



FONDAZIONE OPERA PIA MASTAI FERRETTI
Struttura assistenza anziani

Via Cavallotti n. 36 – 60019 Senigallia (AN)
P.IVA 00091030429 – Telefono 071 791881 – email operapiamastai@operapiamastai.it

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) E RELAZIONE ANNO 2023

(Legge 8 marzo 2017 N. 24)

Rev.	Data	Descrizione Emissione	Redazione e Verifica	Approvazione
01	09/04/2024	Relazione 2023	Dott. Vittorio Sgreccia Risk Manager	Dott. Mario vichi Presidente della Fondazione



**RELAZIONE ANNUALE ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT
PIANO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

Cod. identificativo

MD01_10 Rev.1
DATA: 09/04/2024
Pagina 2 di 12

INDICE

1.0	PREMESSA	3
2.0	INTRODUZIONE.....	4
2.1	Glossario Ministero della Salute	4
3.0	GESTIONE DEL RISCHIO.....	4
4.0	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	6
6.1	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI (AI SENSI DELL'ARTICOLO 2. C. 5 L. 24/2017).....	6
6.2	SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO (AI SENSI DELL'ARTICOLO 4. C. 3 L. 24/2017)	7
7	DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	7
8	OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	7
8.1	IL CONCETTO DI MIGLIORAMENTO CONTINUO.....	7
8.2	Azioni di miglioramento	8
8.3	Formazione	8
8.4	Informazioni.....	9
8.5	OBIETTIVI 2024.....	9

	RELAZIONE ANNUALE ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT PIANO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	Cod. identificativo MD01_10 Rev.1 DATA: 09/04/2024 Pagina 3 di 12
---	--	---

1.0 PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato la necessità che le organizzazioni sanitarie operino per assicurare ai Pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure.

La possibilità di "**Evento avverso**" è insita nei sistemi complessi e le realtà sanitarie, come sancito dall'OMS, sono l'ambito lavorativo a maggiore complessità possibile.

La sicurezza dei Pazienti deve essere, quindi, continuamente presidiata e le criticità devono essere affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando vari aspetti: monitoraggio e analisi degli eventi avversi, elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, coinvolgimento di Pazienti, formazione degli operatori sanitari, analisi delle interferenze e delle criticità; al fine di promuovere sia una visione che una gestione sistemica del rischio.

La **Gestione del Rischio Clinico** rappresenta un elemento di Governo (Clinico), meglio definito come "*il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica*".

La gestione del rischio in ambito sanitario è un'attività già prevista nella legge 189 del 2012 (Legge Balduzzi), che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Il legame consequenziale con una più efficace gestione delle risorse economiche aveva già indotto a scorporare alcune indicazioni dal disegno di legge Gelli (peraltro approvato in via definitiva lo scorso 28 febbraio 2017) per inserirle nella Legge di Stabilità 2016, in cui sono attribuiti alla prevenzione del rischio effetti positivi sull'uso delle risorse e sulla tutela del Paziente.

La **Legge Gelli** (Legge 8 marzo 2017, n. 24) qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Le attività di prevenzione del rischio – alle quali concorre tutto il personale – devono essere messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private.

Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico e nel documento "**Risk Management e Qualità in Sanità**" definisce le seguenti raccomandazioni:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- promuovere la segnalazione dei *Near Miss*;
- sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- monitorare periodicamente e garantire *feed-back* informativi;
- avviare la costituzione di un *network* per la realizzazione di un *database* nazionale per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza dei Pazienti, anche al fine di istituire un Osservatorio a livello centrale;
- definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

In questa dimensione, la Gestione del Rischio Clinico assume un ruolo fondamentale nel processo di identificazione degli obiettivi di sistema, di definizione dei processi organizzativi, di allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

	RELAZIONE ANNUALE ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT PIANO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	Cod. identificativo MD01_10 Rev.1 DATA: 09/04/2024 Pagina 4 di 12
---	--	---

2.0 INTRODUZIONE

La presente Relazione rappresenta la prima esperienza di programmazione annuale delle attività in materia di prevenzione del Rischio Clinico condotta presso la **Fondazione Opera Pia Mastai Ferretti**. I dati riportati nella presente relazione fanno riferimento al 2023.

2.1 Glossario Ministero della Salute

Evento (Incident): Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente.

Errore: fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.

