

Relazione annuale sulla gestione del rischio sanitario

2024

Adottato in data 25 marzo 2025

Rsa e Centro diurno Stella Maris

Petrolpuglia srl

info@stellamarismonopoli.it

(+39) 080 4107462

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	3
Modalità di diffusione del documento	3
PREMESSE	4
CONTESTO	5
La Struttura	5
Priorità dell'Organizzazione	5
Il team	6
DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	7
Compagnie assicurative	7
Risarcimenti erogati	7
EVENTI AVVERSI	8
PRINCIPALI RISCHI DI RESPONSABILITÀ CIVILE	9
Generalità	9
Processo di valutazione dei rischi	9
Risultati della valutazione	11
Degenza	11
Farmaci	11
Processo diagnostico	12
Procedure e istruzioni operative per la gestione del rischio sanitario	12
RACCOMANDAZIONI PER LA SICUREZZA DELLE CURE: MONITORAGGIO	14
ATTIVITÀ DAL PIANO PRECEDENTE: RESOCONTO	16
AUDIT CLINICI NELL'ANNO	17
PIANO DEGLI OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO	18
Obiettivi strategici	18
Obiettivi specifici per il 2025	18
Piano di formazione 2025	18
RIFERIMENTI NORMATIVI E SITOGRAFIA	19
Riferimenti normativi	19
Bibliografia e sitografia	19

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

In accordo con l'articolo 17, comma 4, del decreto del Ministero delle imprese e del made in Italy 15 dicembre 2023, n. 232, la Direzione della rsa e del centro diurno Stella Maris predispongono la «Relazione annuale sulla gestione del rischio sanitario, sull'adeguatezza ed efficacia dei processi di valutazione dei rischi, sul raffronto tra le valutazioni effettuate e i risultati emersi, nonché sulle criticità riscontrate, proponendo i necessari interventi migliorativi».

L'articolo 7, comma 2, aggiunge ai suddetti obblighi di pubblicità, la pubblicazione sul sito internet dei «dati relativi a tutti i risarcimenti liquidati nell'ultimo quinquennio, relativi a lesioni personali, decessi, violazioni della disciplina in materia di trattamento dei dati personali, violazioni del consenso legati all'esercizio dell'attività di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione, ricerca scientifica, formazione e ogni altra attività connessa all'esercizio di una professione sanitaria, verificati nell'ambito dell'esercizio delle attività della funzione di risk management».

La Relazione è redatta e implementata dal Comitato Risk Management.

La Alta Direzione si impegna a adottare gli interventi migliorativi indicati nella Relazione fornendo alla organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive per la concreta realizzazione delle attività previste.

Il Piano degli obiettivi di qualità è tenuto sotto controllo dal Comitato Risk Management in collaborazione con il Responsabile del Sistema di gestione per la qualità ed è verificato attraverso audit dedicati.

Azione	RM	RGQ	DS	DG
Politica e strategie	C	C	C	R-A
Redazione	R	C	C	C
Adozione	I	C	R	C
Monitoraggio	R	C	I	C
Analisi e valutazione	C	C	C	R-A

Legenda: "CRM" Comitato Risk Management, "RGQ" Responsabile del Sistema di gestione per la qualità, "DS" Direttore sanitario, "DG" Direttore generale.

A: Approva/Valida; R: Responsabile; I: Interessato; C: Coinvolto

Modalità di diffusione del documento

L'Alta Direzione assicura la diffusione di questa Relazione

- a) all'équipe delle figure professionali, durante riunioni informative e formative
- b) sul sito internet aziendale.

PREMESSE

Per una efficace *clinical governance* è necessario che tutti gli attori coinvolti nel processo assistenziale concorrano a sviluppare un contesto organizzativo nel quale ciascuno di loro si consideri responsabile del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e si adoperi perché il livello qualitativo della stessa sia sempre elevato.

Si tratta di un obiettivo strategico che richiede interventi di programmazione e l'utilizzo di risorse nell'organizzazione dei servizi anche ai fini del governo clinico del rischio.

