

RSA QUINTA STELLA		PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO		
MOD PARS		EDIZIONE 00	REVISIONE 04	DATA 12.2.2026



TOLFACARE S.R.L.
QUINTA STELLA
 Residenza Sanitaria Assistenziale

Via Antonio Gramsci, 1
 00059 – Tolfa (RM)
 Tel: 076693911
 Fax: +39 0766 939 100

Mail: info@quintastella.it
 Sito: [http:// www.quintastella.it](http://www.quintastella.it)

**PIANO ANNUALE PER LA
 GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO**
 MOD PARS

ED. / REV.	DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
00/04	12.2.2026	Risk Manager	Direttore Generale	Datore di Lavoro
		Presidente CCICA (Medico Responsabile)		

INDICE

1.	PREMESSA	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
1.1.	SCOPO	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
2.	CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
2.1.	GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.
3.	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	4
3.1.	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI	4
3.2.	SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL’ULTIMO QUINQUENNIO	5
5.	RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE	6
7.	OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO.....	8
7.1.	OBIETTIVI	8
7.2.	ATTIVITÀ	9
7.2.1.	OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE	9
7.2.2.	OBIETTIVO B): MIGLIORARE L’APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA	9
7.2.3.	OBIETTIVO C): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL’IGIENE DELLE MANI	10
7.2.4.	OBIETTIVO D): PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA	10
8.	MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS	11
9.	RIFERIMENTI NORMATIVI	11
10.	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	12
ALLEGATO 1: PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL’IGIENE DELLE MANI		ERRORE. IL SEGNALIBRO NON È DEFINITO.

RSA QUINTA STELLA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO		
MOD PARS	EDIZIONE 00	REVISIONE 03	DATA 20.02.2025

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Residenza Quinta Stella ha una ricettività complessiva di 96 posti e svolge le funzioni di casa di riposo e di residenza sanitaria assistenziale; può accogliere, quindi, persone anziane di ogni grado di autonomia funzionale, dalla piena autosufficienza alla più grave non autosufficienza; garantendo, in tal modo, una effettiva continuità assistenziale. Le due differenti tipologie di funzione - RSA e Casa di Riposo - si differenziano per le finalità perseguite e le risorse dedicate ma si integrano nell'offerta di servizi superando le rigide distinzioni normative e ampliando, in tal modo, le opportunità assistenziali nella più ampia garanzia di integrazione professionale, istituzionale e organizzativa. Ogni Ospite della Residenza può avvalersi, al bisogno, dei servizi presenti nella struttura al di là della specifica connotazione del nucleo in cui è inserito. Il modulo di Casa di Riposo è riservato agli anziani autosufficienti e parzialmente autosufficienti mentre la Residenza Sanitaria Assistenziale è riservata agli anziani non autosufficienti.

La Casa di Riposo è autorizzata all'esercizio con Autorizzazione n. 3 del 01.10.2014 rilasciato dal Comune di Tolfa.

Il modulo di Casa di Riposo è costituito da 38 posti letto, in camere doppie e singole. A richiesta le camere doppie possono essere assegnate anche a uso singolo. L'ospitalità nel modulo di Casa di Riposo può essere sia permanente sia temporanea. I cicli di ricovero temporaneo possono essere utilizzati sia per consentire periodi di sollievo alla famiglia sia per completare cicli di riabilitazione oppure per trascorrere periodi di soggiorno assistito.

Gli Ospiti della Casa di Riposo sono dunque assolutamente tutelati per ogni necessità che si dovesse insorgere.

