



**RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA
DI RISK MANAGEMENT**

3ª EDIZIONE

2024-2025

Oggetto: *Relazione annuale consuntiva di Risk Management 2024-2025* relativa alla gestione del rischio sanitario allo scopo di migliorare la sicurezza dei processi clinico-assistenziali. L'obiettivo dell'analisi degli eventi avversi/eventi evitati è quello di capire cosa è successo e perché, includendo una profonda e sistemica riflessione su tutto ciò che si può svelare circa le criticità e le inadeguatezze del sistema nel quale si è verificato l'evento.

Sommario

1. Premessa	1
2. Modello di Gestione di Risk Management	2
3. Organi Collegiali	3
4. Incident Reporting	4
5. Analisi dei rischi e azioni di miglioramento	5
6. Alert - Report	7
7. Piano di Miglioramento - Diagramma di Gantt	8
8. Stesura/revisione Procedure	8
9. Proposte/Progetti intrapresi	9
10. Formazione in materia di Risk Management	10
11. Visite ispettive/valutative esterne	11
12. Verifica funzionamento dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali	11
13. Monitoraggio indicatori Piano Annuale di Risk Management 2024-2025	12
14. Conclusioni	12
15. Prospettive	13

1. Premessa

La gestione del rischio sanitario rappresenta oggi un aspetto strategico per garantire la sicurezza delle cure, la qualità dell'assistenza e il governo dei processi organizzativi.

La Legge 8 marzo 2017 n. 24, definita Legge Gelli/Bianco e denominata "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", richiamando anche precedenti disposizioni normative come quelle contenute nella Legge 28 dicembre 2015 n. 208 prevede, tra l'altro, all'art. n. 2, che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie redigano una relazione annuale consuntiva sugli strumenti utilizzati per il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi/*near miss*/sentinella verificatisi all'interno della Struttura.

Data stesura	Marzo 2026	Redatto		Firma		Validato		Firma		Approvato		Firma	
Data diffusione	31/03/2026	Risk Manager sanitario		Direttore Sanitario		Direttore Generale							



L'obiettivo consiste nell'individuare le possibili cause e concause e identificare le conseguenti iniziative messe in atto finalizzate ad evitarne il reiterarsi degli stessi in un'ottica di miglioramento della qualità e di promozione della sicurezza delle cure. Sicurezza perseguibile attraverso l'approccio del *Risk Management* e mediante l'insieme di attività integrate che prevedono l'identificazione dei rischi, l'attivazione di un sistema di monitoraggio per la segnalazione e l'analisi degli eventi avversi, l'individuazione e l'applicazione di misure di contenimento del rischio, di prevenzione e di sviluppo.

2. Modello di Gestione di Risk Management

L'attenzione nel biennio 2024-2025 del Piano Annuale di *Risk Management* (PARM), è stata indirizzata al contenimento delle manifestazioni aggressive e a garantire maggior sicurezza nei confronti degli assistiti nei contesti sanitari e socio-assistenziali in riferimento al rischio aggressioni.

Si precisa che il documento di cui sopra non ha preso in considerazione le aggressioni nei confronti del Personale dipendente relativamente all'applicazione della metodologia del *Risk Management*.

Il Piano Annuale di *Risk Management* intende definire le fasi e le azioni al fine di promuovere e garantire la sicurezza dell'assistito e l'adeguato svolgimento delle attività assistenziali e di cura e ridurre/eliminare i possibili eventi avversi, eventi sentinella/*near miss* in caso di aggressione. Il PARM prevede l'adozione di un modello organizzativo di gestione del rischio con la funzione di prevenzione, monitoraggio e conduzione mediante l'utilizzo di idonei strumenti e metodologie di *Risk Management* per l'analisi, l'identificazione, la valutazione e controllo dei rischi e attraverso l'attuazione di interventi mirati sia in fase proattiva che reattiva.

Inoltre, il PARM persegue gli obiettivi di appropriatezza clinico – organizzativa e contempla, altresì, gli adempimenti relativi alla Legge n. 24/2017.

Le aggressioni rappresentano uno dei cosiddetti "rischi emergenti" e, tra le attività che interessa tale fenomeno, su cui negli ultimi anni si è focalizzata l'attenzione sia a livello internazionale che nazionale, risaltano la sanità e l'assistenza socio-sanitaria. I "rischi emergenti" si definiscono tali perché sono rischi che "non esistevano in passato" o, comunque, non erano contemplati specificatamente nelle disposizioni normative e nei confronti dei quali è mutata la percezione sociale o le conoscenze scientifiche e per i quali appare aumentato l'impatto, in termini di probabilità di incidenza, di effetti dannosi o di altri rischi correlati.