Come stabilito dalla legge 8 marzo 2017, n. 24, la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività, anche attraverso l'insieme delle attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie. Per questo alla sicurezza delle cure deve concorrere l'intera organizzazione aziendale in tutte le sue varie declinazioni ed è necessario predisporre una attività di prevenzione del rischio che coinvolga tutto il personale. La sicurezza in sanità è un processo trasversale e richiede lo sviluppo e la condivisione di competenze e conoscenze multiprofessionali: solo una gestione integrata del rischio può promuovere la crescita di una cultura della sicurezza delle cure attenta e vicina sia al paziente che agli operatori.

Attraverso il Piano la Struttura esplicita il proprio impegno per una progressiva e costante promozione di azioni finalizzate a implementare la tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori, innanzitutto attraverso il coinvolgimento e l'integrazione delle professionalità presenti nella Struttura in modo da garantire un approccio multidimensionale.

Il Piano è così orientato a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela e nell'interesse del Paziente. Per questo la Struttura è impegnata a valutare i propri processi, analizzare i rischi, promuovere e implementare linee guida, procedure, istruzioni operative, formare il personale, analizzare le anomalie di processo e/o di singole azioni, adottare specifici correttivi dei processi presi in esame, pianificare le azioni di miglioramento continuo.

Il Piano esplicita così le politiche di gestione del rischio sanitario della Struttura favorendo un confronto aperto, consapevole e trasparente con tutti i soggetti cointeressati (stakeholder) e concorre al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza, economicità, sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

CONTESTO

La Struttura

Stella Maris è una residenza sanitaria assistenziale e un centro diurno per persone non autosufficienti.

La rsa è organizzata in nuclei per tipologia: di tipo A per anziani, di tipo B per persone affetti da Alzheimer o altre forme di demenza.

I nuclei di assistenza residenziale di mantenimento di tipo A ospitano 50 persone anziane, di età superiore ai sessantaquattro anni, che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse, ma che richiedono un alto grado di assistenza alla persona con interventi di tipo assistenziale e socio-riabilitativo a elevata integrazione socio-sanitaria, che non sono in grado di condurre una vita autonoma e le cui patologie, non in fase acuta, non possono far prevedere che limitati livelli di recuperabilità dell'autonomia e non possono essere assistite a domicilio.

I nuclei di assistenza residenziale di mantenimento di tipo B ospitano 40 persone affette da Alzheimer o altre forme di demenza, indipendentemente dall'età, che richiedono trattamenti di lungoassistenza, anche di tipo riabilitativo, di riorientamento e tutela personale, in ambiente protetto.

Dei 90 posti letto, 66 sono accreditati dalla Regione Puglia e convenzionati con la Asl Bari (26 posti di mantenimento di tipo A, 40 posti di tipo B).

Il centro diurno è una struttura sociosanitaria semiresidenziale finalizzata all'accoglienza di soggetti in condizione di non autosufficienza che per il loro declino cognitivo e funzionale esprimono bisogni non adeguatamente gestibili a domicilio per l'intero arco della giornata. È destinato a soggetti affetti da demenza, associata o meno a disturbi del comportamento, non affetti da gravi deficit motori, gestibili in regime di semiresidenzialità, capaci di trarre profitto da un intervento integrato, così come definito dal rispettivo Piano assistenziale individualizzato (PAI).

Non possono essere accolti nel Centro utenti con malattia psichiatrica (es. schizofrenia ecc.), demenza di grado avanzato; disturbi del comportamento di entità tale da compromettere lo svolgimento delle attività del Centro.

Il centro diurno è autorizzato per trenta posti, venti dei quali accreditati dalla Regione Puglia e convenzionati con la Asl Bari.

