



"CASTELLO DELLA QUIETE S.r.l."
Struttura Residenziale Psichiatrica (SRP)
Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)

Via di Tor Cervara, 112 - 00155 Roma

Telefoni: 06.2294405 (8 linee r.a.)

Fax 06.2295989

e-mail: amministrazione@castellodellaquiete.it

PEC: cdqpec@legalmail.it

Roma, martedì 5 maggio 2026

Piano Annuale del Rischio Sanitario 2026

1. Contesto Organizzativo

Il Castello della Quietè è una Struttura Residenziale autorizzata e accreditata dal SSR con DCA U000350/2014 e DCA U00197/2016.

E' sita in Roma, in via di Tor Cervara 112 nella zona di competenza della ASL RM2, in particolare nel 4° Distretto Sanitario.

DATI STRUTTURALI			
Estensione Territoriale*	236 km^2	Popolazione Residente*	1.295.000
ASL di Riferimento	ASL ROMA2	Presidio ospedaliero di riferimento	Ospedale Sandro Pertini
Posti letto	70	Residenza Sanitaria Assistenziale	40
		Struttura Residenziale Terapeutico Riabilitativa (intensiva)	20
		Struttura Residenziale Terapeutico Riabilitativa (estensiva)	10
DATI ATTIVITA' AGGREGATI			
Ricoveri Ordinari	62	Permessi con pernottamento	150
Invii al PS	42	Decessi avvenuti in struttura	0

*Dati 2020 riferiti alla ASL RM2



2. Relazione Annuale consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet www.castellodellaquiete.it

Tipo di Evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori/ /cause contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	Strutturali 50% Tecnologici 0%	Strutturali 50% Tecnologiche 0%	Sistemi di reporting 50 % Sinistri 0%
Eventi Avversi	116	Organizzativi 50% Procedure 0%	Organizzative 50% Procedure 0%	Farmacovigilanza 0% Dispositivo vigilanza 50%
Eventi Sentinella	0	Comunicazione 0%	Comunicazione 0%	

(A): riportare le definizioni secondo il glossario del Ministero della Salute o come nota alla tabella o all'interno della narrativa.

(B): I fattori causali/contribuenti fanno ovviamente riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi. Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi si rimanda al documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" adottato con Determinazione n. G12355 del 25 ottobre 2016 e disponibile sul cloud regionale.

Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio

Anno	Sinistri	Risarcimenti erogati
2021	-	-
2022	-	-
2023	-	-
2024	-	-
2025	1	€ 255.000,00

Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio annuale	Franchigia	Brokeraggio
2026	N° 460344313 - 26/03/2027	Generali Italia S.p.A.	€ 26.736,00	€ 5.000,00	assente



Resoconto delle attività PARS precedente

Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Attività 1 : Monitoraggio e prevenzione delle ICA	No	<i>Non è stato possibile organizzare una attività di formazione degli operatori sanitari. Tale attività verrà effettuata nell'anno in corso.</i>
Attività 2 : Somministrazione di strumenti psicometrici (scale di valutazione) agli ospiti all'ingresso per identificare precocemente i soggetti a rischio di atti autolesivi e per adottare idonee misure di prevenzione.	Si	Sono state somministrate i test psicometrici (scale di valutazione) al 100% dei pazienti della SRP mentre non sono stati somministrati agli ospiti della RSA. Un solo evento autolesivo lieve in SRP e nessun evento in RSA
Attività 3 : Prevenire gli allontanamenti non autorizzati	Si	Nessun allontanamento in SRP né in RSA.
Attività 4 : Organizzare attività di formazione/informazione sull'uso degli antibiotici.	Si	E' stato effettuato un corso di formazione sull'uso degli antibiotici.
Attività 5 : Modifica della procedura di somministrazione dei farmaci mediante introduzione di foto dell'ospite sul suo contenitore dei farmaci.	SI	Sono stati dotati di foto i contenitori farmaci degli ospiti della SRTRe e della RSA.
Attività 6 : Revisione della procedura per l'emergenza psichiatrica.	Si	E' stata revisionata la procedura per l'emergenza psichiatrica. Nel 2025 si sono verificati 372 episodi di agitazione psicomotoria tra gli ospiti della struttura, dei quali solo per 18 è stato necessario il ricorso alla procedura di emergenza psichiatrica con invio in Pronto Soccorso (4,84%).



3. Matrice delle Responsabilità del PARS

Azione	Risk Manager	Direttore Generale	RGQ	Responsabili Reparti
Redazione PARS	R	C	C	-
Adozione PARS	I	R	C	-
Monitoraggio PARS	R	I	C	C

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

4. Obiettivi

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.
- B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani attraverso uno specifico Piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.
- D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

Obiettivo A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.

Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo			
Attività 1 - Monitoraggio e prevenzione delle ICA.			
Indicatore: Organizzazione di un evento formativo nel 2026.			
Standard : Formare almeno il 60% - 80% degli operatori			
Fonte : Registro presenze, programma formativo, materiale didattico, verbale audit annuale			
Matrice delle Responsabilità			
Azione	Risk Manager	Dir. Amministr.	Responsabili di Reparto
Organizzazione di corso di formazione ad hoc.	C	I	R
Verifiche documentali	R	I	I
Audit Annuale	C	R	C

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

Obiettivo B): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.



Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

Attività 2 - In considerazione della importanza di prevenire gli atti autolesivi degli ospiti della struttura, si reitera questa attività anche per il 2026 tramite la somministrazione di strumenti psicometrici (scale di valutazione) agli ospiti all'ingresso per identificare precocemente i soggetti a rischio e per adottare idonee misure di prevenzione

Indicatore : Percentuale di ospiti sottoposti a valutazione con strumenti psicometrici.

Standard : 100%

Fonte : Medico Responsabile

Matrice delle Responsabilità			
Azione	Risk Manager	Dir. Amministr.	Responsabili di Reparto
Definizione e somministrazione di apposite scale di valutazione	R	I	C
Verifiche documentali	C	I	I
Audit Semestrale	R	I	C

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

Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

Attività 3 - In considerazione della importanza di prevenire allontanamenti non autorizzati si reitera questa attività anche per il 2026.

Indicatore : Numero di allontanamenti non autorizzati registrati nell'anno; in caso di evento, tempo di rilevazione e attivazione delle misure previste.

Standard : Assenza di allontanamenti; in subordine, rilevazione dell'evento e attivazione delle misure previste dalle procedura entro 30 minuti.

Fonte : Medico Responsabile

Matrice delle Responsabilità			
Azione	Risk Manager	Dir. Amministr.	Responsabili di Reparto
Definizione POS	R	C	C
Applicazione POS	C	I	R
Audit Semestrale	C	I	C

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

Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

Attività 4 - Prevenzione delle cadute individuando i soggetti a maggior rischio tramite somministrazione di apposite scale di valutazione (Conley, Tinetti) e adottando strategie individuali intrinseche ed estrinseche e strategie ambientali.

Indicatore : Numero di cadute registrate nell'anno; percentuale di ospiti valutati con scale di rischio secondo procedura.

Standard : Valutazione del rischio eseguita nel 100% dei casi previsti dalla procedura; riduzione del numero assoluto di cadute rispetto all'anno precedente o mantenimento del dato a fronte di maggiore complessità assistenziale adeguatamente documentata.

Fonte : Medico Responsabile



Matrice delle Responsabilità			
Azione	Risk Manager	Dir. Amministr.	Responsabili di Reparto
Definizione POS	C	I	R
Applicazione POS	R	I	I
Audit Semestrale	C	R	C

Obiettivo C): Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani attraverso uno specifico Piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.

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 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.			
Attività 5 – Esecuzione di un programma di informazione/formazione annuale sull'igiene delle mani indirizzato a tutti gli operatori sanitari e sociosanitari. Mantenuto ma reso esplicitamente collegato al PALIM 2026 e agli obblighi regionali.			
Indicatore : Percentuale di operatori sanitari e sociosanitari formati.			
Standard : 80 - 100%.			
Fonte : Medico Responsabile			
Azione	Risk Manager	Dir. Amministr.	Responsabili di Reparto
Definizione POS	C	I	R
Applicazione POS	R	I	I
Audit Semestrale	C	R	C

Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani attraverso uno specifico Piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.			
Attività 6 – Monitoraggio semestrale del consumo di soluzioni idroalcoliche e sapone come indicatore indiretto di adesione all'igiene delle mani.			
Indicatore : Numero di report di monitoraggio prodotti nell'anno; consumo di SIA e sapone espresso, ove possibile, in litri per 1.000 giornate di degenza.			
Standard : 2 report l'anno.			
Fonte : Dati di acquisto/magazzino, report amministrativi, PALIM 2026, verbali audit.			
Azione	Risk Manager	Dir. Amministr.	Responsabili di Reparto
Definizione POS	C	I	R



Applicazione POS	R	I	I
Audit Semestrale	C	R	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).

Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).			
Attività 7 - Rafforzamento delle misure di prevenzione delle ICA e della gestione di ospiti con possibile infezione da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) e produttori di betalattamasi a spettro esteso (ESDL), osservando la massima attenzione al rischio infettivo degli ospiti che arrivano da contesti sanitari a più alto rischio (Ospedali, Reparti ad alta intensità assistenziale).			
Indicatore : Percentuale di nuovi ingressi provenienti da contesti a rischio per i quali sia presente verifica documentale; percentuale di casi segnalati con attivazione delle misure previste.			
Standard : Verifica documentale nel 100% dei casi a rischio e attivazione misure nel 100% dei casi segnalati.			
Fonte : Relazione scheda di dimissione e/o cartella clinica della struttura di provenienza.			
Azione	Risk Manager	Dir. Amministr.	Responsabili di Reparto
Definizione POS	C	I	R
Applicazione POS	R	I	I
Audit Semestrale	C	R	C

5. Modalità di diffusione del PARS

- Presentazione al CdA
- Disponibilità nella repository documentale aziendale (www.e-personam.com)
- Pubblicazione su sito Internet www.castellodellaquiete.it.

6. ALLEGATI

- Procedura Piano d'azione Igiene delle mani
- Programma di controllo della Legionellosi

7. Riferimenti Normativi

- 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";
- 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”;
- 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. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”;
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”;
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
- Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”;
- 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. G00643 del 25 Gennaio 2022 per la sostituzione di PARM e PAICA con il PARS – Nota Regione Lazio n. U00998868 del 01.02.2022 "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"
-

Il Medico Responsabile della SRTRi	Il Medico Responsabile della SRTRe	IL Medico Responsabile della RSA	Il Direttore Amministrativo
Dott. Pierluigi Zuchegna	Dott.Francesco Del Tutto	Dott.ssa Lucia Lardino	Matteo Accornero
			