Evento avverso (Adverse event): Evento inatteso 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 evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

Evento evitato (Near miss o close call): 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.

3.0 GESTIONE DEL RISCHIO

Con "rischio clinico" si definisce la possibilità che un Ospite subisca un "danno o disagio involontario, imputabile, alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di trattamento, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte".

Quando si affronta il tema del rischio clinico è necessario soffermarsi a definire l'errore e i possibili danni che ne possono derivare per il Paziente.

In letteratura è possibile ritrovare molte definizioni di "errore" e di "evento avverso". Tutte condividono alcune caratteristiche sostanziali: l'errore è un'insufficienza del sistema che condiziona il fallimento delle azioni programmate; l'errore è una "azione non sicura" o una "omissione" con potenziali conseguenze negative sull'esito del processo di cura; l'errore è un comportamento che può essere giudicato inadeguato da "pari" di riconosciuta esperienza e competenza, al momento in cui il fatto si verifica, indipendentemente se ci siano state o no conseguenze negative per il Paziente.

La **Fondazione Opera Pia Mastai Ferretti** ai fini della gestione del rischio clinico ha attivato meccanismi comprendenti procedure e protocolli tendenti a garantire la tenuta sotto controllo degli episodi e cause che potrebbero influire sulla buona riuscita delle prestazioni.

Il rispetto delle precauzioni generali, dei protocolli di pulizia, sanificazione e disinfezione degli ambienti e delle attrezzature biomedicali assieme alla sterilizzazione della strumentazione, garantiscono la sicurezza degli ambienti e delle prestazioni sanitarie.

Particolare attenzione viene posta per i fattori strutturali - tecnologici, quali:

- ✓ Caratteristiche strutturali dell'ambulatorio, dell'impiantistica e loro manutenzione; Apparecchiature e strumentazioni (funzionamento, manutenzione, rinnovo); Sicurezza e logistica degli ambienti;
- ✓ Infrastrutture, reti, digitalizzazione, automatizzazione.
- ✓ I fattori organizzativi e gestionali sono gestiti, prendendo in considerazione:
- ✓ Struttura organizzativa (ruoli, responsabilità);



RELAZIONE ANNUALE ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT PIANO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Cod. identificativo

MD01_10 Rev.1
DATA: 09/04/2024
Pagina 5 di 12

- ✓ Politica e gestione risorse umane: organizzazione, controllo, formazione e aggiornamento;
- ✓ Coinvolgimento delle parti interessate del centro;
- ✓ Politiche per la promozione della sicurezza del Paziente.

La gestione del rischio clinico è costantemente aggiornata attraverso la tenuta di audit periodici, che consentono di tenere sotto controllo i singoli processi e l'applicazione delle procedure ed istruzioni operative idonee a garantire la migliore qualità delle prestazioni.

L'audit, quale metodologia di analisi risulta fondamentale al fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti, viene applicata da professionisti attraverso il confronto sistematico dell'assistenza prestata con criteri espliciti ed è finalizzato ad identificare gli scostamenti rispetto agli standard conosciuti, ad attuare le opportunità di cambiamento individuate ed a monitorare il risultato delle misure correttive introdotte, garantendo così il miglioramento continuo delle procedure.

Il compito è verificare e monitorare i fattori di rischio all'interno della struttura a cominciare dai più frequenti:

- ✓ Individuare gli elementi critici dei processi;
- ✓ Verificare le schede di segnalazione pervenute;
- ✓ Convocare esperti per approfondimenti sui temi specifici;
- ✓ Adottare i dovuti provvedimenti;
- ✓ Recepire e discutere le relative criticità;
- ✓ Formare/informare tutti gli operatori;
- ✓ Proporre azioni correttive (piani di miglioramento delle procedure)

Il Direttore Sanitario, presiede l'attività **Risk Management** e definisce le linee aziendali per la gestione del rischio, approvando le procedure in materia predisposte, avvalendosi della collaborazione di:

- ✓ Presidente
- ✓ Direttore
- ✓ Responsabile Prevenzione e Protezione;
- ✓ Responsabile Qualità.

Il sistema di monitoraggio si basa su:

- ✓ Raccolta ed analisi di segnalazioni (eventi Sentinella, eventi Avversi o quasi eventi);
- ✓ Osservazioni, suggerimenti e reclami come definito nell'apposita procedura.