Priorità dell'Organizzazione

L'Organizzazione è prioritariamente impegnata in un percorso di miglioramento continuo attraverso attività quali:

- garantire che tutte le attività siano condotte nel rispetto di tutte le norme e leggi vigenti;
- adottare le disposizioni necessarie per minimizzare il numero di non conformità e di errori in ambito clinico;

- monitorare le proprie *performance* in modo continuo;
- promuovere tra i dipendenti di ogni livello la diffusione di questi obiettivi;
- riesaminare con cadenza almeno annuale gli obiettivi, i traguardi e le procedure necessarie per un corretto ed efficace funzionamento del proprio sistema di gestione.

La Alta Direzione è impegnata a garantire modalità operative e interventi finalizzati a una adeguata risposta ai bisogni di salute degli Assistiti in un contesto caratterizzato da sicurezza, appropriatezza e continuità delle cure, capacità di ascolto, coinvolgimento e sviluppo professionale di tutto il personale che opera presso la Struttura.

In rapporto alla specifica attività assistenziale e di cura gli operatori:

- mettono la persona sia al centro delle cure, nel rispetto della sua dignità, ove possibile coinvolgendola nella gestione del progetto di cura;
- sono attenti alla qualità della vita dell'Assistito rispettandone la riservatezza e la libertà, i suoi bisogni, di recupero e mantenimento delle abilità, con la familiarità e il calore umano che devono caratterizzare la presa in carico e le relazioni di cura in un ambiente confortevole e pulito.

Il team

Stella Maris è gestita da Petrolpuglia srl, il cui legale rappresentante è l'amministratore unico, dott. Cosimo Ostuni.

La direzione generale della rsa è affidata a Antonio Cantoro, cui è stata assegnata una procura generale con atto notarile registrato a Bari il 27 dicembre 2023, delegato in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi dell'articolo 16 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, responsabile del Sistema di gestione per la qualità e l'accreditamento.

La responsabilità sanitaria è affidata al dott. Bruno Brancasi, neurologo, già dirigente medico di I livello della Asl Bari.

I servizi sociosanitari sono affidati a: medici specialisti (un neurologo e un ortopedico), una assistente sociale, due psicologhe, educatori professionali, infermieri, fisioterapisti, operatori sociosanitari.

Completano l'organico due addette ai servizi amministrativi e di accoglienza, un manutentore e una rete di professionisti esperti per la gestione delle infrastrutture, anche informatiche, igiene degli alimenti e Haccp, sicurezza, trattamento dei dati personali.

DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Compagnie assicurative

Periodo di copertura	Compagnia assicurativa	Massimale unico	Franchigia	Premio
Dal 31.5.23 al 31.5.24	Unipol Sai Responsabilità Civile verso terzi	3.000.000	250€	12.000€
	Unipol Sai Responsabilità civile verso terzi prestatori di lavoro	3.000.000	Variabili	
Dal 31.5.24 al 31.5.25	Unipol Sai Responsabilità Civile verso terzi	3.000.000	250€	12.000€
	Unipol Sai Responsabilità civile verso terzi prestatori di lavoro	3.000.000	Variabili	

Risarcimenti erogati

L'articolo 4, comma 3, della legge Gelli-Bianco dispone che «tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio».

Nella tabella seguente sono riportati i risarcimenti relativi al rischio sanitario escludendo quelli eventualmente riferiti a danni di altra natura (es. smarrimento effetti personali, danni a cose ecc.).

Anno	N. sinistri aperti	N. sinistri liquidati	Risarcimenti erogati
2023	0	0	0€
2024	0	0	0€

EVENTI AVVERSI

L'attività di Clinical Risk Management deve fondarsi su tre pilastri:

- Sicurezza del paziente
- Uso appropriato delle risorse
- Riduzione degli eventi avversi.

L'articolo 2, comma 5, della legge Gelli-Bianco dispone che la Struttura pubblichi sul proprio sito web un consuntivo degli «eventi avversi verificatisi [...], sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto».

La tabella che segue mostra i dati raccolti nel corso dell'anno precedente.

