PIANO ANNUALE GESTIONE RISCHIO SANITARIO

ANNO 2026

Responsabile Rischio Clinico	***Direttore Sanitario***	***Direzione Aziendale***
Dott.ssa Fausta Micheletta	*Dott. Diego Caputo*	*Dott. Andrea Paganini*
Roma, 09/02/2026	Roma, 11/02/2026	Roma, 13/02/2026

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 CASA DI CURA NUOVA ITOR.
La Casa di Cura, con la funzione del Responsabile del rischio clinico e le politiche di risk management da una parte e le attività del Comitato di controllo delle ICA (CC-ICA) presieduto dalla Direzione Sanitaria dall'altra, è orientata 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 conseguenti attività di implementazione, monitoraggio e rendicontazione. 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 che dei pazienti e *caregivers*.
Alle attività che si definiscono all'interno del PARS partecipano tutti gli esercenti le professioni sanitarie attivi nella Casa di Cura attraverso il coinvolgimento delle diverse Unità Operative e Servizi e delle aree funzionali trasversali alle stesse con l'intento di rendere il PARS parte integrante della vita quotidiana e comune denominatore culturale delle attività cliniche assistenziali erogate all'interno della struttura. In questa visione, va sottolineato che la presenza della funzione del Responsabile del rischio clinico e del CC-ICA non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali quali il Direttore Sanitario, i Medici Responsabili ed i Coordinatori infermieristici delle Unità Operative e Servizi, il Medico Competente, l'RSPP, la Direzione Aziendale e più in generale tutti gli operatori sanitari 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 della Casa di Cura NUOVA ITOR.

Il PARS 2026 della Casa di Cura NUOVA ITOR 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 delle successive specifiche indicazioni fornite sul tema dal CRRC.

È parte integrate del PARS, come allegato allo stesso, il Piano di azione annuale per l'implementazione dell'igiene delle mani 2026.

1.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO

La CASA DI CURA NUOVA ITOR è situata nel territorio della ASL Roma 2, è autorizzata ed accreditata con il SSR con DCA n. 261 del 28/05/2015 e successive modifiche, per prestazioni di diagnosi e cura in regime di ricovero in acuzie a ciclo continuativo e diurno tipologia medico-chirurgica come di seguito specificato.

POSTI LETTO ACCREDITATI		
SPECIALITÀ	**POSTI LETTO ORDINARI**	**DAY HOSPITAL/DAY SURGERY**
Nefrologia	14	-
Medicina Interna	35	2
Cardiologia	9	-
UTIC	3	-
Ortopedia e Traumatologia	32	2

Chirurgia Generale	15	2
Otorinolaringoiatria (ORL)	8	2
Ginecologia	3	1

BLOCCO OPERATORIO	1	SALE OPERATORIE	4
		SALA DAY SURGERY	1

ASSETTO ATTUALE POSTI LETTO
(sulla base della Delibera 7 dicembre 2023 n. 869 "Programmazione Rete ospedaliera 2024-2026 e lavori interni di riconversione strutturale)

SPECIALITÀ	POSTI LETTO ORDINARI	DAY HOSPITAL/DAY SURGERY
Nefrologia	14	-
Medicina Interna	35	2
Cardiologia	9	-
UTIC	-	-
Ortopedia e Traumatologia	32	2
Chirurgia Generale	15	2
Otorinolaringoiatria (ORL)	8	2
Ginecologia	3	1

ATTIVITA' AMBULATORIALE
(accreditata e autorizzata)

- Radiologia e Diagnostica per Immagini
- Ortopedia e traumatologia
- Chirurgia generale
- Otorinolaringoiatria (ORL)
- Oculistica
- Cardiologia
- Neurologia
- Nefrologia
- Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva
- Dermatologia
- Ginecologia
- Dermatologia
- Medicina Interna
- Endocrinologia
- Medicina fisica e riabilitazione motoria
- Medicina dello Sport
- Laboratorio Analisi

Centro Dialisi A: Posti letto 23

Centro Dialisi B: Posti letto 24

DATI ATTIVITA' ANNO 2025 *(Fonte Sistema Gestionale Interno)*		
RICOVERI ORDINARI	***Ricoveri***	***Giornate degenza***
NEFROLOGIA	609	1.205
MEDICINA INTERNA	1.543	12.033
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	750	4.059
CHIRURGIA GENERALE	43	97
OTORINOLARINGOIATRIA (ORL)	10	19
GINECOLOGIA	123	248
CARDIOLOGIA	--	--
UTIC	--	--
RICOVERI DIURNI (DH/DS)		
CHIRURGIA GENERALE	256	
OTORINOLARINGOIATRIA (ORL)	134	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.105	
GINECOLOGIA	151	
INTERVENTI CHIRURGICI EFFETTUATI		
Interventi in regime ordinario	1.514	
Interventi in regime DS/DH	1.648	
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI		
APA Chirurgia	491	
APA Ortopedia	342	
APA Oculistica	1.948	
ENDOSCOPIA DIGESTIVA (EGDS e RSCS)	1.475	
DIALISI	26.198	
Radiologia e Diagnostica per immagini	12.033	

1.2 A. REPORT EVENTI AVVERSI

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.

