionale		
<b>INDICATORE:</b> n. partecipazioni/n. convocazioni		
<b>STANDARD:</b> 100%		
<b>FONTE:</b> UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
Azione	Risk Manager	DAPS*
Partecipazione riunioni	R	C

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

## 7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2025

### 7.1 Obiettivi

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- 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 31/12/2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- C) migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo e di antibiotico-resistenza, come indicato tra gli obiettivi PNCAR e PRP-PP10, anche attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

Inoltre, sulla base della nota regionale prot n. 79798 del 22/01/25 assunta al protocollo aziendale n.6681 del 23/01/25, sono stati definiti quali prioritari i seguenti obiettivi per il 2025:

- D. monitoraggio prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico (ISC)
- E. gestione della sepsi
- F. misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (AMR, Antimicrobial Resistance),

congiuntamente all'indicazione di allineare le attività del PARS con quelle del PRP-PP10 e del PNCAR 2022-25.

### 7.2 Attività

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

**ATTIVITÀ 1** monitorare gli step di adesione e di svolgimento dei corsi di formazione del programma formativo PNRR- Missione 6 - Salute- formazione degli operatori sanitari sulle ICA

**INDICATORE:** erogazione del percorso formativo- adempimenti 2025

**STANDARD:** corrispondenza agli step predefiniti dal board di coordinamento regionale dell'INMI Spallanzani per il 2025

**FONTE:** Risk Manager a titolo di Referente Aziendale del Progetto

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk M (Ref Progetto)	RUP	INMI L. Spallanza ni	UOSD Formazion e (DEC)	Presidente CC-ICA	DAPS	Coordinatore GOAS
Riscontro alle note regionali/dell'I NMI/Predisposizione note per il personale	R*	R*		R*	I	I	I
Predisposizione corso formativo modulo C	R*	I	C	C	R*	R*	R*
Monitoraggio svolgimento corsi	I	C	I	R	I	I	I
Supervisione contrattuale e adempimenti amministrativi	I	R*	I	R*	I		I
Erogazione corso modulo C (adempimenti 2025)	R*	I	I	R*	R*	R*	R*

Legenda: R\* = Responsabile per l'ambito di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato

OBIETTIVO B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale						
ATTIVITÀ 1 - REDAZIONE DEL Piano di Azione locale sull'igiene delle mani 2025						
INDICATORE: documento						
STANDARD: presenza dell'ALLEGATO 1 al PARS 2025						
FONTE: UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing, DAPS, DMO, D1, D2, CC-ICA						
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	CCICA	UOC DMO	DAPS	D1 e D2	Risk Manager	D. S.
Elaborazione del documento	C	C	C	C	R	
Validazione					C	R
Attuazione	C	R*	R*	R*	C	

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

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

**OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO E DI ANTIBIOTICO-RESISTENZA, COME INDICATO TRA GLI OBIETTIVI PNCAR E PRP-PP10**

**ATTIVITÀ 1** – Monitoraggio dei consumi annuali delle molecole ad azione antimicrobica e delle classi AWaRe

**INDICATORE:** Reportistica semestrale e annuale elaborata in DDD/giornate di degenza.

**STANDARD:** 2 REPORT

**FONTE:** UOC Politiche del Farmaco e DM

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	CCICA	UOC Politiche del Farmaco e DM	Risk Manager	Direttori UUOO/STRUTTURE	Coord. GOAS
Monitoraggio dei consumi ed elaborazione reportistica	I	R	I	I	I
Individuazione/attuazione azioni di miglioramento	C	C	C	C	R

**OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO E DI ANTIBIOTICO-RESISTENZA, COME INDICATO TRA GLI OBIETTIVI PNCAR E PRP-PP10**

**ATTIVITÀ 2** – Adesione alle indicazioni regionali del CRRC sul monitoraggio dei consumi di gel idroalcolico (dati disaggregati per aree di degenza e calcolati sulle giornate di degenza) ADESIONE ALLE INDICAZIONI REGIONALI-ALIMENTAZIONE PIATTAFORMA CSIA

**INDICATORE:** Report semestrale

**STANDARD:** 2 REPORT

**FONTE:** ALBS SIS, DMO

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Componenti CCICA e del GO	ALBS	SIS	UOC DMO /UOS IGIENE E PROFILASSI OSP.	Risk M.	Coordinamento GOAS	Inc. Funz. Coord.
Report Ordini	I	R		I			I
Indicazione GGDD			R	I			
Elaborazione dati consumi su ggdd e alimentazione piattaforma CSIA	I		I	R	I	I	I

**OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO E DI ANTIBIOTICO-RESISTENZA, COME INDICATO TRA GLI OBIETTIVI PNCAR E PRP-PP10**

**ATTIVITÀ 3** – redazione, applicazione e il monitoraggio del piano per l'antimicrobial stewardship 2025 (PAMS 2025)

**INDICATORE:** documento PAMS 2025

**STANDARD:** data di pubblicazione sul sito aziendale

**FONTE:** Coordinatore GOAS

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Dir/Resp UU.OO/Str utture	Presidente CC-ICA	RISK M	Componen ti CC-ICA e GO	Componen ti GOAS	Coordinatore GOAS
Redazione Piano	I	C	C	I	C	R
Conduzione Obiettivi	C	C	C	C	C	R
Rendicontazione annuale	I	C	C	I	C	R

