



PIANO ANNUALE GESTIONE RISCHIO SANITARIO

RSA SANTA CHIARA

ANNO 2026

<i>Responsabile Rischio Clinico</i> Dott.ssa Fausta Micheletta Roma, 09/02/2026	<i>Medico Responsabile RSA</i> Dott.ssa Irene Paladino Roma, 12/02/2026	<i>Direzione Aziendale</i> Suor Antonietta Musotto Roma, 13/02/2026
--	--	--



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO

PARS/2026

Rev. 0/2026

Pag 2 di 15

1. PREMESSA

Il *Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario* (PARS) rappresenta lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione, identificazione e gestione del rischio clinico e del rischio infettivo all'interno della **RSA SANTA CHIARA**.

L'RSA SANTA CHIARA è impegnata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente attraverso la definizione di attività specifiche definite nel PARS e le attività di implementazione, monitoraggio e analisi delle stesse. Il PARS si inserisce in una più ampia azione sistematica fatta di valutazione dei principali processi, di analisi proattiva e reattiva del rischio sanitario ed infettivo, di promozione ed implementazione di linee guida e buone pratiche, che si realizza anche attraverso l'elaborazione di procedure e istruzioni operative interne, di attività informativa e formativa sia del personale sanitario e non-sanitario nonché del paziente e dei *caregivers*. Alle attività che si definiscono all'interno del PARS partecipano tutti gli esercenti le professioni sanitarie attivi nella RSA con l'intento di rendere il PARS parte integrante della vita quotidiana e comune denominatore culturale delle attività cliniche assistenziali e riabilitative erogate all'interno della struttura. In questa visione, va sottolineato che la presenza della funzione del Responsabile del rischio clinico e del Medico Responsabile non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali e riabilitativi nelle loro specifiche competenze bensì coordinano ed armonizzano l'intero sistema di governo del rischio clinico ed infettivo. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la visione e la cultura della sicurezza all'interno dell'RSA SANTA CHIARA.

Il PARS 2026 è stato redatto sulla base della Determinazione N. G00643 del 25 gennaio 2021 Adozione del "documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)" Regione Lazio Direzione Salute ed Integrazione sociosanitaria – Centro Regionale Rischio Clinico e successive integrazioni e comunicazioni. È parte integrante del PARS come allegato il Piano di azione annuale 2026 per l'implementazione dell'igiene delle mani come strumento di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

1.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'RSA Santa Chiara è una struttura accreditata (DCA n. 176 del 11/5/2015) con livello assistenziale basso per 40 posti letto. Nel 2025 ci sono state complessivamente 14.320 giornate di degenza.

1.2 REPORT EVENTI AVVERSI E SINISTRI

ANNO	SINISTRI	NEAR MISS	EVENTI AVVERSI	EVENTI SENTINELLA
2018	0	0	10	0
2019	0	0	13	0
2020	1*	1	10	0
2021	0	1	5	0
2022	0	0	16	0
2023	0	0	16	0
2024	0	0	12	0
2025	0	0	10	0

LEGENDA TABELLA:

Near Miss o evento evitato: Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente. **Evento Avverso**: Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile". **Evento Sentinella**: Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta

perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.
 *un sinistro concluso e liquidato.

Nel corso del 2025, sono stati segnalati/emersi complessivamente 10 eventi avversi (0,69 eventi per 1000 giornate di degenza). Tutti gli eventi si riferiscono a cadute e sono stati classificati come eventi avversi. Le 10 cadute hanno riguardato complessivamente 9 ospiti (un ospite è caduto due volte). Non ci sono state LDP.

