



Casa di Cura Privata Santa Rita s.r.l.

Via Roma 227 - S88111 Cirò Marina (KR) - Tel. 0962.31078 Fax 0962.31110 - Email: cdcs.rita@gmail.com - P. Iva 01496326290



Cirò Marina, 20/02/2025

Revisione 01/08/2025

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT

ANNO 2025

	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
DATA	Febbraio 2025	Febbraio 2026	Febbraio 2025
FUNZIONE	Risk Manager f.f.	Direttore Sanitario	Amministratore Unico
FIRMA			



Indice

1. Premessa

1.1 Assetto organizzativo aziendale

1.2 Contesto organizzativo

1.3 Posizione assicurativa

1.4 Sinistrosità e risarcimenti

2. Raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure

3. Definizioni eventi avversi

3.1 Monitoraggio degli eventi sentinella

3.2 Procedura segnalazione eventi sentinella

3.3 Sistemi di segnalazione

4. Audit clinico interno

4.1 Safety Walk Round (SWR)

5. Formazione

6. Procedure e indicazioni operative sulla corretta gestione del rischio clinico

6.1 Rischio caduta accidentale

6.2 Rischio correlato alla terapia farmacologica

6.3 Rischio chirurgico

6.4 Rischio infettivo

6.5 Umanizzazione del percorso di cura

6.6 Prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari

7. Comitato Valutazione Sinistri (CVS)

8. Segnalazioni dei cittadini per la gestione del rischio

9. Resoconto attività 2024

10. Obiettivi strategici previsti per l'anno 2025

10.1 Indicatori di rischio clinico per l'anno 2025

11. Modalità di diffusione del PARM

12. Bibliografia e sitografia



1. PREMESSA

La Legge 24/2017, conosciuta come "Legge Gelli-Bianco", ha introdotto importanti disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. Tra i principali contributi, la norma ha regolamentato e rafforzato il concetto di Risk Management, riconoscendolo come un'attività strategica di prevenzione e gestione del rischio clinico, alla quale sono tenute tutte le strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale.

1.1 ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE

La Casa di Cura S. Rita è situata nel territorio di Cirò Marina di competenza dell'ASP di Crotone che presenta un bacino di utenza di circa 170.000 abitanti di cui, il 20% rientra nell'area vasta del cirotano.

La struttura è autorizzata ed accreditata con il Sistema Sanitario Regionale (SSR) della Regione Calabria con DCA n. 3 del 23 gennaio 2019 e ss.ii.mm. per prestazioni di diagnosi e cura in regime di ricovero post-acuzie. La Casa di Cura nel 2024, come ogni anno, ha ottenuto il rinnovo della certificazione di Qualità **UNI EN ISO 9001:2015** e, a gennaio 2025, ha iniziato il percorso per ottenere la Certificazione per la parità di genere **UNI/PdR 125:2022**, il cui ottenimento è previsto per dicembre 2025.

Il servizio di Risk Management della Casa di Cura S. Rita, ricompreso nella Direzione Strategica, si occupa della gestione del rischio clinico utilizzando un approccio proattivo e reattivo per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie, ridurre il rischio ad un livello minimo accettabile e garantire la sicurezza delle cure attraverso la prevenzione degli errori evitabili.

Nel 2024 l'**attività proattiva** è servita ad individuare ed eliminare le criticità prima che l'incidente si verificasse attraverso le seguenti azioni:

- Programmazione di corsi formativi per tutti gli operatori incentrati sul rischio clinico e sulla sicurezza delle cure;
- Condivisione della lista aggiornata degli Eventi Sentinella e delle Raccomandazioni del Ministero della Salute in tutti i reparti e servizi per la consultazione;
- Redazione di linee guida, protocolli e procedure interne sulla base delle raccomandazioni del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità nonché delle linee guida regionali e nazionali;
- Condivisione ed analisi degli errori finalizzata al miglioramento continuo;
- Programma di comunicazione e condivisione delle buone pratiche in tutta la struttura sia con gli operatori che con gli utenti.

L'**attività reattiva** ha avuto inizio una volta verificatosi l'evento avverso e si è occupata degli aspetti relativi al contenzioso medico-legale attraverso:

- Attività formativa sugli aspetti medico-legali del contenzioso;
- Involgimento e collaborazione attiva tra il Team del Rischio Clinico, la Compagnia Assicurativa e gli Avvocati della struttura in previsione della formalizzazione del Comitato Valutazione Sinistri aziendale.