La RSA è autorizzata all'esercizio con Determinazione Regionale n. B06154 del 14.09.2012 e in possesso del provvedimento di accreditamento istituzionale definitivo N.U00203 del 06.06.2016, classificata al livello assistenziale: Mantenimento A. La RSA ha una ricettività di 58 posti letto articolati in tre nuclei, due dei quali riservati a persone con Alzheimer o altre forme di demenza. L'articolazione in tre diversi nuclei garantisce l'erogazione di livelli assistenziali dimensionati sui bisogni effettivi degli Ospiti e una assistenza personalizzata. Sono disponibili camere doppie e singole. La Residenza Sanitaria Assistenziale è una struttura sanitaria che garantisce un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera e livelli medio-alti di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa. È destinata all'accoglienza di persone anziane non autosufficienti, non curabili a domicilio e portatrici di patologie stabilizzate di natura fisica, psichica, sensoriale e mista. L'ospitalità può essere anche temporanea per consentire alla famiglia di usufruire di periodi di sollievo oppure per completare cicli di assistenza e riabilitazione già iniziati presso una struttura ospedaliera. L'ospitalità temporanea può essere prevista anche solo come accoglienza diurna.

Uno degli elementi di eccellenza della RSA Quinta Stella è la presenza di due nuclei destinati all'accoglienza di persone affette da Alzheimer o da altre forme di demenza.

RSA QUINTA STELLA		PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO		
MOD PARS		EDIZIONE 00	REVISIONE 03	DATA 20.02.2025

RSA QUINTA STELLA

DATI STRUTTURALI (A)		Fonte del dato
ASL competente	ASL RM 4	
Posti letto Autorizzati Casa di Riposo	38	Aut. Comune n°3 del 1.10.2014
Posti letto Autorizzati RSA	58	Det. Reg B06154 DEL 14.09.2012
Posti letto Accreditati RSA	57	DCA U00203 DEL 06.06.2016

(A): Dati aggiornati al 31.12.2025

DATI DI ATTIVITÀ (A)		Fonte del dato
Giornate di degenza	34.204	Ufficio ricoveri
Prestazioni ambulatoriali	0	/
Prestazioni domiciliari	0	/

(A): Dati aggiornati al 31.12.2025

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

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

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	12	100	100	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi 100% Procedure/Comunic. (%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi 100% Procedure/Comunic. (%)	Sistemi di reporting 100% 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	12	/	/	/	/	/

Tutti gli eventi ricadono nella tipologia degli Eventi Avversi; nello specifico, si tratta di cadute accidentali.

RSA QUINTA STELLA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO		
	MOD PARS	EDIZIONE 00	REVISIONE 03
			DATA 20.02.2025

Le cadute continuano a essere il principale evento avverso presente in struttura e sono riconducibili alla tipologia degli Ospiti accolti, cioè pazienti disorientati nel tempo e nello spazio, con mobilità ridotta, fragili, anziani e con comorbidità multiple. Le cadute sono state trattate con immediata attivazione dei protocolli interni, atti alla salvaguardia del Paziente, ed eventuale successivo invio presso il PS territoriale per opportuni accertamenti.

2.2. 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
2018	0	0	0
2019	0	0	0
2020	1 – in corso	0	0
2021	1 – in corso	0	0
2022	1 – in corso	0	0
2023	1 – in corso	0	0
2024	0	0	0
2025	0	0	0

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	POLIZZA	SCADE NZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	FRANCHIGIA	BROKER
2018	0077 310148655	2019	UnipolSai	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2019	0077 310148655	2020	UnipolSai	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2020	0077 310148655	2021	UnipolSai	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2021	0077 310148655	2022	UnipolSai	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2022	0077 310148655	2023	UnipolSai	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2023	0077 310148655	2024	UnipolSai	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2024	n.1/52601/65/16617219	2025	UnipolSai	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2025	RCI00010004766	2026	AM TRUST	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi

RSA QUINTA STELLA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO		
	MOD PARS	EDIZIONE 00	REVISIONE 03 DATA 20.02.2025

