



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO

Anno 2026

Revisione	Motivo	Data	Stesura	Verifica	Approvazione
0	Prima emissione	15/05/2026	Responsabile Rischio Clinico Dott. Antonio Macellari 	Direttore Medico Riabilitazione Dr.ssa Licia Petropulacos 	Direttore Generale Dr.ssa Laura Benedetto 

Sommario

Introduzione.....	3
Sezione 1	3
A) Piano Annuale di Risk Management (PARM).....	3
Contesto organizzativo.....	4
Modello organizzativo per la gestione del rischio clinico	10
Attività.....	14
B) Piano Annuale riduzione Infezioni Correlate Assistenza (PAICA)	17
Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo	20
Matrice delle responsabilità del PARS	22
Sezione 2	23
Relazione annuale su eventi avversi e azioni risarcitorie in attuazione della Legge n. 24/2017	23
Descrizione della posizione assicurativa	29
Report delle attività realizzate nel ciclo precedente	29
Modalità di diffusione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)	32
Riferimenti Normativi.....	33

Introduzione

L'articolo 1 della Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", stabilisce che "la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività". Al comma 2 si ribadisce che "la sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative". Al successivo comma 3 si specifica "alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale."

La sopra citata norma recepisce i principi della raccomandazione nel Consiglio d'Europa del 9 giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA). Tale raccomandazione prende atto del fatto che la sicurezza dei pazienti rappresenta una questione cruciale per la sanità pubblica, che il rischio rappresenta un elevato onere economico per la collettività e stabilisce una serie di misure per la prevenzione del rischio medesimo.

Nella Regione Marche l'attenzione nei confronti della qualità e la sicurezza delle cure e della persona assistita trova espressione nella definizione dei contenuti del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) e del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA), le cui linee di indirizzo sono contenute nella Delibera di Giunta Regionale n. 736 del 26 maggio 2025. Attraverso tali documenti, l'Azienda intende rendere pubblica la propria policy in tema di prevenzione dei rischi sanitari, integrando in essa anche il rischio infettivo correlato alle attività assistenziali.

Sezione 1

A) Piano Annuale di Risk Management (PARM)

Il Piano Annuale di Risk Management (PARM) è uno strumento programmatico adottato dalle strutture sanitarie e sociosanitarie per pianificare, attuare e monitorare le azioni finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio sanitario. Il PARM definisce obiettivi, strategie e attività operative volte a garantire la sicurezza delle cure, ridurre gli eventi avversi, promuovere la qualità delle prestazioni e rafforzare la cultura del rischio clinico tra i professionisti sanitari. È parte integrante delle politiche aziendali per la qualità e deve essere coerente con gli indirizzi regionali e nazionali in materia di sicurezza del paziente.

Il Piano Annuale di Risk Management (PARM) si propone di raggiungere i seguenti obiettivi:

- Promuovere la cultura della sicurezza delle cure, sensibilizzando tutto il personale sull'importanza della prevenzione e gestione del rischio clinico;
- Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, attraverso interventi mirati all'elevamento della qualità delle prestazioni e al monitoraggio e contenimento degli eventi avversi;
- Favorire una visione integrata della sicurezza, che includa non solo la tutela del paziente, ma anche il benessere degli operatori e l'affidabilità delle strutture sanitarie;

– Contribuire alle iniziative regionali in tema di risk management, riconoscendo e valorizzando la partecipazione attiva delle strutture a gruppi di lavoro e ad attività di rilevanza regionale, purché documentata.

Contesto organizzativo

Il presente documento si applica ai seguenti Centri di Riabilitazione, Ambulatori di Riabilitazione e Poliambulatori facenti parte della Divisione Operativa Riabilitazione e Psichiatria – Area Riabilitazione Marche di KOS Care s.r.l.:

Centri di riabilitazione:

- Centro Venerabile Marcucci, Ascoli Piceno
- Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena (MC)
- Residenza Villalba - RSA Villa Margherita, Macerata¹
- Villa Adria, Ancona
- Centro Santo Stefano Cagli (PU)
- Centro Santo Stefano Macerata Feltria (PU)
- Villa Fastiggi, Pesaro (PU)

Ambulatori di riabilitazione:

- Centro Ambulatoriale Santo Stefano Ascoli Piceno
- Centro Ambulatoriale Santo Stefano San Benedetto del Tronto (AP)
- Centro Ambulatoriale Santo Stefano Civitanova Marche (MC)
- Centro Ambulatoriale Santo Stefano Porto Potenza Picena (MC)
- Centro Ambulatoriale Santo Stefano Macerata
- Centro Ambulatoriale Santo Stefano Tolentino (MC)
- Centro Ambulatoriale Santo Stefano Camerino (MC)
- Centro Ambulatoriale Santo Stefano San Severino (MC)
- Centro Ambulatoriale Santo Stefano Matelica (MC)
- Centro Ambulatoriale Santo Stefano Filottrano (AN)
- Centro Ambulatoriale Santo Stefano Ancona
- Centro Ambulatoriale Santo Stefano Jesi (AN)
- Centro Ambulatoriale Santo Stefano Fabriano (AN)
- Centro Ambulatoriale Santo Stefano Macerata Feltria
- Centro Ambulatoriale Santo Stefano Pesaro (PU)

Poliambulatori

- Poliambulatorio Santo Stefano, Porto Potenza Picena (MC)
- Poliambulatorio Villalba, Macerata
- Poliambulatorio Santo Stefano Cagli (PU)

Di seguito sono specificati i servizi erogati dalle Strutture dell'Area Riabilitazione Marche:

¹ RSA Villa Margherita temporaneamente trasferita presso la Residenza Villalba Macerata dal 06/02/2025

Centri di riabilitazione

Regimi e Modalità di Assistenza

- Riabilitazione intensiva ad alta specialità: in regime di ricovero ordinario per la fase post-acuta di gravi cerebrolesioni (traumatiche, vascolari, infettive, post-anossiche) e patologie acute del midollo spinale.
- Riabilitazione intensiva ospedaliera ed extra-ospedaliera: dedicata a disabilità derivanti da patologie neurologiche, ortopediche e reumatologiche.
- Riabilitazione estensiva e lungodegenza: ricoveri prolungati per pazienti non autosufficienti che necessitano di cure a prevalente carattere internistico, programmi di riattivazione motoria o mantenimento delle abilità residue.
- Assistenza per gravissime disabilità: presa in carico di lungo periodo per pazienti in stato vegetativo persistente, stato di minima coscienza o con persistente alterazione dello stato di coscienza.
- Ricovero diurno (Centro Diurno Riabilitativo per Disabili – Semiresidenziale Alto Livello): programmi riabilitativi programmati in regime diurno.

Aree Cliniche di Intervento

- Riabilitazione neurologica: trattamento di patologie del sistema nervoso centrale e periferico, inclusi programmi specifici per la sclerosi multipla e malattie neurodegenerative.
- Riabilitazione ortopedica: per il recupero funzionale dell'apparato osteo-articolare.
- Riabilitazione pneumologica e respiratoria: dedicata a pazienti con gravi insufficienze respiratorie secondarie a cerebrolesioni o patologie broncopolmonari.

Interventi Terapeutici e Supporto

- Recupero funzionale: rieducazione delle abilità della vita quotidiana, gestione del dolore e raggiungimento della stabilità internistica.
- Rieducazione specialistica: trattamenti per disturbi della competenza comunicativa, della deglutizione (disfagia), delle menomazioni vescico-sfinteriche e respiratorie.
- Supporto psico-sociale: sostegno psicologico al paziente, coinvolgimento dei familiari, reinserimento sociale e consulenza di segretariato sociale.
- Benessere e integrazione: percorsi ludico-creativi e attività legate allo sport adattato (es. basket in carrozzina)

Ambulatori di riabilitazione

- *Servizio di riabilitazione neurologica*: si rivolge ai pazienti affetti da disabilità conseguenti a malattie congenite o acquisite a carico del sistema nervoso centrale e periferico e muscolari come ad esempio emiplegie para-tetraplegiche, sclerosi multipla, morbo di Parkinson, polinevriti, miopatie, paralisi cerebrali infantili. Tale servizio si propone di ridurre le disabilità motorie dei pazienti, favorendo la capacità intrinseca ed adattiva di recupero del paziente; pertanto saranno utilizzate sia delle tecniche di tipo neuromotorio e, al bisogno, ortesi ed ausili per accrescere l'autonomia del paziente.
- *Servizio di riabilitazione ortopedica*: si rivolge a pazienti affetti da disabilità conseguenti a malattie dell'apparato osteo-articolare come scoliosi, traumi osteo articolari, malattie artroreumatiche. Tale servizio mira a ridurre la disabilità conseguente a tale patologia. L'intervento potrà essere singolo per la mobilizzazione articolare, il potenziamento

muscolare, la rieducazione propriocettiva e di gruppo per privilegiare sia l'aspetto riabilitativo che educativo preventivo come nella Back School per le lombalgie e la scoliosi.