ATTIVITA' DI RISK MANAGEMENT – ANNO 2024

1	Condivisione delle schede di incident reporting, di segnalazione dei near miss, degli eventi avversi, degli eventi sentinella (scheda A e scheda B ministeriali) e raccolta delle segnalazioni pervenute.
2	Controllo mensile delle cartelle cliniche nei reparti e nel servizio di chirurgia.
3	Analisi delle richieste di risarcimento danno, proposta e condivisione delle azioni di miglioramento da intraprendere per evitare il ripetersi dell'errore.
4	Redazione delle check list per i controlli periodici sulla sicurezza ambientale, clinica e organizzativa.
5	Monitoraggio, controllo e manutenzione dei dispositivi medici.
6	Redazione e revisione dei questionari per i safety walk round, specifici per ciascun reparto e servizio (Riabilitazione Intensiva, Lungodegenza, Blocco Operatorio, Sterilizzazione, Endoscopia, Ambulatori, Cucina, Radiodiagnostica, Laboratorio Analisi, Amministrazione e Accettazione).
7	Briefing periodici tra il Direttore Sanitario, i Coordinatori e i Responsabili dei reparti.
8	Aggiornamento delle schede di gradimento per gli utenti e gli operatori interni.
9	Audit di controllo sulle azioni di miglioramento proposte a seguito delle segnalazioni spontanee pervenute.
10	Revisione e aggiornamento delle indicazioni operative e delle procedure interne.
11	Redazione e organizzazione del piano di formazione annuale per il personale della struttura.
12	Realizzazione di un piano di comunicazione che prevede la condivisione interna e sul sito aziendale della carta dei servizi, la pubblicazione di informazioni sul tema della "salute e prevenzione" attraverso i canali social della clinica, la consegna dei dépliant informativi ai pazienti ricoverati, l'utilizzo di poster e materiale informativo consegnato agli operatori.
13	Aggiornamento annuale della relazione sul rischio clinico da parte del Risk Manager.

MATRICE RESPONSABILITÀ PARS

	Risk Manager	Direttore Sanitario	Direzione Generale
Redazione PARS e proposta deliberazione	R	C	C
Adozione PARS con deliberazione	I	R	R
Monitoraggio PARS	C	R	I

R= Responsabile

I= Informato

C= Consultato

1.2 CONTESTO ORGANIZZATIVO

Totale posti letto: 47		
Specialità	Posti letto ordinari accreditati	Posti letto diurni accreditati
Riabilitazione intensiva (cod. 56)	20	
Lungodegenza medica (cod. 60)	25	
Day hospital		2
Area chirurgica		
• N. 1 blocco operatorio composto da n. 2 sale operatorie		
Servizi		
• laboratorio analisi	Autorizzati e accreditati	
• diagnostica per immagini		
• chirurgia ambulatoriale (chirurgia generale, oculistica)	Autorizzata, in attesa di accreditamento	



Attività ambulatoriale

<ul style="list-style-type: none"> • Cardiologia • Diagnostica Ecografica • Radiodiagnostica • Fisiatria • Reumatologia • Ginecologia e Ostetricia • Laboratorio Analisi • Oculistica • Ortopedia • Ematologia • Urologia • Chirurgia Generale 	Autorizzate
• Endoscopia digestiva	Autorizzata, in attesa di accreditamento

DATI ATTIVITA' ANNO 2024

Reparti	N. ricoveri ordinari	Giornate di degenza
Riabilitazione Intensiva (Cod. 56)	284	7.536
Lungodegenza (Cod. 60)	189	8.156
Reparti	N. ricoveri diurni	Giornate di ricovero
Day Hospital	44	752
TOTALE	473	15.692

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI 2024

Cardiologia	1202
Diagnostica Ecografica	487
Chirurgia	285
Fisiatria	47
Endoscopia digestiva	119
Ginecologia e Ostetricia	145
Fisioterapia	640
Oculistica	146
Ortopedia	69
Ematologia	64
Urologia	9
Totale	3.213

PRESTAZIONI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE 2024

Chirurgia generale	38
Chirurgia oculistica	17
Totale	55

PRESTAZIONI DI RADIODIAGNOSTICA 2024

Q.tà Convenzionato	
Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)	247
Tomografia Computerizzata (TC)	379
TOTALE	626
Q.tà Privato	
Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)	620
Tomografia Computerizzata (TC)	391
Radiologia Tradizionale (RX)	1.202
Totale	2.213



ESAMI DI LABORATORIO ANALISI 2024

Q.tà Convenzionato	Q.tà Privato
6.215	13.380

1.3 POSIZIONE ASSICURATIVA

N. polizza e data di scadenza	Compagnia Assicurativa	Premio minimo annuo	Franchigia per sinistro	Limits di indennizzo
RCH00020000205 31/12/2025	AmTrust	59.764,10 €	0 €	5.000.000,00 €

1.4 SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI

(art. 4 c. 3 della legge 24/17)

ANNO DI RIFERIMENTO	N. RICHIESTE DI RISARCIMENTO	RISARCIMENTI EROGATI
2020	1	65.832,00 €
2021	1	10.341,24 €
2022	2	73.340,95 €
2023	3	0 €
2024	1	0 €

2. RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI PER LA SICUREZZA DELLE CURE

Delle 19 Raccomandazioni ad oggi disponibili, la maggior parte di quelle attinenti all'attività della Casa di Cura S. Rita, sono già state recepite mediante la definizione di specifiche procedure interne, di cui è stata data ampia diffusione tramite apposite giornate di formazione, consegna di materiale cartaceo e inserimento della documentazione all'interno degli applicativi aziendali che ne permettono in qualsiasi momento la consultazione. L'importanza dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure è sottolineata dal sistema di monitoraggio, sviluppato da AGENAS, per controllarne l'effettiva applicazione all'interno delle singole strutture sanitarie.

Lo strumento utilizzato da AGENAS è un questionario di valutazione, debitamente compilato ed inviato dalla Casa di Cura S. Rita, entro i termini previsti, per alimentare il database della piattaforma nazionale.

