CASA DI CURA
MADONNA DELLA FIDUCIA
Di Fiducia S.r.l.

Casa di cura privata

Via Cesare Correnti, 6
00179 – Roma
Tel: 06784621
Fax: /

Mail: callcenter@fiducia.it
Sito: http://www.madonnadellafiducia.com/

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

MOD PARS

ED. / REV.	DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
00/04	**12/02/2026**	Risk Manager Presidente CCICA (Direttore Sanitario) Ufficio Legale	Direttore Generale	Datore di Lavoro

INDICE

1. SCOPO 3
2. CONTESTO ORGANIZZATIVO 4
3. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 6
4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI 6
4.1. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI 6
(AI SENSI DELL'ARTICOLO 2. C. 5 L. 24/2017) 6
4.2. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO 6
5. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA 7
6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE 7
7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ 8
8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 9
8.1. OBIETTIVI 9
8.2. ATTIVITÀ 9
8.2.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE 9
8.2.2. OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA 10
8.2.3. OBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA 10
9. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 11
9.1. OBIETTIVI 11
9.2. ATTIVITÀ 11
9.2.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE ... 11
9.2.2. OBIETTIVO B): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI 12
9.2.3. OBIETTIVO C): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE 12
10. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS 14
11. RIFERIMENTI NORMATIVI 14
12. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA 15
ALLEGATO 1: PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI 17
ALLEGATO 2: REPORT MONITORAGGIO CONSUMO PRODOTTI IDROALCOLICI PER L'IGIENE DELLE MANI 19
ALLEGATO 3: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI 21

1. SCOPO

Il **Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario** (PARS) è lo strumento nato dall'unione dei precedenti PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza).

Il PARS nasce con l'obiettivo di:

- *Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;*
- *Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;*
- *Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);*
- *Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani;*
- *Semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale supportandole nella cruciale fase del risk assessment.*

Regione Lazio – Determinazione N. G00643 del 25/01/2022 – Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"

Il PARS è, quindi, uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti e degli specifici contesti di lavoro.

Il PARS, inoltre, rappresentando le politiche di analisi e di prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli *stakeholder*.

Le attività indicate sono parte integrante delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza, economicità e sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

In questa ottica, è costruito nella prospettiva del miglioramento continuo e dell'implementazione di azioni qualificanti l'attività.

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Casa di Cura Madonna della Fiducia fu fondata nel 1947 per opera delle Suore della Carità di Namur, già celebri per la loro attività sanitaria in Belgio, che vollero portare anche a Roma la loro dedizione e umanità in un settore così importante per tutti. Dopo aver costituito per circa 50 anni un autentico punto di riferimento per l'intera area di S. Giovanni, nel 1997 ha subìto una totale ristrutturazione, in modo da poter soddisfare tutte le esigenze che la moderna chirurgia e medicina richiedono. Oggi, totalmente informatizzata e tecnologicamente all'avanguardia, Madonna della Fiducia si pone nel panorama sanitario laziale come una struttura moderna ed efficiente, "ambientata" in una splendida villa classica al centro di Roma. L'attuale organizzazione beneficia di quel connubio, già esposto, ovvero la "cura" delle Suore e la "expertise" del management che gestisce le attività della struttura. Questo connubio rende più concreti gli obiettivi della Casa di Cura che fondamentalmente sono:

- mantenere sempre alti gli standard di "qualità" delle prestazioni e dei servizi offerti;
- mantenere sempre attivo e presente lo spirito di umanità che ispirò la fondazione della Casa di Cura.

Per quanto riguarda la metodologia seguita dalla Casa di Cura Madonna della Fiducia, tutto l'interesse è rivolto al paziente, al suo benessere all'interno della struttura e ogni intervento è pensato in sua funzione. Le varie équipe che operano nella struttura svolgono le loro funzioni in costante collaborazione e interdipendenza, per assicurare al paziente il massimo della qualità nel trattamento delle varie patologie, che per la loro complessità spesso vengono seguite da più reparti o servizi. Al fine di raggiungere tale obiettivo, la struttura si è dotata di personale altamente specializzato: medici; infermieri professionali; operatori socio sanitari; i quali formano, con la collaborazione della congregazione delle Suore della Carità di Namur, uno staff di spiccata professionalità e di provata esperienza, con dedicata attenzione alla comprensione degli aspetti emotivi legati alla percezione del rapporto salute/malattia.