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali e contribuenti degli eventi sottoposti ad analisi	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0 (0%)	0%	● Organizzativi (100%) ● Strutturali (0%) ● Tecnologici (0%) ● Procedure / Comunicazione (0%)	● Formazione continua di operatori sociosanitari e infermieri ● Protocollo per il trattamento delle infezioni ● Protocolli di sorveglianza delle cadute e delle ICA	Sistemi di reporting
Eventi avversi	124 (100%)	52%			
Eventi sentinella	0 (0%)	0%			

L'Organizzazione ha implementato recentemente un compiuto sistema di reporting in grado di rilevare e registrare gli eventi avversi. Nel dettaglio si tratta di 59 infezioni correlate all'assistenza e 65 cadute.

Rilevazione e registrazione dei Near Miss e degli Eventi sentinella sono oggetto di uno specifico obiettivo di miglioramento per l'anno in corso.

PRINCIPALI RISCHI DI RESPONSABILITÀ CIVILE

Generalità

Allo scopo di individuare correttamente i rischi è stata eseguita una “fotografia” della struttura in oggetto attraverso:

- una analisi documentata di tutti gli eventi dannosi e/o potenzialmente dannosi segnalati, comprese le richieste risarcitorie, pervenuti negli ultimi cinque anni, allo scopo di individuare la tipologia e la possibilità di ripetizione degli errori già verificatisi nella struttura;
- l'individuazione dei rischi dell'organizzazione nel suo complesso e delle fasi dei processi, cui tali rischi sono collegati.

Nella realizzazione della fotografia l'Organizzazione ha preso in considerazione organizzazione, strutture, tecnologie e risorse umane utilizzando le metodologie più efficaci e in particolare il Safety Walkaround (SWR).

Sulla base di questa fotografia complessiva sono stati identificati e valutati i principali rischi di responsabilità civile dell'Organizzazione in ambito sanitario.

Processo di valutazione dei rischi

Il rischio esprime non solo la probabilità di occorrenza di un errore, ma anche il possibile danno per il paziente. Il rischio (R) rappresenta la misura della potenzialità di danno di un generico evento pericoloso e viene espresso come prodotto della probabilità di accadimento dell'evento (P) per la gravità (magnitudo) del danno associato (D): $R = P \times D$

La stima del livello di rischio può essere realizzata in termini quantitativi, attraverso dati probabilistici sia di occorrenza dell'errore sia del danno conseguente, e qualitativi, sfruttando l'esperienza ed il giudizio di personale sanitario.

La matrice riportata di seguito evidenzia le aree nelle quali si possono collocare le principali tecniche per l'analisi dei processi e per la valutazione del rischio in base alle modalità di implementazione.

L'attività di analisi e valutazione del rischio può essere suddivisa in quattro fasi essenziali:

1. Analisi dei processi e delle attività: descrizione sistematica dello svolgimento delle principali attività dei processi di cura;
2. Identificazione delle situazioni pericolose e dei modi di errore possibili: analisi delle singole attività, identificazione delle situazioni pericolose fonte di possibili errori, identificazione dei modi di errore associati a ciascuna situazione pericolosa evidenziata, sulla base di una classificazione standardizzata dei modi di errore;
3. Stima della probabilità di occorrenza dell'errore e della gravità del danno.

4. Valutazione (del grado di accettabilità) del rischio: collocazione delle stime all'interno di una matrice di rischio per determinare il grado di priorità di intervento sui singoli modi di errore, ma anche su specifiche situazioni pericolose o su porzioni di processo.