- *Servizio di riabilitazione generale*: si rivolge a pazienti affetti da affezioni cardiologiche e/o respiratorie suscettibili di intervento riabilitativo ed in particolare tra le patologie cardiologiche sono da ricordare gli esiti di infarto Miocardico Acuto e di interventi di by-pass coronarici; tra le malattie respiratorie, le broncopneumopatie croniche ostruttive e restrittive. A tale servizio affluiscono anche gli esiti di ustioni e le mastectomie.
- *Servizio di logopedia*: si rivolge a pazienti affetti da disturbi della comunicazione conseguenti a cause neurologiche come afasia, disartria, a cause otorinolaringoiatriche come la dislalia, balbuzie, disfonia, turbe della deglutizione, sordità, esiti di palatoschisi, esiti di laringectomia. A tale servizio afferiscono anche bambini con difficoltà di lettoscrittura di tipo dislessico e disgrafico. Gli operatori di tale servizio dopo un'attenta valutazione del deficit attraverso una testistica adeguata, predispongono un intervento individuale utilizzando metodiche rieducative e strumentali.
- *Servizio di riabilitazione psicomotoria*: si rivolge a pazienti in età evolutiva che presentano deficit prattognosici, affettivi relazionali e neuropsicologici. Tali deficit si manifestano con difficoltà nelle attività fini motorie come la manipolazione, nelle attività grosso motorie come la corsa, il salto nella percezione del ritmo e delle sequenze, in una riduzione dei tempi di attenzione, nella difficoltà di relazione con l'adulto e con i coetanei. Tra gli strumenti utilizzati, è privilegiato il rapporto relazionale che si stabilisce con l'operatore e lo strumento ludico.
- *Servizio di riabilitazione occupazionale*: è rivolto a pazienti con disabilità conseguenti a lesioni neurologiche, ortopediche, psichiatriche in età evolutiva e mira al recupero dell'autonomia, alla rieducazione espressiva e gestuale, utilizzando come strumento il lavoro le attività di vita quotidiana. Il Terapista Occupazionale crea occasioni terapeutiche utilizzando strumenti e situazioni provenienti dalla quotidianità del paziente. Pertanto è particolarmente importante che si conoscano le attività e gli interessi del paziente prima dell'evento che ha causato la disabilità o in ogni caso quelli tipici dell'età.
- *Servizio di riabilitazione cognitiva*: è rivolto a pazienti con difficoltà di attenzione, memoria e prassia conseguente a lesioni traumatiche o vascolari del Sistema Nervoso Centrale, a demenza. L'intervento prevede una valutazione specifica di tali competenze ed il successivo intervento specifico tramite l'utilizzo di metodiche tradizionali e di percorsi e processi terapeutici virtuali.
- *Servizio di riabilitazione urologica*: si rivolge a pazienti affetti da incontinenza vescicale da cause neurologiche, da stress o da sforzo. Dopo un iter valutativo che prevede l'esecuzione di esami ematochimici e strumentali ed una visita urologica, si intraprende un progetto riabilitativo che mira a ridurre l'incontinenza attraverso un approccio strumentale (biofeedback, elettrostimolazioni) e chinesiterapico.
- *Servizio di riabilitazione in acqua*: si avvale dell'utilizzo dell'ambiente acquatico con le sue proprietà di temperatura, viscosità, spinta idrostatica, riduzione di gravità, per favorire la mobilitazione articolare ed il potenziamento muscolare negli esiti di fratture, artroprotesi di anca e ginocchio, nelle malattie reumatiche. Nelle patologie neurologiche dell'età evolutiva come le paralisi cerebrali infantili, nelle malattie neuromuscolari e nelle sindromi di Down, l'ambiente acquatico rende possibili attività terapeutiche basate sul

vissuto psicomotorio, la capacità di adattamento ambientale, l'esperienza esteroceettiva e percettiva in genere.

- *Servizio sociale*: si rivolge ai pazienti che necessitano di interventi di segretariato sociale, di consulenza psico-sociale individuale e familiare di reinserimento del paziente nell'ambiente familiare e/o lavorativo. Collabora con i medici specialisti e con gli operatori della riabilitazione nell'attività dell'équipe di valutazione dei pazienti.
- *Servizio di terapia fisica*: utilizza nell'approccio riabilitativo metodiche strumentali: radarterapia, marconiterapia, ultrasuonoterapia, elettromagnetoterapia, Diatermia, Tens, Correnti diadinamiche, elettrostimolazione, laserterapia, pressoterapia e massoterapia.

Poliambulatori

- *Visite specialistiche ambulatoriali*: Cardiologia, Chirurgia Generale, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia Vascolare/Flebologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Pediatria, Pneumologia, Reumatologia, Urologia, Neurologia, Centro Cefalee, Neurochirurgia, Fisiatria, Podologia, Terapia del dolore (Ozonoterapia), Dietologia, Prestazioni odontoiatriche, ortodontiche e chirurgia odontostomatologica, con cliniche dedicate e attrezzate.
- *Diagnostica per immagini e strumentale*: Risonanza Magnetica (da 1,5T, anche con contrasto), TAC (inclusa Cone Beam), Radiologia tradizionale (RX), Radiologia Odontoiatrica (OPT), MOC (Densitometria ossea), Senologia e Mammografia (anche 3D con Tomosintesi); Ecografia ed Ecocolordoppler: Ecografia (numerosi prestazioni), Ecocolordoppler arterioso e venoso, Ecocardiogramma; Elettroencefalografia (EEG), Elettromiografia (EMG), E.C.G., Holter cardiaco e pressorio, Prova da sforzo con cicloergometro, Spirometria semplice.

Nelle tabelle seguenti sono indicati il numero dei posti letto per struttura ed i principali dati aggregati di attività.

Tabella 1- Situazione posti letto (2025)

- Posti letto ospedalieri

Struttura	Codice disciplina	Descrizione disciplina	N. Posti letto
Centro Venerabile Marcucci, Ascoli Piceno	56	Riabilitazione Intensiva Ospedaliera	34
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena	75	Neuroriabilitazione ad Alta Intensità	50
	56	Riabilitazione Intensiva Ospedaliera	49
Villa Adria, Ancona	75	Neuroriabilitazione ad Alta Intensità	5
	56	Riabilitazione Intensiva Ospedaliera	40
Centro Santo Stefano Cagli	56	Riabilitazione Intensiva Ospedaliera	20
	60	Lungodegenza	10

- Posti letto residenziali e posti semiresidenziali

Struttura	Codifica Regolamento Regionale n.1/2018	Denominazione	N. posti letto/ posti
Centro Venerabile Marcucci, Ascoli Piceno	RD1	Residenza Sanitaria Riabilitativa Intensiva per Disabili	10
	RD2	Residenza Sanitaria Riabilitativa estensiva per Disabili	32
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena	RD1	Residenza Sanitaria Riabilitativa Intensiva per Disabili	28
	RD1-USR (URI - UGCA)	Unità Speciale Residenziale (Unità Riabilitativa sub-Intensiva a valenza riabilitativa per Gravi Cerebrolesioni Acquisite)	30
	RD1-USR (SUAP)	Unità Speciale Residenziale (Unità Speciale di Assistenza Prolungata)	40
	RD2	Residenza Sanitaria Riabilitativa estensiva per Disabili	169
	RD3	Residenza Socio-Sanitaria Assistenziale per Disabili	30
	SRDis1	Centro Diurno Riabilitativo per Disabili (Semiresidenziale Alto Livello)	40
Residenza Villalba - RSA Villa Margherita, Macerata	RD1	Residenza Sanitaria Riabilitativa Intensiva per Disabili	26
	RD1-USR (SUAP)	Unità Speciale Residenziale (Unità Speciale di Assistenza Prolungata)	8
	R2	Residenza Sanitaria Assistenziale per Persone Non Autosufficienti	46
Villa Adria, Ancona	RD1	Residenza Sanitaria Riabilitativa Intensiva per Disabili	30
	RD1-USR (SUAP)	Unità Speciale Residenziale (Unità Speciale di Assistenza Prolungata)	5
Centro Santo Stefano Macerata Feltria	RD1	Residenza Sanitaria Riabilitativa Intensiva per Disabili	30
	RD1-USR (SUAP)	Unità Speciale Residenziale (Unità Speciale di Assistenza Prolungata)	10
Villa Fastiggi, Pesaro	RD1	Residenza Sanitaria Riabilitativa Intensiva per Disabili	50
	RD1-USR (SUAP)	Unità Speciale Residenziale (Unità Speciale di Assistenza Prolungata)	20
	RD1-USR (URI - UGCA)	Unità Speciale Residenziale (Unità Riabilitativa sub-Intensiva a valenza riabilitativa per Gravi Cerebrolesioni Acquisite)	10