ANNO	EVENTI TOTALI (N° per 1000 giornate degenza)	NEAR MISS	EVENTI AVVERSI	EVENTI SENTINELLA
2018	1,47	0	35	0
2019	1,47	0	37	0
2020	NA*	0	5*	0
2021	1,9	1	29	0
2022	1,8	2	26	0
2023	4,01§	6	48	0
2024	3,32§	7	48	0
2025	3,06§	5	48	1

§ il maggior numero di eventi segnalati/emersi è riconducibile, almeno in parte, alle attività di formazione e sensibilizzazione del personale effettuate nel corso del triennio 2023-2025 (varie edizioni del Corso prevenzione e gestione cadute nonché del Corso base e del Corso avanzato su Rischio Clinico e Sicurezza delle cure).

* i dati relativi agli eventi avversi del 2020 sono parziali e si riferiscono ad eventi caduta segnalati/emersi a partire da ottobre 2020 (c'è stato un cambiamento nella Direzione Sanitaria - *Risk Management* senza un passaggio di consegne diretto con impossibilità di rendicontazione degli eventi avversi).

TABELLA 1: SINTESI EVENTI AVVERSI 2025		
TIPOLOGIA EVENTO	CADUTA	26 (48%)
	ERRORI TERAPIA FARMACOLOGICA	11 (21%)
	AGGRESSIONE PERSONALE SANITARIO	7 (13%)
	ERRORE DIAGNOSTICO	4 (7%)
	COMUNICAZIONE - HANDOVER	3 (6%)
	ALTRO	2 (4%)
CLASSIFICAZIONE EVENTO	NEAR MISS	5 (9%)
	EVENTO AVVERSO	46 (88%)
	EVENTO SENTINELLA	1 (2%)
ESITO EVENTO	NESSUNO	61%
	LIEVE	31%
	MODERATO	6%
	SEVERO	2%
	MORTE	0
FONTE SEGNALAZIONE	*Incident reporting*	82,5%
	Altro	17,5%

Nella tabella sottostante è riportata una sintesi relativa ai principali fattori causali e contribuenti emersi dagli specifici audit di gestione rischio clinico/analisi effettuati nel corso del 2025 in relazione ad eventi ritenuti significativi per i quali è stato definito e condiviso con l'equipe sanitaria delle UO e servizi uno specifico piano di miglioramento.

TIPOLOGIA EVENTO	N (%)	Principali fattori causali e/o contribuenti		Fonte del Dato
Near Miss	5 (10%)	Strutturali e Tecnologici	0%	*Incident reporting* (80%) Altro (20%)
		Organizzativi/procedurali	65%	
		Comunicazione/Handover	35%	
Eventi Avversi	48 (88%)	Strutturali e Tecnologici	0%	*Incident reporting* (88%) Altro (12%)
		Organizzativi/procedurali	50%	
		Comunicazione/Handover	15%	
		Fattore umano	35%	
Eventi Sentinella	1 (2%)	Organizzativi/procedurali	50%	*Incident reporting*
		Fattore umano	50%	

1.2 B. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI

	2025	2024	2023	2022	2021	2020
Lettere con pretese di risarcimento	5	7	2	5	1	4
Mediazioni	3	1	3	0	2	0
Procedimenti trasformati in giudizio (accertamenti tecnici preventivi, citazioni, procedimenti di cognizione sommaria, etc.)	3	3	0	0	2	4
Procedimenti chiusi con liquidazione (in qualunque sede)	2	2	5	5	3	2

1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La CASA DI CURA NUOVA ITOR OPERA IN REGIME DI AUTORITENZIONE DEL RISCHIO.

È stato istituito ed è attivo il Comitato Valutazione Sinistri aziendale (CoVaSi) che si riunisce regolarmente sulla base di un regolamento interno.

1.4 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 svolte nell'ambito del Piano d'azione igiene mani 2025 è riportato nel dettaglio all'interno del Piano 2026 allegato al PARS, che contiene anche una sintesi dei risultati delle valutazioni del questionario di autovalutazione struttura, delle sessioni di osservazione sull'aderenza degli operatori alla corretta igiene delle mani effettuate nel corso del 2025 e del consumo semestrale di gel alcolico per igiene mani.

