

Oggetto: **SEZ.2 PARS 2026**

**RELAZIONE ANNUALE SU EVENTI AVVERSI E AZIONI RISARCITORIE IN ATTUAZIONE DELLA L.24/2017**

La sicurezza nelle cure rappresenta un aspetto fondamentale per tutte le strutture sanitarie complesse, poiché:

- Coinvolge tutte le professioni e ogni livello di responsabilità, sia clinico che gestionale e amministrativo;
- Riguarda sia il comportamento degli operatori che l'organizzazione e il funzionamento delle strutture sanitarie.

Nelle realtà sanitarie il rischio zero non esiste quindi gli errori sono non completamente evitabili, sono insiti nell'organizzazione stessa che in quanto gestita da persone è soggetta ad errori.

Su questo le strutture di VILLA SILVIA ed il CENTRO POST CURA SAN NICOLA si sono prodigate per affrontare il rischio clinico, il che significa puntare a rendere il sistema di assistenza e di cura più sicuro, riducendo la frequenza degli errori e limitandone l'impatto sui pazienti, sugli operatori e sull'intera organizzazione.

Per realizzare tutto questo nell'organizzazione sanitaria ci si deve basare su una diffusa cultura della sicurezza che riconosca e segnali gli errori, li analizzi e sia disposta ad imparare da essi. Questa cultura si sviluppa nel tempo, grazie a un'organizzazione adeguata e a una formazione continua su tali aspetti.

Ciò ha portato ad un coinvolgimento attivo del personale sulle questioni del rischio clinico, in particolare le segnalazioni di errori e criticità, confrontandosi per trovare le cause dell'errore (mai il colpevole) e le azioni di miglioramento.

Infatti, le segnalazioni fatte dal personale indicano che all'interno dell'organizzazione sanitaria è presente una cultura aziendale che ha compreso come errori e criticità costituiscono una importantissima opportunità di apprendimento e di miglioramento continuo.

Ai sensi dell'articolo 2, comma 5, della Legge 24/2017, tutte le strutture sanitarie pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie sono tenute a redigere una **relazione annuale** consuntiva sugli eventi avversi occorsi al loro interno.

Tale documento deve analizzare le cause delle criticità emerse e illustrare le misure correttive adottate, al fine di prevenire il ripetersi di tali episodi e promuovere il miglioramento continuo della sicurezza.

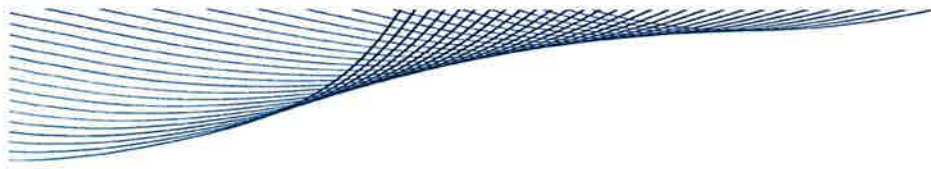
Detta relazione sarà **pubblicata sul sito internet della struttura.**

La fonte da cui derivano le segnalazioni è l'INCIDENT REPORTING, cioè il sistema di segnalazione su base volontaria da parte degli operatori strutturato per la raccolta di informazioni relative al verificarsi di:

- a) **QUASI EVENTI (NEAR MISS):** 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
- b) **EVENTI AVVERSI:** 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".

- c) **EVENTI SENTINELLA:** evento avverso di particolare gravità potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno alla persona, si considera grave danno qualsiasi conseguenza non intenzionale e indesiderabile derivante dall'evento avverso. Sono quindi da considerarsi eventi sentinella quegli eventi che determinano esiti o condizioni cliniche che comportino cambiamenti nel processo assistenziale.

È sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito e l'implementazione delle adeguate misure correttive



Sono stati svolti i seguenti strumenti per la gestione del rischio clinico: AUDIT CLINICO/SEA, SAFETY WALK AROUND, FMEA **con cadenza annuale (almeno uno all'anno)**.