	2025	2024	2023	2022
cadute/1000 gd	0,69	0,42	0,97	0,46

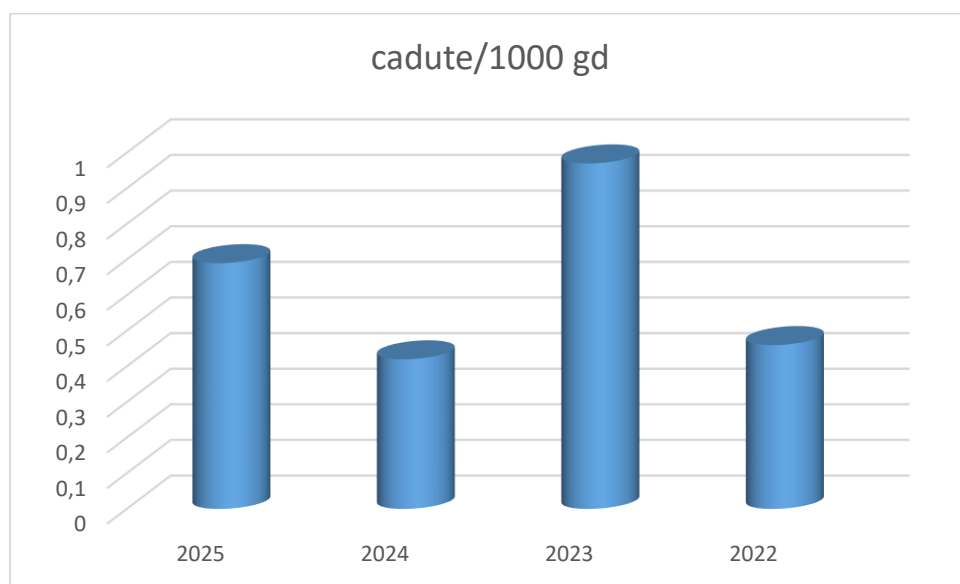


TABELLA 1: SINTESI EVENTI AVVERSI 2024		
TIPOLOGIA EVENTO	CADUTA	10 (100%)
	LDP	0
CLASSIFICAZIONE EVENTO	NEAR MISS	0
	EVENTO AVVERSO	10 (100%)
	EVENTO SENTINELLA	0
FONTE SEGNALEZIONE	<i>Incident reporting</i>	10 (100%)
	<i>Altro (Monitoraggio LDP)</i>	0

Nella tabella sottostante è riportata una sintesi relativa ai principali fattori causali e contribuenti emersi nel corso del 2025 in relazione ad eventi analizzati e discussi per i quali è stato definito e condiviso con l'equipe multidisciplinare un piano di miglioramento.

TIPOLOGIA EVENTO	N (%)	Principali fattori causali e/o contribuenti	Fonte del Dato
Eventi Avversi	10* (100%)	- Strutturali e Tecnologici (0%) - Organizzativi (20%) - Fattore umano (45%) - Procedure/Comunicazione (35%)	Schede <i>Incident reporting</i> (100%)
*EVENTI CADUTA: sono stati segnalati complessivamente 10 eventi caduta, che rappresentano il 100% del totale eventi segnalati/emersi ed hanno riguardato complessivamente 9 pazienti (un solo paziente ha avuto cadute multiple).			

1.2 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La RSA SANTA CHIARA è assicurata per la responsabilità civile verso terzi con UNIPOL SAI, con scadenza 14/02/2026.

1.3 RESOCONTO ATTIVITÀ PARS 2025

La sintesi delle attività definite nel PARS 2025 ed il loro stato di implementazione sono riportati nella tabella sottostante organizzata in base agli specifici obiettivi individuati in riferimento al rischio clinico e al rischio infettivo. Il report relativo alle attività definite nel Piano d'azione igiene mani 2025 è riportato nel Piano 2026 allegato al PARS.

SINTESI ATTIVITA' PARS EFFETTUATE NEL 2025		
OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ	STATO	NOTE E RIFERIMENTI DOCUMENTALI
ATTIVITA' 1: Organizzare ed effettuare almeno due corsi di formazione relativi alla gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure. INDICATORE 1: Effettuazione di due corsi con coinvolgimento complessivo di almeno il 50% del personale sanitario (entro il 31/12/2025).	OK	CORSO "RISCHIO CLINICO E RACCOMANDAZIONI DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN AMBITO RSA" (II edizione – 13/11/2025 – 2 ore); CORSO "CORSO PREVENZIONE E GESTIONE VIOLENZA CONTRO OPERATORE SANITARIO (II edizione – 28/03/2025 – 3 ore).
ATTIVITA' 2: Implementazione del Safety Walkaround (SWA) come strumento per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure. INDICATORE 1: Implementazione piano di miglioramento 2024 (standard > 70%) INDICATORE 2: Effettuazione di almeno un <i>Safety Walkaround</i> nel 2025 con elaborazione report con specifici piani di miglioramento (standard 1/1 entro 31/12/2025)	OK	- Monitorata implementazione delle attività previste dal piano di miglioramento del report SWA 2024. - Effettuato SWA 2025 con elaborazione di un report condiviso per discussione in equipe multidisciplinare e definizione di uno specifico piano di miglioramento (REPORT SWA 15/12/2025).