Il fenomeno delle aggressioni è in aumento per molteplici cause, tra queste le nuove priorità assistenziali e le nuove emergenze sanitarie. I dati indicano un incremento di patologie con disturbo psichiatrico, abuso di sostanze stupefacenti anche in soggetti molto giovani, difficoltà familiari, economiche, lavorative e organizzative.

La Struttura, in tal senso, è impegnata a realizzare alcuni progetti che prevedono l'accoglienza e l'inserimento, all'interno dei contesti organizzativi, di persone con disabilità con l'innesto di comportamenti-problema e possibilità di manifestazioni aggressive e/o violente.

3. **Organi Collegiali**

Sono presenti all'interno della Struttura i seguenti Organi Collegiali:

a. Comitato Etico per la Cura e la Buona Assistenza della Persona

Estratto da Statuto del "Comitato Etico per la Cura e la Buona Assistenza della Persona":

"È costituito con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione dell'Opera della Provvidenza S. Antonio del 2 novembre 2019 il "Comitato Etico per la Cura e la Buona Assistenza della Persona, di seguito per brevità denominato "Comitato Etico"..."

"Il Comitato Etico è nominato, con apposito atto del Consiglio di Amministrazione, per la durata di tre anni (3)..." (Rif. ART. 8 STATUTO DEL COMITATO ETICO).

- **ART. 2 (Principi)**

"Il Comitato Etico è un organismo indipendente, costituito da personale sanitario e non sanitario e rappresenta uno spazio di riflessione etica, autonoma e interdisciplinare, per promuovere la qualità e l'umanizzazione dell'assistenza..."

- **ART. 3 (Finalità)**

"Il Comitato Etico persegue essenzialmente i seguenti fini:

- il benessere dell'ospite;
- l'umanizzazione della cura interessando tutte le figure, professionali e non, coinvolte nell'assistenza alla Persona;
- l'implementazione di una cultura e di una prassi centrate sulla Persona e sulle necessità ed esigenze..."

- **ART. 4 (Compiti e limiti)**

"I compiti fondamentali del Comitato Etico sono così precisati:

- analisi etica di casi clinici e problemi assistenziali di rilevanza etica;
- sviluppo di raccomandazioni e indirizzi di carattere etico e/o valutazione etica di procedure operative e organizzative;
- educazione e formazione in materia di bioetica e sensibilizzazione degli operatori, dei familiari/*caregiver* e della cittadinanza;
- contributo alla riflessione sul tema dell'allocazione e dell'impiego delle risorse.

Al Comitato Etico non compete:

- la funzione legale finalizzata a dirimere i conflitti o il "*Risk Management*";
- la funzione disciplinare di giudizio dei comportamenti professionali e la facoltà di sanzionare;
- la funzione decisionale, nel senso che non si sostituisce nella decisione che deve essere assunta dai soggetti coinvolti (Direzione, ospiti, operatori sanitari, famiglie, tutori e amministratori di sostegno)."

b. Comitato Valutazione Sinistri (CVS)

Il Comitato Valutazioni Sinistri aziendale è un organismo multidisciplinare avente funzioni consultive che valuta le richieste risarcitorie in materia di responsabilità professionale sanitaria e, più in generale, di responsabilità civile avanzate nei confronti di O.P.S.A., esprimendo un parere obbligatorio e non vincolante sulla relativa fondatezza e possibilità di accoglimento e valutando, pertanto, la sussistenza e l'entità della responsabilità civile di

O.P.S.A. verso terzi ed operatori nei casi di danni coperti da garanzia assicurativa con franchigia.

Il CVS comprende tutte le funzioni aziendali che concorrono alla valutazione delle richieste risarcitorie avanzate nei confronti di O.P.S.A. ed è composto dalle seguenti figure (Rif.: *Regolamento Comitato Valutazione Sinistri*, Art. 2 - Funzioni del CVS e ambito di applicazione e Art. 4 Composizione):

- Medico Legale;
- *Broker*/perito assicurazione nominato;
- Avvocato;
- *Risk Manager*;
- Direttore Sanitario;
- Responsabile Ufficio Economato rapporti interni con assicurazioni/sinistri;
- Altro Personale specializzato nella materia da esaminare (ove necessario), anche esterni, in relazione al sinistro.

Il CVS si riunisce con la periodicità necessaria a soddisfare le esigenze di valutazione della sussistenza della responsabilità civile e risarcitoria dell'Azienda, in relazione ai danni coperti da garanzia assicurativa, in base al flusso delle richieste di risarcimento avanzate all'Azienda, oppure può riunirsi in sessioni straordinarie in caso di sinistri urgenti o di particolare rilevanza che richiedano una valutazione immediata (Rif.: *Regolamento Comitato Valutazione Sinistri*, Art. 5 - Periodicità e validità delle sedute).