È stato inoltre predisposto un **piano di formazione per il rischio clinico per l'anno 2026 avente ad oggetto i seguenti argomenti**: Piano di gestione del rischio clinico, raccomandazioni ministeriali applicabile alla struttura, buone pratiche AGENAS, segnalazione di quasi eventi (near miss) eventi avversi ed eventi sentinella con particolare riguardo al flusso SIMES, approccio reattivo e proattivo e relativi strumenti per la gestione del rischio in particolare l'audit clinico, l'incidente reporting, il safety walk around e la FMEA, le emergenze sanitarie e assistenziali ed in particolare le infezioni correlate all'assistenza.

All'interno della nostra struttura, la sicurezza degli ospiti e degli operatori è gestita attraverso un sistema proattivo e un sistema reattivo. Di seguito analizziamo le principali aree di rischio (sia di tipo sanitario e clinico, sia ambientale),

All'interno della struttura vi sono sempre **rischi in ambito sanitario**, questi ultimi, dato il loro impatto nell'erogazione e sicurezza delle cure, vengono costantemente monitorati. Di seguito il **monitoraggio dei rischi sanitari** individuati:

Di seguito saranno descritti gli eventi avversi in ambito sanitario (eventi sentinella, eventi significativi non sentinella e cadute) emersi attraverso i flussi informativi occorsi nel 2025

La descrizione di tali eventi avrà un carattere quantitativo (numero di eventi segnalati, numero di eventi presi in carico o archiviati); verranno inoltre descritte le iniziative di tipo reattivo poste in essere per prevenire il realizzarsi di eventuali eventi analoghi. Verranno inoltre declinati in un apposito paragrafo gli eventi correlati alla vigilanza dei dispositivi medici.

#### **A- Eventi sentinella**

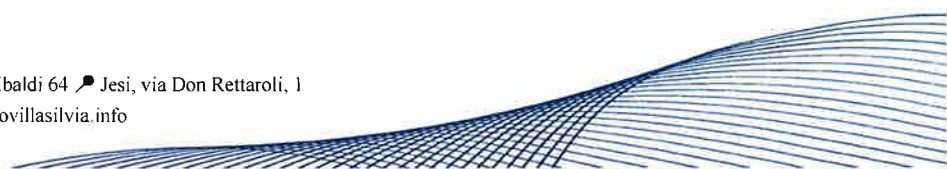
Per evento sentinella si intende un evento avverso di particolare gravità, che comporta morte o grave danno alla persona e/o perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del SSN e dei professionisti.

Nel corso dell'anno 2025 non si sono verificati eventi sentinella presso la Casa di Cura Villa Silvia e il Centro Post Cura San Nicola. Pertanto, non si è reso necessario procedere ad alcuna segnalazione ministeriale tramite il sistema SIMES.

#### **B- Eventi significativi non sentinella**

Con tale dicitura si definiscono quegli eventi inattesi, non intenzionali e indesiderabili, correlati al processo assistenziale, potenzialmente in grado di determinare un evento alla persona senza che, tuttavia, raggiungano fattivamente il paziente o l'operatore sanitario perché intercettati o per caso fortuito (c.d. "near miss"), o che pur raggiungendolo non comportino danno alla persona (c.d. "eventi senza danno") o che infine comportino un danno al paziente/operatore sanitario, di entità tale da non poterli classificare come "eventi sentinella".

Nella tabella di seguito riportata vengono analizzati i dati salienti qualitativi e quantitativi relativi agli eventi avversi/near miss/ eventi senza danno (INCIDENT REPORTING) rilevati nel 2025.



| MACROLIVELLO                 | Degenza Villa Silvia | Degenza Centro San Nicola | Totale |
|------------------------------|----------------------|---------------------------|--------|
| N° EVENTI SEGNALATI (Totali) | 3                    | 0                         | 3      |
| N° EVENTI ARCHIVIATI         | 2                    | 0                         | 0      |
| Classificazione eventi       |                      |                           |        |
| Evento avverso               | 1                    | 0                         | 0      |
| Quasi evento                 | 2                    | 0                         | 0      |