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO

PARS/2026

Rev. 0/2026

Pag 5 di 15

ATTIVITA' 3: Controllo cartelle cliniche con indicatori predefiniti anche relativi all'implementazione delle raccomandazioni del ministero della salute applicabili nel contesto RSA. INDICATORE 1: effettuazione controllo periodico delle cartelle cliniche (almeno il 40% complessivamente). INDICATORE 2: stesura report (1 per ogni controllo effettuato) per condivisione e discussione in equipe multidisciplinare.	OK	○ Effettuata analisi delle cartelle cliniche insieme alla Coordinatrice RSA su un campione random (30%) con modello di indicatori predefiniti, anche in relazione all'implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della salute (novembre-dicembre 2025) ed elaborato report di sintesi e discusso con equipe per piano miglioramento (nell'ambito del report SWA 2025). ○ Da implementare nel 2026 campione cartelle cliniche sottoposto ad analisi e suddivisione analisi periodica in due momenti (semestrale).
ATTIVITA' 4: Implementazione attività di prevenzione e gestione cadute degli ospiti. INDICATORE 1: Monitoraggio delle cadute e analisi indicatori di processo ed esito nelle cartelle cliniche con elaborazione di report periodico condiviso con equipe sanitaria.	OK	○ Effettuato monitoraggio eventi caduta con analisi degli eventi e analisi delle cartelle cliniche. Elaborato report nell'ambito del Report 2025 eventi avversi (Rev. 00 del 29/01/2026), condiviso con gruppo coordinamento RSA per discussione e analisi in equipe multidisciplinare.
ATTIVITÀ 5: IMPLEMENTAZIONE MONITORAGGIO PRESCRIZIONE E CONSUMO ANTIMICROBICI INDICATORE 1: Monitoraggio e report annuale consumo antimicrobici (Standard 1/1 entro il 15/02/2026) INDICATORE 2: Diffusione e discussione del report con equipe multidisciplinare e Medici di Medicina Generale (Standard 1/1 entro il 15/03/2026)	OK	○ Effettuato monitoraggio consumo antimicrobici da parte della Coordinatrice RSA attraverso le specifiche schede di monitoraggio delle singole prescrizioni da parte dei medici di medicina generale e medico responsabile RSA nel corso del 2025. ○ L'analisi dei consumi 2025 è stata effettuato sia in termini di DDD/100 giornate di degenza sia sulla base della <i>classificazione AWaRe</i> dell'OMS. ○ Effettuata analisi dati del monitoraggio ed elaborato specifico report su consumo antimicrobici e soluzione alcolica per igiene mani 2025 condiviso con Direzione Aziendale e Medico responsabile RSA per coinvolgimento anche dei Medici di Medicina Generale: REPORT MONITORAGGIO CONSUMO ANTIMICROBICI E GEL ALCOLICO 2025 – rev. 00 del 25/01/2026. ○ Da discutere in equipe multidisciplinare.
ATTIVITÀ 6: ELABORAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE PIANO DI AZIONE 2025 INDICATORE 1: Implementazione delle attività e raggiungimento specifici obiettivi definiti nel piano di azione 2025 (allegato al presente documento) Standard > 70% attività definite nel piano entro il 31/12/2025.	OK	○ Vedi specifico report nel Piano annuale igiene mani 2025 allegato al PARS.



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO

PARS/2026

Rev. 0/2026

Pag 6 di 15

ATTIVITA' 7: Implementazione attività di prevenzione ICA correlate a cateterismo vescicale.

INDICATORE 1: Monitoraggio corretta applicazione procedura interna gestione catetere vescicale con raccolta dati con format di indicatori di processo e di esito predefiniti.

INDICATORE 2: Monitoraggio e analisi dei casi di ICA correlati a cateterismo vescicale con studio di prevalenza e report da condividere e discutere con equipe.

NA

- Effettuato monitoraggio nell'ambito delle attività di monitoraggio delle schede di prescrizione antimicrobici (non ci sono stati casi di ICA correlate a cateterismo vescicale nel corso del 2025)

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

La realizzazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

AZIONE	MEDICO RESPONSABILE	COORDINATRICE	RISK MANAGER	DIREZIONE AZIENDALE
REDAZIONE PARS	R	C	R	I
ADOZIONE PARS	I	I	I	R
MONITORAGGIO PARS	R	C	C	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto, I = Informato

3. OBIETTIVI E ATTIVITA' RISCHIO CLINICO

3.1 OBIETTIVI

Gli obiettivi generali della RSA SANTA CHIARA in ambito di gestione del rischio clinico e rischio infettivo sono, in accordo agli obiettivi strategici definiti a livello regionale, i seguenti:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- 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;
- 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.
- Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

3.2 ATTIVITÀ 2026

In linea con la *mission* aziendale e in conformità con le indicazioni del Documento di indirizzo regionale per il piano annuale per la gestione del rischio sanitario, nonché con i requisiti di accreditamento previsti dal DCA 469/2017, nel presente documento vengono definite le attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi generali enunciati nel paragrafo precedente.



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO

PARS/2026

Rev. 0/2026

Pag 7 di 15

OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

ATTIVITA' 1: Organizzare ed effettuare almeno due corsi di formazione relativi alla gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure.

INDICATORE 1: Effettuazione di due corsi con coinvolgimento complessivo di almeno il 50% del personale sanitario (entro il 31/12/2026)

STANDARD 2/2

Fonte: DIREZIONE AZIENDALE E RISK MANAGER

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

	RISK MANAGER	DIREZIONE AZIENDALE
Progettazione e proposta dei corsi	R	C
Organizzazione dei corsi	C	R

OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa

ATTIVITA' 2: IMPLEMENTAZIONE DEL SAFETY WALKAROUND COME STRUMENTO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE

INDICATORE 1: Implementazione piano di miglioramento *Safety Walkaround* 2025 (standard >70%)

INDICATORE 2: Effettuazione di almeno un *Safety Walkaround* nel 2026 con elaborazione report con specifici piani di miglioramento (standard 1/1 entro 31/12/2026)

STANDARD 2/2

Fonte: DIREZIONE AZIENDALE, MEDICO RESPONSABILE E RISK MANAGER

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

	Coordinatore RSA	Medico Responsabile RSA	Risk Manager	Direzione Aziendale
Progettazione ed effettuazione SWA	C	C	R	C
Report SWA con definizione piano miglioramento	C	C	R	C
Condivisione e discussione in equipe per implementazione attività definite nel piano di miglioramento	R	R	C	C

OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa

ATTIVITA' 3: CONTROLLO CARTELLE CLINICHE CON INDICATORI PREDEFINITI ANCHE RELATIVI ALL'IMPLEMENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI DEL MINISTERO DELLA SALUTE APPLICABILI NEL CONTESTO RSA.