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

ATTIVITÀ	REALIZZATA ^(A)	STATO ATTUAZIONE
1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico"	SI	Attività svolta (maggio 2025)
2: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	SI	Attività svolta (maggio 2025)
3: revisione e implementazione della scheda di segnalazione degli eventi avversi	SI	Attività svolta (È stata effettuata la verifica e confermata la persistente validità del modulo attualmente in essere per la segnalazione degli eventi avversi)
4: revisione e implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Implementazione delle Mani	SI	Attività svolta (revisione e implementazione del Piano di Intervento Regionale finalizzato all'implementazione delle corrette pratiche di igiene delle mani. I dati di monitoraggio evidenziano i seguenti esiti: 2024 51/75 – 26/50 – 51/75 2025 51/75 – 51/75 – 51/75 – 51/75 – 51/75 L'implementazione ha contribuito a stabilizzare e uniformare le performance al valore target 51/75 nella maggior parte delle rilevazioni)
5: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni da CRE	SI	Attività svolta (A seguito di verifica, si conferma la validità e la continuità d'applicazione della procedura aziendale in essere per l'elaborazione, la periodica revisione e l'implementazione delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, con specifico riguardo alle infezioni da CRE (Carbapenem-Resistant Enterobacterales)

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

6. 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;
- Medico Responsabile/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	Medico Responsabile / Presidente	Risk Manager	Responsabile Affari Legali / Generali	Direttore Generale / Proprietà	Medico Responsabile ⁽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

RSA QUINTA STELLA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO		
MOD PARS	EDIZIONE 00	REVISIONE 03	DATA 20.02.2025

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

6.1. OBIETTIVI

I quattro obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- 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;
- 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 e il miglioramento negli anni successivi;
- promozione di interventi mirati al 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 quattro gli obiettivi strategici**.

RSA QUINTA STELLA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO		
	MOD PARS	EDIZIONE 00	REVISIONE 03 DATA 20.02.2025

6.2. ATTIVITÀ

6.2.1. 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

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 2: 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

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

6.2.2. 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 modulo	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C
R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato		

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

RSA QUINTA STELLA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO		
	MOD PARS	EDIZIONE 00	REVISIONE 03 DATA 20.02.2025

6.2.3. OBIETTIVO C): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

ATTIVITÀ 4: monitoraggio e mantenimento del Piano di Intervento Regionale sull'Implementazione delle Mani		
INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2026		
Miglioramento Piano.		
STANDARD: 90%		FONTE: Risk Management
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Elaborazione Piano	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C
R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato		

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

6.2.4. OBIETTIVO D): PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA

ATTIVITÀ 5: 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 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

RSA QUINTA STELLA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO		
MOD PARS	EDIZIONE 00	REVISIONE 03	DATA 20.02.2025

8. 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.

9. 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);

RSA QUINTA STELLA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO		
MOD PARS	EDIZIONE 00	REVISIONE 03	DATA 20.02.2025

- 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.