		Probabilità			
		1	2	3	4
Danno	1	1	2	3	4
	2	2	4	6	8
	3	3	6	9	12
	4	4	8	12	16
	5	5	10	15	20

Rischio accettabile	Rischio basso	Rischio medio	Rischio alto
---------------------	---------------	---------------	--------------

Probabilità

1. Remoto: inferiore all'1% sul totale degli utenti
2. Occasionale: tra l'1% e il 7%
3. Probabile: tra il 7% e il 14%
4. Frequente: più del 14%

Danno

1. Nessun danno: l'errore non ha comportato alcun danno oppure ha soltanto reso necessario un maggior monitoraggio del paziente;
2. Lieve: l'errore ha causato un danno temporaneo al paziente e ha reso necessari trattamenti o interventi supplementari;

3. Medio: l'errore ha causato un danno temporaneo al paziente (invalidità temporanea) e ha reso necessario un inizio o un prolungamento della degenza;
4. Grave: l'errore ha causato un danno permanente al paziente (invalidità permanente) oppure ha comportato un evento prossimo alla morte (shock anafilattico, arresto cardiaco);
5. Morte: decesso del paziente

Risultati della valutazione

Degenza

Descrizione dell'attività	Descrizione delle possibili situazioni pericolose	Descrizione dei modi di errore	Livello di probabilità di occorrenza P	Livello di severità del danno più probabile D	Livello di rischio corrispondente R
Infezioni correlate all'assistenza					
Identificazione fonte infezione	Errori di comportamento in corsia: mancata preparazione del paziente, non mantenimento della sterilità nel corso delle medicazioni, non mantenimento della sterilità nel corso di procedure a rischio	Errore organizzativo/umano	2	3	6
Identificazione fonte infezione COVID-19	Errori di comportamento: non corretta implementazione procedura di prevenzione	Errore organizzativo/umano	3	3	9
Gestione paziente					
Gestione paziente	Decubito; Cadute; Carenza materiale di consumo	Errore organizzativo	1	3	3
Gestione paziente	Sindrome da immobilizzazione e lesioni da pressione	Errore organizzativo	2	2	4
Gestione paziente	Caduta accidentale	Errore organizzativo	2	3	6
Gestione paziente	Atti di violenza contro gli operatori sanitari e utenti	Errore organizzativo	1	2	2
Gestione paziente	Rischio fuga	Errore organizzativo	1	4	4
Gestione paziente	Suicidio	Errore organizzativo	1	5	5
Gestione paziente	Autolesioni	Errore organizzativo	1	3	3

Farmaci

Descrizione dell'attività	Descrizione delle possibili situazioni pericolose	Descrizione dei modi di errore	Livello di probabilità di occorrenza (P)	Livello di severità del danno più probabile (D)	Livello di rischio corrispondente (R)
Errore di prescrizione					
Prescrizione farmaci	Mancanza di informazioni essenziali del paziente e/o del farmaco; Prescrizione di farmaci che interagiscono tra loro; Prescrizione farmaco sbagliato; Prescrizione dosaggio e/o regime terapeutico inappropriato; Utilizzo di unità di misura errata; Terapia non adatta alle caratteristiche del paziente; Paziente sbagliato	Errore umano/uso farmaci	1	4	4
Errore di trascrizione/interpretazione					

Trascrizione-interpretazione farmaci	Poca chiarezza nella trascrizione del farmaco; Difficile interpretazione di quanto trascritto	Errore umano/uso farmaci	2	2	4
Errore di preparazione					
Preparazione farmaci	Diluizioni e ricostituzioni non corrette; Associazione di farmaci fisicamente o chimicamente incompatibili; Confezionamento non appropriato di farmaci; Deterioramento farmaci	Errore umano/uso farmaci	1	2	2
Errore di distribuzione					
Distribuzione farmaci	Non corretto allestimento	Errore umano/uso farmaci	1	2	2
Errori di somministrazione					
Somministrazione farmaci	Omissione; Dose; Farmaco non autorizzato; Forma farmaceutica; Extra dose; Via di somministrazione; Tecnica di somministrazione; Tempo di somministrazione	Errore umano/uso farmaci	2	2	4