INDICATORE 1: EFFETTUAZIONE CONTROLLO PERIODICO (SEMESTRALE) DELLE CARTELLE CLINICHE (almeno il 40% complessivamente)

INDICATORE 2: STESURA REPORT (1 PER OGNI CONTROLLO EFFETTUATO) PER CONDIVISIONE E DISCUSSIONE IN EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

STANDARD 2/2

Fonte: DIREZIONE AZIENDALE, MEDICO RESPONSABILE E RISK MANAGER

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

	Coordinatrice RSA	Medico Responsabile RSA	Risk Manager	Direzione aziendale
Effettuazione controllo	R	R	C	I



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO

PARS/2026

Rev. 0/2026

Pag 8 di 15

Stesura report	C	C	R	I
Diffusione e discussione in equipe	R	R	I	C

OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa**ATTIVITA' 4: IMPLEMENTAZIONE ATTIVITA' DI PREVENZIONE E GESTIONE CADUTE DEGLI OSPITI**

INDICATORE 1: Monitoraggio ed analisi delle cadute e analisi indicatori di processo ed esito nelle cartelle cliniche con elaborazione di report periodico condiviso con equipe sanitaria

STANDARD 1/1

Fonte: COORDINATRICE RSA E RISK MANAGER

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

	Responsabile Medico	Coordinatore infermieristico	Risk Manager	Direzione aziendale
Monitoraggio cadute	C	R	C	I
Analisi cartelle cliniche	C	C	R	I
Elaborazione e condivisione report con equipe UO	R	C	R	I

OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo**ATTIVITA' 5: IMPLEMENTAZIONE MONITORAGGIO PRESCRIZIONE E CONSUMO ANTIMICROBICI**

INDICATORE 1: MONITORAGGIO PRESCRIZIONI E CONSUMI ANTIMICROBICI

INDICATORE 2: STESURA REPORT ANNUALE (per condivisione e discussione in equipe multidisciplinare e con Medici di Medicina Generale)

STANDARD 2/2

Fonte: DIREZIONE AZIENDALE, COORDINATRICE E MEDICO RESPONSABILE RSA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

	Coordinatrice RSA	Medico Responsabile RSA	Risk Manager	Direzione aziendale
Monitoraggio prescrizioni su apposite schede	R	R	I	I
Analisi dati ed elaborazione report	C	C	R	I
Diffusione e discussione in equipe	R	R	I	C

OBIETTIVO C: IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI**ATTIVITA' 6: ELABORAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE PIANO DI AZIONE 2026**

INDICATORE 1: IMPLEMENTAZIONE DELLE ATTIVITA' E RAGGIUNGIMENTO SPECIFICI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI AZIONE 2026 (ALLEGATO AL PRESENTE DOCUMENTO) - STANDARD > 70% attività definite nel piano entro il 31/12/2026

STANDARD 1/1

Fonte: MEDICO RESPONSABILE RSA E DIREZIONE AZIENDALE

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

	Coordinatrice RSA	Medico Responsabile RSA	Risk Manager	Direzione aziendale
Elaborazione Piano d'azione 2026	C	R	C	I

Implementazione e Monitoraggio attività	C	R	C	I
Diffusione e discussione in equipe	R	R	I	C

OBIETTIVO D: PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).				
ATTIVITA' 7: IMPLEMENTAZIONE ATTIVITA' DI PREVENZIONE ICA CORRELATE A CATETERISMO VESCICALE				
INDICATORE 1: Monitoraggio corretta applicazione procedura interna gestione catetere vescicale con raccolta dati con format di indicatori di processo e di esito predefiniti.				
INDICATORE 2: Monitoraggio e analisi dei casi di ICA correlati a cateterismo vescicale con studio di prevalenza e report da condividere e discutere con equipe.				
STANDARD 2/2				
Fonte: MEDICO RESPONSABILE E COORDINATRICE RSA				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
	Medico Responsabile RSA	Coordinatore RSA	Risk Manager	Direzione aziendale
Monitoraggio corretta applicazione procedura interna GESTIONE CATETERE VESCICALE (CV)	C	R	I	I
Raccolta dati	C	R	I	I
Monitoraggio ICA associate a CV con studio prevalenza	R	C	I	I

4. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Per il raggiungimento degli obiettivi strategici enunciati nel PARS 2026 e la realizzazione delle specifiche attività il Medico Responsabile e la Direzione Aziendale, con la collaborazione del Risk Manager, si impegnano ad assicurare:

- Presentazione del PARS al Coordinatore Infermieristico ed eventuale altro personale dell'equipe multidisciplinare ritenuto strategico nella diffusione e realizzazione dello stesso;
- Disponibilità del PARS in formato PDF sui supporti informatici aziendali e cartaceo nei presidi della RSA;
- Condivisione della PARS tramite email agli esercenti le professioni sanitarie dell'equipe della RSA;
- Pubblicazione del PARS sul sito internet della struttura.