La nostra struttura si impegna altresì, nel prossimo triennio, a recepire le ultime raccomandazioni, già applicate internamente ma non ancora formalizzate o revisionate. I regolamenti, le procedure e le istruzioni operative introdotte dalla Casa di Cura S. Rita in coerenza con le Raccomandazioni ministeriali, sono le seguenti:

1.	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio (2008)
2.	Prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico (2008)
3.	Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura (2008)
8.	Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (2007)
12.	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike" (2010)
13.	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie (2011)
18.	Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli (2018)



3. DEFINIZIONI EVENTI AVVERSI

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 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 abbiano causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

SIMES: Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità, avente l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio degli eventi avversi.

3.1 MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA

Il monitoraggio degli eventi sentinella costituisce un'importante azione di Sanità Pubblica con lo scopo di raccogliere le informazioni riguardanti eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare la morte o un grave danno alla salute del paziente. La **Casa di Cura S. Rita** ha aderito al flusso informativo previsto dal Protocollo per il Monitoraggio degli eventi Sentinella (SIMES), riconoscendo nel sistema un'opportunità di miglioramento e di apprendimento.

Nell'anno 2024 non si sono verificati eventi sentinella all'interno della Struttura.

N. Eventi sentinella – anno 2024
0

3.2 PROCEDURA SEGNALAZIONE EVENTI SENTINELLA

Ogni volta che si verifica un evento avverso, l'operatore sanitario – sia esso medico, infermiere o altro professionista, anche solo a conoscenza dell'accaduto – è tenuto a comunicare tempestivamente l'evento al proprio referente di reparto o servizio e alla Direzione Sanitaria, in conformità con le procedure previste a livello regionale e aziendale. Successivamente, il Team di Risk Management, si impegna a mitigare il danno, attivare gli eventuali processi di comunicazione con pazienti e/o loro familiari in modo trasparente e a convocare un audit con tutte le figure coinvolte al fine di constatare che si tratti o meno di un evento sentinella. Durante l'audit, nel caso in cui questo venga confermato, viene compilata ed inviata immediatamente al Ministero della Salute la scheda A di segnalazione degli eventi sentinella. In un secondo momento, il Risk Manager compila la scheda B del Ministero per l'analisi delle cause, dei fattori contribuenti e la redazione di un piano d'azione. La scheda B viene poi inviata entro 45 giorni dall'accaduto ovvero dalla conoscenza dello stesso e dall'invio della scheda A.

Tali modalità di segnalazione degli eventi sentinella (ES) sono state condivise con tutti gli operatori durante le giornate di formazione e vengono periodicamente richieste durante gli audit di verifica. La maggior parte degli operatori, durante gli audit svolti nel 2024, hanno dimostrato di aver acquisito le conoscenze necessarie per riconoscere gli eventi avversi



potenzialmente inquadrabili come Eventi Sentinella e a segnalarli tempestivamente.

3.3 SISTEMI DI SEGNALAZIONE

L'Incident Reporting è definito dal Ministero della Salute come un sistema di segnalazione volontario utilizzato al fine di comprendere meglio i difetti di sistema che favoriscono l'insorgere di eventi avversi, prima che questi si manifestino con conseguenze dannose.

Il sistema di Incident Reporting viene adottato dalla Casa di Cura S. Rita e, tutte le segnalazioni pervenute, vengono gestite in modo confidenziale non comportando sanzioni proprie del sistema della responsabilità ma alimentando il sistema della qualità e sicurezza. L'utilizzo di tale metodica offre una misura dell'affidabilità dell'organizzazione oltre a rappresentare una fonte informativa indispensabile per avviare un processo di mappatura dei rischi aziendale, per attivare processi di analisi e valutazione degli stessi al fine di individuare e applicare azioni correttive mirate.

Nell'arco del 2024, sono state fornite tutte le informazioni necessarie a formalizzare e strutturare il processo di segnalazione spontanea ed è stato predisposto un database per tenere traccia delle segnalazioni, valutarne la gravità e l'incidenza.

4. AUDIT CLINICO INTERNO

Nel 2024, per il monitoraggio degli eventi avversi, i near miss e la valutazione del rispetto dell'applicazione delle linee guida e protocolli interni, sono stati condotti audit clinici a seguito delle segnalazioni ricevute e delle criticità emerse durante l'anno.

Per l'anno 2025 è stato strutturato un diagramma di Gantt con audit mensili previsti in tutti i reparti e servizi presenti all'interno della Casa di Cura S. Rita. Tali controlli hanno lo scopo di rilevare un'eventuale mancata aderenza ai protocolli, procedure e/o linee guida, di proporre azioni di miglioramento (successivamente valutate durante gli audit di verifica) e di alimentare un database per una gestione più strutturata del rischio sanitario.