SINTESI ATTIVITA' PARS SVOLTE NEL 2025		
***OBIETTIVO A*: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE**		
ATTIVITÀ	**STATO**	**NOTE E RIFERIMENTI DOCUMENTALI**
ATTIVITA' 1: PROGRAMMARE ED EFFETTUARE ALMENO TRE CORSI DI FORMAZIONE RELATIVI ALLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE. ***INDICATORE 1***: Effettuazione di tre corsi di formazione con coinvolgimento complessivo di almeno il 50% del personale sanitario individuato come target specifico della formazione (entro il 31/12/2025).	OK	○ Corso base "Rischio clinico e Sicurezza delle Cure" con crediti formativi 3,9 ECM (2 Edizioni nel corso del 2025 per neoassunti/nuovi collaboratori – 3 ore); ○ Corso "Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita" (2 edizioni nel corso del 2025 – 3 ore); ○ Corso "Lesioni da pressione: indicazione e gestione delle medicazioni avanzate e terapia a pressione negativa" (2 edizioni nel 2025 - 2 ore); ○ Corso "Aspetti medico-legali nella professione sanitaria" con crediti formativi 3,9 ECM (2 Edizioni nel corso del 2025 – 3 ore); ○ Corso "Sistema informatizzato segnalazione eventi avversi" (3 edizioni nel corso del 2025 – 1 ora); ○ Corso "Prevenzione e controllo malattie infettive in ambito ospedaliero" con crediti formativi 3,9 ECM (1 edizione 2025 - 3 ore); ○ Corso "Igiene mani e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza per operatori sanitari" (6 edizioni nel corso del 2025 – 4 ore). ○ Corso "Prevenzione e controllo Legionella nelle strutture sanitarie" (6 edizione nel corso del 2025 – 4 ore).
OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA		
ATTIVITÀ PARS	**STATO**	**NOTE e RIFERIMENTI DOCUMENTALI**
ATTIVITA' 2: IMPLEMENTAZIONE MANUALE SICUREZZA IN SALA OPERATORIA E CHECKLIST DEL MINISTERO DELLA SALUTE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALL'UTILIZZO DELLA CHECKLIST DI SICUREZZA IN SALA OPERATORIA. ***INDICATORE 2***: Analisi sul campo su utilizzo della checklist in sala operatoria con report strutturato e definizione di specifiche attività di miglioramento.	OK	• Per implementare l'attività di monitoraggio dell'utilizzo della checklist sicurezza in sala operatoria, nel corso del I semestre 2025 è stata realizzata con il supporto del servizio IT interno una scheda di osservazione informatizzata su utilizzo checklist sicurezza in sala operatoria con dettagli non solo relativi alle 3 fase della checklist (sign-in, time out, e sign-out) ma anche relativi alle equipe chirurgiche osservate. • Sono state fatte delle osservazioni sul campo utilizzando la scheda di osservazione informatizzata. Attività di osservazione da implementare nel corso del 2026 per avere un numero consistente di dati suddivisi per specifiche équipe chirurgiche.

ATTIVITA' 3: EFFETTUAZIONE DI UN'ANALISI DI UN PROCESSO CLINICO-ASSISTENZIALE TRAMITE FMEA **INDICATORE 3**: Individuazione processo, istituzione gruppo di lavoro ed effettuazione FMEA con elaborazione piano di miglioramento (entro il 31/12/2025).	OK	***FMEA POSIZIONAMENTO E GESTIONE CATETERISMO VESCICALE – "CAUTI"***: Costituzione gruppo di lavoro multidisciplinare per analisi del processo di gestione del catetere vescicale del paziente ricoverato in Area Chirurgica e UO Medicina con stesura finale di uno specifico report con analisi effettuata, definizione di una *masterlist* delle priorità e relativo specifico piano di miglioramento (REPORT FMEA documento definitivo rev. 02 del 29/09/2025).
ATTIVITA' 4: IMPLEMENTAZIONE *PATIENT BLOOD MANAGEMENT* IN CHIRURGIA IN ELEZIONE E SICUREZZA GESTIONE PROCESSO TRASFUSIONALE. ***INDICATORE 4***: Monitoraggio attività trasfusionale con indicatori di processo e di esito predefiniti con analisi comparativa anni precedenti. ***INDICATORE 5:*** Stesura report semestrale attività trasfusionale con definizione specifico piano di miglioramento con condivisione e discussione con equipe dell'UO e Servizi coinvolti	OK	○ Effettuato monitoraggio dell'attività trasfusionale tramite sistematica raccolta dati e analisi del registro frigo-emoteca e delle cartelle cliniche dei pazienti trasfusi con specifici indicatori relativi al *patient blood management (PBM)* e sicurezza del processo trasfusionale. ○ Elaborazione di report semestrale con definizione di specifici piani di miglioramento e condivisione dei report con equipe di tutte le UO e Servizi coinvolti (Report attività trasfusionale I semestre 2025 - rev.00 del 15/07/2025 e Report finale 2025 – rev. 00 del 15/01/2026)
ATTIVITA' 5: IMPLEMENTAZIONE MONITORAGGIO PREVENZIONE E GESTIONE LESIONI DA PRESSIONE ***INDICATORE 6***: Monitoraggio delle LDP con elaborazione di report semestrali condivisi con equipe sanitaria.	OK	○ Effettuato monitoraggio lesioni da pressione in AREA MEDICA (UO Medicina) da parte della Coordinatrice infermieristica con specifico database di raccolta dati focalizzato non solo sui dati di prevalenza/incidenza delle lesioni, stadio e sede ma anche indicatori del processo relativi alla prevenzione e gestione come definito dalla procedura interna. ○ Effettuata analisi dati monitoraggio ed elaborato e condiviso report semestrale LDP AREA MEDICA con analisi comparativa rispetto ai monitoraggi precedenti: REPORT LDP I SEMESTRE 2025 REV. 00 DEL 14/07/2025 e REPORT LDP II SEMESTRE 2025 REV. 00 DEL 16/01/2026). Entrambi i report sono stati condivisi con equipe sanitaria della UO Medicina per discussione e definizione di specifici piani di miglioramento.

OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA ***OBIETTIVO C: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.***		
ATTIVITÀ	**STATO**	**NOTE E RIFERIMENTI DOCUMENTALI**
ATTIVITA' 6: IMPLEMENTAZIONE DEL *SAFETY WALKAROUND* (SWA) COME STRUMENTO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE. ***INDICATORE 7:*** Implementazione piano di miglioramento SWA 2024 (standard > 70%). ***INDICATORE 8***: Effettuazione di almeno un SWA nel 2025 con elaborazione report con specifici piani di miglioramento (standard 1/1 entro 31/12/2025).	OK	○ Implementate attività del piano di miglioramento emerso dallo SWA 2024 e monitorate attività. ○ Elaborata specifica informativa e cronoprogramma SWA 2025 per operatori sanitari e condivisa in anticipo con tutte le unità operative e servizi via email (REV. 00 del 29/09/2025). ○ Effettuato SWA ed elaborato report con specifico piano miglioramento: REPORT SWA 2025 Rev. 01 del 17/11/2025, che è stato condiviso con equipe delle Unità operative coinvolte per loro discussione in equipe.
OBIETTIVO B. MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITÀ PARS	**STATO**	**NOTE e RIFERIMENTI DOCUMENTALI**
ATTIVITA' 1: IMPLEMENTAZIONE MONITORAGGIO CONSUMO ANTIMICROBICI. **INDICATORE 1:** Monitoraggio e report annuale consumo antimicrobici con analisi comparativa biennio precedente. (Standard 1/1 entro il 15/02/2026) **INDICATORE 2:** Diffusione e discussione con equipe UO del report e definizione piano di miglioramento (Standard 1/1 entro 28/02/2026).	OK	○ Effettuato monitoraggio consumo antimicrobici e prodotti alcolici per igiene mani da parte del Servizio Farmacia nel corso del 2025 con raccolta dati per Unità Operativa e Servizio. ○ Effettuata analisi quadrimestrale dei dati del monitoraggio con consumi calcolati sia come DDD/100 giornate di degenza sia sulla base della *classificazione AWaRe* dell'OMS. ○ Elaborati specifici report quadrimestrali su consumo antimicrobici 2025 discussi in ambito di CC_ICA e condivisi con le UO e Servizi della Casa di Cura: ▪ Report Consumo Antimicrobici I quadrimestre 2025 – rev. 00 del 06/06/2025. ▪ Report Consumo Antimicrobici II quadrimestre 2025 – rev. 00 del 28/10/2025. ▪ Report consumo Antimicrobici 2025 – rev 00 del 29/01/2026.