4. Incident Reporting

La segnalazione mediante il sistema di *Incident Reporting (IR)* degli eventi avversi/eventi evitati/*near miss* è finalizzata al miglioramento della sicurezza dei processi di cura e assistenziali rivolti agli assistiti. Ogni segnalazione pervenuta viene presa in carico e processata utilizzando la metodologia del *Risk Management* anche attraverso la promozione e la programmazione di appositi *Audit di Evento Significativo (SEA)*, coinvolgendo i professionisti al fine di individuare eventuali fattori e co-fattori che possono aver attivato l'evento e le relative azioni di miglioramento da intraprendere.

Report IR 2024 – 2025

Segnalazioni/anno 2024	n. tot.: 119
Tipologia Segnalazioni pervenute	n. tot. 78 Cadute n. tot. 69 segnalazioni Non Appropriate n. tot. 5 prese in carico n. tot. 74 Area Anziani n. tot. 4 Area Disabilità
	n. tot. 29 Errori farmaco correlati/processo assistenziale n. tot. 1 segnalazione Non Appropriata n. tot. 28 prese in carico n. tot. 4 Area Anziani n. tot. 22 Area Disabilità n. tot. 3 Servizio Poliambulatoriale
	n. tot. 12 Aggressioni n. tot. 8 segnalazioni Non Appropriate n. tot. 4 prese in carico n. tot. 3 aggressione verso assistito n. tot. 9 aggressioni verso operatore, di cui n. tot. 1 a rischio biologico n. tot. 2 Area Anziani n. tot. 10 Area Disabilità

Qualifica > segnalante (dal maggiore al minore)	Infermiere Responsabile di Nucleo (RdN) Religiosa Operatore Socio - Sanitario (OSS)
Indagini interne/anno	n. tot.: 3
Alert – Report/anno	n. tot.: 3 revisioni
Azioni di Miglioramento	Diagramma di <i>Gantt</i> anno 2024
Segnalazioni/anno 2025	n. tot.: 93
Tipologia Segnalazioni pervenute	<p>n. tot. 28 Cadute n. tot. 21 segnalazioni Non Appropriate n. tot. 7 prese in carico n. tot. 1 Evento Sentinella (Area Anziani) n. tot. 19 segnalate Area Anziani n. tot. 9 segnalate Area Disabilità</p> <p>n. tot. 40 Errori farmaco correlati/processo assistenziale (di cui n. tot. 30 fase aiuto somministrazione, n. tot. 2 fase preparazione terapia, n. tot. 8 processo assistenziale, n. tot. 2 allontanamento assistito, n. tot. 2 rischio soffocamento, n. tot. 1 movimentazione assistito, n. tot. 1 trasferimento interno assistito e n. tot. 1 conservazione/gestione presidi) n. tot. 1 Non Appropriata n. tot. 35 prese in carico n. tot. 4 <i>near misses</i> n. tot.: 27 Area Anziani n. tot.: 13 Area Disabilità</p> <p>n. tot. 25 Aggressioni n. tot. 10 segnalazioni Non Appropriate n. tot. 15 prese in carico n. tot. 4 aggressione verso assistito n. tot. 21 verso operatore n. tot. 3 Area Anziani n. tot. 21 Area Disabilità (n. tot. 12 Nucleo 1° S. Cottolengo) m. tot. 1 giardino esterno</p>
Qualifica > segnalante (dal maggiore al minore)	n. tot. 47 Infermiere n. tot. 34 RdN (n. tot. 18 Educatori e n. tot. 16 Infermieri) n. tot. 3 OSS n. tot. 3 Personale Religioso (Non Infermieristico) n. tot. 2 Medico n. tot. 1 Educatore n. tot. 3 non segnalato
Indagini interne/anno	n. tot.: 3
Alert – Report/anno	n. tot.: 5 (n. tot. 4 pubblicati)
Azioni di Miglioramento	Diagramma di <i>Gantt</i> anno 2025

5. Analisi dei rischi e azioni di miglioramento

I dati raccolti mediante il sistema di *Incident Reporting* indicano gli aspetti maggiormente rilevanti e significativi relativi agli eventi avversi/*near miss* segnalati. Ciò permette di identificare le aree dell'organizzazione più critiche e soggette a maggiore vulnerabilità e orientare le scelte e gli interventi migliorativi da pianificare e intraprendere.

Effetto delle azioni di miglioramento a lungo termine

Nel corso del biennio 2024/2025 si è registrato un incremento della consapevolezza relativa al valore della sicurezza e della qualità delle cure. Questo grazie agli incontri con il Personale in fase di assunzione per la presentazione della metodologia del *Risk Management* e la condivisione di alcuni contenuti base di rischio clinico/sanitario, alla formazione in materia di gestione del rischio clinico programmata all'interno del Piano Formativo e agli *Audit di Evento Significativo (SEA)*

promossi ed organizzati nei Nuclei a seguito delle segnalazioni di evento avverso/*near miss* pervenute tramite il sistema di *Incident Reporting*.