5. ALLEGATI

- PIANO D'AZIONE IGIENE DELLE MANI 2026
- PIANO CONTROLLO LEGIONELLOSI 2026

6. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Documento di Indirizzo Per L'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario. REGIONE LAZIO-CRRC. Determinazione G00643 del 25/01/2022.
- "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)". Prima emissione 25 novembre 2022. REGIONE LAZIO-CRRC. Determinazione G16501 del 28/11/2022.
- "Documento indirizzo sulla Prevenzione e Gestione delle Cadute della persona assistita". Centro regionale Rischio Clinico – Regione Lazio. 26 ottobre 2022.
- "Documento Indirizzo per la prevenzione e gestione delle lesioni da pressione (LDP)". Centro regionale Rischio Clinico – Regione Lazio. Revisione del 1° luglio 2024.
- "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" Revisione 2021. Centro Regionale Rischio Clinico.



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO

PARS/2026

Rev. 0/2026

Pag 10 di 15

- *Manuale per la classificazione degli eventi e l'alimentazione del flusso SIREs-eventi*. Centro Regionale Rischio Clinico – Regione Lazio. *Versione 1.0 del 6 ottobre 2025*.
- “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”. Centro regionale Rischio Clinico – Regione Lazio. Determinazione G09850 del 20/07/2021.
- Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani. Centro Regionale Rischio Clinico – Regione Lazio. 19 febbraio 2021;
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico Resistenza: **PNCAR 2022-2025**;
- Piano attuativo regionale per il contrasto all'antimicrobico-resistenza. **PARCA 2026-2028**.
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025;
- Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025;
- Circolare Ministero della Salute del 6/12/2019 con aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e controllo delle infezioni da Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE).
- Ministero della Salute. Circolare 0035086-03/12/2019. *Rapid Risk Assessment dell'ECDC: Enterobatteri Resistenti ai carbapenemi (CRE) - 26 settembre 2019*.
- 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”.
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".
- Deliberazione 2018 GR0357_ Istituzione Osservatorio Sicurezza Operatori Regione Lazio.
- Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti".
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)"
- 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";
- 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";
- 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";
- 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, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
- 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. B1";
- Ministero della Salute: “Risk Management in Sanità- il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- GLOSSARIO del Ministero della Salute:
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza;);
- Reason J, *Human error: models and management*, BMJ 2000; 320; 768-770;
- Reason J. *Human error*. Cambridge: Cambridge University Press 1990.
- **Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:**
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QDQQU505JPMJ:www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp%3Fid%3D250%26area%3Dqualita%26menu%3Dsicurezza&cd=1&hl=it&ct=clnk&gl=it
- **Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella - Luglio 2024:**
https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_3462_allegato.pdf



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO

PARS/2026

Rev. 0/2026

Pag 11 di 15

- AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety indicators;
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>
- Vincent C, Amalberti R. *Safer Healthcare*, strategy for the real world. Springer Open
(<https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-25559-0>).



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO

PARS/2026

Rev. 0/2026

Pag 12 di 15

PIANO AZIONE IGIENE MANI 2026

Nell'ambito delle attività di implementazione del Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani 2021 e delle indicazioni della Regione Lazio relative all'elaborazione del PARS in questo documento vengono riportate le attività svolte nel 2025 e definite le principali attività ed i relativi obiettivi per il 2026 in riferimento al miglioramento della buona pratica dell'igiene delle mani come strumento di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) all'interno della RSA SANTA CHIARA.

NELLA PRIMA TABELLA È RIPORTATA LA RENDICONTAZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE NEL 2025.

ATTIVITA' PIANO D'AZIONE 2025	NOTE E RIFERIMENTI
ATTIVITA' 1: Rivalutazione Questionario di autovalutazione struttura alla luce delle attività svolte nel 2021-23. <i>Obiettivo 2025:</i> mantenimento livello intermedio per tutti gli <i>items</i> valutati.	Effettuata rivalutazione del questionario a febbraio 2024 con analisi comparativa rispetto al 2024-2021 e con mantenimento dell'obiettivo "livello intermedio" su tutti gli items del questionario (REV. 00 DEL 10/02/2025) Da implementare ulteriormente nel 2025 la voce relativa a "Valutazione, monitoraggio e feedback" attraverso l'implementazione di sessioni strutturate di osservazione focalizzate su specifiche attività clinico-assistenziali rilevanti in termine di controllo ICA (è stata elaborata una specifica scheda di osservazione adattata al contesto RSA a basso mantenimento). In coda alla tabella è riportata una sintesi dei questionari di autovalutazione effettuati nel periodo 2025-2021 alla data del 10/02/2025.
ATTIVITA' 2: Monitoraggio consumo gel idroalcolico con stesura report condiviso e discusso con equipe multidisciplinare. <i>Obiettivo 2025:</i> raggiungimento di un consumo > 6 L per 1000 giornate di degenza complessivo	È stato effettuato monitoraggio del consumo di prodotti alcolici per igiene delle mani con feedback semestrale e report annuale nell'ambito del report su consumo di antimicrobici 2025 (vedi specifica attività descritta nel PARS). <i>Obiettivo 2025: non raggiunto.</i> Il consumo complessivo è stato di 1,83 Litri/1000 giornate di degenza. Considerando lo specifico contesto assistenziale della RSA a basso mantenimento è opportuno da una parte rivalutare obiettivo nel 2026 e dall'altra insistere nella sensibilizzazione/formazione del personale di assistenza. In coda alla tabella è riportata una sintesi dei consumi di soluzione alcolica nel 2025 con confronto anni precedenti 2024-2021, estratta dal report 2025. Attività da implementare nel 2026.