4.1 SAFETY WALK ROUND (SWR)

Il Safety Walk Round è una tecnica di risk assessment, che prevede visite e interviste da parte del Team di Risk Management ai Responsabili, Coordinatori e a tutti gli operatori coinvolti per valutare la diffusione della cultura della sicurezza delle cure e della gestione del rischio. Tale metodica, ancora poco utilizzata in Italia, è stata presentata nel 2024 durante le giornate di formazione, ed è ormai utilizzata regolarmente all'interno della Casa di Cura S. Rita. I SWR, a partire da gennaio 2025, sono stati condotti mensilmente in tutti i reparti e sono propedeutici alla realizzazione degli audit clinici. Nello specifico è stato redatto un questionario, validato dalla Direzione Sanitaria e consegnato agli operatori coinvolti per le interviste. In aggiunta al questionario standardizzato, sono state redatte le check list specifiche per ciascun reparto e servizio per valutare gli aspetti di sicurezza ambientale, efficienza organizzativa e appropriatezza clinica compilati durante i sopralluoghi.

I controlli vengono svolti come segue:

1. Consegnare e compilazione del questionario di SWR dagli operatori coinvolti;
2. Compilazione della check list specifica per il reparto o servizio attenzionato;
3. Compilazione della scheda di audit e sottoscrizione delle azioni di miglioramento proposte;
4. Redazione di un verbale a firma di tutto il personale coinvolto;
5. Aggiornamento del verbale di audit durante i sopralluoghi di controllo per verificare l'applicazione delle azioni di miglioramento proposte.



5. FORMAZIONE

Nella gestione del rischio clinico la formazione assume un ruolo fondamentale per diffondere la cultura della sicurezza delle cure. Al fine di favorire la percezione del rischio, concepire l'errore come opportunità di miglioramento, stimolare il confronto, migliorare la comunicazione e l'umanizzazione delle cure, la Casa di Cura S. Rita ha previsto un programma annuale di formazione interna.

EVENTI FORMATIVI RISCHIO CLINICO 2024

1	Gestione della medicazione e prevenzione delle infezioni del sito chirurgico
2	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e corretto utilizzo delle schede di segnalazione
3	Responsabilità sanitaria, condivisione delle raccomandazioni ministeriali, della lista degli eventi sentinella e delle procedure per la corretta gestione del rischio clinico
4	Corretta compilazione della cartella clinica e della modulistica sanitaria
5	Prevenzione delle cadute e corretto utilizzo delle schede di segnalazione
6	Corretta movimentazione dei pazienti

EVENTI FORMATIVI PROGRAMMATI PER IL 2025

1	Inserimento e gestione del catetere vescicale
2	Corretta compilazione della cartella clinica
3	Gestione delle infezioni correlate all'assistenza
4	Igiene del paziente
5	Telemetria ed ECG
6	Gestione del rischio clinico, schede di segnalazione e antimicrobial stewardship
7	Prevenzione e gestione delle cadute

6. PROCEDURE E INDICAZIONI OPERATIVE SULLA CORRETTA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

A partire dal 2024, la Casa di Cura S. Rita, grazie all'introduzione di un Team dedicato, ha redatto e revisionato tutte le procedure interne e le indicazioni operative sulla corretta gestione del rischio clinico. Dopo una prima stesura, tutte le procedure sono state validate e sottoscritte dalla Direzione Strategica e condivise in tutti i reparti e servizi. Di seguito verranno approfondite le principali procedure e indicazioni operative applicate all'interno della struttura.

6.1 RISCHIO CADUTE ACCIDENTALI

Le cadute in un contesto di ricovero, oltre ai danni di tipo fisico e psicologico, comportano un aumento della degenza, delle attività diagnostiche terapeutiche aggiuntive e/o eventuali ulteriori ricoveri dopo la dimissione con un incremento dei costi sanitari e sociali.

Tali eventi sono potenzialmente prevenibili tramite la rilevazione di alcuni elementi che, congiuntamente ad una irrinunciabile valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni preventive. Risulta dunque fondamentale che gli operatori, i pazienti e i familiari/caregiver acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino in modo integrato e costante all'applicazione di strategie multifattoriali.

Nel corso del 2024 sono state aggiornate le linee guida interne sulla prevenzione e gestione del rischio cadute, prendendo come riferimento la Raccomandazione del Ministero della Salute n.13



“Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”.

Inoltre, per ridurre il rischio caduta, la Casa di Cura S. Rita ha previsto le seguenti fasi operative:

1. Valutazione della persona a rischio caduta (compilazione scheda di Conley);
2. Valutazione dei rischi ambientali (check-list);
3. Opuscolo informativo per i pazienti e caregiver;
4. Formazione del personale operativo coinvolto;
5. Utilizzo della scheda di segnalazione caduta paziente in reparto;
6. Utilizzo della scheda di segnalazione caduta visitatore esterno.

La valutazione del rischio caduta viene effettuata, oltre che all' ingresso del paziente in reparto, anche in seguito ad alterazioni significative dello stato di salute durante la degenza, nei ricoveri prolungati, ad ogni variazione di terapia con farmaci che possono portare il paziente a maggior rischio di caduta e a seguito di un episodio di caduta.

Nell'anno 2024 si sono verificati presso la Casa di Cura S. Rita n. 2 cadute, tutti senza gravi conseguenze. Tali eventi si sono verificati essenzialmente per imprudenza dei pazienti. L'età media dei pazienti coinvolti era di 70 anni (range 46-85). L'analisi delle segnalazioni ha permesso, inoltre, di individuare come sedi più frequenti delle cadute il letto e la stanza di degenza. Nessuno dei casi segnalati ha prodotto un danno o peggioramento del quadro clinico per i pazienti, né è stato necessario il prolungamento della degenza.