Tale metodologia ha permesso al Personale di comprendere l'importanza del segnalare errori e/o inadeguatezze al fine di analizzare l'*équipe* di lavoro le situazioni e identificare le possibili cause-concause che possono aver generato l'evento avverso/*near miss* e condividere le possibili azioni di miglioramento da implementare per contenere il reitersi delle situazioni inadeguate e migliorare la sicurezza e la qualità delle cure.

Gli stessi accessi in Nucleo sono, a questo punto, accolti dal Personale come una opportunità di crescita professionale e non come una visita ispettiva e, gli stessi *Audit d i Evento Significativo (SEA)*, considerati un contributo per poter accrescere in termini di professionalità e poter diffondere il valore della cultura della sicurezza.

Gestione dell'assistito colonizzato o infetto da MDRO

Tra le priorità emergenti in termini di salute e sicurezza delle cure si è intervenuti proponendo interventi per affrontare il problema dell'antimicrobico – resistenza (AMR), di cui l'antibiotico – resistenza (ABR), con l'obiettivo di limitarne la diffusione.

Si definiscono microrganismi "*alert*" o "sentinella" una serie di microrganismi significativi da un punto di vista epidemiologico, in grado di diffondersi rapidamente, o portatori di resistenze multiple agli antibiotici.

L'aumentata frequenza di isolamento di questi microrganismi è legata all'elevato uso di antibiotici e all'incremento dell'utilizzo di presidi invasivi, in particolare in reparti ospedalieri con pazienti ad alto rischio, ma ormai sempre più il problema è presente anche all'interno delle Strutture extra-ospedaliere, come le RSA territoriali. Il rischio è legato alla mortalità più elevata delle infezioni da *Multi Drug Resistant Organism (MDRO)* e/o alla rapida disseminazione, con rischio di epidemie.

Il sistema di sorveglianza attivo interno per l'identificazione dei microrganismi sentinella, associato ad una tempestiva valutazione e adozione di appropriate misure di controllo ed identificazione delle fonti e dei meccanismi di trasmissione, nonché ad efficaci misure di prevenzione e monitoraggio, risulta indispensabile al fine di prevenire la diffusione e ridurre il rischio di epidemie.

L'obiettivo e l'impegno della Struttura è rivolto alla sorveglianza e al monitoraggio della persistenza o meno di una colonizzazione/infezione da microrganismo sentinella (MDRO) attraverso strategie di gestione (attivazione protocolli isolamento e adozione idonee precauzioni) e interventi educativo/formativi al Personale in materia di rischio clinico e rischio infettivo e valutazioni "personalizzate", per ogni singolo assistito, al fine di contenere il rischio di contagio e la sicurezza delle cure tenendo in considerazione la qualità di vita e la partecipazione alle attività di gruppo e ricreativo/socializzanti degli assistiti.

Di seguito si riportano alcune tra le azioni prioritarie identificate e intraprese:

- la collaborazione e la condivisione di "*best practices*";
- il recupero di un uso appropriato di antibiotici che ha previsto interventi formativi con AULSS 6 Euganea;
- il miglioramento della sorveglianza delle attività di controllo e di monitoraggio;

- la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e il contenimento della loro diffusione;
- l'uniformare le strategie di gestione per la prevenzione e il controllo delle ICA;
- la formazione al Personale in materia di rischio clinico e rischio infettivo;
- la promozione di una visione olistica e multidisciplinare mediante l'approccio integrato "One Health" ("Una Salute") tra settore umano, animale e ambientale;
- il monitoraggio degli *outcomes* assistenziali.

Le attività identificate per la prevenzione e il controllo delle infezioni sono articolate e comprendono interventi di ordine strutturale/organizzativo, gestionale, procedurale e formativo al fine di promuovere la sicurezza e la qualità delle cure.

6. Alert – Report

Gli *Alert-Report* del sistema di gestione per la qualità e il rischio clinico intendono attirare l'attenzione su eventi potenzialmente rischiosi o su eventi avversi segnalati mediante il sistema di *Incident Reporting*.

Massima attenzione è stata rivolta in due situazioni occorse di particolare gravità, una caduta da sollevatore e una caduta con ausilio per la deambulazione, sia per la tipologia di evento accaduto che, in uno dei due casi, per l'esito dell'evento stesso.

Nel corso del biennio, a seguito di alcuni eventi avversi/*near miss* pervenuti ritenuti particolarmente significativi e al fine di richiamare l'attenzione e contenere il reiterarsi di tali eventi, sono stati realizzati n. 1 *Alert – Report* nell'anno 2024 e n. 5 *Alert – Report* nell'anno 2025.