Tabella 2- Volumi di attività (2025)

- Dimessi, Giornate di Degenza, Degenza media

Struttura	Dimessi ²	Giornate di degenza	Degenza Media ³
Centro Venerabile Marcucci, Ascoli Piceno	696	26261	34,74
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena	1118 ⁴	137366	54,43
Residenza Villalba ⁵ - RSA Villa Margherita, Macerata ⁶	465	20112	29,03
Villa Adria, Ancona	590	28215	42,28
Centro Santo Stefano Cagli	329	10077	29,40
Centro Santo Stefano Macerata Feltria	324	6451	19,24
Villa Fastiggi, Pesaro	455	24371	33,41

- Volumi di attività prestazioni ambulatoriali

Struttura	Prestazione	Prestazioni ambulatoriali per pazienti interni	Prestazioni ambulatoriali per pazienti esterni
		Volume	Volume
Centro Ambulatoriale Santo Stefano Ascoli Piceno	Ambulatoriale Ex Art.26	---	26059
	Specialistica Ambulatoriale	---	22443
Centro Ambulatoriale Santo Stefano San Benedetto del Tronto	Ambulatoriale Ex Art.26	---	27478
	Specialistica Ambulatoriale	---	6389
Centro Ambulatoriale Santo Stefano Civitanova Marche	Ambulatoriale Ex Art.26	---	20028
	Specialistica Ambulatoriale	---	9588
Centro Ambulatoriale Santo Stefano Porto Potenza Picena	Ambulatoriale Ex Art.26	---	24394
	Specialistica Ambulatoriale	---	13901
Centro Ambulatoriale Santo Stefano/Fisiosport Kos Care Macerata	Ambulatoriale Ex Art.26	---	16735
	Specialistica Ambulatoriale	---	8314
Centro Ambulatoriale Santo Stefano Tolentino	Ambulatoriale Ex Art.26	---	13131
	Specialistica Ambulatoriale	---	6496
Centro Ambulatoriale Santo Stefano Camerino	Ambulatoriale Ex Art.26	---	9113
	Specialistica Ambulatoriale	---	5758

² Sono stati considerati i dimessi 2025, inclusi i pazienti entrati negli esercizi precedenti

³ Sono stati considerati per il calcolo delle giornate di degenza media i pazienti entrati nel 2025 e dimessi nel 2025

⁴ Non include il Centro Diurno Riabilitativo

⁵ Soltanto per quanto di competenza KOS Care, dal 07/05/2025, a seguito di cessione di ramo d'azienda

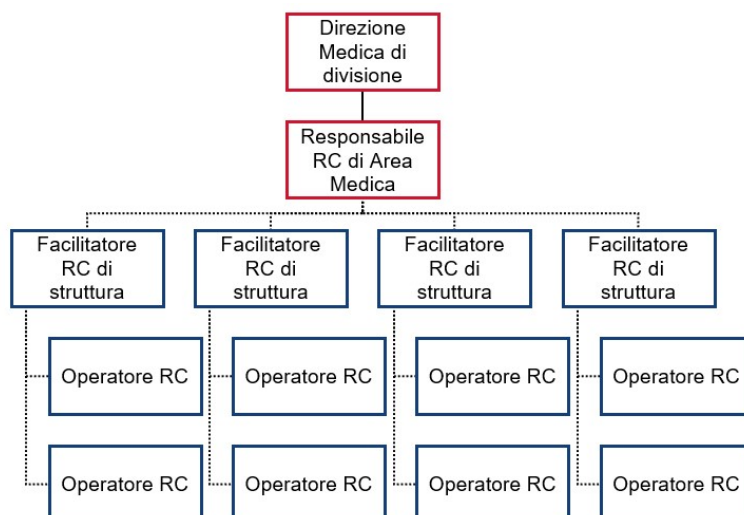
⁶ RSA Villa Margherita temporaneamente trasferita presso la Residenza Villalba Macerata dal 06/02/2025

Struttura	Prestazione	Prestazioni ambulatoriali per pazienti interni	Prestazioni ambulatoriali per pazienti esterni
		Volume	Volume
Centro Ambulatoriale Santo Stefano San Severino	Specialistica Ambulatoriale	---	5470
Centro Ambulatoriale Santo Stefano Matelica	Ambulatoriale Ex Art.26	---	8321
	Specialistica Ambulatoriale	---	2541
Centro Ambulatoriale Santo Stefano Filottrano	Ambulatoriale Ex Art.26	---	19035
	Specialistica Ambulatoriale	---	12459
Centro Ambulatoriale Santo Stefano Ancona	Ambulatoriale Ex Art.26	---	22559
	Diagnostica	---	9
	Specialistica Ambulatoriale	---	960
Centro Ambulatoriale Santo Stefano Jesi	Ambulatoriale Ex Art.26	---	19031
	Specialistica Ambulatoriale	---	5481
Centro Ambulatoriale Santo Stefano Fabriano	Ambulatoriale Ex Art.26	---	19195
	Specialistica Ambulatoriale	---	11657
Centro Ambulatoriale Santo Stefano Macerata Feltria	Ambulatoriale Ex Art.26	---	6036
	Specialistica Ambulatoriale	---	129
Centro Ambulatoriale Santo Stefano Pesaro	Ambulatoriale Ex Art.26	---	5558
Centro Ambulatoriale Santo Stefano Pesaro	Specialistica Ambulatoriale	---	5223
Poliambulatorio Santo Stefano, Porto Potenza Picena	Diagnostica	5683	15136
	Specialistica Ambulatoriale	151	6063
Poliambulatorio Villalba, Macerata ⁷	Diagnostica	449	11904
	Specialistica Ambulatoriale	6	7918
Poliambulatorio Santo Stefano Cagli	Diagnostica	626	17005
	Specialistica Ambulatoriale	---	916
Totale	Ambulatoriale Ex Art.26	---	236673
Totale	Specialistica Ambulatoriale	157	131706
Totale	Diagnostica	6758	44054

Modello organizzativo per la gestione del rischio clinico

A partire da dicembre 2023 il modello organizzativo del Gruppo KOS di gestione del rischio clinico è declinato come nel seguente schema:

⁷ Soltanto per quanto di competenza KOS Care, dal 07/05/2025, a seguito di cessione di ramo d'azienda



Attività del Responsabile del Rischio Clinico di Area Medica (RRC)

Il RRC di Area Medica coincide con l'apice dell'organizzazione del rischio clinico nel perimetro di competenza e possiede i relativi requisiti: ne è dunque il responsabile ai fini dell'ottemperanza alle normative applicabili anche in materia di accreditamento.

Ognuno di essi riporta gerarchicamente alla rispettiva Direzione Medica e ha la responsabilità di:

- Organizzare e coordinare il piano aziendale di gestione del rischio clinico per area;
- Attivare i percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari;
- Rilevare il rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitare l'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- Monitorare, attraverso lo sviluppo e la manutenzione di un sistema di gestione, i livelli di rischio insiti nel sistema organizzativo considerato, anche gestendo il data base dove sono raccolti le segnalazioni e gli alert report;
- Realizzare statistiche descrittive e analitiche delle dimensioni principali del rischio clinico finalizzate all'analisi e all'orientamento degli interventi successivi;
- Pianificare con continuità le attività per il miglioramento della sicurezza del paziente in coerenza con i trend di sviluppo e le caratteristiche specifiche del fenomeno del rischio clinico;
- Analizzare, valutare e progettare i processi e le procedure, in rapporto alle possibilità di errore umano. In particolare:
 - supervisionare l'analisi, la valutazione e la riprogettazione di attività lavorative che comportano un sovraccarico mentale fisico e organizzativo
 - coordinare l'analisi degli eventi avversi e degli errori umani mediante specifiche tecniche di analisi sistemica dell'evento avverso;
 - coordinare analisi e valutazione dello stress nel personale sanitario, del clima e della cultura organizzativi e dell'organizzazione del lavoro;
- Fornire assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative;

- Definire e/o revisionare documenti, procedure e protocolli necessari alla corretta gestione delle attività sanitarie e assistenziali ed alla gestione del rischio;
- Mantenere la rete di attività di gestione del rischio sul territorio attraverso il coordinamento degli operatori collocati ai diversi livelli del sistema;
- Predisporre e attuare attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;
- Pianificare, almeno una volta all'anno, un incontro in loco col Facilitatore ed i Referenti di Struttura onde analizzare la gestione del rischio clinico riferita alla singola Unità;
- Sulla scorta delle relazioni prodotte dalle singole strutture, assemblare una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto, da pubblicare nel sito internet.