N. cadute accidentali – anno 2024
2

6.2 RISCHIO CORRELATO ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Prendendo atto delle diverse fasi della terapia farmacologica (prescrizione, preparazione, somministrazione, ...), l'azione di risk management intrapresa nell'anno 2024 dalla Casa di Cura S. Rita è stata quella di valutare il corretto svolgimento dei singoli passaggi durante i sopralluoghi e gli audit clinici, evidenziare in cartella clinica la sezione dedicata alla ricognizione e riconciliazione terapeutica, revisionare e condividere le procedure e le linee guida riguardanti le seguenti tematiche:

- Prevenzione degli errori in terapia con farmaci “look-alike/sound-alike”;
- Ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica;
- Prevenzione degli errori in terapia consequenti all'utilizzo di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli;
- Manuale di terapia antibiotica empirica – antimicrobial stewardship.

6.3 RISCHIO CHIRURGICO

Partendo dalle Raccomandazioni n.2 e n.3 del Ministero della Salute, nel corso del 2024, il Team di risk management, ha aggiornato le seguenti linee guida e procedure interne sul rischio legato all'attività chirurgica:

- Corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico;
- Corretta compilazione della check list operatoria;
- Gestione della medicazione e prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.

Per diffondere la cultura della prevenzione del rischio chirurgico, sono state altresì organizzate delle giornate di formazione con oggetto i succitati argomenti.



6.4 RISCHIO INFETTIVO

Il controllo e la prevenzione del rischio infettivo è stato, tra tutti, il tema più attenzionato dalla Casa di Cura S. Rita. Nel corso dell'anno sono state revisionate e condivise le seguenti procedure e indicazioni operative:

- Gestione delle medicazioni e prevenzione delle infezioni del sito chirurgico;
- Istruzione operativa sulla sorveglianza da germi multi-resistenti (MRD – enterobatteri produttori di carbapenemasi – CRE/CPE), notifiche e trattamento con antibiotico terapia;
- Gestione del paziente con infezione/colonizzazione da germi multiresistenti;
- Corretta gestione e notifica delle infezioni correlate all'assistenza (ICA);
- Scheda di notifica malattia infettiva;
- Igiene e prevenzione lavaggio mani.

Per rendere operativo il lavoro teorico e procedurale, nel 2024 sono state intraprese le seguenti azioni:

- Giornate di formazione dedicate;
- Consegna del decalogo degli oneri probatori per i medici e la struttura sanitaria in caso di contenzioso emerso dalla Sentenza di Cassazione n. 6386/2023 del 3 marzo 2023 in materia di infezioni correlate all'assistenza (ICA);
- Inserimento, all'interno del questionario per il SWR, di domande per valutare il grado di diffusione della cultura della prevenzione e gestione delle ICA;
- Aumento della distribuzione di gel idroalcolico negli ambienti interni;
- Affissione dello schema, proposto dall'OMS e condiviso dal Ministero della Salute, con i 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani nei reparti;
- Affissione dello schema, proposto dall'OMS e condiviso dal Ministero della Salute, sul corretto lavaggio delle mani (sia con il sapone che con il gel idroalcolico) in tutti i servizi e sale d'attesa.

INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA INTERCETTATE NELL'ANNO 2024:

Non è stata intercettata nessuna infezione correlata all'assistenza nel Blocco Operatorio mentre, all'interno dei reparti sono iniziate le prime segnalazioni che hanno richiesto in diversi casi la somministrazione di un secondo ciclo di antibiotico. Nei casi segnalati non è stato previsto l'isolamento ma è stata seguita la procedura prevista per il contenimento e la prevenzione della diffusione.

6.5 UMANIZZAZIONE DEL PERCORSO DI CURA

L'umanizzazione, intesa come impegno a rendere il percorso di cura orientato quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, è un elemento essenziale per garantire la qualità dell'assistenza.

La Casa di Cura S. Rita, nel 2024, ha intrapreso una serie di iniziative soggette a monitoraggio, tra cui:

- Revisione dei questionari di customer satisfaction per i reparti ed il servizio di cucina interno;
- Revisione dei questionari di customer satisfaction per l'accettazione e i servizi ambulatoriali;



- Revisione dei questionari di customer satisfaction per il blocco operatorio;
- Redazione dei questionari di gradimento rivolti a tutti gli operatori interni;
- Coinvolgimento del paziente chirurgico sin dall'inizio del percorso tramite un'accurata descrizione dell'intervento e consegna di materiale informativo sul percorso post-operatorio;
- Redazione di un database per contenere tutte le segnalazioni.

Per il 2025 sono previste le seguenti azioni:

- Sostituzione e condivisione dei nuovi questionari di soddisfazione utenti e operatori;
- Redazione di un piano di miglioramento basato sui risultati e suggerimenti pervenuti dai questionari;
- Formazione degli operatori sull'importanza della comunicazione e del coinvolgimento del paziente e dei caregiver nel processo di cura per una presa in carico globale;
- Convenzione con associazioni culturali e di volontariato per svolgere attività nei reparti;
- Collaborazione con l'AVIS per le giornate dedicate alla donazione del sangue e sensibilizzazione sul tema.