Contestualmente alla tipologia di evento, nell'*Alert - Report* vengono recuperate e descritte le buone prassi (*Good practice*), citate le relative Raccomandazioni Ministeriali, i riferimenti normativi e le procedure/documenti interni alla Struttura.

Gli *Alert – Report* realizzati sono pubblicati e fruibili dal Portale aziendale nel contenitore denominato "Rischio Clinico" e vengono condivisi e consegnati al Personale neoassunto al momento dell'assunzione.

Alert- Report anno 2024

Alert – Report	Descrizione evento	Tipologia evento	Good practice	Riferimenti	Monitoraggio
1 – 2024	Inadeguata procedura assistenziale (caduta assistito sollevatore)	E.A.	Predisposta <i>Checklist</i> prima della manovra assistenziale	Raccomandazione Ministeriale n. 13 -Indicazioni posizionamento del Servizio Riabilitazione	- n. tot. neoassunti formati/anno - n. tot. eventi avversi- <i>near miss</i> /anno

Alert- Report anno 2025

Alert – Report	Descrizione evento	Tipologia evento	Good practice	Riferimenti	Monitoraggio
1 – 2025	Inadeguata procedura assistenziale (spostamento interno assistito)	E.A.	Promozione della consapevolezza del contesto e del lavoro di gruppo	Elenco assistiti con disturbo del comportamento	Condivisione buone prassi in situazioni analoghe o definite a rischio

2 - 2025	Prestazione assistenziale su assistito non corretto	E.A.	Verifica corretta identità assistito	Raccomandazione Ministeriale n. 3	- n. tot. neoassunti formati/anno - n. tot. eventi avversi- <i>near miss</i> /anno
3 - 2025	Inadeguata procedura assistenziale (caduta assistito con ausilio movimentazione)	E.S. (Segnalato al Ministero della Salute Indagine in corso)	Recupero buone prassi: misure ambientali, organizzative e assistenziali	Raccomandazione Ministeriale n. 13 -Regolamento Interno -Opuscolo informativo interno prevenzione cadute	- n. tot. neoassunti formati/anno - n. tot. cadute assistiti/anno per Centro Servizi - n. tot. cadute assistiti con esito grave
4 - 2025	Inadeguato processo assistenziale (preparazione terapia)	E.A.	Recupero regole e determinanti per la e la sicurezza e qualità	Raccomandazione Ministeriale processo unico del farmaco -Codice deontologico -Legge n.24/2017	-n. tot. segnalazioni di IR eventi avversi processo terapia/anno
5 - 2025	Inadeguato processo assistenziale (caduta assistito)	E.A.	Recupero misure e strategie	Raccomandazione Ministeriale n. 13 - Opuscolo informativo interno prevenzione cadute	- n. tot. segnalazioni di IR cadute assistito/anno (Non pubblicato)

7. Piano di Miglioramento - Diagramma di Gantt

È presente un *Diagramma di Gantt* annuale con esplicitate le azioni di miglioramento intraprese nel corso degli anni 2024 e 2025 e i tempi di realizzazione a seguito della ricezione delle segnalazioni degli eventi avversi/*near miss*/sentinella e dell'analisi nel caso di situazioni/ambiti identificati come "a rischio", le conseguenti azioni di miglioramento poste in essere e il successivo monitoraggio.

8. Stesura/revisione Procedure

Nel corso del biennio 2024 – 2025 sono state revisionate varie procedure già esistenti e realizzate alcune nuove procedure, tra queste alcune specifiche e relative alla metodologia del *Risk Management* e alla promozione della cultura della sicurezza, con l'obiettivo di uniformare le modalità, incrementando la loro diffusione e applicazione a livello strutturale e come azione di miglioramento a seguito di errori/inadeguatezze segnalate e/o situazioni di rischio identificate.

Alcune procedure approvate e diffuse da Azienda ULSS n. 6 sono state interamente recepite. È stato realizzato nel 2024 un Opuscolo informativo sul tema del "Rischio Infezioni" per il contenimento del rischio di contagio delle infezioni nelle Strutture Residenziali (RSA): "Informazioni regole e buone pratiche" e un Opuscolo informativo sulla metodologia dei "Giri per la sicurezza" (SWR).