Facilitatore del Rischio Clinico di Struttura (FRC)

Il FRC di Struttura coincide con l'apice dell'organizzazione del Rischio Clinico per struttura, ovvero di norma con il Direttore/Responsabile Sanitario o altra figura espressamente nominata. È coadiuvato nel ruolo in particolare dal coordinamento infermieristico.

Ognuno di essi riporta gerarchicamente alla Direzione di Struttura e funzionalmente al RRC di Area Medica e ha la responsabilità di:

- Organizzare e coordinare gli audit clinici e l'analisi degli eventi avversi mediante la applicazione di metodologie e tecniche per l'identificazione degli errori dei fattori contribuenti e delle relative azioni correttive;
- Redigere, per ciascun audit, un alert report contenente indicazioni sui rischi individuati, le relative criticità di sistema e le possibili soluzioni;
- Promuovere la diffusione della cultura della sicurezza fra gli operatori e favorire la segnalazione degli eventi avversi supportando i colleghi nella gestione complessiva dell'evento e informando tempestivamente il RRC di Area Medica;
- Gestire le dinamiche di gruppo all'interno delle sessioni di focus group per l'analisi degli errori e la realizzazione degli audit clinici;
- Supervisionare dal punto di vista operativo i processi di gestione dei rischi;
- Contribuire al miglioramento delle condizioni di lavoro e del clima per la sicurezza all'interno della struttura sanitaria;
- Fornire supporto per la definizione e/o revisione documenti, procedure e protocolli necessari alla corretta gestione delle attività sanitarie e gestione del rischio;
- Raccogliere ed inserire i dati, inclusi eventi sentinella e denunce dei sinistri, nelle varie piattaforme regionali e nazionali preposte alla gestione del Rischio Clinico quali, ad esempio, il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES);
- Contribuire alla redazione della relazione annuale consuntiva fornendo notizia al Responsabile Rischio Clinico di Area Medica per la propria area di competenza sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto;
- Favorire l'utilizzo nel contesto di riferimento degli strumenti della gestione del rischio (*incident reporting* e schede di segnalazione specifica, analisi degli eventi; analisi di processo; visite per la sicurezza; check list);
- Contribuire al miglioramento della qualità della documentazione sanitaria, specie per gli aspetti correlati alla sicurezza delle cure;

- Supervisionare i processi di gestione del rischio correlati alle prestazioni e ai percorsi clinici e assistenziali della propria area di appartenenza;
- Collaborare con il RRC di Area Medica nel monitoraggio e nella restituzione dei dati ai professionisti favorendo confronto e discussione interna alla struttura di appartenenza, nella prospettiva dell'individuazione di criticità e azioni di miglioramento;
- Collaborare con il RRC di Area Medica nella progettazione e realizzazione di eventi formativi sia trasversali all'intera organizzazione che specifici per il proprio contesto di riferimento;
- Stimolare il coinvolgimento di pazienti e familiari/caregiver su azioni a garanzia della sicurezza.

Operatore di Rischio Clinico (ORC)

L'ORC coincide con tutti i lavoratori che, con differenti ruoli (medici, infermieri, altro personale assistenziale e sanitario), operano nella struttura.

Ognuno di essi riporta gerarchicamente al responsabile del servizio/reparto a cui appartiene e funzionalmente al FRC di Struttura e ha la responsabilità di:

- Mettere in atto i principi di base per il miglioramento dei livelli di sicurezza del paziente;
- Valutare le proprie possibilità di risposta in condizioni di lavoro stressanti o particolarmente complesse;
- Effettuare un monitoraggio continuo nella propria attività lavorativa rispetto a criticità organizzative, errori ed eventi avversi (latenti o avvenuti);
- Segnalare criticità, punti di debolezza, errori ed eventi avversi secondo le metodologie appositamente predisposte;
- Collaborare e partecipare attivamente alla ricerca di soluzioni organizzative che riducano il rischio ed aumentino il livello di sicurezza.

A partire dal 01/11/2024 e con un aggiornamento al 01/01/2026, l'Azienda ha riorganizzato le attività di gestione del rischio clinico per la Divisione Operativa Riabilitazione e Psichiatria – Area Riabilitazione Marche con l'individuazione di un Responsabile Rischio Clinico, in staff alla Direzione Medica della Divisione Operativa. L' Area Riabilitazione Marche comprende le strutture citate nel paragrafo "Contesto organizzativo".

Modello di gestione del rischio clinico

La sicurezza del paziente si fonda sull'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi legati all'erogazione delle prestazioni sanitarie, attraverso la progettazione e l'implementazione di sistemi e processi operativi volti a ridurre al minimo la probabilità di errore, i rischi potenziali e i danni conseguenti. A tale proposito la nostra organizzazione adotta procedure per la gestione del rischio clinico (SDS P 32 Gestione del rischio clinico; SDS P 33 Gestione del rischio clinico: analisi dei processi con tecnica FMECA; SDS P 34 Gestione del rischio clinico: analisi degli eventi tramite RCA e SEA) ed altre procedure che recepiscono le raccomandazioni ministeriali applicabili ai processi clinico-assistenziali che caratterizzano l'attività delle Strutture afferenti all'Area Riabilitazione Marche. Tutte le procedure in questione sono a disposizione del personale sanitario sia in forma cartacea che nell'intranet aziendale, indicizzate in un apposito sistema documentale digitale.

La raccolta dei dati riguardanti eventi avversi e near miss avviene tramite incident reporting, con modalità mista volontaria ed obbligatoria. In particolare essa è volontaria, tramite apposita

scheda “generica” di incident reporting (Procedura SDS P 32 “Gestione del rischio clinico”) utilizzata per tutte le tipologie di eventi avversi che non riguardano cadute ed errori di terapia farmacologica. Per queste due tipologie di eventi, la segnalazione è invece obbligatoria ed avviene attraverso specifiche schede, ai sensi delle procedure SDS P 36 “Valutazione del Rischio e Prevenzione delle Cadute Accidentali” e SAI 30 “Gestione infermieristica della terapia farmacologica”. Gli operatori hanno la possibilità di segnalare gli eventi in maniera anonima e riservata. Altra modalità utilizzata dalla nostra organizzazione allo scopo di raccogliere informazioni anche su eventuali eventi avversi/near miss è quella dei “Giri per la sicurezza” che periodicamente vengono organizzati seguendo le indicazioni ministeriali, includendo pertanto in essi colloqui riservati con gli operatori nell’ambito dei quali possono essere inoltrate segnalazioni di eventi avversi/near miss. Le segnalazioni vengono raccolte ed inserite nel verbale del Giro per la sicurezza, per essere processate con le modalità previste dalle procedure aziendali di gestione del rischio clinico. Eventi particolarmente significativi, la cui dinamica ad esempio ha un elevato potenziale di apprendimento per l’organizzazione o che hanno prodotto danni rilevanti per il paziente e/o per l’organizzazione, vengono sottoposti ad analisi approfondite (tramite Significant Event Audit o, nelle situazioni più complesse, tramite Root Cause Analysis) che mirano ad accertarne fattori causali e fattori contribuenti, con il fine ultimo di elaborare piani di miglioramento atti ad eliminare e/o contenere il rischio clinico. Nei casi previsti dal Ministero della Salute, viene seguito il protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella, con segnalazione attraverso NSIS/SIMES, compilazione Scheda A e compilazione Scheda B entro 60 giorni.