ATTIVITÀ 2: IMPLEMENTAZIONE SISTEMA DI MONITORAGGIO CONSUMO DI PRODOTTI IDROALCOLICI PER IGIENE MANI. ***INDICATORE 1***: Monitoraggio e registrazione consumi per singole UO e Servizi. **INDICATORE 2:** Report semestrale consumo prodotti idroalcolici per igiene mani con dettaglio per UO e Servizi (standard 1/1 entro il 31/07/2024 e 31/01/2025).	OK	○ Elaborato Report Consumo soluzione alcolica per igiene mani I semestre 2025 con dettaglio consumi per singoli Unità Operative e Servizi ed analisi comparativa rispetto ai monitoraggi precedenti (rev. 01 del 15/07/2025) discusso in ambito di CC_ICA e condiviso con equipe delle UO e Servizi e nelle sessioni di formazione sul tema. ○ Elaborato Report Consumo soluzione alcolica per igiene mani II semestre 2025 con dettaglio consumi per singoli Unità Operative e Servizi ed analisi comparativa rispetto al I semestre e anni precedenti 2020-2024 (rev. 01 del 04/02/2026) condiviso in ambito di CC_ICA e con le UO e Servizi. N.B. L'analisi e presentazione dei dati è stata adattata anche al monitoraggio in corso ASL RM 2 (PP10) e INMI Spallanzani tramite specifico database raccolta dati che viene compilato dalla nostra struttura semestralmente (totale struttura/area degenza e area chirurgica/area medica).
ATTIVITA' 3: ELABORAZIONE PIANO ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP 2025-2026 **INDICATORE 1:** Implementazione piano attività sulla base del cronoprogramma definito	OK	○ Il Piano interno di *Antimicrobial Stewardship* 2025-2026 è stato elaborato e approvato in ambito di CC_ICA. Le attività definite nel piano sono state svolte sulla base degli specifici cronoprogrammi definiti.
ATTIVITÀ 4: IMPLEMENTAZIONE PREVENZIONE E GESTIONE INFEZIONI DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE). **INDICATORE 1:** implementazione istruzione operativa CRE - ricerca attiva portatori cre e monitoraggio infezioni da CRE. **INDICATORE 2:** Elaborazione report semestrale.	OK	○ Implementate attività di ricerca attiva portatori CRE in Area Medica come da Istruzione operativa interna e monitorato processo con stesura di reportistica semestrale dei dati, discussi sia in ambito di CC-ICA che con Medico Responsabile e Coordinatrice UO Medicina (Report sorveglianza colonizzazioni da CRE I semestre 2025 – rev. 01 del 14/07/2025 e II semestre – rev.00 del 26/01/2026). ○ Monitoraggio infezioni sistemiche da CRE e reportistica semestrale nell'ambito del report Emocolture (Report I semestre 2025 – rev.00 del 14/07/2025 e Report II semestre 2025 – rev 00 del 05/02/2026).
ATTIVITÀ 5: IMPLEMENTAZIONE SORVEGLIANZA INFEZIONI SITO CHIRURGICO ***INDICATORE 1:*** Monitoraggio e raccolta dati su database dedicato per la chirurgia protesica di anca e ginocchio e colecistectomie	OK	○ Creato specifico database raccolta dati sorveglianza infezioni sito chirurgico sulla base delle informazioni/indicatori previsti dal progetto ISS ed instaurata modalità di follow up sistematico telefonico con questionario dedicato per la chirurgia protesica anca e ginocchio. ○ Alimentazione del portale sorveglianza ISS - HelicsWin Net effettuata nel corso del 2025 regolarmente.

INDICATORE 2: Alimentazione del portale sorveglianza ISS - HelicsWin Net ***INDICATORE 3:*** Analisi periodica (almeno semestrale) dei dati e stesura report		○ Analisi dati ed elaborazione di specifici report trimestrali (Report monitoraggio chirurgia protesica anca e ginocchio) con specifica sezione dedicata all'analisi del monitoraggio della profilassi delle infezioni del sito chirurgico. ▪ Report I trimestre 2025 – rev 00 del 28/04/2025 ▪ Report II trimestre 2025 – rev 00 del 07/07/2025 ▪ Report III trimestre 2025 – rev 00 del 15/12/2025 ▪ Report IV trimestre 2025 – rev 00 del 20/01/2026
ATTIVITÀ 6: ELABORAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE PIANO DI AZIONE IGIENE MANI 2025. **INDICATORE 1:** IMPLEMENTAZIONE DELLE ATTIVITA' 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 ATTIVITÀ PIANO AZIONE IGIENE MANI CON RENDICONTAZIONE ATTIVITA' EFFETTUATE NEL 2025 E PRESENTAZIONE DATI (ALLEGATO AL PARS 2026)
ATTIVITÀ 7 ORGANIZZAZIONE CORSI/INCONTRI DI FORMAZIONE NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA **INDICATORE 1:** Effettuazione di almeno due corsi/incontri di formazione con coinvolgimento del personale sanitario di tutte le UO e Servizi. (Standard 2/2 entro 31/12/2025)	OK	○ Vedi report formazione al punto 1 (pag. 7)

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

La realizzazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

A. RISK MANAGER: Redige e monitora l'implementazione del Piano ad esclusione della parte relativa al rischio infettivo. Invia il PARS al Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC);
B. DIRETTORE SANITARIO - PRESIDENTE DEL CC-ICA: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano relativa al rischio infettivo ed attività del CC_ICA di cui è il Presidente;
C. REFERENTE AFFARI LEGALI DELLA STRUTTURA / DIREZIONE AZIENDALE: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
D. DIREZIONE AZIENDALE: si impegna ad adottare il PARS approvandolo 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.

La matrice delle responsabilità PARS 2026 è sintetizzata nella tabella a seguire.