Il **Risk Manager** viene informato in merito agli eventi avversi accaduti in azienda attraverso varie fonti informative come ad esempio:

- ✓ Segnalazioni spontanee mediante la scheda di raccolta reclami/segnalazioni/suggerimenti o nella scheda segnalazione eventi avversi;
- ✓ Richieste da parte di un operatore di audit/riunione a fronte di criticità organizzative o per un evento particolare in termini di rischiosità e gravità;
- ✓ Dati di infortuni sul lavoro a carico degli operatori sanitari;
- ✓ Segnalazione da parte dei Coordinatori e/o dei capi reparto;
- ✓ Eventuali risultati del monitoraggio e misurazione dei processi non in linea agli obiettivi;
- ✓ Eventuali valutazioni negative emerse dai Questionari di soddisfazione del Personale e Pazienti;
- ✓ Rapporti di Non Conformità;
- ✓ Richiesta di risarcimento danni.

Sono oggetto di rilevazione sia gli episodi potenzialmente in grado di provocare danni (eventi esenti e/o near miss) sia gli episodi che li abbiano provocati, nei confronti della persona assistita o dell'operatore (evento avverso).



RELAZIONE ANNUALE ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT PIANO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Cod. identificativo

MD01_10 Rev.1

DATA: 09/04/2024

Pagina 6 di 12

Sono inclusi nella rilevazione anche gli accadimenti che hanno causato danni di particolare severità (eventi sentinella).

Le informazioni fornite consentono di identificare i fattori determinanti degli eventi segnalati e le correzioni possibili da mettere in atto con azioni correttive.

L'obiettivo prioritario non è soltanto quello di raccogliere dati di tipo quantitativo ma è soprattutto quello di ottenere dati di tipo qualitativi. Il fine è quello di individuare le aree critiche e di attivare percorsi di miglioramento.

La **Fondazione Opera Pia Mastai Ferretti**, nell'ambito della Gestione del Rischio Clinico, ha da sempre dedicato una particolare attenzione alle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e alla loro gestione. In considerazione dell'impatto che tale tipologia di infezione ha sul carico assistenziale e in considerazione di quanto le richieste della Regione Marche siano diventate nel tempo sempre più puntuali e specifiche, nel corso dell'anno 2024 la Fondazione ha introdotto il Piano aziendale per potenziare la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

4.0 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

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

Nell'anno 2023 presso la Struttura sono stati segnalati e registrati, utilizzando lo strumento dell'incident reporting e delle non conformità, gli eventi riportati nella seguente tabella.

TIPO EVENTO	N°	% su tot Eventi	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
Near miss	2	6.66%	Strutturali (50 %) Tecnologici (__%) Organizzativi (__%) Procedure/Comunicazione (50 %) Stato Psico-fisico dell'ospite (__%)	Eseguito Audit SEA
Eventi avversi	28	93.33%	Strutturali (__%) Tecnologici (__%) Organizzativi (7.15 %) Procedure/Comunicazione (10,7 %) Stato Psico-fisico dell'ospite (82,15 %)	Eseguito Audit SEA
Eventi sentinella	0	0%	Strutturali (0 %) Tecnologici (0 %) Organizzativi (0 %) Procedure/Comunicazione (0 %)	/

La maggior parte degli eventi ricadono nella tipologia degli Eventi avversi per un totale di n. 28 di cui 20 sono da imputare a cadute.

Le cadute continuano a essere il principale evento avverso presente in struttura. Dall'analisi effettuata è emerso che la maggior parte di queste sono riconducibili alla tipologia di Pazienti trattati, cioè Pazienti disorientati nel tempo e nello spazio, con mobilità ridotta, fragili, anziani e con comorbilità multiple. Dagli eventi segnalati è seguito un attento monitoraggio con esecuzione, laddove necessario, degli esami diagnostici appropriati (e/o

	RELAZIONE ANNUALE ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT PIANO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	Cod. identificativo MD01_10 Rev.1 DATA: 09/04/2024 Pagina 7 di 12
---	--	---

trasferimento in pronto soccorso). Per tutti gli eventi segnalati, si sottolinea l'immediata gestione e l'assenza di particolari problematiche postume. L'analisi dei report evidenzia l'assenza di cadute per negligenza.