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO

PARS/2026

Rev. 0/2026

Pag 13 di 15

ATTIVITA' 3: Riadattamento scheda osservazione per utilizzo contesto RSA a basso mantenimento ed effettuazione di sessione di osservazione semestrale su specifiche attività e momenti assistenziali con report condiviso e discusso con equipe.

Obiettivo 2025: raggiungimento di una adesione > 60%

Nel 2024 stata elaborata una specifica scheda di osservazione riadattata dal modello OMS, per lo specifico setting della nostra RSA a basso mantenimento (in uso durante il 2025).

Sono state effettuate 2 sessioni di osservazione focalizzate entrambe in 3 specifici momenti clinico-assistenziali (giro della terapia, eventuale medicazione ferite/LDP e giro letti per igiene ospiti non auto-sufficienti) con raggiungimento dell'obiettivo definito. Tuttavia il numero di osservazioni è risultato ancora non significativo (80 opportunità complessive)

Attività da implementare attraverso un incremento delle opportunità osservate (almeno 50 per ogni sessione effettuata) e un miglioramento ulteriore nella qualità dei dati registrati nelle schede di osservazione.

ATTIVITA' 4: Formazione ICA e igiene mani (completamento personale sanitario che non ha partecipato alla formazione fatta nel 2021-2024 + nuovo personale sanitario) con test verifica apprendimento e questionario gradimento.

- Tutto il personale sanitario della RSA ha effettuato il corso specifico ICA ed igiene mani nel biennio precedente, si è deciso di riprogrammare attività di formazione specifica nel 2026 (vedi piano)

ATTIVITA' 5: Iniziative di comunicazione e sensibilizzazione per personale sanitario e pazienti/caregivers in occasione della Giornata mondiale igiene delle mani 2025.

In occasione del 5 maggio, Giornata Mondiale dell'igiene delle mani, l'RSA SANTA CHIARA ha promosso tra i suoi operatori sanitari e socio-sanitari, e con i propri ospiti e loro caregivers, i materiali informativi prodotti dall'organizzazione mondiale della sanità per la campagna 2025 e utilizzato una nuova infografica dei 5 momenti elaborata in occasione della campagna 2025 *"I guanti, a volte. L'igiene delle mani, sempre"* e *"i guanti non sostituiscono l'igiene delle mani"* per sensibilizzare il personale e i visitatori sul tema dell'utilizzo dei guanti medicali e l'igiene delle mani.

Inoltre, è stato elaborato uno specifico un testo dedicato alla Giornata Mondiale con al suo interno link utili all'approfondimento del tema. Il testo è stato condiviso sia rendendolo disponibile nella Homepage del sito internet sia inviandolo via email da una parte ai propri operatori sanitari e ai Medici di Medicina Generale di riferimento degli ospiti della RSA e dall'altra ai caregivers, chiedendo a tutti destinatari di utilizzare lo specifico banner di sensibilizzazione della campagna OMS 2025 nelle proprie email aziendali e personali.