La Casa di Cura Madonna della Fiducia sorge su un'area compresa tra quattro strade: Via C. Correnti, Via Latina, Via G. Mantellini e Via A. Baccarini. L'accesso pedonale è su Via C. Correnti mentre, il passo carrabile e pedonale su Via A. Baccarini. La Clinica è nel quartiere S. Giovanni, a ridosso del Parco della Caffarella e dell'Appia Antica, gode di un buon soleggiamento e di buona ventilazione durante l'intera giornata in qualsiasi periodo dell'anno. Gli ospiti della Casa di Cura possono trovare silenzio e tranquillità grazie alla felice posizione della struttura, immersa in uno splendido parco con palme e alberi ad alto fusto sempre verdi, che sovrastano il grande giardino sempre molto curato, e che costituisce una vera e propria oasi di verde per tutta la zona. La Casa di Cura, inoltre, dispone di un ampio parcheggio custodito di oltre 1000 mq. a disposizione dei suoi visitatori. Le unità operative di Madonna della Fiducia sono dislocate su 4 piani fuori terra e 1 interrato e dotate di attrezzature all'avanguardia in grado di assolvere tutte le necessità per le diagnosi e le cure. La Casa di Cura dispone di 46 posti letto distribuiti nei seguenti reparti:

- Chirurgia Generale
- Ortopedia
- Ginecologia ed ostetricia
- Oncologia
- Urologia
- Oculistica
- Neurochirurgia
- Otorinolaringoiatria
- Isolamento

Madonna della Fiducia dispone di 2 sale operatorie moderne e funzionali e di un ambulatorio

chirurgico per i piccoli interventi. Dispone inoltre di spazi dedicati al Day Hospital / Day Surgery. Madonna della Fiducia è fornita di stanze singole e doppie, per una disponibilità totale di 45 posti letto, più 1 posto letto riservato all'isolamento.

CASA DI CURA MADONNA DELLA FIDUCIA

DATI STRUTTURALI (A)		Fonte del dato
Posti letto ordinari	46	DCA RL G11578 del 16/08/2017-DCA RL G03266 del 25/02/2020
di cui Medicina	14	DCA RL G11578 del 16/08/2017-DCA RL G03266 del 25/02/2020
di cui Chirurgia	32	DCA RL G11578 del 16/08/2017-DCA RL G03266 del 25/02/2020
Posti letto diurni	/	/
Servizi trasfusionali	/	/
Blocchi Operatori	1	/
Sale Operatorie	3	/
Centro trapianti (impianto organi e tessuti)	/	/
Centro Procreazione Medicalmente Assistita	/	/
Hub	/	/
Terapie Intensive	/	/
UTIC	/	/

(A): Dati aggiornati al 12/02/2026

DATI DI ATTIVITÀ (A)		Fonte del dato
Ricoveri ordinari	1216	/
Ricoveri diurni	/	/
Accessi PS	/	/
Neonati o parti	/	/
Branche Specialistiche	25	/
Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	/	/

(A): Dati aggiornati al 12/02/2026

3. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

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

In considerazione dell'impatto che tale tipologia di infezione ha sul carico assistenziale e in considerazione di quanto le richieste della Regione Lazio siano diventate nel tempo sempre più puntuali e specifiche, nel corso dell'anno 2025 è stato introdotto il Piano aziendale per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (come da Determinazione 28 novembre 2022, n. G16501 – Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)).

Nel rispetto di quanto previsto dal Piano la struttura è impegnata nella revisione e implementazione delle attività e delle procedure richieste dalla Determinazione.