6.6 PREVENZIONE DELLA VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

Si definisce violenza nel posto di lavoro ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro. Gli episodi di violenza contro operatori sanitari possono essere considerati eventi sentinella in quanto segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori. Sebbene qualunque operatore possa essere vittima di violenza, i medici, gli infermieri e gli operatori sociosanitari sono a rischio più alto in quanto devono gestire rapporti diretti con pazienti caratterizzati da una condizione di forte emotività e con i familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo. Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, arriva fino a gesti estremi quali l'omicidio. La conoscenza di tale progressione può consentire al personale di comprendere quanto accade ed interrompere il corso degli eventi.

La prevenzione degli atti di violenza è stata condotta dalla Casa di Cura S. Rita attraverso:

- La redazione di una procedura sul programma di prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori;
- La redazione e successiva condivisione delle schede di segnalazione;
- L'affissione nei reparti di un poster con le 9 raccomandazioni sul corretto comportamento nel caso di pazienti difficili o violenti;
- La conduzione di indagini ad hoc con il personale per valutare la presenza di eventuali rischi riducibili.

Per il 2025 è prevista l'organizzazione di corsi di formazione per tutto il personale della struttura con la collaborazione dei Carabinieri o altri esperti nella gestione e contenimento delle aggressioni.

7. COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)

Il 01/03/2024 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto attuativo (Decreto 15 dicembre 2023, n. 232) in materia assicurativa come norma di dettaglio della legge n. 24/2017 Gelli Bianco e, il 16/03/2024 è entrato in vigore con un'applicabilità differita di due anni. Una delle novità



previste dal suddetto decreto è stata la revisione del Comitato Valutazione Sinistri, previsto dall'art. 15.2 e reso obbligatorio, entro marzo 2026, sia per le strutture assicurate che autoassicurate. Tale comitato, come previsto dall'art. 16, dovrà essere composto dalle seguenti risorse interne o esterne:

- medico legale;
- legale/avvocato;
- gestore sinistri/liquidatore («perito», nelle prime bozze definito «loss adjuster») che ha il compito di intervenire per presentare, in base alla propria esperienza, le chance dei singoli sinistri e il rispettivo valore legale;
- risk manager;
- attuario (obbligatorio solo per le compagnie assicurative) che si occupa dei calcoli probabilistici e di individuare l'entità dei fondi necessari per ogni sinistro. Tale figura non risulta necessaria per le PMI poiché caratterizzate da un fondo rischi che non varia più di tanto.

Sulla base delle novità previste dal decreto attuativo, la Casa di Cura S. Rita ha momentaneamente attribuito al Team di Risk Management le funzioni del CVS quali l'analisi dei singoli sinistri al fine di minimizzazione l'impatto economico che gli stessi avrebbero sulla struttura.

Il Team di Rischio Clinico, a partire dal 2025 svolgerà le seguenti attività:

- Raccolta di informazioni e dati indispensabili per un'efficace gestione dei sinistri;
- Valutazione, in presenza di richiesta di risarcimento danni, delle eventuali responsabilità che, qualora non correttamente gestite, potrebbero sfociare in un contenzioso giudiziario;
- Rilevazione degli eventuali errori commessi;
- Organizzazione di un piano di audit correttivo seguito da un'ipotesi di miglioramento;
- Monitoraggio dell'applicazione delle azioni correttive previste dagli audit.

Il Team si riunirà almeno una volta l'anno per valutare congiuntamente i sinistri e le richieste di risarcimento pervenute. Durante la riunione verrà redatto un verbale debitamente compilato e firmato da ciascun membro presente. La Casa di Cura S. Rita provvederà ad istituire un CVS, come previsto dal decreto, entro il 2026.

8. SEGNALAZIONI DEI CITTADINI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO

L'Ufficio relazioni con il pubblico (URP) ha l'obiettivo di assicurare la comunicazione tra l'utenza e la struttura attraverso una precisa e programmatica gestione dell'attività che ha per obiettivo quello di far conoscere i servizi dell'azienda e recepire le segnalazioni dei cittadini per valutare le possibili azioni di miglioramento e assicurare un percorso di cura sicuro.

I servizi garantiti dall'URP agli utenti sono i seguenti:

- Informazione sulle prestazioni erogate e sulle modalità operative (ad esempio, "dove sono situati i servizi, gli ambulatori, a chi devo rivolgermi per..., in quali orari, quali documenti sono necessari,...");
- Accoglienza dell'utente valutando le singole esigenze e le aspettative educando ad un corretto utilizzo dei servizi sanitari;
- Acquisizione delle segnalazioni e degli elogi;
- Gestione delle richieste e dei ritiri della documentazione sanitaria.

Per ottimizzare la comunicazione con gli utenti esterni sono state realizzate le seguenti iniziative:

- Dépliant informativi per l'accoglienza dei pazienti nei reparti;
- Aggiornamento della carta dei servizi e condivisione in tutti gli ambienti interni della



struttura anche tramite scannerizzazione di QR-Code;

- Aggiornamento del sito internet, inserimento di tutte le informazioni necessarie e semplificazione dell'accesso allo stesso;
- Creazione e aggiornamento delle pagine social della struttura.