Sono state inoltre poste in essere le seguenti iniziative per gestire il Rischio Clinico:

| Iniziative avviate                                    | Degenza Villa Silvia | Degenza Centro San Nicola | Totale |
|-------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|--------|
| n° azioni di miglioramento totali programmate         | 6                    | 0                         | 6      |
| Di cui:                                               |                      |                           |        |
| n°azioni di miglioramento concluse                    | 0                    | 0                         | 0      |
| n°azioni di miglioramento riprogettate                | 4                    | 0                         | 4      |
| n°azioni di miglioramento in corso di implementazione | 2                    | 0                         | 2      |
| n°azioni di miglioramento revocate                    | 0                    | 0                         | 0      |

### C- Eventi cadute

Le cadute, che rappresentano uno dei più comuni eventi avversi riscontrati in Sanità, vengono definite dal Ministero della Salute come un "improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica" del paziente.

Nella seguente tabella vengono riportate le cadute segnalate all'interno delle 2 strutture di San Nicola Gestione Sanitaria nel corso del 2025, suddivise quantitativamente per macroarea di accadimento.

| Tipologia                                                   | Degenza Villa Silvia | Degenza Centro San Nicola | Totale |
|-------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|--------|
| N ° segnalazioni cadute senza esiti clinici significativi   | 10                   | N.A.                      | 10     |
| N° segnalazioni con esiti significativi (Eventi sentinella) | 0                    | N.A.                      | 0      |
| Totale eventi caduta                                        | 10                   | N.A.                      | 10     |

Le 10 cadute sono state segnalate attraverso l'applicativo SAXSOS della Cartella Clinica Elettronica.

Nella seguente tabella vengono riportate le cadute segnalate all'interno delle 2 strutture di San Nicola Gestione Sanitaria nel corso del 2025, suddivise quantitativamente per macroarea di accadimento.

| Tipologia                                                   | Degenza Villa Silvia | Degenza Centro San Nicola | Totale |
|-------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|--------|
| N° segnalazioni cadute senza esiti clinici significativi    | 10                   | N.A.                      | 10     |
| N° segnalazioni con esiti significativi (Eventi sentinella) | 0                    | N.A.                      | 0      |
| Totale eventi caduta                                        | 10                   | N.A.                      | 10     |

#### D- Segnalazioni su dispositivi medici

Per dispositivo medico, in base al Regolamento 2017/745/UE, si intende un "qualunque strumento, apparecchio, apparecchiatura, software, impianto, reagente, materiale o altro articolo, destinato dal fabbricante a essere impiegato sull'uomo, da solo o in combinazione, per una o più delle seguenti destinazioni d'uso mediche specifiche: diagnosi, prevenzione, monitoraggio, previsione, prognosi, trattamento o attenuazione di malattie – diagnosi, monitoraggio, trattamento, attenuazione o compensazione di una lesione o di una disabilità – studio, sostituzione o modifica dell'anatomia oppure di un processo o stato fisiologico o patologico – fornire informazioni attraverso l'esame in vitro di campioni provenienti dal corpo umano, inclusi sangue e tessuti donati, e che non esercita nel o sul corpo umano l'azione principale cui è destinato mediante mezzi farmacologici, immunologici o metabolici, ma la cui funzione può essere coadiuvata da tali mezzi."

Nel 2025 non ci sono state segnalazioni o reclami nel merito.

#### D - Gestione Sinistri e infortuni lavoratori

- a) Nel 2025 sono pervenute n° 3 richieste risarcitorie;
- b) N.01 infortunio nell'anno 2025, aperto il 16/11/2025 (in itinere)

#### E- Revisione della Documentazione sanitaria

La documentazione sanitaria della Casa di Cura Villa Silvia e del Centro Post Cura San Nicola si avvale attualmente, per le attività di compilazione, gestione, chiusura e controllo, dell'applicativo SAXOS. Alla luce del processo di informatizzazione implementato, la documentazione sanitaria può pertanto essere definita documentazione sanitaria elettronica.

