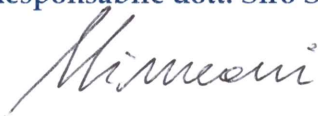


**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE
DEL RISCHIO SANITARIO
(PARS)**

Unità di Risk Management
Responsabile dott. Siro Simeoni



ANNO 2026

Sommario

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO	2
2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	3
3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	3
4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE	4
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	5
6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 2026.....	5
7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	7
8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	8

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

- RESIDENZA SANITARIA RIABILITATIVA

1. PREMESSA

1.1. Contesto organizzativo (*)

Il presente PARS si riferisce alla struttura sanitaria denominata “Villa Margherita”. La struttura insiste nel territorio dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 6, che svolge la propria attività in un territorio di circa 500 kmq, con un bacino d’utenza di oltre 436069 abitanti nell’ambito del Comune di Rocca Priora.

La struttura è stata autorizzata e accreditata dalla Regione Lazio con Determina U. 0671542 del 07.07.22 E Delibera di Accreditamento N. 1329194 del 29.10.24 per 20 posti letto;

La struttura è stata autorizzata e accreditata per ulteriori 9 posti letto con Aut. 14339 del 29.10.24

Tabella 1 – Presentazione dei dati di attività RSR Villa Margherita

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA		
DATI STRUTTURALI		
ASL territorialmente competente	RM6	
Posti letto	29	Residenza Sanitaria Riabilitativa
DATI ATTIVITÀ AGGREGATA (ANNO 2025)		
Residenziale	N° ricoveri ordinari	57
	N° accessi in PS	13

Nella RSR Villa Margherita, in data 28/06/2023 con verbale di riunione, è stato istituito il Comitato per la Sorveglianza e il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA). L'istituzione di tale Comitato rientra in una più ampia strategia aziendale volta a istituire un sistema di sorveglianza, prevenzione, diagnosi, trattamento delle infezioni.

Il suddetto Comitato ha le seguenti funzioni:

Elaborare, monitorare ed implementare una serie di azioni volte alla prevenzione ed al controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali (ICPA); promuovere e programmare gli interventi di formazione del personale; segnalare la comparsa di epidemie ed eventi sentinella associati alle pratiche assistenziali; validare e diffondere linee guida e protocolli assistenziali mirati alla riduzione del rischio infettivo/biologico per assistiti, operatori ed altri soggetti coinvolti nel processo di cura.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Tabella 2 – Eventi segnalati occorsi dal 01.01.2025 al 31.12.2025 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	Legate al paziente 100%	Organizzativi 70% Procedure Comunicazione 30%	Sistema di Reporting Segnalazione spontanea (100%)
Eventi Avversi	Eventi Avversi 5 Tentato suicidio 1 (20%) Aggressioni 2 (40%) Tentativo di fuga 2 (40%)			
Eventi Sentinella	0			

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

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0
2024	0	0	0
2025	0	0	0
Totale	0	0	0

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2022	1/39596/65/170233484 25/07/2023	UNIPOLSAI	4550,01	Euro 500 per ogni sinistro	Muccichini assicurazioni
2023	1/39596/65/170233484 25/07/2024	UNIPOLSAI	4550,01	Euro 500 per ogni sinistro	Muccichini assicurazioni
2024	1/39596/65/170233484 Polizza vigente per eventi a partire dal 16 luglio 2024	UNIPOLSAI	4550,01	€ 2.500,00 per lesioni; € 10.000 per decessi; € 500 per danni a cose	Muccichini assicurazioni
2025	200517416 scadenza 31.12.2025	UNIPOLSAI	15.168 premio complessivo della polizza di Lob Srl	2.500 euro / 10.000 euro	Unipol Assicurazioni Spa
2026	210323826 scadenza 31.12.2026	UNIPOLSAI	10.789,01	Euro 500 per ogni sinistro	Unipol Assicurazioni Spa