AZIONE	DIRETTORE SANITARIO (PRESIDENTE CC-ICA)	RISK MANAGER	REFERENTE AFFARI LEGALI	DIREZIONE AZIENDALE
Redazione PARS (ad eccezione dei punti 1.2B, 1.3 e 4)	C	R	C	C
Redazione punti 1.2B e 1.3	I	I	R	C
Redazione sezione 4 (ICA)	R	C	I	I
Adozione PARS	C	I	I	R
Monitoraggio PARS (ad eccezione sezione 4: attività ICA)	C	R	I	I
Monitoraggio sezione 4 (ICA)	R	C	I	I

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

3. OBIETTIVI E ATTIVITA' RISCHIO CLINICO

3.1 OBIETTIVI

Gli obiettivi generali della CASA DI CURA NUOVA ITOR in ambito di Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza delle cure rispondono agli obiettivi strategici definiti a livello regionale, ovvero:

A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
B. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
C. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

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 e successive indicazioni, nonché con i requisiti di accreditamento previsti dal DCA 469/2017, nel presente documento vengono definite le attività finalizzate al contenimento degli eventi avversi e delle infezioni correlate all'assistenza nonché al miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni erogate, e le modalità operative e cronoprogramma previsti per la loro implementazione.

***OBIETTIVO A*: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure**		
ATTIVITA' 1: PROGRAMMARE ED EFFETTUARE ALMENO TRE CORSI DI FORMAZIONE RELATIVI ALLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE.		
INDICATORE 1: Effettuazione di tre corsi di formazione con coinvolgimento complessivo di almeno il 50% del personale sanitario individuato come target specifico della formazione (entro il 31/12/2026)		
STANDARD 2/2		
Fonte: AREA FORMAZIONE E UO RISCHIO CLINICO		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
	Risk Manager	Direzione Aziendale/Area Formazione
Progettazione e proposta dei corsi	R	C
Organizzazione dei corsi	C	R

OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa			
ATTIVITA' 2: IMPLEMENTAZIONE MANUALE SICUREZZA IN SALA OPERATORIA E CHECKLIST DEL MINISTERO DELLA SALUTE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALL'UTILIZZO DELLA CHECKLIST DI SICUREZZA IN SALA OPERATORIA			
INDICATORE 2: Analisi sul campo su utilizzo della checklist in sala operatoria con report strutturato e definizione di specifiche attività di miglioramento.			
STANDARD 2/2			
Fonte: *UO RISCHIO CLINICO, BLOCCO OPERATORIO E SERVIZIO ANESTESIA*			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
	Risk Manager	Responsabile Blocco Operatorio e Servizio Anestesia	Direzione Sanitaria
Analisi sul campo	R	R	C
Elaborazione specifico report con attività di miglioramento e cronoprogramma	C	R	C
Incontri di discussione in equipe per implementazione attività	C	R	C

OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa			
ATTIVITA' 3: EFFETTUAZIONE DI UN'ANALISI DI UN PROCESSO CLINICO-ASSISTENZIALE TRAMITE METOLOGIA FMEA (*Failure Mode Effect Analysis*)			
INDICATORE 3: INDIVIDUAZIONE PROCESSO, ISTITUZIONE GRUPPO DI LAVORO ED EFFETTUAZIONE FMEA CON ELABORAZIONE PIANO DI MIGLIORAMENTO (entro il 31/12/2026)			
STANDARD SI/NO			
Fonte: *UO RISCHIO CLINICO*			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
	Risk Manager	Responsabile e Coordinatore UO o Servizi coinvolti	Direzione Sanitaria
Individuazione processo e pianificazione FMEA	R	C	I
Istituzione gruppo di lavoro ed effettuazione FMEA	R	C	I
Condivisione e implementazione piano miglioramento FMEA	C	R	C

OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa
ATTIVITA' 4*:* IMPLEMENTAZIONE *PATIENT BLOOD MANAGEMENT* E SICUREZZA GESTIONE PROCESSO TRASFUSIONALE
INDICATORE 4: Monitoraggio attività trasfusionale con indicatori di processo e di esito predefiniti con analisi comparativa anni precedenti.
INDICATORE 5*:* Stesura report semestrale attività trasfusionale con definizione specifico piano di miglioramento con condivisione e discussione con equipe dell'UO e Servizi coinvolti.
STANDARD 2/2
Fonte: UO RISCHIO CLINICO E DIREZIONE SANITARIA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
	Risk manager	Responsabile UO	Direzione Sanitaria
Effettuazione monitoraggio	R	I	C
Elaborazione report	R	I	C
Diffusione e discussione report con equipe delle UO e Servizi	C	R	C

OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa
ATTIVITA' 5: IMPLEMENTAZIONE ATTIVITA' DI PREVENZIONE E GESTIONE LESIONI DA PRESSIONE
INDICATORE 6: Monitoraggio delle LDP con elaborazione di report semestrali condivisi con equipe sanitaria
STANDARD 2/2
Fonte: *AREA MEDICA E UO RISCHIO CLINICO*