Vi sono anche dei **rischi ambientali** all'interno della struttura. Per quanto riguarda il **monitoraggio rischi ambientali** ci sono vari aspetti da considerare, riportati nella tabella sottostante:

| MONITORAGGIO DEI RISCHI AMBIENTALI |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TIPOLOGIA DI RISCHI                | DOCUMENTO DI RIFERIMENTO               | AZIONI MESSE IN ATTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>SICUREZZA IDRICA</b>            | DOCUMENTO VALUTAZIONE DEI RISCHI (DVR) | Al fine di prevenire rischi chimici e microbiologici (es. <i>Legionella</i> ), la struttura ha adottato un protocollo di prevenzione e controllo sistematico. Tale piano garantisce la qualità dell'acqua di approvvigionamento, monitora l'efficacia dei trattamenti e assicura l'integrità della rete di distribuzione. Le attività di verifica sono affidate a una società esterna specializzata. |
| <b>SICUREZZA STRUTTURALE</b>       | DOCUMENTO VALUTAZIONE DEI RISCHI (DVR) | La struttura, di recente costruzione, rispetta i più moderni standard edilizi. Periodici sopralluoghi tecnici confermano l'assenza di rischi strutturali e l'idoneità di tutti i reparti, garantendo un ambiente sicuro per ospiti e operatori.                                                                                                                                                      |

|                             |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>GESTIONE DEI RIFIUTI</b> | DOCUMENTO VALUTAZIONE DEI RISCHI (DVR) | La struttura osserva scrupolosamente le normative nazionali, regionali e locali. Per quanto riguarda la raccolta, il trasporto e lo smaltimento dei rifiuti speciali (pericolosi e non), l'ente si avvale della collaborazione di un partner esterno certificato. |
|-----------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Per ciò che attiene al **monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali**, a partire dal 2005, il Ministero della Salute ha emanato **19 Raccomandazioni** volte a sensibilizzare gli operatori sulle aree di attività a maggior rischio clinico e a fornire strumenti efficaci per la prevenzione degli eventi avversi. L'obiettivo primario è promuovere la responsabilità individuale e un cambiamento sistemico nell'organizzazione.

Per tradurre operativamente tali contenuti nei processi lavorativi, è fondamentale monitorare i fattori organizzativi e socio-comportamentali che influenzano l'adesione alle procedure.

La tabella seguente illustra l'applicabilità delle raccomandazioni, la mappatura dello stato di avanzamento e il rispetto delle disposizioni vigenti.

| N° | RACCOMANDAZIONE                                                                                                                                | APPLICABILITA'  | SITUAZIONE                                                                                                                                    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | <u>CORRETTO UTILIZZO DELLE SOLUZIONI CONCENTRATE DI CLORURO DI POTASSIO -KCL- ED ALTRE SOLUZIONI CONCENTRATE CONTENENTI POTASSIO</u>           | Non Applicabile | /                                                                                                                                             |
| 2  | <u>PREVENIRE LA RITENZIONE DI GARZE, STRUMENTI O ALTRO MATERIALE ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO</u>                                           | Non Applicabile | /                                                                                                                                             |
| 3  | <u>CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA</u>                                                            | Non Applicabile | /                                                                                                                                             |
| 4  | <u>PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE</u>                                                                                        | Applicabile     | La raccomandazione in oggetto è stata recepita all'interno della procedura applicata in struttura. tale procedura viene monitorata ogni anno. |
| 5  | <u>PREVENZIONE DELLA REAZIONE TRASFUSIONALE DA INCOMPATIBILITÀ ABO</u>                                                                         | Non Applicabile | /                                                                                                                                             |
| 6  | <u>PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO</u>                                                                        | Non Applicabile | /                                                                                                                                             |
| 7  | <u>PREVENZIONE DELLA MORTE, COMA O GRAVE DANNO DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA</u>                                                 | Applicabile     | La raccomandazione in oggetto è stata recepita all'interno della procedura applicata in struttura. tale procedura viene monitorata ogni anno. |
| 8  | <u>PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI IN AMBITO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO A CAUSA DELL'ESERCIZIO DELLE LORO FUNZIONI</u> | Applicabile     | La raccomandazione in oggetto è stata recepita all'interno della procedura applicata in struttura. tale procedura viene monitorata ogni anno. |