Attività

Gli obiettivi individuati nel PARM possono essere perseguiti attraverso l’attuazione delle seguenti azioni, tra loro coerenti e sinergiche:

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione Corso Base” Rischio clinico per i professionisti della salute” (FAD asincrona 4 ore)			
INDICATORE N. di partecipanti / N. di operatori sanitari (da completare nel triennio 2026-2028)			
STANDARD ≥ 15% operatori dedicati all’assistenza; 100% nuovi assunti a tempo indeterminato ⁸			
FONTE KOS Academy (Formazione)			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Referenti RC	Formazione
Progettazione del corso	R	C	C
Accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	C	I	R

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

⁸ Vedi DGR Marche n. 1854/2024

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
ATTIVITÀ 2 – Incontro diffusione buone pratiche assistenziali			
INDICATORE N. di operatori coinvolti			
STANDARD ≥100 operatori coinvolti in tutta l'Area Riabilitazione Marche			
FONTE Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Responsabile Qualità	Direzioni Struttura/CAR
Progettazione del corso	R	C	C
Esecuzione del corso	C	R	I

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA			
ATTIVITÀ 1 – Progettazione e realizzazione di un PDTA per la terapia riabilitativa del paziente con malattia di Parkinson			
INDICATORE Formalizzazione PDTA entro il 31/12/2026			
STANDARD Pubblicazione nell'Intranet/ Sistema Documentale Aziendale			
FONTE Gruppo di lavoro "PDTA Parkinson"			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Coordinatore scientifico PDTA	Gruppo di lavoro
Coordinamento PDTA	I	R	C
Descrizione contenuti del PDTA	I	C	R
Progettazione sistema di monitoraggio	C	C	R
Validazione sistema monitoraggio	C	R	C
Formalizzazione del PDTA	C	R	C

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA			
ATTIVITÀ 2 – Progettazione e realizzazione di una procedura per la presa in carico del paziente in età evolutiva con selettività alimentare <i>(per i Centri Ambulatoriali)</i>			
INDICATORE Formalizzazione procedura entro il 31/12/2026			
STANDARD Pubblicazione nel Sistema Documentale Aziendale			
FONTE Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Dirigenti CAR	Gruppo di lavoro
Coordinamento Gruppo di lavoro	I	R	C
Descrizione contenuti della procedura	I	C	R
Progettazione sistema di monitoraggio	C	C	R
Validazione sistema monitoraggio	C	R	C
Formalizzazione della procedura	C	R	C

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

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE			
ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione dei Giri per la Sicurezza con la collaborazione dei facilitatori delle Strutture/CAR			
INDICATORE N. di Giri per la Sicurezza svolti			
STANDARD ≥ 6 Giri per la Sicurezza entro il 31/12/2026			
FONTE Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Facilitatori/Referenti RC	Direzioni delle Strutture/CAR
Progettazione del giro	R	C	C
Esecuzione del giro	R	C	I

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

OBIETTIVO D) PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT.		
ATTIVITÀ 1 – Partecipazione del referente aziendale rischio clinico alle riunioni indette dal Centro Regionale Rischio Clinico		
INDICATORE N° presenze sul totale delle riunioni convocate dal CeRGeRS		
STANDARD 75%		
FONTE Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	CRRC
Convocazione Riunione	I	R
Partecipazione all'incontro	R	C
Verbalizzazione	I	R

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

B) Piano Annuale riduzione Infezioni Correlate Assistenza (PAICA)

Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Agenas, Regioni e PA (Sub Area Rischio Clinico e Area Prevenzione e Sanità Pubblica della Commissione Salute – Tavolo per l'implementazione del PNCAR) hanno sottoscritto nel maggio 2019 un documento di consenso, avente per oggetto “Sinergie e integrazione tra rischio clinico e rischio infettivo”, individuando finalità e contenuti con azioni sinergiche ed integrate a livello nazionale, regionale ed aziendale.

In attesa che la Regione attivi azioni congiunte tra il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la struttura regionale individuata per la gestione del rischio infettivo e dell'antimicrobico-resistenza (AMR) e fornisca linee di indirizzo in materia di riduzione delle ICA e contrasto all'AMR, aderendo al documento di consenso sopra citato, possono essere perseguiti obiettivi finalizzati alla riduzione del rischio infettivo, con attenzione alla corretta igiene delle mani, alla sorveglianza microbiologica ed in particolare alla sorveglianza e controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)⁹.

Con riferimento all'anno 2025 ed ai Centri di Riabilitazione dell'Area Marche, si riportano nelle seguenti tabelle:

- distribuzione delle tipologie di resistenza
- numero di segnalazioni e tasso di incidenza dei microrganismi alert (escluse infezioni/colonizzazioni esogene) nei Centri di Riabilitazione
- consumi di gel idroalcolico

Tabella 3 - Distribuzione tipologie resistenza nei Centri di Riabilitazione (2025)¹⁰

⁹ Vedi Circolare Ministero della Salute 06/12/2019 “Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).”

Struttura/ Reparto	Resistente carbapenemi	ESBL	MDR	VRE	Meticillino R	XDR
Centro Venerabile Marcucci /Fisio 1	22,72%	54,56%	22,72%	0,00%	0,00%	0,00%
Centro Venerabile Marcucci /Fisio 2	14,00%	60,00%	10,00%	12,00%	0	14,00%
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena/A1	26,67%	66,67%	6,67%	-	-	-
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /A2	12,50%	81,25%	-	-	6,25%	-
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /A3	42,00%	50,00%	2,00%	2,00%	4,00%	-
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /B1	40,48%	59,52%	-	-	-	-
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /B2	44,16%	42,86%	11,69%	-	1,30%	-
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /URI	59,14%	19,35%	19,35%	2,15%	-	-
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /F1	42,59%	51,85%	5,56%	-	-	-
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /F2	50,85%	37,29%	10,17%	-	1,69%	-
Residenza Villalba ¹¹ , Macerata	9,1%	58,2%	27,3%	3,6%	1,8%	-
RSA Villa Margherita, Macerata	10,6%	57,4%	27,7%	2,1%	2,1%	-
Villa Adria, Ancona/ Fisio A ¹²	8,69%	47,82%	26,08%	8,69%	8,72%	0
Villa Adria, Ancona/ Fisio B ¹³	0,00%	36,60%	50,00%	-	13,40%	0,00%
Centro Santo Stefano Cagli	39,5%	38,54%	10,66%	10,66%	1,64%	-
Centro Santo Stefano Macerata Feltria	Dato non pervenuto					
Villa Fastiggi Pesaro/ URI	3 %	25 %	33 %	-	36 %	3 %
Villa Fastiggi Pesaro /SUAP	8 %	22 %	39 %	-	26 %	5 %

Tabella 4 - N° segnalazioni alert (escluse infezioni/colonizzazioni esogene) per Centro di Riabilitazione e tasso incidenza per 1000 gg di degenza (2025)¹⁴

Struttura/ Reparto	Alert	gg/degenza	Incidenza
Centro Venerabile Marcucci /Fisio 1	22	11862	1,85
Centro Venerabile Marcucci /Fisio 2	50	14235	3,51

¹¹ Soltanto per quanto di competenza KOS Care, dal 07/05/2025, a seguito di cessione di ramo d'azienda

¹² Periodo di riferimento: 01/04/2025-31/12/2025

¹³ Vedi nota precedente

¹⁴ Vedi nota precedente

Struttura/ Reparto	Alert	gg/degenza	Incidenza
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena/A1	14	11582	1,21
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /A2	14	14485	0,97
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /A3	31	13690	2,26
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /B1	26	10133	2,57
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /B2	72	13986	5,15
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /URI	80	8101	9,88
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /F1	47	14298	3,29
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /F2	59	18726	3,15
Residenza Villalba, Macerata	55	8377	6,57
RSA Villa Margherita, Macerata	47	11175	4,21
Villa Adria, Ancona (Fisio A/Fisio B) ¹⁵	53	20945	2,59
Centro Santo Stefano Cagli	82	10077	8,14
Centro Santo Stefano Macerata Feltria	11	6451	1,70
Villa Fastiggi Pesaro/ URI	129	3942	32,72
Villa Fastiggi Pesaro/ SUAP	174	6911	25,18

Tabella 5- Consumi di gel idroalcolico per Centro di Riabilitazione (2025)¹⁶

Struttura/ Reparto	N° confezioni	Litri	gg di degenza	Litri per 1000 gg degenza
Centro Venerabile Marcucci /Fisio 1 -Fisio 2		162	26097	6,2
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena/A1	176	88	13857	6,35
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /A2	205	102,5	18164	5,64
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /A3	268	134	17015	7,87
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /B1	249	124,5	12139	10,26
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /B2	614	307	16724	18,36
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /URI	1715	857,5	9631	89,04

¹⁵ Periodo di osservazione dal 01/04/2025 al 31/12/2025

¹⁶ Vedi nota precedente

Struttura/ Reparto	N° confezioni	Litri	gg di degenza	Litri per 1000 gg degenza
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /F1	385	187,5	17107	10,96
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena /F2	1050	525	22163	23,69
Residenza Villalba, Macerata	74	37	8377	4,42
RSA Villa Margherita, Macerata	67	33,5	11175	3
Villa Adria, Ancona (Fisio A/Fisio B) ¹⁷	679	339	20945	16,18
Centro Santo Stefano Cagli	180	90	10077	8,93
Centro Santo Stefano Macerata Feltria	60	45	6451	6,97
Villa Fastiggi Pesaro	-	132	23960	5,50

Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo

Gli obiettivi individuati per le attività relative alla gestione del rischio infettivo sono i seguenti:

A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;

B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA.