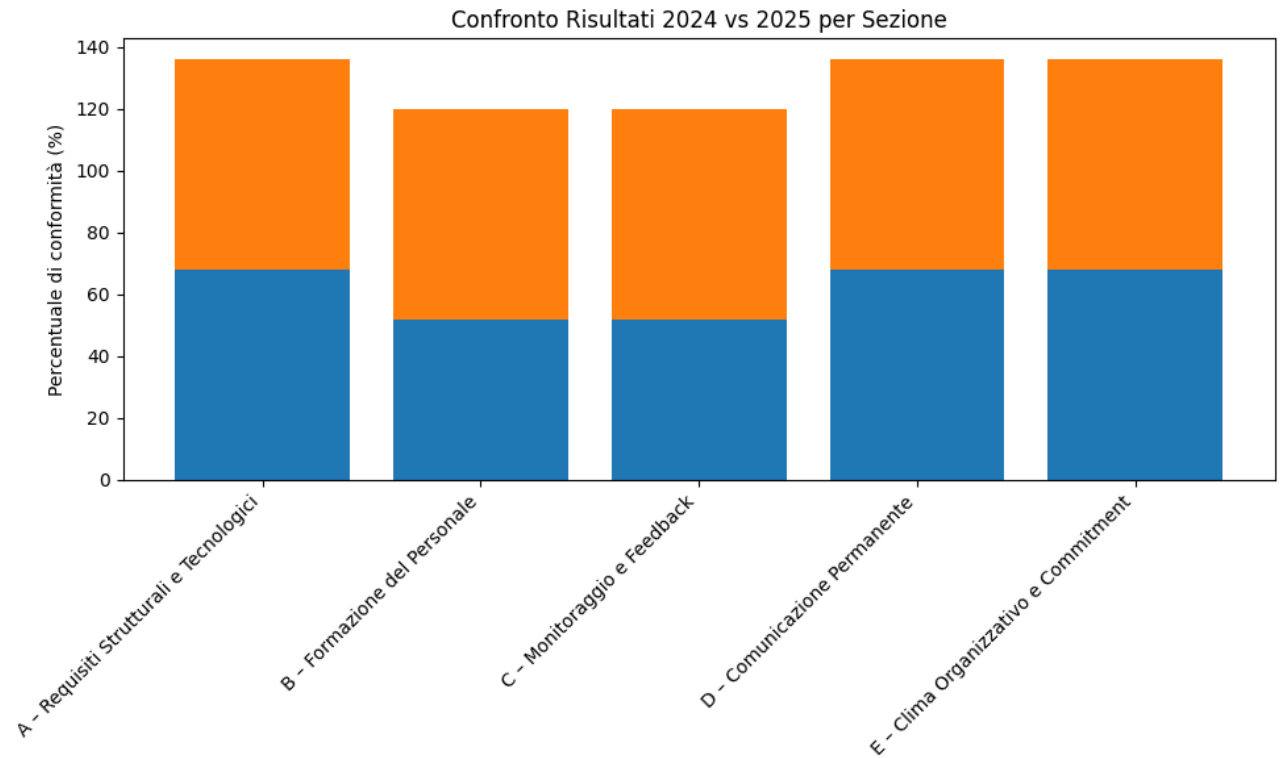
10. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- 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

QUESTIONARI DI AUTOVALUTAZIONE

SEZIONE	RISULTATI 2024	RISULTATI 2025	AZIONI 2026
A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	51/75	51/75	- 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	26/50	51/75	- Verificare che per il personale neoassunto sia prevista formazione sull'igiene delle mani - Valutare le conoscenze degli operatori
C – MONITORAGGIO E FEEDBACK	26/50	51/75	- Aumentare l'attività di osservazione e definire una cadenza regolare di svolgimento - Valutare standard in relazione ai risultati
D – COMUNICAZIONE PERMANENTE	51/75	51/75	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	51/75	51/75	- 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
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*
550	34204

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

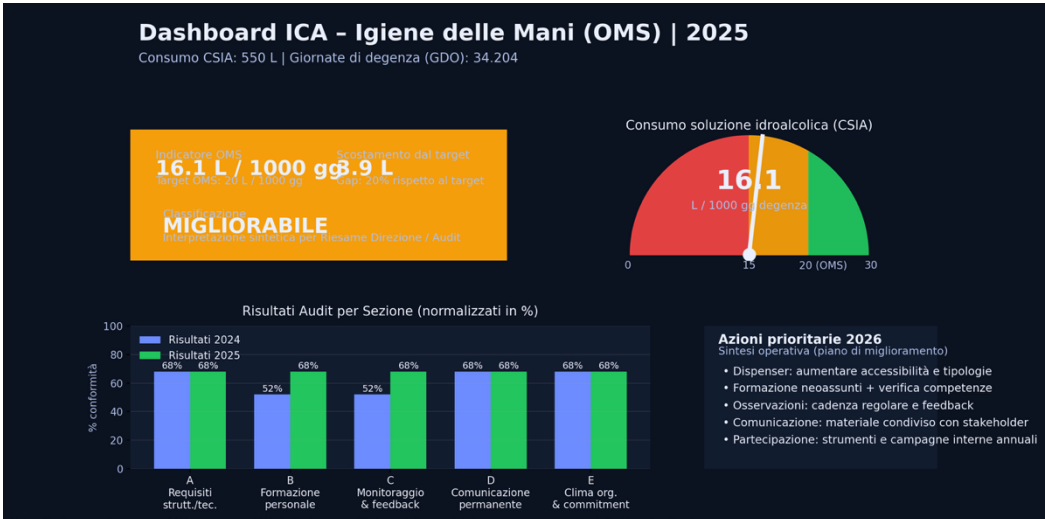
Area di:	CSIA*	GDO*
Degenza**	550	34204
NON Degenza**	/	/
Totale	550	34204