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO

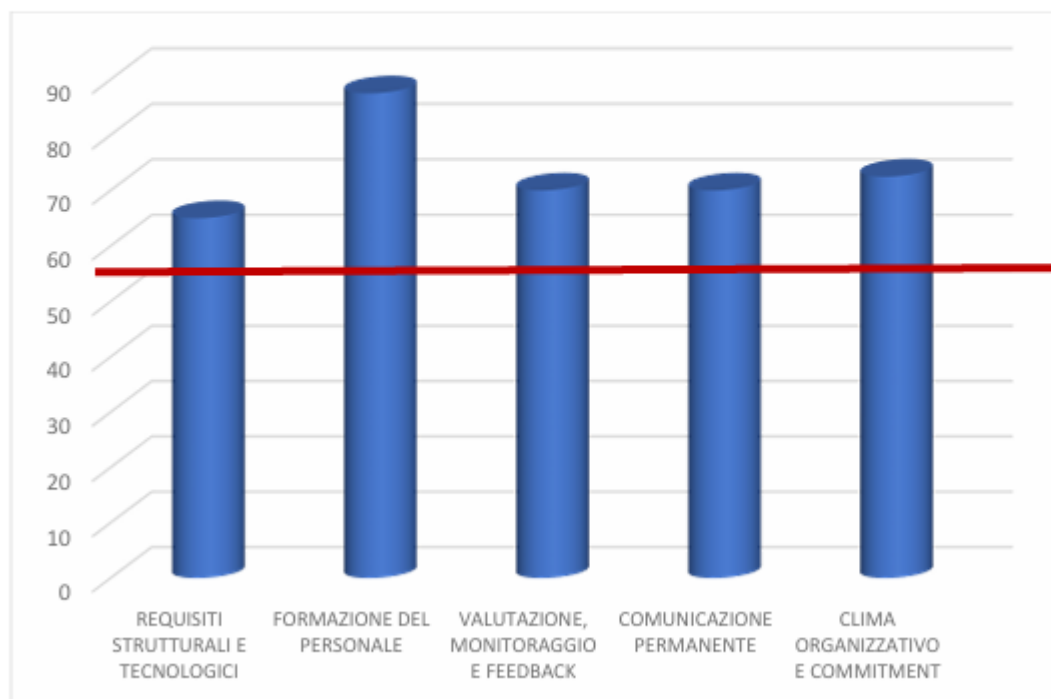
PARS/2026

Rev. 0/2026

Pag 14 di 15

TAB. QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE 2025-2021

	2025	2024	2023	2022	2021
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	65	75	72,5	75	45
FORMAZIONE DEL PERSONALE	87,5	82,5	70	72,5	62,5
VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK	70	67,5	50	52,5	30
COMUNICAZIONE PERMANENTE	70	75	60	75	70
CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	72,5	67,5	57,5	60	50



NB. La linea rossa indica il limite tra livello basso e livello intermedio.

TABELLA CONSUMO GEL ALCOLICO PER IGIENE MANI (ESTRATTO DAL REPORT 2025).

	2025	2024	2023	2022	2021
Consumo gel alcolico (litri/1000 giornate di degenza)	1,83	1,92	2,92	2,62	2,5

NELLA TABELLA A SEGUIRE SONO DEFINITE LE **ATTIVITA'** ED I **RELATIVI OBIETTIVI 2026**.

DESCRIZIONE ATTIVITA' 2026		REFERENTE/I	CRONORPOGRAMMA
1	ATTIVITA' 1: Rivalutazione Questionario struttura alla luce delle attività svolte nel 2021-2025. <i>Obiettivo 2026:</i> mantenimento livello intermedio per tutti gli <i>items</i> valutati.	Medico Responsabile Direzione Risk Manager	Entro 15/03/2026



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO

PARS/2026

Rev. 0/2026

Pag 15 di 15

2	ATTIVITA' 2: Monitoraggio consumo gel alcolico con stesura report condiviso e discusso con equipe multidisciplinare. <i>Obiettivo 2026:</i> raggiungimento di un consumo complessivo > 5 L per 1000 giornate di degenza	Coordinatrice e Medico Responsabile RSA	Entro 31/07/2026 Entro 31/01/2027
3	ATTIVITA' 3: Effettuazione di sessione di osservazione semestrale su specifiche attività e momenti assistenziali con report condiviso e discusso con equipe con la nuova scheda elaborata nel 2025. <i>Obiettivo 2026:</i> 100 opportunità osservate con raggiungimento di una adesione > 65%	Medico Responsabile e Coordinatrice RSA Con supporto Risk Manager	Entro 31/07/2026 Entro 31/01/2027
4	ATTIVITA' 4: Refresh Formazione ICA e igiene mani con test verifica apprendimento e questionario gradimento corso.	Direzione aziendale Risk manager	Entro 31/12/2026
5	ATTIVITA' 5: Rivalutazione Questionario percezione operatori sanitari (CRRC). <i>Obiettivo 2026:</i> somministrazione questionari ad almeno 80% dell'equipe e feedback strutturato tramite report.	Direzione aziendale Medico Responsabile Coordinatrice RSA	Entro il 31/08/2026 (Somministrazione questionario) Entro 30/09/2026 (Elaborazione report)
6	ATTIVITA' 6: Iniziative di comunicazione e sensibilizzazione per personale sanitario e pazienti/caregivers in occasione della Giornata mondiale igiene delle mani 2026.	Direzione aziendale Medico Responsabile Coordinatrice RSA	Nel corso del 2026 ed in occasione della Giornata Mondiale Igiene delle mani del 5 maggio



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO

PARS/2026

Rev. 0/2026

Pag 16 di 15

PIANO CONTROLLO LEGIONELLOSI 2026

Il “Piano interno di Prevenzione, Sorveglianza e Controllo del Rischio Legionellosi” (rev. 00 del 10/02/2025), è il documento di riferimento della RSA SANTA CHIARA per quanto riguarda l’obbligo (D.lgs. 102/2025) di controlli, monitoraggi e gestione del rischio Legionella previsti dalle “Linee Guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi” del 7 Maggio 2015 e dalle Linee di indirizzo regionali del 2023.

Nel presente documento, allegato al PARS, viene riportata uno schema sintetico del Programma annuale della RSA SANTA CHIARA, come da indicazioni contenute nella nota regionale del 15/01/2026 con oggetto “Piano annuale di Gestione del Rischio Sanitario”.