Di seguito sono riportate per le attività relative alla gestione del rischio infettivo in conformità con gli obiettivi individuati.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO (Per i Centri di Riabilitazione)		
ATTIVITÀ 1 – Prevenzione delle complicità infettive negli accessi vascolari.		
INDICATORE		
Percentuale di medici e infermieri che hanno partecipato all'intervento formativo dedicato rispetto al totale del personale medico e infermieristico in organico, nel periodo di riferimento.		
STANDARD		
≥ 60%		
FONTE		
Kos Accademy		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CICA	Kos Accademy
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	C	R

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

¹⁷ Vedi nota precedente

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA (Per i Centri di Riabilitazione)			
ATTIVITÀ 2 – Corretto consumo di gel idroalcolico ¹⁸			
INDICATORE Litri di soluzione idroalcolica consumati nella struttura			
STANDARD > 20 litri/1000 giornate di degenza ¹⁹			
FONTE Servizio Farmacia			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Responsabile Servizio Farmacia	Presidente CICA	Risk Manager
Raccolta dati	R	I	I
Elaborazione dati	R	C	I
Diffusione Reportistica	R	C	I

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA (Per i Centri di Riabilitazione)			
ATTIVITÀ 3 – Sorveglianza microbiologica dei germi sentinella (classificazione ISS)			
INDICATORE N° segnalazioni			
STANDARD 100%			
FONTE Laboratorio analisi, Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direttore Sanitario	Presidente CICA	Risk Manager
Raccolta dati	R	C	I
Elaborazione dati	R	C	I
Diffusione Reportistica	R	C	I

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

¹⁸ WHO guidelines on hand hygiene in health care. 2009

¹⁹ Vedi nota precedente

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA (Per i Centri di Riabilitazione)			
ATTIVITÀ 4 – Elaborazione di un protocollo di screening specifico per CRE			
INDICATORE Esistenza protocollo per lo screening specifico CRE			
STANDARD Il protocollo è stato elaborato			
FONTE Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA)			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Presidente CICA	CICA	Risk Manager
Raccolta dati	R	C	I
Elaborazione dati	R	C	I
Diffusione Reportistica	R	C	I

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA (Per Ambulatori di Riabilitazione/Poliambulatori)			
ATTIVITÀ 5 – Elaborazione di una check list per l'autocontrollo finalizzata alla verifica delle buone pratiche per la prevenzione delle ICA			
INDICATORE Esistenza ed implementazione check list			
STANDARD Almeno 1 rilevazione/anno in ciascun Ambulatorio di Riabilitazione/Poliambulatorio			
FONTE Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA)			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direttore Sanitario	CICA	Risk Manager
Raccolta dati	R	C	I
Elaborazione dati	R	C	I
Diffusione Reportistica	R	C	I

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

Matrice delle responsabilità del PARS

La redazione del Piano Annuale per la Sicurezza delle Cure (PARS) prevede il coinvolgimento di almeno tre livelli di responsabilità:

- Risk Manager e Presidente del CIO/CICA (Comitato Infezioni Ospedaliere / Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza): responsabili, ciascuno per la propria area di competenza, della redazione del documento e del monitoraggio della sua implementazione;
- Direzione Strategica: responsabile della formale adozione del PARS e del sostegno operativo alla sua realizzazione, garantendo al Risk Manager e all'organizzazione le risorse

necessarie e le opportune direttive, anche attraverso l’inserimento di obiettivi specifici nei piani di budget;

- Strutture operative e professionisti sanitari coinvolti: chiamati a realizzare le attività previste dal PARS, assicurandone l’attuazione concreta all’interno dei rispettivi ambiti assistenziali, secondo criteri di responsabilità condivisa e miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure.

Di seguito è riportata la matrice delle responsabilità, riferita all’elaborazione, approvazione e attuazione del PARS.

FIGURA PROFESSIONALE AZIONE	Presidente CIO/CICA	Risk Manager	Direzione Internal Audit e Risk Management	Direttore Generale	Direttori Sanitari	Direzione Medica Riabilitazione	Strutture di supporto (CICA, ACQ, RSPP, Formazione)
Redazione PARS	C	R	I	C	C	C	-
Redazione PAICA	R	C	I	I	C	I	-
Redazione relazione consuntiva	C	C	C	I	C	C	-
Adozione Piano	I	I	I	R	C	C	-
Monitoraggio Piano sicurezza delle cure	C	R	I	I	C	C	C
Monitoraggio rischio infettivo	R	C	I	I	C	I	C

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

Sezione 2

Relazione annuale su eventi avversi e azioni risarcitorie in attuazione della Legge n. 24/2017

In ottemperanza a quanto previsto dall’articolo 2, comma 5, della Legge 24/2017, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, sono tenute a predisporre una relazione annuale 11 consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all’interno della struttura, analizzandone le cause e illustrando le azioni correttive adottate. La relazione deve essere pubblicata sul sito istituzionale della struttura. A tal fine, è richiesta l’elaborazione di una relazione sintetica di accompagnamento, integrata da tabelle riepilogative dei volumi di attività della struttura. La configurazione del documento potrà essere modificata, laddove necessario, in presenza di specifiche e motivate esigenze, nel rispetto dei contenuti minimi previsti dalla normativa. Per agevolare l’assolvimento dell’obbligo normativo, si forniscono di seguito le tabelle di sintesi che possono essere adottate come riferimento.

Tabella 6 – Eventi segnalati per anno (Fonte: art.2, c.5 della L.24/2017)

Struttura/ Centro	Tipo di evento ²⁰	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ²¹	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Centro Venerabile Marcucci, Ascoli Piceno	Near miss (a) / eventi senza esiti	13 (23,64%)	Paziente (11) Personale (3)	Interventi educativi/informativi destinati ai pazienti (rischio caduta) Supervisione medica su valutazione rischio caduta	Incident reporting
	Eventi avversi	40 (72,72%)	Paziente (28) Personale (3)		
	Eventi sentinella	2 (3,63%)	Comunicazione (1)		
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena	Near miss / eventi senza esiti	71 (73,20%)	Paziente (45) Personale (45) Organizzazione (44) Altro (16)	Sistemi e procedure di sicurezza Interventi di formazione, informazione e comunicazione Interventi su ambiente di cura finalizzati al contenimento del rischio Organizzazione del lavoro	Incident reporting
	Eventi avversi	18 (18,55%)	Paziente (11) Personale (12) Organizzazione (12) Altro (5)		
	Eventi sentinella	8 (8,25%)	Paziente (7) Personale (7) Organizzazione (6) Altro (1)		
Residenza Villalba ²² - RSA Villa Margherita, Macerata	Near miss/ eventi senza esiti	11 (57,89%)	Paziente (7) Personale (5) Struttura (1)	Comunicazione, Formazione e Coinvolgimento	Incident reporting
	Eventi avversi	3 (15,79%)	Paziente (3) Personale (1) Organizzazione (1)	Sicurezza dell'Ambiente e dei Dispositivi	
	Eventi sentinella	5 (26,32%)	Paziente (4) Personale (1) Organizzazione (4) Comunicazione (1)	Organizzazione del Personale e Servizi	
Villa Adria, Ancona	Near miss/ eventi senza esiti	3 (42,8%)	Paziente (1) Comunicazione (1) Personale (1)	Interventi educativi/informativi destinati ai pazienti (rischio caduta) Interventi formativi su mobilitazione pazienti	Incident reporting
	Eventi avversi	3 (42,8%)	Paziente (3) Comunicazione (3)		
	Eventi sentinella	1 (14,3%)	Paziente (1)		
Centro Santo Stefano Cagli	Near miss/ eventi senza esiti	4 (57,2%)	Paziente (2) Personale (4) Fattori Organizzativi/Sistema (4)	Incontri di diffusione buone pratiche (Raccomandazioni n. 1,7,12,13,17,18,19)	Incident reporting

²⁰ **Near Miss (Mancato errore):** Un errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso, ma che non raggiunge il paziente grazie a una circostanza fortuita o a un intervento tempestivo (es. un farmaco errato fermato prima della somministrazione).