9. *Proposte/Progetti intrapresi*

- a. La procedura "Accertamento Qualità" è stata revisionata (Rev. 1.0) e denominata "Giri per la sicurezza (SWR). Prevede l'accesso interno programmato nei Nuclei/Servizi, al momento per i farmaci/presidi e per le attività poliambulatoriali, con *checklist ad hoc* "Farmaci e Presidi" e "Qualità attività poliambulatoriali" coinvolgendo rispettivamente, per pertinenza e competenza di ambito, il Servizio Farmacia e il Servizio Infermieristico e il Servizio Poliambulatoriale. La finalità di tale metodologia è identificare i rischi attuali o potenziali che potrebbero portare ad eventi avversi/*near miss* e verificare/valutare le eventuali vulnerabilità del sistema e dei processi. L'obiettivo consiste nell'introdurre misure preventive e/o correttive, migliorare la sicurezza delle cure e realizzare le condizioni per interventi mirati sia di tipo proattivo che reattivo. Negli anni precedenti gli accessi hanno già coinvolto l'Area Anziani e alcuni Nuclei dell'Area della Disabilità.

La metodologia prevede interviste al Personale e l'utilizzo di una *checklist* strutturata costituita da una serie di *item* con domande per ogni aspetto da individuare e valutare.

La visita programmata si propone di supportare i Responsabili di Nucleo/Servizio nell'intercettare, assieme, le eventuali falle e/o criticità nei processi al fine di intervenire preventivamente nell'ottica del miglioramento della sicurezza e dell'incremento della qualità. Inoltre, il modello prevede l'impegno nel monitorare nel tempo, attraverso l'identificazione di opportuni indicatori, le azioni correttive e di miglioramento intraprese e mantenere un elevato e omogeneo standard qualitativo.

L'obiettivo che ci si propone è di proseguire con gli accessi interni programmati denominati "Giri per la sicurezza" (SWR) nei Nuclei/Servizi ed ampliare il modello stesso introducendo nuove *checklist* relative ad ambiti identificati come vulnerabili e ad elevato rischio ("codice rosso") per alta probabilità e alto impatto.

Nel corso del biennio 2024/2025 la programmazione dei SWR è stata temporaneamente sospesa per motivi di riorganizzazione strutturali. I SWR verranno ripresi nel corso dell'anno 2026.

- b. Si è scelto di utilizzare lo strumento *Failure Mode and Effects Analysis (FMEA/FMECA)* per la verifica del processo delle vaccinazioni e avviato il "Punto Unico Vaccinazioni (PUV)" presso il Servizio Poliambulatoriale.

Si fa presente che, sia l'anno 2024, che il 2025, hanno richiesto ancora un grande sforzo in termini di risorse ed energie nella gestione del contenimento del rischio contagio da Covid-19 con continui adeguamenti a seguito di nuovi aggiornamenti normativi e disposizioni regionali, rivalutazioni e analisi dei rischi, gestione dei servizi, nuovi monitoraggi e *screening* dei tamponi di diagnosi, revisione delle modalità di contenimento del rischio infettivo, interventi informativo/formativi, nonché l'importante impegno che ha coinvolto più Servizi nell'attuazione della campagna vaccinale al fine di garantire la sicurezza e la salute degli assistiti fragili e anziani. La campagna vaccinale realizzata ha concretizzato un incremento delle vaccinazioni assicurando la somministrazione di vaccini anche con richiami programmati multi dose in linea con il Piano Regionale della prevenzione delle malattie trasmissibili nel paziente fragile con particolare riferimento a quelle prevenibili con vaccinazione.

La campagna vaccinale è stata rivolta sia agli ospiti che operatori sanitari e non sanitari.

Per gli assistiti ha previsto, oltre alla vaccinazione anti-Covid e influenzale, l'anti pneumococcica e i relativi richiami.

- c. Sono stati attivati i Nuclei per l'accoglienza di Ospiti adulti (maschi e femmine) con disabilità intellettiva e disturbi del comportamento e della condotta ed altre condizioni medico-psichiatriche. Molti adulti con disabilità intellettiva vengono segnalati dai Servizi territoriali come aventi gravi problematiche comportamentali e oltre a diagnosi psichiatriche.

Alcuni Nuclei sono stati dedicati all'inserimento e all'accoglienza di Ospiti con presenza di disturbi comportamentali e possibilità di manifestazioni aggressive o atti di violenza, per rispondere, in modo appropriato, alle nuove domande del territorio. Il fenomeno delle manifestazioni aggressive è in aumento per molteplici cause, tra queste le nuove priorità assistenziali e le nuove emergenze sanitarie con un incremento di patologie con disturbo psichiatrico, abuso di sostanze stupefacenti anche in soggetti molto giovani, difficoltà familiari, economiche, lavorative e organizzative.

Questi Nuclei necessitano di strategie di gestione e di intervento specifiche atte a regolarne, ove possibile, il comportamento e ad identificare percorsi di adattamento che permettano progressivamente un inserimento in altri nuclei abitativi.

Per il contenimento del rischio aggressione, a fronte dei nuovi bisogni emergenti, sono stati organizzati e attivati, nel corso dell'anno 2025, dei corsi di formazione rivolti a tutto il Personale di assistenza in modalità FAD relativamente al "Rischio Aggressione" e all'acquisizione di tecniche di tutela personale.