4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

4.1. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI
(AI SENSI DELL'ARTICOLO 2. C. 5 L. 24/2017)

Nell'anno 2025 presso la Casa di Cura non sono stati segnalati e registrati eventi avversi né *near miss.*

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

4.2. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO
(AI SENSI DELL'ARTICOLO 4. C. 3 L. 24/2017)

ANNO	N Sinistri aperti	N Sinistri erogati	Risarcimenti erogati
2021	0	0	€ 0
2022	0	0	€ 0
2023	0	0	€ 0
2024	2	0	€ 0
2025	0	3	€ 269.746,16

5. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	POLIZZA	SCADENZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	FRANCHIGIA	BROKER
2020	2019RCG00154-789835	2021	BHI ITALIA	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2021	2021RCG00229-789994	2022	BHI ITALIA	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2022	420775864	2023	Generali Italia S.p.A.	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2023	420775864	2025	Generali Italia S.p.A.	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2024	420775864	06/2026	Generali Italia S.p.A.	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2025	N2025RCG00368	31/12/2026	Berkshire Hathaway	197.067	50000 euro	AON

6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Di seguito si riporta una sintesi dello stato di attuazione delle attività programmate per l'anno 2025 e dichiarate nel PARS precedente.

ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO:

ATTIVITÀ	REALIZZATA(A)	STATO ATTUAZIONE
1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico"	IN PROGRAMMA	
2: progettazione ed esecuzione di almeno 2 edizioni di un "corso di gestione del rischio clinico relativo a uno specifico ambito di attività"	IN PROGRAMMA	
3: revisione e implementazione della documentazione del Sistema di gestione aziendale di Rischio Clinico	SI	L'attività proseguirà nel 2026 (vedere il riesame della direzione)
4: esecuzione Audit di Rischio Clinico	IN PROGRAMMA	
5: identificazione dei rischi attraverso il *Safety Walkaround*)	IN PROGRAMMA	

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

ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO:

ATTIVITÀ	REALIZZATA(A)	STATO ATTUAZIONE
1: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	IN PROGRAMMA	
2: progettazione ed esecuzione di un corso relativo alla gestione dei rifiuti	IN PROGRAMMA	
3: monitoraggio e mantenimento del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani	SI	Le attività connesse al Piano di azione locale sull'igiene delle mani proseguiranno anche nel 2026.
4: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo (nel rispetto di quanto previsto dal Piano ICA)	SI	Revisionata Procedura PROINFBAU- Procedura gestione dell'infezione da Acinetobacter Baumanii
5: elaborazione/revisione/implementazione di un programma di buon uso degli antibiotici (*Antimicrobial stewardship*)	IN PROGRAMMA	
6: report monitoraggio consumo prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani	SI	VEDASI ALLEGATO 2
7: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni del sito chirurgico e della ferita chirurgica e alla gestione della sepsi	IN PROGRAMMA	

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

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce almeno le seguenti specifiche responsabilità:

- Risk Manager: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
- Direttore Sanitario/Presidente del CCICA: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo;
- Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
- Direzione Strategica/Proprietà della Struttura: si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

AZIONE	Direttore Sanitario / Presidente CCICA	Risk Manager	Responsabile Affari Legali / Generali	Direttore Generale / Proprietà	Direttore Sanitario (1)	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS	R	R	R	C	C	C	/
Adozione PARS	I	I	I	R	C	C	/
Monitoraggio PARS	R	R	C	I	C	C	C

(1): Ove non coincida con il Presidente CCICA
R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

8.1. OBIETTIVI

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

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

8.2. ATTIVITÀ

Le attività non eseguite nel corso nel 2025, così come definito nei paragrafi precedenti, sono riprogrammate per l'anno 2026.