|    |                                                                                                                                                                  |                 |                                                                                                                                               |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9  | <b><u>PREVENZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI CONSEGUENTI AL Malfunzionamento dei Dispositivi Medici/Apparecchi Elettromedicali</u></b>                                 | Applicabile     | La raccomandazione in oggetto è stata recepita all'interno della procedura applicata in struttura. tale procedura viene monitorata ogni anno. |
| 10 | <b><u>PREVENZIONE DELL'OSTEONECROSI DELLA MASCELLA/MANDIBOLA DA BIFOSFONATI</u></b>                                                                              | Non Applicabile | /                                                                                                                                             |
| 11 | <b><u>MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTI AD UN Malfunzionamento del Sistema di Trasporto (Intraospedaliero, Extraospedaliero)</u></b>                               | Applicabile     | La raccomandazione in oggetto è stata recepita all'interno della procedura applicata in struttura. tale procedura viene monitorata ogni anno. |
| 12 | <b><u>PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CON FARMACI "LOOK-ALIKE/SOUND-ALIKE"</u></b>                                                                           | Applicabile     | La raccomandazione in oggetto è stata recepita all'interno della procedura applicata in struttura. tale procedura viene monitorata ogni anno. |
| 13 | <b><u>PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE</u></b>                                                                         | Applicabile     | La raccomandazione in oggetto è stata recepita all'interno della procedura applicata in struttura. tale procedura viene monitorata ogni anno. |
| 14 | <b><u>PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CON FARMACI ANTINEOPLASTICI</u></b>                                                                                    | Non Applicabile | /                                                                                                                                             |
| 15 | <b><u>MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE A NON CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE TRIAGE NELLA CENTRALE OPERATIVA 118 E/O ALL'INTERNO DEL PRONTO SOCCORSO</u></b>     | Non Applicabile | /                                                                                                                                             |
| 16 | <b><u>RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITÀ PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO &gt; 2500 GRAMMI NON CORRELATA A MALATTIA CONGENITA</u></b> | Non Applicabile | /                                                                                                                                             |
| 17 | <b><u>RACCOMANDAZIONE PER LA RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA</u></b>                                                                                               | Applicabile     | La raccomandazione in oggetto è stata recepita all'interno della procedura applicata in struttura. tale procedura viene monitorata ogni anno. |
| 18 | <b><u>RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEGUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI</u></b>                         | Applicabile     | La raccomandazione in oggetto è stata recepita all'interno della procedura applicata in struttura. tale procedura viene monitorata ogni anno. |
| 19 | <b><u>RACCOMANDAZIONE PER LA MANIPOLAZIONE DELLE FORME FARMACEUTICHE ORALI SOLIDE</u></b>                                                                        | Applicabile     | La raccomandazione in oggetto è stata recepita all'interno della procedura applicata in struttura. tale procedura viene monitorata ogni anno. |

Per quanto attiene alla **sinistrosità e i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio** si rinvia alla tabella sottostante:

| ANNO | N° SINISTRI APERTI | LIQUIDATI | EURO |
|------|--------------------|-----------|------|
| 2021 | 0                  | 0         | 0    |
| 2022 | 4 <sup>1</sup>     | 1         | 7015 |
| 2023 | 0                  | 0         | 0    |
| 2024 | 0                  | 0         | 0    |
| 2025 | 0                  | 0         | 0    |

## DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

| DESCRIZIONE POSIZIONE ASSICURATIVA |                                                        |                                     |                                  |            |             |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|------------|-------------|
| ANNO                               | POLIZZA<br>(SCADENZA)                                  | COMPAGNIA<br>ASSICURATIVA           | PREMIO                           | FRANCHIGIA | BROKERAGGIO |
| 2019                               | Periodo copertura<br>annua<br>01/02/2019<br>31/01/2020 | Assi-france srl<br>UnipolSai Ass.ni | 19.108,90                        | 2.500,00   |             |
| 2020                               | Periodo copertura<br>annua<br>01/02/2020<br>31/01/2021 | Assi-france srl<br>UnipolSai Ass.ni | 14.320,00                        | 2.500,00   |             |
| 2021                               | Periodo copertura<br>annua<br>01/02/2021<br>31/01/2022 | Assi-france srl<br>UnipolSai Ass.ni | 19.036,00                        | 2.500,00   |             |
| 2022                               | Periodo copertura<br>annua<br>01/02/2022<br>31/01/2023 | Assi-france srl<br>UnipolSai Ass.ni | 20.160,00                        | 2.500,00   |             |
| 2023                               | Periodo copertura<br>annua<br>01/02/2023<br>31/01/2024 | Assi-france srl<br>UnipolSai Ass.ni | 20.103,00                        | 2.500,00   |             |
| 2024                               | Periodo copertura<br>annua<br>01/02/2024<br>31/01/2025 | Assi-france srl<br>UnipolSai Ass.ni | 13.850,00<br>+<br>Reg.<br>premio | 2.500,00   |             |
| 2025                               | Periodo copertura<br>annua<br>31/01/2025<br>31/01/2026 | Sara divisione ala                  | 40.500,00                        | 10.000,00  |             |
| 2026                               | Periodo copertura<br>annua<br>31/01/2025<br>31/01/2026 | Lloyd's dual<br>healthcare          | 36.000,00                        | 10.000,00  | SI          |

Per ogni altra informazione inerente all'aspetto assicurativo ci si potrà rivolgere agli uffici competenti.

<sup>1</sup> 2022: dei quattro sinistri, uno risultata chiuso non pagando alcun risarcimento, uno chiuso con il risarcimento erogato, due risultano non ancora chiusi

## REPORT DELLE ATTIVITA' REALIZZATE NEL CICLO PRECEDENTE

Nel piano di gestione del rischio 2025 si proponeva di realizzare i seguenti obiettivi comuni a tutte e due le strutture:

**OBIETTIVO: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure**

**ATTIVITA' 1:** PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI ALMENO UN CORSO BASE DI GESTIONE DEL RISCHIO (formazione dei facilitatori)

|                                                                                                                                                    |              |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|
| INDICATORE: PROGETTAZIONE/ESECUZIONE DI ALMENO UN CORSO ENTRO 31/12/2025<br>(n.corsi sulla formazione sul rischio clinico/n.totale corsi eseguiti) |              |                        |
| STANDARD:100%                                                                                                                                      |              | FONTE: RISK MANAGEMENT |
| MATRICE DELLA RESPONSABILITA'                                                                                                                      |              |                        |
| AZIONE                                                                                                                                             | RISK MANAGER | DIREZIONE/FORMAZIONE   |
| PROGETTAZIONE CORSO                                                                                                                                | C            | R                      |
| ESECUZIONE CORSO                                                                                                                                   | C            | R                      |

R: RESPONSABILE; C: COINVOLTO

**ATTIVITA' 2:** PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI UN CORSO SUL MONITORAGGIO DELLE ICA

|                                                                                                                                    |                                                    |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------|
| INDICATORE: PROGETTAZIONE/ESECUZIONE DI ALMENO UN CORSO ENTRO 31/12/2025<br>(n.corsi sul monitoraggio ICA/n.totale corsi eseguiti) |                                                    |                        |
| STANDARD:100%                                                                                                                      |                                                    | FONTE: RISK MANAGEMENT |
| MATRICE DELLA RESPONSABILITA'                                                                                                      |                                                    |                        |
| AZIONE                                                                                                                             | RISK MANAGER /<br>COORDINATRICE<br>INFERMIERISTICA | DIREZIONE / FORMAZIONE |
| PROGETTAZIONE CORSO                                                                                                                | C                                                  | R                      |
| ESECUZIONE CORSO                                                                                                                   | C                                                  | R                      |