- d. È stato proposto e presentato, nel corso dell'anno 2024/2025, un progetto per la realizzazione e l'apertura di un assetto organizzativo dedicato alla prevenzione e alla sorveglianza/contrasto delle infezioni da germi multiresistenti (*Multi-Drug Resistant Organisms-MDRO*) e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) per il contenimento del rischio infettivo e per il recupero dell'appropriatezza clinico – organizzativa (PNCAR 2022-2025).

Sono stati attivati corsi di formazione in modalità FAD per il Personale sanitario relativamente al Rischio Clinico e alle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).

10. Formazione in materia di Risk Management

Viene definito e implementato un Piano Formativo annuale per tutto il Personale, tenuto conto dell'analisi dei bisogni formativi e delle caratteristiche assistenziali degli Ospiti.

Nel corso del biennio 2024-2025 la Direzione ha continuato ad investire anche nella formazione e sensibilizzazione in materia di rischio sanitario.

Il Piano per il biennio 2024-2025, ha previsto percorsi di apprendimento e approfondimento in particolare per il contenimento del rischio infettivo e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), diffuso un Corso sulle Lesioni da Pressione e il sul Rischio Aggressioni (di competenza dell'Area Risorse Umane gli episodi di aggressività e/o violenza e gli infortuni a danno degli operatori sanitari), come citato al paragrafo n. 8 Proposte/Progetti di cui sopra.

Realizzata, inoltre, la formazione relativa al Rischio Clinico - corso base, n. 2 edizioni nell'anno 2024 con destinatari della formazione i Responsabili di Nucleo/Servizio e n. 1 corso di formazione per il Personale OSS del Servizio Poliambulatoriale.

Incontrato il Personale in sede di assunzione per la diffusione di contenuti e documenti relativi al *Risk Management* per un totale di n. 61 dipendenti/anno 2024 e n. 61 dipendenti/anno 2025.

Realizzati n. 3 corsi di formazione itineranti all'interno dei Nuclei in materia di Rischio Clinico/sanitario e sicurezza del paziente e dell'operatore.

Attivati Corsi per le manovre di primo soccorso e *BLSD - Basic Life Support Defibrillation*.

Per l'anno 2026 si propone un "Piano annuale per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario" specifico e dedicato all'applicazione della metodologia del *Risk Management* per la promozione della sicurezza e qualità delle cure.

11. Visite ispettive/valutative esterne

Data	Visita ispettiva	Note
Data 03/01/2024	Dipartimento di Prevenzione UOC Igiene e Sanità Pubblica	Campionamento acqua-Legionella
Data 15/02/2024	Accesso in Struttura Referente Gestione Processi Area Anziani AULSS 6	<i>Checklist</i> di verifica terapia farmacologica C. S. CMT
Data 18/04/2024	<i>Audit</i> Ditta Rina Certificazione Qualità Cooperativa Alba	Verifica Ditta esterna Qualità attività infermieristiche Coop. Alba presso il C. S. Kolbe
Data 21/10/2024	<i>Audit</i> interno Coop. Alba con Resp. Qualità	Verifica qualità attività infermieristiche C. S. CMT e Kolbe Coop. Alba
Data 27/02/2024	Accesso in Struttura Referente Gestione Processi Area Anziani AULSS 6	<i>Checklist</i> di verifica Assistenza presso i CSA
Data 09/05/2025	<i>Audit</i> interno Coop. Alba con Resp. Qualità	Verifica qualità attività infermieristiche C. S. CMT Coop. Alba
Data 20/05/2025	Visita C. S. CMT, S. M. Kolbe, Casa Mons. G. Bortignon	Rinnovo Accredimento C. S. Area Anziani
Data 27/06/2025	<i>Audit</i> interno Coop. Alba con Resp. Qualità	Verifica qualità attività infermieristiche C. S. CMT Coop. Alba

12. Verifica funzionamento dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali

A carico di Studio SIPRO S.R.L. la verifica biennale prevista sul funzionamento dei dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali.