8.2.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico"*		
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026 **(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)**		
STANDARD: 100%	**FONTE:** Risk Management	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	**RISK MANAGER**	**DIREZIONE**
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 2: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso di gestione del rischio clinico relativo a uno specifico ambito di attività"*		
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026 **(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)**		
STANDARD: 100%	**FONTE:** Risk Management	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	**RISK MANAGER**	**DIREZIONE**
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

***N.B. Per i corsi in programma nel 2026 si rimanda al piano formativo aziendale**

8.2.2. OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA

ATTIVITÀ 3: revisione e implementazione della documentazione del Sistema di gestione aziendale di Rischio Clinico

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

(documentazione implementata) / (documentazione da implementare)

STANDARD: 90%	**FONTE:** Risk Management	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	**RISK MANAGER**	**DIREZIONE**
Revisione	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 4: esecuzione Audit di Rischio Clinico

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

Esecuzione di almeno 1 audit di Rischio Clinico e di 1 dedicato all'analisi delle cartelle cliniche.

STANDARD: 90%	**FONTE:** Risk Management	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	**RISK MANAGER**	**DIREZIONE**
Pianificazione audit	R	C
Audit	R	C
Valutazione rilevazioni	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

8.2.3. OBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA

ATTIVITÀ 5: identificazione dei rischi attraverso il *Safety Walkaround*

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

(n Safety Walkaround realizzati) / (n Safety Walkaround programmati)

STANDARD: 90%	**FONTE:** Risk Management	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	**RISK MANAGER**	**DIREZIONE**
Implementazione strumento	R	C
Informazione/formazione	R	C
Verifica utilizzo	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

9. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

9.1. OBIETTIVI

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

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

9.2. ATTIVITÀ

Le attività non eseguite nel corso nel 2025, così come definito nei paragrafi precedenti, sono riprogrammate per l'anno 2026 e sono state definite conformemente a quanto previsto nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP, in particolare dal Piano Predefinito 10 -PP10) e dal Piano Nazionale per il Contrasto all'Antibiotico Resistenza (PNCAR).

9.2.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA*		
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026 **(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)**		
STANDARD: 100%	**FONTE:** Risk Management	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	**RISK MANAGER**	**DIREZIONE**
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 2: progettazione ed esecuzione di un corso di formazione sulla gestione dei rifiuti *		
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026 **(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)**		
STANDARD: 100%	**FONTE:** Risk Management	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	**RISK MANAGER**	**DIREZIONE**
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

***N.B. Per i corsi in programma nel 2026 si rimanda al piano formativo aziendale**

9.2.2. OBIETTIVO B): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

ATTIVITÀ 3: monitoraggio e mantenimento del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

Monitoraggio e mantenimento Piano

STANDARD: 90%	**FONTE:** Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	**RISK MANAGER**	**DIREZIONE**
Elaborazione Piano	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

9.2.3. OBIETTIVO C): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE

ATTIVITÀ 4: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo (nel rispetto di quanto previsto dal Piano ICA)

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura in base alle indicazioni Regionali.

STANDARD: 100%	**FONTE:** CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	**CC-ICA**	**DIREZIONE**
Istituzione Gruppo di Lavoro	C	R
Definizione modello di sorveglianza	C	R
Definizione misure di controllo	C	R
Definizione gestione flusso nazionale	C	R
Revisione/Elaborazione procedura	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 5: elaborazione/revisione/implementazione di un programma di buon uso degli antibiotici (*Antimicrobial stewardship*)

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura

STANDARD: 100%	**FONTE:** Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	**RISK MANAGER**	**DIREZIONE**
Istituzione Gruppo di Lavoro	C	R
Definizione modello di sorveglianza	C	R
Definizione misure di controllo	C	R
Definizione gestione flusso	C	R
Revisione/Elaborazione procedura	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 6: report monitoraggio consumo prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

Elaborazione processo monitoraggio utilizzo prodotti idroalcolici, in litri ogni 1000 giornate di degenza.

STANDARD: 20 litri / 1000 gg degenza	**FONTE:** OMS

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE
Elaborazione report	C	R
Compilazione report	C	R
Condivisione risultati	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 7: monitoraggio del consumo di antibiotici secondo la classificazione AWARE per area assistenziale

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

Elaborazione processo monitoraggio utilizzo prodotti idroalcolici, in litri ogni 1000 giornate di degenza.