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	RSA
Aree di NON degenza	Include le seguenti aree/Disciplin: Sale di attesa, uffici etc. ed eventuali altre aree di NON Degenza.



RSA QUINTA STELLA	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO		
	MOD PARS	EDIZIONE 00	REVISIONE 03 DATA 20.02.2025

ALLEGATO 3: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DI GESTIONE DEL RISCHIO LEGIONELLOSI

N.	AMBITO	ATTIVITÀ SVOLTA	ESITO / STATO DI ATTUAZIONE	PERIODICITÀ
1	Governance	Costituzione formale del Team di Gestione del Rischio Legionellosi	Team nominato con definizione di ruoli e responsabilità; verbali archiviati	Aggiornato in caso di variazioni organizzative
2	Coordinamento	Riunioni del gruppo di lavoro	Effettuate n. 2 riunioni annuali con verbalizzazione e analisi esiti monitoraggio	Annuale (≥2 incontri)
3	Sistema documentale	Istituzione e aggiornamento piattaforma documentale dedicata	DVR, piano di controllo, registri manutenzione, esiti campionamenti e procedure archiviati	Aggiornamento continuo
4	Valutazione del rischio	Redazione/aggiornamento DVR ai sensi D.Lgs. 81/08 e Linee Guida 2015	DVR aggiornato; analisi impiantistica e individuazione punti critici completata	Biennale o a seguito di modifiche/criticità
5	Ispezione tecnica	Sopralluogo tecnico per individuazione/conferma fonti di rischio	Eseguito un sopralluogo annuale con report tecnico	Annuale
6	Misure di prevenzione	Implementazione misure strutturali e gestionali (controllo temperature, flussaggi, manutenzione, disinfezioni)	Misure attuate e registrate su appositi registri; parametri conformi	Attuazione continuativa
7	Misure di controllo microbiologico	Esecuzione piano di campionamento	- In assenza di positività: controlli di routine annuali effettuati - In caso di positività: attivate azioni correttive e ricampionamento fino a negativizzazione	Annuale / Straordinaria in caso di positività
8	Procedure operative	Redazione e revisione procedure specifiche per gestione rischio Legionellosi	Procedure formalizzate e revisionate; distribuite al personale interessato	Revisione annuale
9	Segnalazione e notifica	Definizione flussi informativi interni ed esterni	Procedure attive; nessuna/notificate eventuali segnalazioni secondo normativa	In caso di evento
10	Gestione ICA	Applicazione protocollo in caso di sospetta infezione correlata	Nessun caso correlato registrato / (oppure) gestione effettuata secondo protocollo	Eventuale
11	Monitoraggio efficacia	Analisi esiti microbiologici e indicatori operativi	Non rilevate criticità significative / eventuali criticità gestite con azioni correttive documentate	Report annuale
12	Piano di miglioramento	Attuazione eventuali azioni correttive o migliorative	Interventi eseguiti ove necessario; aggiornamento misure di prevenzione	A seguito monitoraggio
13	Formazione	Evento formativo sul rischio Legionella	Non svolto/riprogrammato	Annuale
14	Sensibilizzazione	Iniziative informative per personale e utenti	Non svolto/riprogrammato	Annuale

Il presente Programma di Controllo della Legionellosi è da considerarsi redatto e approvato da tutto il Gruppo di lavoro e assume la data di revisione del documento cui è allegato (MOD-PARS).