Processo diagnostico

Descrizione dell'attività	Descrizione delle possibili situazioni pericolose	Descrizione dei modi di errore	Livello di probabilità di ricorrenza (P)	Livello di severità del danno più probabile (D)	Livello di rischio corrispondente (R)
Gestione apparecchiature/farmaci e presidi					
Ricognizione apparecchiature	Cattivo funzionamento; Non conoscenza delle modalità di utilizzo; Non corretta programmazione delle attività di manutenzione	Errore organizzativo/uso apparecchiature	1	1	1
Gestione paziente e processo					
Ricognizione Paziente	Differenziazione paziente interno/esterno (pre-indagine); Identificazione paziente e quesito diagnostico; Inappropriatezza dell'indicazione all'esame diagnostico	Errore procedurale/umano	1	1	1
Esecuzione prestazione	Insuccesso o complicità della performance tecnica; Errore o incompletezza della refertazione; Valutazione degli esiti	Errore umano	1	2	2

Procedure e istruzioni operative per la gestione del rischio sanitario

L'Organizzazione si è dotata di procedure e istruzioni operative di direzione sanitaria, oggetto di revisione, aggiornamento, nuova implementazione, al fine di fornire agli operatori della Struttura un set di indicazioni utili a mitigare l'errore, in accordo con le normative nazionali e regionali e con le linee guida, i protocolli, le raccomandazioni nazionali e internazionali.

Documento	Data ultimo aggiornamento 2024
PS.01 Accesso	18/11/2024
PS.01:IO.01 Cartella clinica	28/8/2024
PS.01:IO.02 Consenso informato ai trattamenti sanitari	8/11/2023

Documento	Data ultimo aggiornamento 2024
PS.02 Gestione del rischio sanitario	18/10/2024
PS.02:IO.01 Segnalazione degli eventi avversi	30/5/2024
PS.02:IO.02 Infezioni associate all'assistenza	8/11/2023
PS.02:IO.03 Sindrome da immobilizzazione e lesioni da pressione	18/9/2024
PS.02:IO.04 Caduta dei pazienti	28/12/2023
PS.02:IO.05 Farmaci	28/12/2023
PS.02:IO.06 Prevenzione degli atti di violenza contro operatori sanitari e utenti	28/12/2023
PS.02:IO.07 Fughe	28/8/2024
PS.03 Continuità assistenziale	28/10/2024
PS.04 Piano di cura personalizzato e umanizzazione delle cure	5/12/2024

RACCOMANDAZIONI PER LA SICUREZZA DELLE CURE: MONITORAGGIO

Le raccomandazioni ministeriali e regionali per la sicurezza delle cure rappresentano un importante strumento di prevenzione dei principali rischi e pericoli connessi all'assistenza sanitaria.

Dal 2005 il Ministero della salute ha sviluppato un sistema di allerta per le condizioni cliniche e assistenziali a maggior rischio di errore, per fornire agli operatori sanitari informazioni su condizioni particolarmente pericolose e potenzialmente produttive di gravi e talora fatali conseguenze per i pazienti, con una serie di 'Raccomandazioni' che, relativamente a singole fasi e procedure comunemente applicate in corso di assistenza sanitaria, si prefiggono l'obiettivo di fornire agli operatori sanitari degli alert riguardo potenziali pericoli insiti nella procedura o fase assistenziale e di fornire loro strumenti efficaci per mitigare i rischi a questi connessi.

L'attività ministeriale si è sviluppata nel corso degli anni portando all'emanazione, ad oggi, di 19 Raccomandazioni.

Num.	Oggetto	Data ultimo aggiornamento	Applicabile	Implementata
1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Marzo 2008	Sì	Sì
2	Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Marzo 2008	No	No
3	Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Marzo 2008	No	No
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Marzo 2008	Sì	Sì
5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0	Gennaio 2020 (ultima edizione)	No	No
6	Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Marzo 2008	No	No
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Marzo 2008	Sì	Sì
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Novembre 2007	Sì	Sì
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Aprile 2009	No	No
10	Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Settembre 2009	No	No
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Gennaio 2010	No	No

Num.	Oggetto	Data ultimo aggiornamento	Applicabile	Implementata
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	Agosto 2010	Sì	Sì
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Novembre 2011	Sì	Sì
14	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Novembre 2012	Sì	Sì
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	Febbraio 2013	No	No
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	Aprile 2014	No	No
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	Dicembre 2014	Sì	Sì
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Settembre 2018	Sì	Sì
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Novembre 2019	Sì	Sì

ATTIVITÀ DAL PIANO PRECEDENTE: RESOCONTO

L'attività della rsa e del centro diurno hanno preso avvio nel mese di giugno 2023. Il 2024 è il primo anno intero di attività.