13. Monitoraggio indicatori Piano Annuale di Risk Management biennio 2024/2025

INDICATORI	ANNO 2024	ANNO 2025
- N. tot. procedure/documenti realizzati in materia di rischio clinico-rischio aggressioni/anno	2	3
- n. tot. moduli/schede di segnalazione realizzate specifiche per il rischio aggressioni/anno	/	1
- n. tot. segnalazioni di eventi avversi/ <i>near miss</i> , sentinella segnalati per rischio aggressione/anno	12	25
- tot. segnalazioni di eventi avversi/ <i>near miss</i> , sentinella prese in carico per rischio aggressione/anno	4	15
- n. tot. neo-assunti/anno incontrati per condivisione contenuti in materia di rischio clinico	61	61
- n. tot. operatori formati rischio aggressioni (tecniche di auto protezione anno/n. tot. di Personale	Personale di Assistenza	Personale di Assistenza
- n. tot. edizioni in materia di rischio clinico/anno (corso base totale n. 3 ore per edizione), argomenti trattati: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Introduzione ai contenuti di rischio clinico/sanitario; ✓ alcune definizioni: rischio clinico, errore, pericolo/rischio; ✓ finalità del <i>Risk Management</i>; ✓ sviluppo nel contesto nazionale e regionale; ✓ metodologia e approccio proattivo e reattivo: alcuni strumenti <i>Significant Event Audit</i>, (<i>SEA</i>), la <i>Checklist</i>; ✓ le Raccomandazioni Ministeriali; ✓ il sistema di <i>Incident Reporting</i>. definizione di evento avverso/<i>near miss</i>/sentinella; ✓ cenni introduttivi alle abilità non tecniche (<i>NTS</i>) 	2 (Resp. Nucleo/Serv.) 1 (Personale OSS Pol.) 2 (Itineranti Nuclei)	2 Personale sanitario/socio-sanitario/ amministrativo
- n. tot. <i>Significant Event Audit (SEA)</i> /anno	6	3
- n. tot. <i>Alert-Report</i> /anno	1	4 + 1 (non diffuso)

14. Conclusioni

La sicurezza delle cure è ritenuta "componente strutturale dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e rappresenta un aspetto fondamentale del governo clinico nell'ottica del miglioramento della qualità" (Ministero della Salute).

Col il termine *Risk Management* si intende la Gestione del Rischio Clinico/Sanitario, ovvero la gestione dei rischi correlati alle attività sanitarie al fine di garantire la sicurezza delle cure all'assistito.

Il *Piano di Risk Management (PARM)* è uno strumento che esprime l'impegno della Struttura nel gestire il rischio clinico/sanitario, permette di definire gli obiettivi e pianificare gli interventi in termini di sicurezza del paziente, oltre che focalizzarsi sulle azioni di miglioramento poste in essere a seguito di opportune analisi.

Tale gestione prevede la prevenzione di ogni intervento indesiderabile, prevedibile e prevenibile, l'apprendimento dall'errore con lo scopo di prevenire altre situazioni simili e la gestione dei casi nelle fasi immediatamente successive all'evento.

15. Prospettive

La gestione del *Risk Management* nasce come parte integrante del sistema organizzativo aziendale, trova riscontro nell'applicazione della normativa vigente e nel modello organizzativo definito dalla Regione del Veneto e dai requisiti ulteriori di accreditamento definiti nell'Allegato A del Decreto del Ministero della Salute, 19 dicembre 2022.

Le priorità relative alla gestione del *Risk Management* per l'anno 2026 si concentrano sui seguenti ambiti:

- proseguire l'azione di sensibilizzazione e di formazione di *tutto* il Personale relativamente alla gestione del *Risk Management*;
- adeguare l'organizzazione al contesto normativo attuale richiesto dalla Regione Veneto per quanto concerne il sistema di gestione del rischio sanitario;
- registrare in modo puntuale gli eventuali eventi avversi/*near miss* attraverso il sistema di *Incident Reporting* e presa in carico della segnalazione;
- attivare/implementare il sistema di *Incident Reporting* informatizzato;
- garantire l'accurata analisi degli eventi segnalati e la successiva valutazione delle azioni di miglioramento da intraprendere;
- definire gli appropriati indicatori di miglioramento e il relativo monitoraggio;
- continuare la promozione degli *Audit di Evento Significativo (SEA)* nei Nuclei/Servizi e diffondere la cultura della sicurezza e dell'apprendimento dall'errore;
- pianificare le visite programmate (Giri per la sicurezza- SWR) per garantire la sicurezza delle cure e la qualità dell'assistenza;
- proseguire l'attività di divulgazione delle Raccomandazioni Ministeriali e relativo materiale di rischio sanitario per il contenimento degli errori;
- diffondere il *Piano Annuale di Risk Management*;
- procedere con l'attività di consolidamento delle *best practice*.

Il *Piano Annuale di Risk Management (PARM)* per l'anno 2026 affronterà il tema del contenimento delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), problematica rilevante per il numero di casi e la morbosità e mortalità in aumento, oltre che per i costi complessivi di gestione, per il 50% prevenibili.

Titolo presentato per il *Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2026*: "Piano di prevenzione e controllo per la riduzione delle infezioni da multiresistenti (MDRO) e delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) - 3^a Edizione.

La *Relazione annuale consuntiva di Risk Management 2024-2025* è pubblicata sul sito internet aziendale, sezione -Amministrazione Trasparente- (art. 2 comma 5 Legge n. 24/2017 Legge Gelli/Bianco).