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Tabella 5 –Resoconto delle attività del Piano precedente-PARS 2025

Attività	Realizzata ^(B)	Stato di attuazione
ATTIVITÀ A.1- Monitoraggio e gestione lesioni da pressione	Sì	Monitoraggio mensile tramite KPI
ATTIVITÀ A.2- Monitoraggio e gestione prevenzione cadute	Sì	Monitoraggio mensile tramite KPI
ATTIVITA' B.1 : Incontri formativi di aggiornamento sul sistema di segnalazione di near miss, eventi avversi, (incident reporting) finalizzato al miglioramento della qualità delle segnalazioni	No	Da riproporre nel 2026

ATTIVITÀ C.1 – Corso prevenzione atti di violenza e aggressioni verso operatori sanitari e non	Sì	Effettuata una sessione formativa
ATTIVITÀ D.1 - Corso di aggiornamento in ambito di prevenzione delle ICA	Sì	Effettuato corso nell'ambito degli annual refresh
ATTIVITÀ E.1 – Implementazione del Piano di Azione Locale attraverso la realizzazione delle azioni previste entro il Dicembre 2025	Sì	Effettuato come riportato nel report PALIM
ATTIVITÀ E.2 – Monitoraggio consumo annuale gel idroalcolico	Sì	Effettuato come riportato nel report PALIM
ATTIVITÀ F.1 – Monitoraggio semestrale tramite indagine di prevalenza cumulativa di ICA (Infezioni urinarie, clostridium difficile)	Sì	Da riproporre nel 2026

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La Direzione Gestionale in collaborazione con il Risk Manager ha identificato Ruoli e Responsabilità in relazione alla definizione, redazione ed implementazione del Piano. Tale definizioni di ruoli-delineata nella tabella sottostante- è stata poi condivisa con tutti gli interessati ed è da considerarsi parte integrante del Piano stesso.

Tabella 6 – Matrice delle responsabilità

Azione	Medico Responsabile	Consulente rischio clinico Korian Lazio	Direttore Gestionale	CC-ICA	Referente Gestione Qualità
Redazione PARS	R	C	C	C	C
Adozione PARS	C	C	R	C	C
Monitoraggio PARS	R	C	C	C	C

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 2026

6.1 Obiettivi

Obiettivi e Attività 2026 per la gestione del rischio sanitario

Gli obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

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) 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 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

Obiettivi e Attività 2026 per la gestione del rischio sanitario

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.		
ATTIVITÀ 1: Eventi formativi di aggiornamento sul sistema di segnalazione (eventi avversi, near miss, eventi sentinella, incident reporting)		
INDICATORE : Realizzazione incontri formativi entro 31.12.2026		
STANDARD SI		
FONTE Direzione Medica- Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Attuazione Programma	R	C
Progettazione materiale	C	R
Condivisione risultati	R	I
ATTIVITÀ 2: implementazione dei Safety Walk Around		
INDICATORE: effettuazione di almeno 2 Safety Walk Around entro il 31.12.2026		
STANDARD SI		
FONTE Direzione Medica- Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Attuazione Programma	R	C
Progettazione materiale	C	R
Condivisione risultati	R	I

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

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 1 : Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso sulla gestione del paziente disabile ex art. 26"		
INDICATORE : Realizzazione del corso entro 31.12.2026		
STANDARD Realizzazione del 100% delle Azioni previste		
FONTE Direzione Medica- Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	CCICA

Implemento del Piano	R	I
Monitoraggio	R	I
Condivisione risultati	R	I

OBIETTIVO C) 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 1 – Implementazione del Piano di Azione Locale attraverso la realizzazione delle azioni previste entro il Dicembre 2026

INDICATORE : azioni implementate

STANDARD Realizzazione del 100% delle Azioni previste

FONTE Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	CCICA
Implemento del Piano	R	I
Monitoraggio	R	I
Condivisione risultati	R	I