Si conferma, che sarà necessario attuare ogni misura necessaria alla riduzione dell'evento caduta che include i momenti di formazione al personale sui fattori di rischio e la messa in opera di interventi preventivi; la migliore distribuzione del personale addetto alla sorveglianza negli spazi comuni, quando gli operatori sono maggiormente coinvolti nelle attività assistenziali; l'adozione di programmi per la prevenzione delle cadute realizzati dalle fisioterapiste direttamente sul campo e rivolti agli ospiti ancora autosufficienti per migliorare l'equilibrio, la capacità di eseguire i passaggi posturali e la marcia.

6.2 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
2023	0	0	€ 0,00

7 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	N° POLIZZA	PERIODO	COMPAGNIA ASSICURATIVA	MASSIMALI COPERTURA
2023	370535769	2023	GENERALI	€ 5.000.000

8 OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

8.1 IL CONCETTO DI MIGLIORAMENTO CONTINUO

La **Fondazione Opera Pia Mastai Ferretti** vuole assicurare, attraverso i principi del Governo Clinico di miglioramento continuo della qualità dei propri servizi, di garanzia di elevati standard con condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica, che ogni Paziente riceva prestazioni che producano il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, con il minor consumo di risorse, che comportino il minor rischio di danni conseguenti al trattamento e con la massima soddisfazione per il paziente.

La misurazione e il monitoraggio sono fondamentali rispetto agli eventi accaduti in passato, rispetto all'affidabilità attuale e alle attività in corso e, infine, alla preparazione per il domani e alla capacità di garantire cure sicure in futuro. La misurazione è fondamentale per promuovere il miglioramento in quanto aiuta a chiarire gli obiettivi.

In quest'ottica, il Laboratorio ha definito quelli che sono i propri principi "determinanti" del Governo Clinico attuando un approccio di "sistema" e garantendo l'integrazione di:

- ✓ formazione continua,
- ✓ gestione del rischio clinico,
- ✓ linee guida cliniche,
- ✓ gestione delle segnalazioni e dei reclami,
- ✓ comunicazione e gestione della documentazione,



RELAZIONE ANNUALE ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT PIANO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Cod. identificativo

MD01_10 Rev.1
DATA: 09/04/2024
Pagina 8 di 12

- ✓ esiti dei percorsi terapeutici,
- ✓ collaborazione,
- ✓ coinvolgimento degli ospiti e dei loro famigliari,
- ✓ valutazione del personale.

8.2 Azioni di miglioramento

La valutazione del rispetto delle norme stabilite che determinano specifiche responsabilità e modalità operative (procedure, istruzioni, protocolli, ecc.) è eseguita attraverso Audit della Qualità e attraverso Audit Clinici (quanto necessario); tale tipologia di verifica focalizza l'attenzione sia sugli aspetti di correttezza tecnico professionale più strettamente connessi alla gestione del paziente anche sugli eventi avversi. La procedura definisce le responsabilità e le modalità operative relative a:

- ✓ pianificazione annuale degli Audit interni;
- ✓ organizzazione dei singoli Audit;
- ✓ esecuzione delle Verifiche;
- ✓ registrazione dei risultati;
- ✓ avvio delle azioni correttive necessarie e verifica della loro efficacia;
- ✓ conservazione della documentazione prodotta.

L'esecuzione degli Audit avviene sulla base di un Programma annuale approvato dalla Direzione, definito sulla base delle criticità emerse, e/o sulle aree risultate più critiche, e sull'intento di sottoporre tutta l'organizzazione almeno annualmente a valutazione.

Tale piano identifica:

- ✓ gli ambiti da sottoporre a valutazione e la loro estensione;
- ✓ gli obiettivi della valutazione (sistematica applicazione delle prescrizioni del Sistema Gestione Aziendale, adeguatezza dei processi/attività rispetto agli scopi prefissati, adeguatezza prescrizioni Sistema rispetto a Direttive aziendali, verifica risoluzione Situazioni di Non Conformità rilevate durante Audit precedenti, etc.);
- ✓ i criteri di programmazione degli Audit;
- ✓ la periodicità degli Audit;
- ✓ il periodo in cui è programmata l'esecuzione dei singoli Audit;
- ✓ se necessario, la principale documentazione di riferimento per l'esecuzione degli Audit;
- ✓ i componenti del Gruppo di Audit.

Il programma stabilito annualmente può essere integrato in corso d'anno a fronte dell'esito degli Audit eseguiti o sulla base di criticità emerse (es. Reclami, andamento preoccupante di specifici indicatori, ecc.).