STANDARD: 20 litri / 1000 gg degenza	**FONTE:** OMS

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE
Elaborazione report	C	R
Compilazione report	C	R
Condivisione risultati	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 8: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni del sito chirurgico e della ferita chirurgica e alla gestione della sepsi

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura

STANDARD: 100%	**FONTE:** Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Istituzione Gruppo di Lavoro	C	R
Definizione modello di sorveglianza	C	R
Definizione misure di controllo	C	R
Definizione gestione flusso	C	R
Revisione/Elaborazione procedura	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 9: definizione del Piano di controllo per la rilevazione di Legionella Pneumophila ai sensi della DGR n. 460 del 28/06/2024 "Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi" e del D. lgs 18/2023 "Piano di sicurezza dell'Acqua"

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026

Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura

STANDARD: 100%	**FONTE:** Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Istituzione Gruppo di Lavoro	C	R
Definizione modello di sorveglianza	C	R
Definizione misure di controllo	C	R
Definizione gestione flusso	C	R
Revisione/Elaborazione procedura	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

10. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il presente PARS sarà diffuso attraverso i seguenti strumenti:

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

11. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", pubblicata in Gazzetta Ufficiale, serie Generale, n. 64 del 17 marzo 2017, ed entrata in vigore giorno 1° aprile 2017;
- Decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012 (c.d. ''decreto omnibus'' per la sanità);
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro;
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009: Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- Circolare Ministero Salute 6 dicembre 2019 – Indicazioni per la sorveglianza e controllo infezioni da CRE;
- Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante: "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014. Preliminare individuazione dei Programmi regionali e approvazione del "Quadro di contesto" del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018";
- Decreto del Commissario ad Acta 6 luglio 2015, n. U00309 recante: "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep. Atti 156/CSR)";
- Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)";
- Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico";
- Determinazione n. G09535 del 02/07/2014 "Linee Guida Regionali per l'attività di Gestione dei sinistri da responsabilità Medico/Sanitaria – Composizione e Funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri;
- Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): "Gestione del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza" (Determinazione Regionale N. G04112 del 01/04/2014);
- Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del

documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";

- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
- Determinazione Regione Lazio n. G00163 del 11 gennaio 2019 recante "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)";
- Determinazione Regionale n. G02044 del 26 febbraio 2021 recante "Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani";
- Determinazione N. G00643 del 25 gennaio 2022 – Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)";
- Nota Regione Lazio Prot. n. 99218 del 23 febbraio 2015 Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti;
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;
- Deliberazione Regione Lazio n. 970 del 21 dicembre 2021 "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025";
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022–2025.
- Determinazione Regione Lazio n. G16501 del 28 novembre 2022 "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'Assistenza (ICA);
- Deliberazione Giunta Regionale (Regione Lazio) n. 460 del 28/06/2024 con oggetto "Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi";
- Determinazione Regione Lazio n. G17673 del 23 dicembre 2025 "Piano attuativo regionale per il contrasto all'antibiotico resistenza".

12. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Ministero della Salute: "Risk Management e Qualità in Sanità - il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
- WHO – World Alliance for patient safety – The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Save Surgery Save Live".
- WHO: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997.
- Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997.
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione
- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza
- AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx

ALLEGATO 1

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

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

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

Così come da Nota della Regione Lazio U. 0124752 del 02/02/2023 e U. 0091714 del 22/01/2024, il presente documento viene redatto al fine di rappresentare quanto già posto in essere dalla Struttura nell'ambito del Piano e, soprattutto, quanto programmato per raggiungere il livello INTERMEDIO che "*Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2023, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura*" (**Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani**) e per mantenerlo come livello standard anche negli anni a seguire.