1. RESOCONTO ATTIVITA' 2024

Lo schema di seguito riportato raccoglie gli obiettivi previsti nel PARM 2024, l'attività svolta e il rispetto o meno degli indicatori di risultato prefissati.

Obiettivo A	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure	REALIZZATA	NOTE
Attività	1. Implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute relative alla gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure N.: 1-2-3-8-12-13-18 2. Stampa e diffusione tra gli operatori dei documenti ministeriali e delle procedure interne revisionate 3. Effettuazione di un corso formativo riguardante le tematiche del rischio clinico più confacenti alla struttura, con coinvolgimento di almeno il 60% del personale sanitario (entro il 31/12/2024) 4. Riunioni con i Responsabili e Coordinatori per definire e condividere percorsi operativi di implementazione delle raccomandazioni con possibilità di nomina di responsabili-facilitatori per settori specifici	SI SI SI PAR.	Le riunioni vengono svolte ma non sono stati individuati i facilitatori
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	REALIZZATA	
Attività	1. Monitoraggio eventi avversi ed eventi sentinella 2. Stampa e diffusione tra gli operatori della documentazione di riferimento 3. Revisione del sistema di segnalazione secondo la metodologia "incident reporting", adozione delle schede interne e dei modelli A e B ministeriali 4. Controllo random delle cartelle cliniche in ogni reparto 5. Formazione del personale sulle modalità di compilazione delle segnalazioni	SI SI SI SI SI	
Obiettivo C	Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e della struttura	REALIZZATA	
Attività	1. Implementazione della Raccomandazione del Ministero della Salute n. 8 "Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" 2. Diffusione della Raccomandazione e riunioni con il personale per definire e analizzare situazioni a rischio 3. Iniziative di comunicazione preventiva agli operatori riguardo le regole da adottare in caso di pazienti difficili o situazioni a rischio	SI PAR. SI	Non sono emerse situazioni a rischio
Obiettivo D	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo	REALIZZATA	
	1. Update corso di formazione degli operatori sanitari sul tema	SI	



Attività	della Antimicrobial Resistance		
	2. Esecuzione corso entro il 31.01.2025 con una partecipazione degli operatori sanitari superiore al 60%	SI	
	3. Adozione del protocollo interno e delle schede di notifica per le infezioni contratte nel nosocomio	SI	
Obiettivo E	Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo	REALIZZATA	
Attività	1. Revisione procedure di Direzione Sanitaria riguardanti la gestione delle ICA	SI	
	2. Test giornalieri, settimanali e annuali per la validazione dei cicli di sterilizzazione delle autoclavi	SI	
	3. Campionamenti microbiologici acqua, aria superfici	SI	
	4. Adozione delle misure di prevenzione legate alla produzione, trasporto, distribuzione e consumo degli alimenti (HACCP)	SI	

2. OBIETTIVI STRATEGICI PREVISTI PER L'ANNO 2025

Il PARM 2025 intende consolidare e migliorare tutte le azioni previste per una corretta gestione, riduzione e prevenzione dei rischi e, a tal proposito, in coerenza con la mission aziendale, sono stati identificati i seguenti obiettivi strategici:

OBIETTIVI		Attività
A	Inizio attività Comitato Valutazione Sinistri	<ul style="list-style-type: none"> 1. Compilazione, sottoscrizione e conservazione dei verbali di riunione. 2. Database con le azioni di miglioramento proposte.
B	Implementazione delle raccomandazioni mancanti tra le 19 proposte dal Ministero della Salute	<ul style="list-style-type: none"> 1. Revisione delle procedure. 2. Firma dei partecipanti ai corsi di formazione dedicati. 3. Condivisione cartacea e digitale dei documenti in tutti i reparti e servizi.
C	Miglioramento della qualità e della gestione della documentazione sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> 1. Controlli periodici per valutare l'utilizzo del vademecum interno per la corretta compilazione. 2. Audit clinici e di controllo delle azioni di miglioramento proposte.
D	Diffusione della cultura dell'igiene delle mani e indagine di prevalenza interna sull'utilizzo del gel idroalcolico	<ul style="list-style-type: none"> 1. Presenza delle schede dell'OMS in tutti gli ambienti. 2. Raccolta dei dati sull'utilizzo di gel idroalcolico in un database. 3. Iniziative per la giornata mondiale dedicata all'igiene delle mani.
E	Raccolta di tutte le schede di soddisfazione degli operatori e utenti e utilizzo del database per realizzare un piano di umanizzazione delle cure	<ul style="list-style-type: none"> 1. Condivisione dei nuovi questionari in tutti gli ambienti (sia cartacei che digitali tramite qr code). 2. Database aggiornato con i dati sulle segnalazioni. 3. Aumento della soddisfazione degli utenti e operatori valutando i dati al T0 (inizio anno) e T1 (fine anno).
F	Programma di transizione digitale e sostenibile aziendale	<ul style="list-style-type: none"> 1. Condivisione della cultura della raccolta differenziata, ove possibile. 2. Riduzione degli sprechi energetici ed idrici, ove presenti e documentati. 3. Utilizzo della firma elettronica per i referti radiologici e di laboratorio analisi. 4. Ritiro online dei referti radiologici e di laboratorio analisi.
G	Progettazione e rispetto del cronoprogramma per gli audit clinici	<ul style="list-style-type: none"> 1. Rispetto del cronoprogramma. 2. Compilazione dei questionari di SWR, delle check list specifiche e dei verbali di audit per tutti i sopralluoghi previsti.