R: RESPONSABILE; C: COINVOLTO

**OBIETTIVO: 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**

**ATTIVITA' 1:** REVISIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DEL SISTEMA DI DELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

|                                                                                                                                                                                           |              |                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|
| INDICATORE: REVISIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO ENTRO 31/12/2025<br>(documentazione implementata/documentazione da implementare) |              |                        |
| STANDARD:90%                                                                                                                                                                              |              | FONTE: RISK MANAGEMENT |
| MATRICE DELLA RESPONSABILITA'                                                                                                                                                             |              |                        |
| AZIONE                                                                                                                                                                                    | RISK MANAGER | DIREZIONE              |
| REVISIONE DOCUMENTAZIONE                                                                                                                                                                  | R            | C                      |
| INFORMAZIONE / FORMAZIONE DEL PERSONALE                                                                                                                                                   | R            | C                      |
| VERIFICA IMPLEMENTAZIONE                                                                                                                                                                  | R            | C                      |

R: RESPONSABILE; C: COINVOLTO

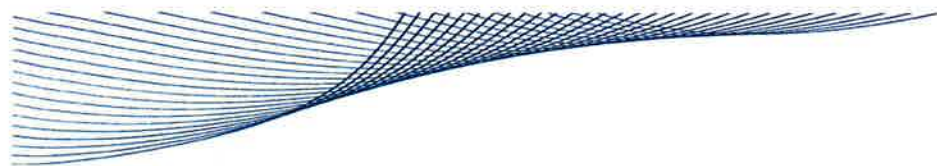
**ATTIVITA' 2:** PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI UN CORSO SULLA SEGNALEZIONE DI EVENTI NEAR MISS, EVENTI AVVERSI ED EVENTI SENTINELLA, CON RIGUARDO ALLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

**SAN NICOLA GESTIONE SANITARIA srl**

● Roma, via Quirino Majorana 203 ● Senigallia, viale Anita Garibaldi 64 ● Jesi, via Don Rettaroli, 1

☎ +390717927961 P.I. e C.F. 14954711009 EMAIL info@grupповillasilvia.info

PEC sannicolagestionisrl@legalmail.it



|                                                                                                                                                |              |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|
| INDICATORE: PROGETTAZIONE/ESECUZIONE DI ALMENO UN CORSO ENTRO 31/12/2025<br>(n.corsi sulla segnalazione degli eventi /n.totale corsi eseguiti) |              |                        |
| STANDARD:100%                                                                                                                                  |              | FONTE: RISK MANAGEMENT |
| MATRICE DELLA RESPONSABILITA'                                                                                                                  |              |                        |
| AZIONE                                                                                                                                         | RISK MANAGER | DIREZIONE / FORMAZIONE |
| PROGETTAZIONE CORSO                                                                                                                            | C            | R                      |
| ESECUZIONE CORSO                                                                                                                               | C            | R                      |

R: RESPONSABILE; C: COINVOLTO

**OBIETTIVO: Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.**

**ATTIVITA' 1:** PROGETTAZIONE E CORSO RELATIVO AGLI STRUMENTI UTILIZZATI PER L'APPROCCIO REATTIVO E PROATTIVO NELLA GESTIONE DEL RISCHIO (Root cause analysis (RCA), Significant event audit (SEA), Audit clinico, Incident reporting, Safety walkroud, interviste ad operatori e pazienti)

|                                                                                                                                                           |              |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|
| INDICATORE: PROGETTAZIONE/ESECUZIONE DI ALMENO UN CORSO ENTRO 31/12/2025<br>(n.corsi sugli strumenti per la gestione del rischio/n.totale corsi eseguiti) |              |                        |
| STANDARD:100%                                                                                                                                             |              | FONTE: RISK MANAGEMENT |
| MATRICE DELLA RESPONSABILITA'                                                                                                                             |              |                        |
| AZIONE                                                                                                                                                    | RISK MANAGER | DIREZIONE / FORMAZIONE |
| PROGETTAZIONE CORSO                                                                                                                                       | C            | R                      |
| ESECUZIONE CORSO                                                                                                                                          | C            | R                      |