Tutto questo finalizzato all'attivazione di azioni correttive. La responsabilità di attivare idonee azioni correttive è del Direttore Sanitario mentre il Responsabile Qualità è chiamato a valutare l'adeguatezza delle azioni previste.

8.3 Formazione

La formazione è considerata uno strumento di prevenzione dei rischi in quanto diretta a fornire gli elementi di conoscenza necessari per mantenere i professionisti aggiornati.

Nella gestione del rischio in sanità, la formazione assume un ruolo fondamentale per la diffusione della cultura della sicurezza verso i pazienti, gli operatori e la struttura. La legge 24/2017 richiama ad una responsabilità professionale individuale ed una piena consapevolezza del professionista nel ruolo di tutela del paziente nel rispetto di norme, linee guida e evidenze scientifiche.



RELAZIONE ANNUALE ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT PIANO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Cod. identificativo

MD01_10 Rev.1
DATA: 09/04/2024
Pagina 9 di 12

Al fine di favorire la percezione del rischio, concepire l'errore come opportunità di miglioramento, stimolare il confronto e la partecipazione, migliorare la comunicazione e l'umanizzazione delle cure, la Fondazione investe sulla formazione del personale con l'attivazione di corsi di formazione specifici, coinvolgendo i professionisti che operativamente e quotidianamente lavorano sul campo.

I corsi di formazione pongono la gestione del rischio al centro dell'attività strategica e operativa della Fondazione e sull'utilizzo del modulo Segnalazione eventi avversi.

La Fondazione aggiorna costantemente il programma della formazione sulla base delle necessità emerse.

8.4 Informazioni

Agli operatori sono stati illustrati e continuano ad essere erogati corsi sulla cultura del rischio illustrando loro le tecniche per prevenire il manifestarsi di eventi avversi, a tutela della salute e della sicurezza dei pazienti e della propria.

La formazione è a supporto della crescita delle misure di sicurezza messe in atto dalla struttura per prevenire gli eventi avversi.

La **Fondazione Opera Pia Mastai Ferretti** ha informato tutti gli operatori circa il responsabile a cui rivolgersi in caso di reclamo/osservazioni presentati sotto qualsiasi forma (scritta o verbale) al fine di garantire una gestione unica delle segnalazioni rilevate, mantenerne traccia e provvedere a fornire una risposta nel minor tempo possibile.

8.5 OBIETTIVI 2024

Il Piano redatto dalla **Fondazione Opera Pia Mastai Ferretti** si basa su questi presupposti:

- ✓ diffusione di una cultura non colpevolizzante (che non significa deresponsabilizzazione degli operatori);
- ✓ una strategia che, partendo dal principio ippocratico "primum non nocere", vuole diffondere la visione dell'errore come un'occasione di apprendimento e di miglioramento;
- ✓ approccio sistemico;
- ✓ miglioramento continuo

È opportuno inoltre ribadire, che la Direzione Sanitaria, Il Responsabile della Sicurezza nella funzione di Risk Manager rappresenta un facilitatore del cambiamento organizzativo che opera alle dirette dipendenze della Direzione aziendale.

La strategia definita si rifà pertanto alla necessità di passare da un sistema che subisce gli eventi sfavorevoli a un sistema che, invece, gestisce i rischi, ovvero la promozione del passaggio da un sistema reattivo ad un sistema prevalentemente pro-attivo e preventivo.

Le attività previste nel Piano per la gestione del rischio clinico e sicurezza dell'utente concorrono inoltre al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza e sostenibilità finanziaria.

Al fine del raggiungimento degli obiettivi la Fondazione si è dotata dei seguenti strumenti:

1. Incarico del Responsabile della Sicurezza a ricoprire il ruolo di Risk Manager;
2. mappatura dei rischi almeno mediante i seguenti strumenti:
 - a. analisi delle segnalazioni pervenute tramite gli strumenti di raccolta dati (Reclami segnalazioni suggerimenti, modulo Eventi avversi o altre modalità di comunicazione);
 - b. processo interno di auditing;
 - c. indicatori di prestazione;
 - d. analisi dei Reclami;
 - e. analisi del Contenzioso;
 - f. analisi del fenomeno infortunistico;