AUDIT CLINICI NELL'ANNO

Una peculiare tipologia di audit interni in ambito sanitario è l'audit clinico, focalizzato su tematiche relative all'area clinica. Si articola in una fase di raccolta di dati, attraverso la quale si confrontano la pratica clinica e quella definita dagli standard, una fase di valutazione degli scostamenti della pratica clinica rispetto a standard, una fase di definizione delle azioni di miglioramento, infine la valutazione delle iniziative intraprese.

Il Ministero della salute nel 2006 ha definito l'Audit clinico come una «metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte».

A partire dall'anno in corso gli audit clinici costituiranno in maniera stabile e continuativa lo strumento per eccellenza per le verifiche legate al Clinical Risk Management, nella forma dei Significant Event Analysis e della Root Cause Analysis (RCA), riconosciuta come uno degli strumenti di analisi reattiva più efficaci e adattabili al contesto sanitario e considerata lo strumento elettivo per l'analisi degli eventi sentinella.

PIANO DEGLI OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO

Obiettivi strategici

Obiettivi strategici della Organizzazione sono:

- a) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- b) Favorire la visione unitaria della sicurezza: paziente, operatore, struttura;
- c) Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e attraverso il monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

Obiettivi specifici per il 2025

- (1) Piano di gestione del rischio sanitario: implementazione strumenti
- (2) Comitato clinical risk management: istituzione
- (3) Attività di rilevazione e segnalazione dei near miss e degli eventi sentinella
- (4) Effettuazione di safety walk round
- (5) Azioni di miglioramento per la realizzazione della rete assistenziale

Piano di formazione 2025

- (1) Demenze, sintomi, disturbi del comportamento
- (2) Gestione del rischio sanitario
- (3) Comunicare con empatia: gestire le relazioni con le famiglie
- (4) Attività di rilevazione e segnalazione dei near miss e degli eventi sentinella
- (5) Movimentazione pazienti e passaggi posturali
- (6) Lesioni da pressione
- (7) Cartella clinica, modalità di compilazione della documentazione sanitaria, Farmaci e presidi per l'emergenza
- (8) Disfagia e gestione del paziente disfagico
- (9) Piano di gestione del rischio sanitario: implementazione strumenti Audit clinici,
- (10) Significant Event Analysis, Root Cause Analysis, Safety Walk Round
- (11) Terapie non farmacologiche per le demenze

RIFERIMENTI NORMATIVI E SITOGRAFIA

Riferimenti normativi

- 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 502/1992 - Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
- Decreto ministeriale 24 luglio 1995 - "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale"
- Decreto del presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 - 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 229/99 - Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge n. 419/1998
- Decreto legislativo 254/2000 - Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229
- 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.131”
- Decreto legislativo 81/2008 - Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro - Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro
- 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”
- Decreto del Ministero delle imprese e del made in Italy 15 dicembre 2023, n. 232

Bibliografia e sitografia

- Ministero della Salute: “Risk Management in Sanità- il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003
- AA.VV., La formazione nel risk management nelle aziende sanitarie alla luce delle novità, Acta Biomed, 2017; 88(3); 365-374
- Governo clinico e sicurezza delle cure ([pagina web](#) del Ministero della salute)
- Sistema nazionale Linee guida ([pagina web](#) del Ministero della salute)
- Raccomandazioni ([pagina web](#) del Ministero della salute)
- Monitoraggio degli eventi sentinella ([pagina web](#) del Ministero della salute)
- Ministero della salute, [Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella](#), luglio 2024