SEZIONE	RISULTATI 2024	RISULTATI 2025	AZIONI 2026
A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	100	100	• 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	55	55	• Verificare che per il personale neo assunto sia prevista formazione sull'igiene delle mani • Valutare le conoscenze degli operatori
C – MONITORAGGIO E FEEDBACK	60	60	• Aumentare l'attività di osservazione e definire una cadenza regolare di svolgimento • Valutare standard in relazione ai risultati
D – COMUNICAZIONE PERMANENTE	60	60	• Valutare nuovo materiale per la comunicazione con il coinvolgimento di tutti gli stakeholder (Direzione Sanitaria, Risk Manager, Ufficio Comunicazione, Responsabile Qualità)
E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	55	55	• Valutare l'introduzione di nuovi strumenti di partecipazione del personale • Valutare la definizione di giornate annuali dedicate al tema (campagne interne)

ALLEGATO 2

REPORT MONITORAGGIO CONSUMO PRODOTTI IDROALCOLICI PER L'IGIENE DELLE MANI

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

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

Consumo riferito all'intera struttura

ANNO	CSIA*	GDO*
2024	132 L	4433
2025	127 L	4044

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

ANNO	Area di	CSIA*	GDO*
2024	Degenza**	132 L	4433
	NON Degenza**	/	/
	Totale	**132 L**	**4433**
2025	Degenza**	127 L	4044
	NON Degenza**	/	/
	Totale	**127 L**	**4044**

Tabella 3: Se disponibile inserire i dati di CSIA delle aree di degenza suddivise per Area/Disciplina

ANNO 2024		
U.O.	**CSIA**	**GDO**
chirurgia	59	1982
medicina	66	2233
ortopedia	6	213
oncologia	1	5
Totale	**132**	**4433**

ANNO 2025		
U.O.	**CSIA**	**GDO**
chirurgia	46	1456
medicina	66	2084
ortopedia	6	204
oncologia	9	300
Totale	**127**	**4044**

*** Per la definizione di CSIA e/o di GDO fare riferimento al foglio "Legenda"**
**** Per l'identificazione delle aree di "Degenza" e "NON Degenza" fare riferimento al foglio "Legenda"**

LEGENDA	
CSIA	Consumo di Soluzione Idroalcolica e/o prodotto equivalente espressa in litri.
GDO	Giornate di Degenza Ordinaria: somma del numero di interi giorni (24h) trascorsi dai pazienti nel reparto da cui vengono dimessi.
Aree di degenza	Include le seguenti Aree/Discipline: Medica, Chirurgica, Terapia Intensiva, Ortopedico-Traumatologica ed eventuali altre aree di Degenza.
Aree di NON degenza	Include le seguenti Aree/Discipline: Blocco Chirurgico, Consultori, Emergenza Urgenza, Sale di attesa, Day Hospital (D.H.), Day Surgery (D.S.), Ambulatori, Centri di Prenotazione (C.U.P.) ed eventuali altre aree di NON Degenza.

COMPLIANCE IGIENE MANI

SEZIONE	RISULTATI 2024	RISULTATI 2025	AZIONI 2026
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≥81%	≥81%	• Aumentare l'attività di osservazione e definire una cadenza regolare di svolgimento • Valutare standard in relazione ai risultati

ALLEGATO 3

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

CASA DI CURA PRIVATA
MADONNA DELLA FIDUCIA

Programma di controllo della Legionellosi 2026

RSPP	Arch.Enzo Rigoli	
Direttore Sanitario	Dott.ssa Piera Spada	
Responsabile Manutenzione	Delfino Pucci	

INDICE

1. Programma di controllo.....pag. 3

2. Valutazione del rischio .....pag. 3

3. Gruppo di lavoro multidisciplinare.....pag. 3

4. Attività svolta .....pag. 3

5. Attività programmata .....pag. 4

6. Riferimenti normativi .....pag. 5

1. Programma di controllo

Con la delibera regionale n. 460 del 28.06.2024 è stato adottato il documento "Linee di indirizzo regionale per la Prevenzione, sorveglianza e il controllo della Legionellosi".