3. INDICATORI DI RISCHIO CLINICO PER L'ANNO 2025

In aggiunta al raggiungimento degli obiettivi sopra descritti, la Casa di Cura S. Rita si è prefissata di rispettare e monitorare, nel corso dell'anno, i seguenti indicatori.

INDICATORI DI RISULTATO - CASA DI CURA S. RITA		
INDICATORE	STANDARD	DATO A FINE ANNO
RISCHIO INFETTIVO	Rischio di complicanza infettiva: <2%	
RISCHIO INFETTIVO	N. di compilazione di schede di segnalazione sul totale delle infezioni emerse in cartella: 90%	
RISCHIO CADUTE	N. di valutazioni effettuate sul numero di pazienti ricoverati: 90%	
RISCHIO CADUTE	N. cadute sul totale dei pazienti ricoverati: <2%	
RISCHIO CADUTE	N. di segnalazione caduta sul numero di pazienti caduti: 90%	
RISCHIO TERAPIA FARMACOLOGICA	N. di Schede di riconoscenza e riconciliazione compilate sul totale dei pazienti ricoverati: 95%	
RISCHIO TERAPIA FARMACOLOGICA	N. di prescrizioni complete sul totale pazienti ricoverati: 100% (es. "richiesta Potassio")	
RISCHIO TERAPIA FARMACOLOGICA	N. di prescrizione incomplete di farmaci al bisogno (senza l'intervallo di somministrazione) sul totale delle prescrizioni: <5%	
RISCHIO TERAPIA FARMACOLOGICA	N. di Lettere di dimissione senza acronimi ed abbreviazioni sul totale pazienti ricoverati: 100%	
RISCHIO CHIRURGICO	N. di RX di controllo eseguite per verificare il rilascio di materiale nel sito chirurgico sul totale degli interventi chirurgici: <2%	
RISCHIO CHIRURGICO	N. di check list chirurgiche compilate sul n. totale di interventi chirurgici: 95%	
RISCHIO CHIRURGICO	N. di eventi avversi da malfunzionamento delle apparecchiature di sala operatoria sul totale degli interventi chirurgici effettuati: 5%	
STERILIZZAZIONE	N. Buste sterili con problematiche/tot buste controllate: < 10%	
GESTIONE DEL CARRELLO/BORSONE PER L'EMERGENZA	Percentuale di corretta compilazione delle check list di controllo del carrello di emergenza sul totale dei controlli previsti: 95%	
MANUTENZIONE STRUMENTI	N. Di giornate di servizio interrotte per guasti sul totale di giornate operative: 5%	
CONSENSO INFORMATO	N. Di consensi non conformi sul totale delle cartelle valutate: < 2%	
PIANO FORMATIVO AZIENDALE	Percentuale di partecipazione agli eventi: > 90%	

4. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

Al fine di diffondere la cultura della sicurezza e della gestione del rischio clinico, il Direttore Sanitario e tutta la Direzione Strategica si impegnano ad assicurare la diffusione del PARM 2025 con le seguenti modalità:

- Presentazione del documento ai Responsabili Medici, Coordinatori Infermieristici ed eventuale altro personale ritenuto strategico nella diffusione e realizzazione dello stesso;
- Diffusione del documento, in formato cartaceo, presso le medicherie e l'ufficio



amministrativo della struttura della Struttura;

- Iniziative di diffusione e condivisione con tutti gli operatori interni alla struttura;
- Diffusione informatizzata sul gestionale interno;
- Pubblicazione sul sito internet aziendale.

5. BIBLIOGRAFIA E SITOGRADIA

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. GLOSSARIO del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza;
3. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Save Surgery Save Live";
4. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
5. Reason J. Human error. Cambridge: Cambridge University Press 1990.
6. 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
7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza
8. WHO Draft guidelines for adverse events reporting and learning system.
9. Libro Bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013"
10. AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators
11. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: new health care system for the 21 century
12. Halling annnd A, Donaldson London. Implementing clinical governance: turning vision into reality
13. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system Washington, DC:National Academic Press, 1999.
14. Donadebian A. The effectiveness of quality assurance. Int J Qual Health Care 1996;8:401-7
15. Vincent C, Amalberti R. Safer Healthcare, strategy for the real world
17. Eventi sentinella, Ministero della Salute 2024
18. Gazzetta Ufficiale: LEGGE 8 marzo 2017, n. 24
19. <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza-ica/sorveglianza-consumo-soluzione-idroalcolica-igienemani#:~:text=In%20Italia%2C%20la%20sorveglianza%20del,Nazionale%20di%20Prevenzione%202020%2D2025>
20. Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010 – World Health Organization
21. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2024/03/01/24G00032/sg>
22. DECRETO 15 dicembre 2023, n. 232 (GU Serie Generale n.51 del 01-03-2024)
23. Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella – Luglio 2024