3. corsi di informazione/formazione degli operatori mirati alla diffusione della cultura della sicurezza ed all'apprendimento degli strumenti e tecniche di gestione del rischio;
4. introduzione di Buone Pratiche secondo riferimenti regionali, nazionali ed internazionali;
5. attività di informazione ai cittadini e caregivers;
6. definizione della matrice delle responsabilità delle figure coinvolte previste dal Piano per la gestione del rischio clinico e sicurezza dell'utente

Il PARS per il 2024 prevede il raggiungimento degli obiettivi di seguito riportati:

OBIETTIVO 1 - Diffondere la cultura della sicurezza delle cure verrà declinato nei diversi anni in una serie di attività che vanno dalla organizzazione di corsi di formazione, all'introduzione di strumenti di risk analysis negli obiettivi di budget delle singole attività, all'utilizzo di sistemi informativi per la diffusione di dati e report sulla qualità delle prestazioni erogate.

ATTIVITÀ 1: Progettazione ed esecuzione di una nuova edizione di un "Corso sulla Gestione del Rischio Clinico" centrato sulle tematiche di maggior interesse per la struttura			
INDICATORE: Esecuzione di una edizione del Corso entro il 31/12/2024			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria / Risk Manager	Resp. Personale	Direzione
Progettazione del corso	R	C	I
Approvazione del corso	C	C	R
Individuazione degli operatori	I	R	I
Realizzazione del corso	R	I	I

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

ATTIVITÀ 2: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA			
INDICATORE: Esecuzione di una edizione del Corso entro il 31/12/2024			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria / Risk Manager	Resp. Personale	Direzione
Progettazione del corso	R	C	I
Approvazione del corso	C	C	R
Individuazione degli operatori	I	R	I
Realizzazione del corso	R	I	I

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

	RELAZIONE ANNUALE ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT PIANO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	Cod. identificativo MD01_10 Rev.1 DATA: 09/04/2024 Pagina 11 di 12
---	--	--

OBIETTIVO 2 - Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa si articolerà nella progettazione e implementazione di attività legate all'utilizzo degli strumenti di risk assessment (come l'Incident Reporting, il Safety WalkRound o l'analisi delle cartelle cliniche) o di risk analysis (come l'utilizzo degli audit di rischio clinico); nell'elaborazione o revisione di procedure volte al recepimento di documenti nazionali e internazionali o, ancora, in attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita dagli utenti o di umanizzazione delle cure. Monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi: Favorire lo sviluppo di una maggiore sensibilità tra gli operatori per l'utilizzo dell'Incident Reporting per la segnalazione degli eventi avversi.

ATTIVITÀ 3: Consolidamento del sistema di Incident Reporting per la segnalazione degli eventi avversi			
INDICATORE: coinvolgimento e partecipazione degli operatori sanitari di tutti i profili professionali - entro il 31/12/2024			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria / Risk Manager	Resp. Personale	Direzione
Corretta classificazione degli eventi avversi	R	C	I
Acquisizione della modulistica per le segnalazioni	C	C	I
Diffusione agli operatori	I	R	I
Monitoraggio delle segnalazioni	R	I	C

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

ATTIVITÀ 4: Valutazione dei pazienti per il rischio cadute			
INDICATORE: presenza delle dovute registrazioni / segnalazioni			
Esecuzione di un momento formativo sui fattori di rischio e la messa in opera di interventi preventivi - entro il 31/12/2024			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione Sanitaria / Risk Manager	Operatori	Direzione
Utilizzo della scheda di valutazione, segnalazione della caduta	C	R	I
Analisi, monitoraggio delle cadute, messa in atto delle misure preventive	C	C	I
Rendere disponibili i sistemi di prevenzione e protezione	C	C	R
Progettazione del corso	R	C	I
Approvazione del corso	C	C	R
Individuazione degli operatori	I	R	I
Realizzazione del corso	R	I	I

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



**RELAZIONE ANNUALE ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT
PIANO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

Cod. identificativo

MD01_10 Rev.1

DATA: 09/04/2024

Pagina 12 di 12

OBIETTIVO 3 - Migliorare 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 31/12/2024

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione Sanitaria / Risk Manager	Operatori	Direzione
Istituzione Gruppo di Lavoro	R	C	I
Definizione modello di sorveglianza	R	C	I
Definizione misure di controllo	R	C	I
Definizione gestione flusso nazionale	R	C	I
Revisione/Elaborazione procedura	R	C	I
Informazione/formazione personale	R	C	I
Verifica implementazione	R	C	I

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

Vittorio Ferrero