Nel presente documento viene rappresentato:

- quanto già posto in essere dalla Struttura nell'ambito della prevenzione, sorveglianza e controllo della Legionellosi;

- quanto programmato per l'anno 2026.

2. Gruppo di lavoro multidisciplinare

I compiti previsti dalle Linee di iindirizzo in tema di Legionellosi per quanto riguarda il gruppo di lavoro multidisciplinare sono assolti dal CC-ICA.

Il CC-ICA (Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlata all'Assistenza) si avvarrà, per i temi legati alla Legionella, anche del supporto di:

- RSPP
- Servizio Tecnico

3. Valutazione del rischio

Per quanto riguarda la Valutazione del rischio si rimanda al Documento di Valutazione dei rischi redatto in base al Testo unico della sicurezza del lavoro, secondo il D. lgs. 81/2008 e s.m.i. e all'Istruzione Operativa.

4. Attività svolta

2024		
ATTIVITA'	***OBIETTIVO***	***Entro il***
Riunioni del gruppo di lavoro	Almeno 2 riunioni anno	31.12.2026
Valutazione del rischio	DVR come da D.lgs. 81/08	Biennale/a meno di intervenute modifiche di impianti e/o in caso di reteirato riscontro di Legionellosi
Ispezione della Struttura	Almeno 1 sopralluogo per individuazione/conferma fonti di rischio	31.12.2026

Misure di prevenzione	CIN-DVR-LEG POP Rev 02 25/02/2026	25.02.2026
Misure di controllo	Compionamenti microbiologici: Negativi: controllo semestrale Positivi: campionamenti continui dopo azioni correttive fino a negativizzazione	09.2025 e 02.2026
Procedure specifiche di gestione del rischio Legionellosi	Revisione Procedura: Piano di autocontrollo per la prevenzione della Legionellosi	31.12.2026
Procedure di segnalazione e notifica	Piano di autocontrollo per la prevenzione della Legionellosi	31.12.2026
Procedure in caso di ICA	Redazione/revisione	31.12.2026
Formazione del personale	1 evento	31.12.2026
Iniziative di sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per gli ospiti e familiari	1 iniziativa	31.12.2026

5. Attività programmata

2025		
ATTIVITA'	***OBIETTIVO***	***Entro il***
Riunioni del gruppo di lavoro	Almeno 2 riunioni anno	31.12.2026
Valutazione del rischio	CIN_ AL1DVR-PCLEG- Ed02	Biennale/a meno di intervenute modifiche di impianti e/o in caso di reteirato riscontro di Legionellosi
Ispezione della Struttura	Almeno 1 sopralluogo per individuazione/conferma fonti di rischio	31.12.2026
Misure di prevenzione	CIN_ AL1DVR-PCLEG- Ed02	31.12.2026
Misure di controllo	Compionamenti microbiologici: - Negativi: controllo annuale	02.2026 e 09.2026

	Positivi: campionamenti continui dopo azioni correttive fino a negativizzazione	
Procedure specifiche di gestione del rischio Legionellosi	Revisione Procedura: Piano di autocontrollo per la prevenzione della Legionellosi	31.12.2026
Procedure di segnalazione e notifica	Piano di autocontrollo per la prevenzione della Legionellosi	31.12.2026
Procedure in caso di ICA	Redazione/revisione	31.12.2026
Formazione del personale	1 evento	31.12.2026
Iniziative di sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per gli ospiti e familiari	1 iniziativa	31.12.2026

6. Riferimenti Normativi

Determinazione Giunta Regionale del Lazio n. 460 del 28.06.2024 “Linee di indirizzo regionale per la Prevenzione, sorveglianza e il controllo della Legionellosi”.

NOTE

Tutte le specifiche del programma di controllo della Legionellosi previste dalla DGR 460/2024 sono contenute all'interno del fascicolo CIN_ AL1DVR-PCLEG- Ed02 25/02/2026 allegato al DVR.