ATTIVITÀ 2 – Monitoraggio consumo annuale gel idroalcolico

INDICATORE: Litri gel consumati

STANDARD: SI

FONTE Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Attuazione Piano	R	C
Monitoraggio	C	R
Condivisione dei risultati	R	I

OBIETTIVO D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

ATTIVITÀ 1 – Monitoraggio semestrale tramite indagine di prevalenza cumulativa di ICA (Infezioni urinarie, clostridium difficile)

INDICATORE Presenza/assenza

STANDARD : SI

FONTE Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Attuazione Piano	R	C
Monitoraggio	C	R
Condivisione dei risultati	R	I

7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento sarà diffuso attraverso i seguenti strumenti:

- pubblicazione sul sito internet;
- presentazione alla Direzione Aziendale;

- diffusione al personale di struttura;
- presentazione al personale di struttura.

8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

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. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
6. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
7. 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";
8. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità
9. Decreto del Commissario *ad acta* 28 maggio 2013, n U00206
"Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della regione Lazio" a seguito del recepimento degli "standard per l'individuazione di

Rocca Priora, 23/02/2026

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

QUESTIONARI DI AUTOVALUTAZIONE

SEZIONE	RISULTATI 2024	RISULTATI 2025	AZIONI 2026
A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	Livello avanzato	Livello avanzato	- Valutare la tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso - Valutare l'introduzione di dispenser di vario tipo per aumentare l'utilizzo
B – FORMAZIONE DEL PERSONALE	Livello intermedio	Livello avanzato	- Verificare che per il personale neoassunto sia prevista formazione sull'igiene delle mani - Valutare le conoscenze degli operatori
C – MONITORAGGIO E FEEDBACK	Livello base	Livello intermedio	- effettuare le attività di osservazione con cadenza regolare - fissare obiettivi annuali per i risultati/tassi di compliance da raggiungere.
D – COMUNICAZIONE PERMANENTE	Livello intermedio	Livello avanzato	- raccogliere idee per l'elaborazione di materiale informativo innovativo e incoraggiare la competizione tra i reparti - fornire ed esporre poster e opuscoli in tutti gli ambienti clinici
E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	Livello intermedio	Livello intermedio	- sviluppare materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori - Valutare l'introduzione di nuovi strumenti di partecipazione del personale

ALLEGATO 2: REPORT MONITORAGGIO CONSUMO PRODOTTI IDROALCOLICI PER L'IGIENE DELLE MANI SEZIONE RACCOLTA DATI

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

Tabella 1: Consumo riferito all'intera struttura

CSIA*	GDO*
120	8209

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

Area di:	CSIA*	GDO*
Degenza**	120	8209
NON Degenza**	/	/

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

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

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

LEGENDA

CSIA	Consumo di Soluzione Idroalcolica e/o prodotto equivalente espressa in litri.
GDO	Giornate di Degenza Ordinaria: somma del numero di interi giorni (24h) trascorsi dai pazienti nel reparto da cui vengono dimessi.
Aree di degenza	RSR
Aree di NON degenza	Include le seguenti aree/Disciplin: Sale di attesa, uffici etc. ed eventuali altre aree di NON Degenza.

Relazione Programma di controllo della legionellosi Villa Margherita

1. Costituzione del Team

È stato formalmente costituito il Gruppo di Gestione del Rischio Legionella, composto da:

- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP): Claudio Broccatelli.
- Responsabile Tecnico/Manutenzione Impianti (BM/Manutentore): Filippello, Pepino.
- Medico Responsabile: Dott.ssa Marcella Masci.
- Referente Qualità/Risk Management: Marta Perrotti.