R: RESPONSABILE; C: COINVOLTO

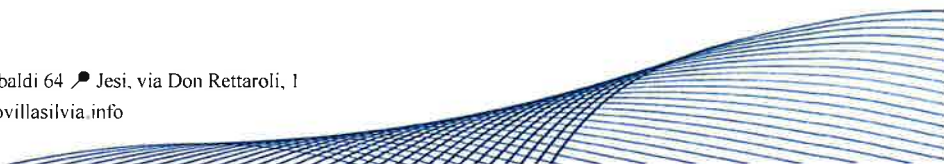
**ATTIVITA' 2:** SVOGIMENTO DI STRUMENTI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO

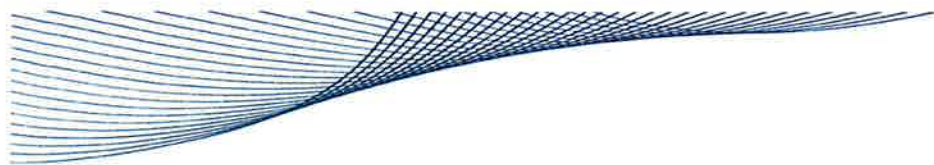
|                                                                                                                                                              |              |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|
| INDICATORE: SVOGIMENTO DI STRUMENTI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO ENTRO 31/12/2025<br>(n.strumenti per la gestione del rischio /n.totale strumenti utilizzati) |              |                        |
| STANDARD:100%                                                                                                                                                |              | FONTE: RISK MANAGEMENT |
| MATRICE DELLA RESPONSABILITA'                                                                                                                                |              |                        |
| AZIONE                                                                                                                                                       | RISK MANAGER | DIREZIONE / FORMAZIONE |
| STRUMENTI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO                                                                                                                        | R            | C                      |

**ATTIVITA' 3:** REVISIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI PROCEDURE E PROTOCOLLI INTERNI ALLA STRUTTURA VERIFICANDO LA CONFORMITA' CON RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI CON PARTICOLARE RIGUARDO A QUELLE APPLICABILI (cadute, suicidio, prevenire atti di violenza a danno degli operatori, farmaci)

|                                                                                                                                                                                                     |              |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|
| INDICATORE: REVISIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE IN CONFORMITA' CON LE<br>RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI ENTRO 31/12/2025<br>(documentazione implementata/documentazione da implementare) |              |                        |
| STANDARD:90%                                                                                                                                                                                        |              | FONTE: RISK MANAGEMENT |
| MATRICE DELLA RESPONSABILITA'                                                                                                                                                                       |              |                        |
| AZIONE                                                                                                                                                                                              | RISK MANAGER | DIREZIONE              |
| REVISIONE DOCUMENTAZIONE                                                                                                                                                                            | R            | C                      |
| INFORMAZIONE / FORMAZIONE<br>DEL PERSONALE                                                                                                                                                          | R            | C                      |
| VERIFICA IMPLEMENTAZIONE                                                                                                                                                                            | R            | C                      |

R: RESPONSABILE; C: COINVOLTO





**ATTIVITA' 4: FORMAZIONE SULLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI APPLICABILI ALLA STRUTTURA**

|                                                                                                                                                  |              |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|
| INDICATORE: PROGETTAZIONE/ESECUZIONE DI ALMENO UN CORSO ENTRO 31/12/2025<br>(n.corsi sugli raccomandazioni ministeriali/n.totale corsi eseguiti) |              |                        |
| STANDARD:100%                                                                                                                                    |              | FONTE: RISK MANAGEMENT |
| MATRICE DELLA RESPONSABILITA'                                                                                                                    |              |                        |
| AZIONE                                                                                                                                           | RISK MANAGER | DIREZIONE / FORMAZIONE |
| PROGETTAZIONE CORSO                                                                                                                              | C            | R                      |
| ESECUZIONE CORSO                                                                                                                                 | C            | R                      |

R: RESPONSABILE; C: COINVOLTO

**Tutti gli obiettivi sopra descritti sono stati realizzati per entrambe le strutture.**

27/05/2026

Risk Manager (consulente esterno)

Dott. Daniele Sturani