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
	Responsabile Medico UO	Coordinatore infermieristico UO	Risk Manager	Direzione sanitaria
Monitoraggio LDP	C	R	I	I
Elaborazione e condivisione report con equipe UO	C	R	C	I

OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa ***OBIETTIVO C: Favorire una visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.***
ATTIVITA' 6: IMPLEMENTAZIONE DEL SAFETY WALKAROUND COME STRUMENTO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE
INDICATORE 7: Implementazione piano di miglioramento *Safety Walkaround* 2025 (standard > 70%)
INDICATORE 8: Effettuazione di almeno un *Safety Walkaround* nel 2026 con elaborazione report con specifici piani di miglioramento (standard 1/1 entro 31/12/2026).
Fonte: RISK MANAGER E DIREZIONE SANITARIA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
	Coordinatori infermieristici UO	Responsabili medici UO	Risk Manager	Direzione Sanitaria
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

4. OBIETTIVI E ATTIVITA' RISCHIO INFETTIVO – ICA

4.A OBIETTIVI

Gli obiettivi aziendali in tema di rischio infettivo-prevenzione delle ICA sono definiti in accordo agli obiettivi strategici regionali e quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico - Resistenza (PNCAR 2022-2025) e Piano Regionale (PARCA 2025-2028). Nello specifico:

A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
B. Implementare il Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale con lo scopo di definire ed implementare specifiche attività per il raggiungimento degli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e assicurarne il mantenimento o il miglioramento nel tempo;
C. 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 al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

4.B ATTIVITA' 2026

OBIETTIVO C. MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO			
ATTIVITÀ 1: IMPLEMENTAZIONE MONITORAGGIO CONSUMO ANTIMICROBICI			
INDICATORE 1: Monitoraggio e report periodico (quadrimestrale) consumo antimicrobici con analisi comparativa anni precedenti (Standard 1/1: Report quadrimestrale entro il 30 del mese successivo)			
INDICATORE 2: Diffusione e discussione con equipe Unità Operative dei report e definizione piano di miglioramento (Standard 3/3)			
Fonte: CC_ICA E SERVIZIO FARMACIA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
AZIONE	**CC-ICA**	**FARMACIA**	**Responsabile Medico UO**
Monitoraggio e raccolta dati consumi	C	R	I
Analisi consumo antimicrobici e stesura report	R	C	I
Diffusione e discussione report con UO/Servizi	R	C	R
Definizione specifico piano di miglioramento	C	I	R

OBIETTIVO B. IMPLEMENTAZIONE PIANO INTERVENTO REGIONALE IGIENE MANI			
ATTIVITÀ 2: IMPLEMENTAZIONE CONSUMO DI SOLUZIONE ALCOLICA PER IGIENE MANI			
INDICATORE 1: Monitoraggio e registrazione consumi per singole UO e Servizi			
INDICATORE 2: Report semestrale consumo prodotti alcolici per igiene mani con dettaglio per UO e Servizi (standard 1/1 entro il 31/07/2026 e 31/01/2027)			
Fonte: CC_ICA E SERVIZIO FARMACIA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
AZIONE	**CC_ICA**	**Responsabile e Coordinatore UO**	***FARMACIA***

Monitoraggio e stesura report semestrale consumo	C	I	R
Diffusione e presentazione alle UO e Servizi	C	R	I
Elaborazione piano di miglioramento	C	R	I

OBIETTIVO C. MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO			
ATTIVITA' 3: IMPLEMENTAZIONE PIANO ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP 2025-2026			
INDICATORE 1: IMPLEMENTAZIONE ATTIVITA' INDIVIDUATE NEL PIANO SULLA BASE DEL CRONOPROGRAMMA DEFINITO			
Fonte: CC_ICA e UNITA' OPERATIVE			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
AZIONE	**CC_ICA**	**Responsabili e Coordinatori UO**	***Infettivologa CC_ICA***
Implementazioni specifiche attività	R	R	R
Condivisione report attività svolte con UO e Servizi e definizione specifico piano di miglioramento	C	R	C

OBIETTIVO C. MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO			
ATTIVITÀ 4: IMPLEMENTAZIONE PREVENZIONE E GESTIONE INFEZIONI DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)			
INDICATORE 1: Implementazione istruzione operativa CRE - ricerca attiva portatori CRE e monitoraggio infezioni da CRE (batteriemie-sepsi)			
INDICATORE 2: Stesura report semestrale attivita' e condivisione con Unità Operative coinvolte			
Fonte: LABORATORIO ANALISI e AREA MEDICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
AZIONE	**CC_ICA**	**LABORATORIO ANALISI**	**RESPONSABILE E COORDINATORE UO MEDICINA**
Implementazione istruzione operativa CRE	C	R	R
Monitoraggio attività e stesura report semestrale	R	R	C