Il team ha il compito di:

- Redigere e aggiornare la Valutazione del Rischio Legionella
- Definire e supervisionare il piano di controllo
- Verificare l'efficacia delle misure adottate
- Coordinare eventuali azioni correttive

2. Realizzazione della Piattaforma Documentale

È stata implementata una piattaforma documentale dedicata, in formato digitale e/o cartaceo, contenente:

- Documento di Valutazione del Rischio Legionella
- Planimetrie e schemi impiantistici aggiornati
- Registro degli interventi di manutenzione
- Piano di campionamento microbiologico
- Rapporti di prova dei laboratori accreditati
- Registro temperature e controlli periodici
- Procedure operative standard (POS)
- Registro non conformità e azioni correttive

3. Modalità di Esecuzione, Tempi di Valutazione del Rischio e Misure di Controllo

Valutazione del Rischio

La valutazione del rischio è stata effettuata: 12/01/2026.

- ✓ A seguito di aggiornamento periodico annuale.
- A seguito di modifiche strutturali o impiantistiche.
- A seguito di positività microbiologica significativa.

L'analisi comprende:

- Analisi semestrali microbiologiche.
- Identificazione dei punti critici (serbatoi, bollitori, terminali, torri evaporative)
- Valutazione delle temperature dell'acqua
- Analisi delle condizioni di stagnazione e incrostazioni

Misure di Controllo Effettuate:

- Mantenimento temperatura acqua calda tra i 55°C e i 60°C in accumulo e $\geq 50^{\circ}\text{C}$ ai terminali.
- Acqua fredda $< 20^{\circ}\text{C}$.
- Flussaggi periodici dei punti poco utilizzati settimanale a cura del personale delle pulizie.

- Disincrostazione e sanificazione periodica trimestrale dei terminali dell'impianto a cura del manutentore, interventi effettuati nel mese di Marzo, Giugno, Settembre, Dicembre.
- Pulizia e disinfezione serbatoi di accumulo e dei boiler annuale ,a cura della ditta di manutenzione, interventi effettuati in data:16/04/2025
- Monitoraggio microbiologico periodico semestrale a cura della ditta certificata, interventi effettuati in data 21/02/2025 ;22/08/2025.

4. Risultato Sintetico del Monitoraggio Operativo

Il monitoraggio microbiologico e tecnico ha evidenziato:

- Regolare mantenimento dei parametri di temperatura
- Conformità della maggior parte dei campioni analizzati 18 punti annuali tutti nei limiti.
- Eventuali non conformità puntuali gestite con interventi tempestivi (iperclorazione, shock termico, ripetizione campionamenti) in caso di analisi con risultato positivo indicare cosa è stato fatto per la gestione nc in dettaglio.

5. Sintesi del Piano di Miglioramento (nel caso di criticità riscontrate o caso clinico)

Qualora siano emerse criticità segnalate dall'ASL, gli interventi che sono stati messi in atto prevedono: indicare in dettaglio le azioni messe in atto passo-passo fino alla data analisi con esito negativo.

- Osservazione e ricerca tratti di rete idrica obsoleti.
- Ricerca ed eventuale eliminazione di rami morti.
- Ricerca e sostituzioni di componenti impianto idrico obsoleti o con presenza di ossidazione o accumuli di calcare (boiler, accumuli, valvole, tubazioni, terminali).
- Implementazione flussaggio punti critici.
- Incremento frequenza campionamenti in aree critiche.
- Interventi previsti in caso di valori di legionella fuori norma risultati dalle analisi microbiologiche, si segue la normativa (linee guida 7 Maggio 2015).

Verifica finale di efficacia delle attività tramite analisi microbiologica.

6. Pianificazione delle Azioni di Supporto

Sono state pianificate le seguenti azioni:

- Formazione periodica del personale tecnico e sanitario
- Sensibilizzazione degli operatori sulle buone pratiche (es. flussaggi)
- Audit interni annuali
- Riesame annuale del protocollo Legionella
- Aggiornamento continuo secondo Linee Guida nazionali vigenti della valutazione del rischio legionellosi nel caso di presunto caso con descrizione degli interventi eseguiti.