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

**OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO E DI ANTIBIOTICO-RESISTENZA, COME INDICATO TRA GLI OBIETTIVI PNCAR E PRP-PP10**

**ATTIVITÀ 4** – introduzione di nuove metodiche per la diagnostica molecolare in microbiologia: utilizzo metodica FILMARRAY , piattaforma diagnostica integrata che utilizza in protocollo di nested multiplex PCR per identificare batteri, virus e lieviti e valutazione fenotipica delle resistenze per diagnostica sepsi, meningiti, patologie infettive gastroenteriche e delle basse vie respiratorie

**INDICATORE:** utilizzo FILMARRAY

**STANDARD:** refertazione da metodica PCR- FILMARRAY

**FONTE:** laboratorio analisi

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Laboratori o analisi	President e CC-ICA	RISK M	Componen ti CC-ICA e GO	Componen ti GOAS	Coordinatore GOAS
Utilizzo metodica	R	I	I	I	I	I
refertazione	R	I	I	I	I	I

<b>OBIETTIVO D: monitoraggio prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico (ISC)</b>						
<b>ATTIVITÀ 1</b> – monitoraggio adesione procedura aziendale per la sorveglianza delle ISC- compilazione scheda di sorveglianza in cartella clinica informatizzata (CCI) e presso gli ambulatori della check list di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico e della scheda di follow-up ambulatoriale						
<b>INDICATORE:</b> presenza scheda sorveglianza in cartella clinica di reparto						
<b>STANDARD:</b> report trimestrale						
<b>FONTE:</b> RISK M, DMO, SICO, DAPS, Dipartimento Chirurgico						
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>						
Azione	RISK M	DMO	SICO	DAPS	DIRETTORE DIPARTIMENTO CHIRURGICO	CHIRURGI
Compilazione e schede					C	R
Controllo del corrispettivo o item in cartella clinica	R	I	C	C	I	I
Reportistica trimestrale	C	I	R	I	I	I
Feed-back agli operatori	R	C		C	I	I

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

<b>OBIETTIVO D: monitoraggio prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico (ISC)</b>						
<b>ATTIVITÀ 2</b> – studi di prevalenza sulle ISC						
<b>INDICATORE:</b> documento/relazione						
<b>STANDARD:</b> almeno 1 studio annuale (interno o partecipazione a studio esterno di livello regionale, nazionale o internazionale)						
<b>FONTE:</b> UOC DMO con UOS Igiene e Profilassi						
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>						
Azione	Risk M.	UU.OO Dip Chirurgico e Ostetricia	UOC DMO con UOS Igiene e Profilassi	Componenti CC-ICA e GO	Coord.GOAS	Coordinamento esterno ove previsto
Attuazione studio Int/esterno	I	C	R	C	I	I
Report risultati	I	I	R	I	I	I

## 8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS 2025 e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso:

- Presentazione del documento all'interno del Collegio di Direzione;
- Pubblicazione del documento sulla home page del sito aziendale;
- Pubblicazione del documento nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale;
- Iniziative di diffusione del PARS 2025 a tutti gli operatori attraverso i momenti di partecipazione del Risk Manager ai corsi aziendali organizzati internamente e che vedono il coinvolgimento dello stesso in qualità di Relatore/Docente.

Il documento, in formato pdf nativo, verrà inviato entro il 28 febbraio 2025 all'indirizzo [crrc@regione.lazio.it](mailto:crrc@regione.lazio.it) per il caricamento sul cloud regionale.

## 9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Regione Lazio - Direzione Salute e Politiche Sociali. 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)";
- Regione Lazio - Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica. Nota prot. n. 79798 del 22/01/2025 “Piano annuale di gestione del Rischio Sanitario 2025 (PARS);
- Legge 8 marzo n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
- Regione Lazio - Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12355 Approvazione "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
- Regione Lazio - Deliberazione 21 dicembre 2021, n. 970 Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 – PP10;
- Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta n. U00563 del 24/11/2015, Istituzione del Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle ICA (CR-CCICA),
- Regione Lazio - Direzione Salute e Politiche Sociali. Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Attuativi per i Comitati di controllo delle infezioni correlate all'assistenza della Regione Lazio. Regione Lazio Registro Ufficiale U.0388434 del 22-07-2016;
- Determinazione Regione Lazio del 26 febbraio 2021, n. G02044 Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani";
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025, approvato in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 26 settembre 2022 in via informale e, formalmente, il 30 novembre 2022;
- Regione Lazio - Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione n. G00642 25/01/2022 “Adozione del Documento di indirizzo sul consenso informato”;
- Determinazione 6 novembre 2022, n. G15198 Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016;

- Determinazione G16501 del 28 novembre 2022, Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)";
- AIFA - gennaio 2023 – Manuale antibiotici AWaRe (Access, Watch, Reserve);
- Ministero della salute. Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_4.jsp?lingua=italiano&tema=Qualita%20e%20sicurezza%20delle%20cure&area=qualita](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Qualita%20e%20sicurezza%20delle%20cure&area=qualita)
- AGENAS Rischio clinico e sicurezza del paziente <http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente>
- Regione Lazio Centro Regionale Rischio Clinico <https://www.regione.lazio.it/enti/salute/centro-regionale-rischio-clinico>
- Istituto Superiore di Sanità - EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica <https://www.epicentro.iss.it/>