Evento senza esito (No harm event): Un errore che raggiunge il paziente ma non causa danni rilevabili o sintomi, rendendo necessario un intervento minimo o nullo.

Evento avverso: Evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Può causare un prolungamento della degenza, un danno permanente o la morte.

Evento sentinella: Un evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che causa morte o grave danno al paziente (es. interventi su parte del corpo errata, suicidi in ospedale). Richiede un'indagine immediata poiché indica un serio malfunzionamento del sistema.

²¹ I fattori causali e/o contribuenti si riferiscono esclusivamente agli eventi oggetto di analisi approfondita.

²² Soltanto per quanto di competenza KOS Care, dal 07/05/2025, a seguito di cessione di ramo d'azienda

Struttura/ Centro	Tipo di evento ²⁰	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ²¹	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
	Eventi avversi	3 (42,8%)	Paziente (3) Personale (3) Organizzazione (3)		
	Eventi sentinella	0	---		
Centro Santo Stefano Macerata Feltria	Near miss/ eventi senza esiti	8 (57,14%)	Paziente (8) Struttura (1)	Interventi educativi/informativi destinati ai pazienti (rischio caduta)	Incident reporting
	Eventi avversi	5 (35,72%)	Paziente (5)		
	Eventi sentinella	1 (7,14%)	Paziente (1)		
Villa Fastiggi Pesaro	Near miss/ eventi senza esiti	20 (62,5%)	Paziente (4) Personale (6) Organizzazione (4) Altro (3)	Interventi educativi/informativi destinati ai pazienti (rischio caduta) Incontri di diffusione buone pratiche (rischio caduta)	Incident reporting
	Eventi avversi	8 (25%)	Paziente (8) Comunicazione (1)	Miglioramento delle modalità di passaggio delle informazioni all'interno del team e specificatamente con i neo assunti	
	Eventi sentinella	4 (12,5%)	Paziente (4) Personale (4) Organizzazione (2) Altro (1)	Miglioramento delle modalità di passaggio delle informazioni all'interno del team Formazione mirata su alcune tematiche di rilevanza clinica	
Centri Ambulatoriali/ Poliambulatori	Near miss/ eventi senza esiti	1	Struttura (1)	Manutenzione	Incident reporting
	Eventi avversi	0	---	---	---
	Eventi sentinella	0	---	---	---

Tabella 7 – Oggetto delle segnalazioni per tipo di evento

Oggetto delle segnalazioni	Near miss/ eventi senza esiti	Eventi avversi	Eventi sentinella
Caduta	103	73	12
Inadeguata prescrizione/somministrazione farmaco	12	5	0
Violenza nei confronti di operatore	10	2	0
Allontanamento paziente dal luogo di cura	3	0	0
Altro	3	1	1
Inadeguata prestazione assistenziale	2	0	0
Ritardo di prescrizione/somministrazione farmaco	1	0	0
Violenza su paziente	1	0	0
Mancata prescrizione/somministrazione farmaco	1	0	0
Ritardo di procedura diagnostica	0	0	2
Totale	136	81	15

Tabella 8 – Oggetto delle segnalazioni per tipo di evento e per Struttura

Struttura	Tipo di evento	Oggetto delle segnalazioni	N
Centro Venerabile Marcucci, Ascoli Piceno	Near miss/ eventi senza esiti	Caduta	6
		Violenza nei confronti di operatore	5
		Ritardo di prescrizione/somministrazione farmaco	1
		Inadeguata prestazione assistenziale	1
	Eventi avversi	Caduta	36
		Inadeguata prescrizione/somministrazione farmaco	3
		Violenza nei confronti di operatore	1
	Eventi sentinella	Caduta	2
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena	Near miss/ eventi senza esiti	Caduta	60
		Violenza nei confronti di operatore	5
		Inadeguata prescrizione/somministrazione farmaco	2
		Allontanamento paziente dal luogo di cura	2
		Violenza su paziente	1
		Altro	1
	Eventi avversi	Caduta	15
		Inadeguata prescrizione/somministrazione farmaco	2
		Violenza nei confronti di operatore	1
	Eventi sentinella	Caduta	7
		Altro	1
Residenza Villalba ²³ - RSA Villa Margherita, Macerata	Near miss/ eventi senza esiti	Caduta	6
		Inadeguata prescrizione/somministrazione farmaco	3
		Inadeguata prestazione assistenziale	1
		Allontanamento paziente dal luogo di cura	1
	Eventi avversi	Caduta	3
Villa Adria, Ancona	Near miss/ eventi senza esiti	Caduta	5
		Caduta	2
	Near miss/ eventi senza esiti	Mancata prescrizione/somministrazione farmaco	1

²³ Soltanto per quanto di competenza KOS Care, dal 07/05/2025, a seguito di cessione di ramo d'azienda

Struttura	Tipo di evento	Oggetto delle segnalazioni	N
	Eventi avversi	Caduta	2
		Altro	1
	Eventi sentinella	Caduta	1
Centro Santo Stefano Cagli	Near miss/ eventi senza esiti	Inadeguata prescrizione/somministrazione farmaco	3
		Caduta	1
	Eventi avversi	Caduta	3
	Eventi sentinella	---	0
Centro Santo Stefano Macerata Feltria	Near miss/ eventi senza esiti	Caduta	8
	Eventi avversi	Caduta	6
	Eventi sentinella	---	0
Villa Fastiggi, Pesaro	Near miss/ eventi senza esiti	Caduta	14
		Inadeguata prescrizione/somministrazione farmaco	4
		Altro	2
	Eventi avversi	Caduta	8
	Eventi sentinella	Caduta	2
		Ritardo di procedura diagnostica	2
Centri Ambulatoriali/ Poliambulatori	Near miss/ eventi senza esiti	Caduta	1
	Eventi avversi	---	0
	Eventi sentinella	---	0

Tabella 9 – Sinistrosità e risarcimenti totali erogati nell'ultimo quinquennio (Fonte: art.4, c.3 della L.24/2017)

Anno	Numero di sinistri "sanitari" aperti nell'anno	Numero di sinistri "sanitari" liquidati relativi all'anno di riferimento	Risarcimenti liquidati in relazione ai sinistri dell'anno di riferimento	Note
2021	9	2	10.252	-
2022	11	2	-	-
2023	10	3	103.000	-
2024	6	1	26.000	-
2025	13	0	-	-
Totale complessivo	49	8	139.252	-

Tabella 10 – Sinistri “sanitari” aperti nell’ultimo quinquennio per Struttura (Fonte: art.4, c.3 della L.24/2017)

Nome Struttura	2021	2022	2023	2024	2025	Totale
Centro Ambulatoriale Santo Stefano Civitanova Marche	-	-	1	-	-	1
Centro Ambulatoriale Santo Stefano Tolentino	-	-	-	1	-	1
Centro Santo Stefano Cagli	3	3	1	1	1	9
Centro Santo Stefano Macerata Feltria	-	-	-	-	1	1
Centro Venerabile Marcucci, Ascoli Piceno	1	1	3	2	1	8
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena	4	4	5	-	6	19
Poliambulatorio Santo Stefano, Porto Potenza Picena	1	1	-	-	1	3
Residenza Villalba ²⁴ - RSA Villa Margherita, Macerata	-	-	-	-	1	1
Villa Adria, Ancona	-	1	-	-	1	2
Villa Fastiggi, Pesaro	-	1	-	1	1	3
Totale complessivo	9	11	10	6	13	49

Tabella 11 – Sinistri “sanitari” liquidati nell’ultimo quinquennio per Struttura (Fonte: art.4, c.3 della L.24/2017)