SINTESI PROGRAMMA CONTROLLO LEGIONELLOSI

TEAM MULTIDISCIPLINARE (Costituito nel 2025)	• Medico Responsabile RSA, Dott.ssa Irene Paladino • RSPP, Carmine Paragallo • Coordinatrice RSA, Suor Lilly Chitteth • Responsabile Manutenzione Impiantistica • Direzione Aziendale, Suor Antonietta Musotto • Risk Manager, Dott.ssa Fausta Micheletta
Realizzazione piattaforma documentale	Solo documentazione cartacea
Modalità operativa valutazione rischio	Nella RSA SANTA CHIARA la valutazione del rischio viene effettuata ogni anno entro il 31 gennaio, secondo quanto previsto dall’allegato 12 della Linea guida del 7 maggio 2015, ed in base alle criticità eventualmente evidenziate nella struttura.
Misure di controllo previste	A. MISURE DI PREVENZIONE MESSE IN ATTO DAL PERSONALE MEDICO, INFERMIERISTICO ED AUSILIARIO. • usare acqua sterile per riempire gli umidificatori nel caso in cui non siano disponibili i contenitori pre-riempiti; • pulire, decontaminare e sterilizzare a freddo tutte le apparecchiature pluriuso dopo ogni utilizzo; • nel caso di umidificatori pluriuso è necessario che dopo l’utilizzo vengano sempre svuotati, risciacquati con acqua sterile e sterilizzati. La sterilità ha una scadenza di un mese dalla data riportata sulla etichetta. Nel caso di utilizzo prolungato su uno stesso paziente la durata massima di utilizzo dello stesso umidificatore è di una settimana. Nel caso in cui l’acqua sterile al suo interno si esaurisca prima dei 7 giorni l’umidificatore non va mai rabboccato ma sostituito con uno sterilizzato anche in caso di prosecuzione della ossigeno-terapia sullo stesso paziente. • Per quanto riguarda i dispositivi monouso (maschere facciali, occhialini, etc...), essi vanno sostituiti sempre quando sono evidenti residui di materiale biologico (escreato bronchiale, sangue etc..) ed in ogni caso almeno ogni 48-72 ore nel caso in cui venga prescritta una ossigeno- terapia per un periodo prolungato. B. PIANO DI CONTROLLO E MANUTENZIONE DEGLI IMPIANTI IDRICI (vedi tabella 1) C. PIANO DI CONTROLLO E MANUTENZIONE DEGLI IMPIANTI DI CLIMATIZZAZIONE (vedi tabella 2)



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO

PARS/2026

Rev. 0/2026

Pag 17 di 15

Risultati sintetici del Monitoraggio periodico	CONTROLLO DEL 12/05/2025: ESITO NEGATIVO
	CONTROLLO DEL 18/11/2025: ESITO NEGATIVO
Azioni di supporto previste	- Nel corso del 2025 è stata condiviso e discusso in equipe multidisciplinare il “Piano interno di Prevenzione, sorveglianza e Controllo del Rischio Legionellosi” (rev. 00 del 10/02/2025). - Nel corso del 2026 è stata programmata la partecipazione del Medico Responsabile RSA, Coordinatrice RSA e RLS al Corso “Prevenzione delle legionella nelle strutture sanitarie” (4 ore) nel mese di febbraio e marzo e a seguire come Formazione interna per il personale sanitario della struttura nel corso del II semestre 2026.

TABELLA 1**INTERVENTI DI MANUTENZIONE ORDINARIA/STRAORDINARIA
IMPIANTO IDRICO**

ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ	PERIODICITÀ				
		Mensile	Trimestrale	Semestrale	Annuale	Al bisogno
Misurazione della temperatura acqua calda e fredda (nei punti individuati nelle piantine)	Servizio manutenzione		X			
Controllo visivo dei filtri rubinetti e soffioni docce	Servizio manutenzione e/o personale sanitario di reparto	X				
Sostituzione filtri rubinetti/soffioni docce incrostati	Servizio manutenzione					X
*Verifica ispettiva serbatoi acqua fredda	Servizio manutenzione			X		
Pulizia/sanificazione serbatoi acqua fredda	Servizio manutenzione + ditta specializzata				X	
Iperclorazione circuito acqua calda/fredda	Servizio manutenzione + ditta specializzata					X
Campionamento dell'acqua fredda e calda nei punti indicati nella valutazione del rischio	Servizio manutenzione + laboratorio esterno autorizzato			X		



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO

PARS/2026

Rev. 0/2026

Pag 18 di 15

TABELLA 2
INTERVENTI DI MANUTENZIONE ORDINARIA/STRAORDINARIA
IMPIANTI DI VENTILAZIONE

ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ	PERIODICITÀ			
		Mensile	Trimestrale	Semestrale	Annuale
Sostituzione filtri a tasche UTA	Servizio manutenzione				X
Bonifica UTA e controllo batterie	Servizio manutenzione				X
Pulizia e sanificazione griglie di diffusione e aspirazione dell'aria	Servizio manutenzione				X
Campionamento mediante tampone dell'UTA	Servizio manutenzione + laboratorio esterno autorizzato				X