OBIETTIVO C. MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO
ATTIVITÀ 5: IMPLEMENTAZIONE SORVEGLIANZA INFEZIONI SITO CHIRURGICO
INDICATORE 1: MONITORAGGIO E RACCOLTA DATI SU DATABASE DEDICATO PER LA CHIRURGIA PROTESICA DI ANCA E GINOCCHIO E COLECISTECTOMIE
INDICATORE 2: Alimentazione del portale sorveglianza ISS - HelicsWin Net
INDICATORE 3: Analisi periodica (almeno semestrale) dei dati e stesura report
Fonte: CC_ICA – AREA CHIRURGICA - LABORATORIO ANALISI
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	CC_ICA	DIREZIONE SANITARIA	*RESPONSABILE MEDICO E COORDINATORE AREA CHIRURGICA*
RACCOLTA DATI SORVEGLIANZA	I	C	R
MONITORAGGIO ED ANALISI DATI	C	R	R
ALIMENTAZIONE PORTALE ISS - HelicsWin Net	I	R	C
STESURA REPORT SEMESTRALE	C	R	C

OBIETTIVO B. IMPLEMENTAZIONE PIANO DI INTERVENTO REGIONALE IGIENE MANI			
ATTIVITÀ 6: ELABORAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE PIANO DI AZIONE IGIENE MANI 2026			
INDICATORE 1: IMPLEMENTAZIONE DELLE ATTIVITA' E RAGGIUNGIMENTO SPECIFICI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI AZIONE 2025 (allegato al presente documento). STANDARD >70% attività definite nel piano entro il 31/12/2026.			
Fonte: CC_ICA E DIREZIONE AZIENDALE			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
AZIONE	**CC_ICA**	***RESPONSABILI E COORDINATORI UO E SERVIZI***	**DIREZIONE AZIENDALE**
ELABORAZIONE PIANO D'AZIONE ANNUALE	R	C	C
IMPLEMENTAZIONE e MONITORAGGIO ATTIVITA' 2026	R	R	C
STESURA REPORT PERIODICI SULLE ATTIVITA'	R	C	C

OBIETTIVO A. DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.			
ATTIVITÀ 7: ORGANIZZAZIONE CORSI/INCONTRI DI FORMAZIONE NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA			
INDICATORE 1: Effettuazione di almeno due corsi/incontri di formazione con coinvolgimento del personale sanitario di tutte le UO e SERVIZI. (Standard 2/2 entro 31/12/2026)			
Fonte: Area Formazione e CC_ICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
AZIONE	**CC_ICA**	**AREA FORMAZIONE**	***DIREZIONE AZIENDALE***
PROGETTAZIONE E PROPOSTA CORSI FORMAZIONE ICA	R	C	I
ORGANIZZAZIONE CORSI FORMAZIONE ICA	C	R	R

5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

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

- Presentazione del PARS ai Responsabili Medici, Coordinatori Infermieristici ed eventuale altro personale ritenuto strategico nella diffusione e realizzazione dello stesso;

- Disponibilità del PARS in formato PDF sui supporti informatici aziendali (cartelle condivise Sistema Gestione Qualità disponibili nei PC di tutte le UO e Servizi);
- Condivisione della PARS tramite le email aziendali delle UO e Servizi e dei professionisti attivi nella Casa di Cura;
- Pubblicazione del PARS sul sito internet della struttura nella sezione dedicata al "Risk management" raggiungibile nella homepage.

6. ALLEGATI

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

7. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Documento di Indirizzo per L'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario. REGIONE LAZIO - Centro Regionale Rischio Clinico. 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 - Centro Regionale Rischio Clinico. Determinazione G16501 del 28/11/2022.
- *Documento indirizzo sulla Prevenzione e Gestione delle Caduta della persona assistita*. Centro Regionale Rischio Clinico – Regione Lazio. Prima emissione: 26 ottobre 2022.
- *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*. Regione Lazio – Centro Regionale Rischio Clinico. Determinazione G09850 del20/07/2021.
- *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 – Regione Lazio.
- Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani. Regione Lazio - Centro Regionale Rischio Clinico. Prima emissione: 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) 2022-2025 – PP10;
- Circolare Ministero delle 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 Assesment 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;
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Save Surgery Save Live”;
- 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:QDQQUSO5JPMJ:www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp%3Fid%3D250%26area%3Dqualita%26menu%3Dsicurezz+&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
- 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).
- WHO: Global guidelines for the prevention of surgical site infection (2016). https://www.who.int/publications/i/item/9789241550475
- Bundle per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico. Dicembre 2024. https://www.iss.it/documents/20126/6703853/Bundle+ISC.pdf/5ceb8151-df5f-990d-9f97-8ee6fe4a3fe5?t=1750420092135