Nome Struttura	2021	2022	2023	2024	2025	Totale
Centro Ambulatoriale Santo Stefano Civitanova Marche	-	-	1	-	-	1
Centro Santo Stefano Cagli	-	-	1	1	-	2
Centro Venerabile Marcucci, Ascoli Piceno	-	-	1	-	-	1
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena	1	1	-	-	-	2
Poliambulatorio Santo Stefano, Porto Potenza Picena	1	1	-	-	-	2
Totale complessivo	2	2	3	1	-	8

²⁴ Soltanto per quanto di competenza KOS Care, dal 07/05/2025, a seguito di cessione di ramo d’azienda

Tabella 12 – Risarcimenti totali erogati nell'ultimo quinquennio per Struttura (Fonte: art.4, c.3 della L.24/2017)

Nome Struttura	2021	2022	2023	2024	2025	Totale
Centro Ambulatoriale Santo Stefano Civitanova Marche	-	-	3.000	-	-	3.000
Centro Santo Stefano Cagli	-	-	50.000	26.000	-	76.000
Centro Venerabile Marcucci, Ascoli Piceno	-	-	50.000	-	-	50.000
Istituto Santo Stefano, Porto Potenza Picena	6.000	-	-	-	-	6.000
Poliambulatorio Santo Stefano, Porto Potenza Picena	4.252	-	-	-	-	4.252
Totale complessivo	10.252	-	103.000	26.000	-	139.252

Descrizione della posizione assicurativa

Di seguito si riporta una sintesi delle coperture assicurative attive presso le Strutture Kos Care afferenti all'Area Riabilitazione Marche, con particolare riferimento alla responsabilità civile verso terzi e verso i prestatori d'opera.

Tabella 13 – Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicurativa	Premio	Franchigia	Gestione sinistri in autotutela
2021	31/03/2019-30/06/2021	Am Trust n° IITPMM1900093	578.242,50	50.000	-
2021	30/06/2021-30/11/2023	Am Trust n° RCH9210040000001/4	761.855,02	50.000	-
2022	30/06/2021-30/11/2023	Am Trust n° RCH9210040000001/4	761.855,02	50.000	-
2023	30/06/2021-30/11/2023	Am Trust n° RCH9210040000001/4	761.855,02	50.000	-
2023	30/11/2023-30/11/2026	Am Trust n° RCH00020000209	729.814,59	50.000	-
2024	30/11/2023-30/11/2026	Am Trust n° RCH00020000209	729.814,59	50.000	-
2025	30/11/2023-30/11/2026	Am Trust n° RCH00020000209	729.814,59	50.000	-

Report delle attività realizzate nel ciclo precedente

Le seguenti tabelle riportano una sintesi delle attività programmate nel PARM dell'anno precedente. Per ciascuna attività è stato indicato il livello di realizzazione effettivamente raggiunto con evidenziate, in caso di mancata o parziale attuazione, le eventuali criticità che ne hanno ostacolato il completamento.

Tabella 14-Tabella sinottica del livello di raggiungimento obiettivi anno precedente all'attuale PARS

Obiettivo 1: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Sensibilizzazione degli operatori all'utilizzo dell'incident reporting ed alla gestione del rischio clinico	Parzialmente	1. Implementazione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico destinato ai neo assunti È stato formato il 60,3% dei neo assunti a fronte dello standard pari al 80%. Le difficoltà incontrate nel raggiungimento dell'obiettivo sono essenzialmente all'elevato turn over di operatori sanitari. 2. Sono stati effettuati 8 Safety Walk Round in tutte le Strutture, nei reparti ospedalieri e residenziali, coinvolgendo operatori di tutte le qualifiche. 3. I report anonimi dei Significant Event Audit sono stati condivisi tramite email con i reparti interessati e sono disponibili in forma anonima nell'intranet (Sistema Documentale) a scopo di apprendimento.

Obiettivo 2: Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
1. Prevenzione e gestione della caduta del paziente (Raccomandazione n. 13)	Sì	1. La Procedura SDS P36 "Valutazione del rischio e prevenzione delle cadute accidentali" revisione 7 datata 20/12/2025 è disponibile nell'Intranet (Sistema Documentale) 2. La brochure informativa sul rischio caduta viene consegnata all'ingresso del paziente 3. L'implementazione della Procedura SDS P36 rev. 7 in tutte le strutture ha reso possibile effettuare soltanto verifiche a campione riguardanti la presenza della valutazione del rischio caduta nella documentazione infermieristica durante i Safety Walk Round
2. Procedura per l'identificazione del paziente (Raccomandazione n. 7, paragrafo 4.7, lettera b.)	Sì	Comunicazione n. 13/SDS/2025 datata 05/06/2025

Obiettivo 3: Monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES)		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Sensibilizzazione di Responsabili/Coordinatori di Reparti/Servizi alla segnalazione	Sì	1. Verbale di incontro referenti rischio clinico Area Marche 16/04/2025 2. Formazione Referenti/facilitatori (Ed. 1 3-4/12/2025; Ed. 2 15-16/12/2025)
Inserimento eventi sentinella su portale NSIS/SIMES	Sì	Segnalazione n. 13 eventi sentinella su SIMES

Tabella 15- Implementazione e monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali

OBIETTIVO IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI		
N.	RACCOMANDAZIONE	APPLICAZIONE
1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	SDS P19 Procedura Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate contenenti potassio - Implementata e revisionata
2	Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Non applicabile
3	Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Non applicabile
4	Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	SDS P50 Procedura Prevenzione del rischio di suicidio del paziente - Implementata e revisionata

OBIETTIVO IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI		
N.	RACCOMANDAZIONE	APPLICAZIONE
5	Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Istruzione Operativa IO/09.08 Prescrizione somministrazione emoderivati - Implementata e revisionata
6	Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Non applicabile
7	Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Protocollo SAI 30 Gestione infermieristica della terapia farmacologica - Implementata e revisionata
8	Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Linea di Indirizzo prevenzione atti di violenza a danno degli operatori sanitari - Implementata
9	Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Procedura KOS Servizi Gestione delle apparecchiature elettromedicali - Implementata e revisionata
10	Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Procedura SDS P51 Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati e denosumab – Implementata e revisionata
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	SDS P 49 Procedura Trasporto dei pazienti all'interno della struttura – Implementata e revisionata
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	Protocollo SAI 30 Gestione infermieristica della terapia farmacologica - Implementata e revisionata
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	SDS P36 Procedura valutazione del rischio e prevenzione della caduta del paziente - Implementata e revisionata
14	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Non applicabile
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	Non applicabile
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	Non applicabile
17	Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica	Istruzione Operativa IO/09.03 Prescrizione somministrazione terapia - Implementata e revisionata
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Istruzione Operativa IO/09.03 Prescrizione somministrazione terapia - Implementata e revisionata
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Protocollo SAI 30 Gestione infermieristica della terapia farmacologica. - Implementata e revisionata

Tabella 16 -Livello partecipativo alle attività avviate dalla Regione

OBIETTIVO: PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT		
Attività	Realizzata ²⁵	Stato di attuazione ²⁶
Partecipazione alle riunioni CeRGeRS	Sì	---

²⁵ Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

²⁶ Riferimenti e/o evidenze documentali dell'attività o criticità e/o motivazioni che non hanno consentito la realizzazione dell'attività

Modalità di diffusione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)

La sezione relativa alla relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati è pubblicata nella sezione Trasparenza del portale aziendale.

Il PARM e il PAICA sono disponibili sull'intranet aziendale.

Riferimenti Normativi

Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";

Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"

Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";

Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;

Repertorio Atti n. 116/CSR della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";

Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, Art.1, c. 539 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)";

Legge n. 24 dell'8 marzo 2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";

DM 19/12/2022 "Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie" (GU Serie Generale n.305 del 31/12/2022);

DGR n. 127 del 13 febbraio 2019 "Linee di indirizzo regionali per la Formazione del personale nell'ambito del Rischio Clinico 2019-2021 ".

DGR n. 10 del 20 gennaio 2020 "Sviluppo regionale dell'attività finalizzata alla sicurezza delle cure: definizione degli standard operativi per le aziende sanitarie del SSR"

DGR n. 264 del 04 marzo 2024 " Modifica alla DGR n. 1093 del 6/08/2018, concernente: "Recepimento da parte della Regione Marche della Legge 8 Marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (articolo n. 2, comma 4) – Istituzione del centro Regionale per la gestione del rischio Sanitario e la Sicurezza del paziente." Sostituzione allegato A."

DGR n. 736 del 26 maggio 2025 "Linee di indirizzo per la redazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".