

Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario Anno 2025

Rev.	Data	Natura della Revisione	Pagina
0	04/07/2025	Emissione	Tutte

STESURA	VERIFICA	APPROVAZIONE
Dott. Antonio Macellari Responsabile Rischio Clinico	Dott.ssa Gioia Renzi Direttore di Struttura	Dott.ssa Gioia Renzi Direttore di Struttura
Dott.ssa Mariluisa De Martiis Direttore Sanitario		

Sommario

Sezione 1.....	3
A. Piano Annuale di Risk Management	3
A1. Contesto organizzativo	3
A1.1 Volumi di attività prestazioni ambulatoriali	4
A1.2 Modello organizzativo per la gestione del rischio clinico	4
A2. Attività	9
B. Piano Annuale per le Infezioni Correlate All'Assistenza (PAICA).....	12
C. Matrice delle responsabilità del PARS	14
Sezione 2.....	15
Relazione annuale su eventi avversi e azioni risarcitorie in attuazione della legge 24/2017	15
Descrizione della posizione assicurativa.....	15
Report delle attività realizzate nel ciclo precedente	15
Implementazione e monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali.....	15
Livello partecipativo alle attività avviate dalla Regione	16

Sezione 1

A. Piano Annuale di Risk Management

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.

A1. Contesto organizzativo

Il Polo Diagnostico Villalba di Macerata eroga servizi di diagnostica per immagini, visite specialistiche, esami strumentali. Le prestazioni sono erogate in regime privatistico ed in molti casi anche in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale.

Visite Specialistiche: Cardiologia, Chirurgia Generale, Dermatologia, Endocrinologia, Flebologia, Gastroenterologia, Geriatria, Ginecologia, Neurochirurgia, Neurologia, Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Pneumologia, Terapia del dolore, Urologia.

Esami Diagnostici: Il Polo Diagnostico Villalba è dotato di una Risonanza Magnetica ad alto campo da 1,5 Tesla, che permette una maggiore risoluzione delle immagini e la possibilità di eseguire esami complessi anche con mezzo di contrasto:

Risonanza Magnetica da 1,5T (RM, anche con contrasto), Radiologia Tradizionale (RX), MOC, Ecografia, Ecografia senologica, Mammografia, OPT, Tac Cone Beam, Ecocardiogramma, E.C.G., Holter E.C.G. e pressorio, Prova da sforzo con cicloergometro, Ecocolordoppler arterioso e venoso, Elettromiografia, Esame audiometrico, vestibolare, impedenziometrico, Spirometria

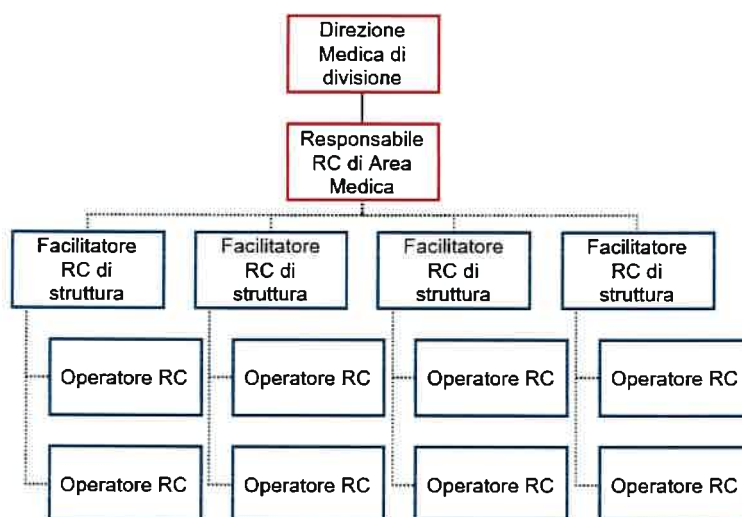
semplice, Mappatura nei, Crioterapia, PAP Test, Percorsi prevenzione donna e uomo gestiti con presa in carico in équipe multidisciplinare.

A1.1 Volumi di attività prestazioni ambulatoriali

In data 07/05/2025 è avvenuta la cessione di ramo d'azienda da altra Società a Kos Care S.r.l., per cui al momento i dati richiesti non sono disponibili

A1.2 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:



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 inappropriatezza 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 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 seguenti strutture: Villa Fastiggi (Pesaro), Centro Santo Stefano Macerata Feltria (PU), Centro Santo Stefano Cagli (PU), Villa Adria (AN), Istituto Santo Stefano Porto

Potenza Picena (MC), Centro Venerabile Marcucci (AP), per le quali nel 2025 verrà sviluppato un modello di Gestione del Rischio Clinico che si avvarrà di una rete regionale di referenti/facilitatori rischio clinico. Il presente Piano riguarda la Struttura di Porto Potenza Picena.

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 dell'Istituto di Riabilitazione. 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.

A2. Attività

Gli obiettivi individuati nel PARM sono perseguiti attraverso l'attuazione delle seguenti azioni, tra loro coerenti e sinergiche:

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1: NEO ASSUNTI : DE-ESCALATION - LA GESTIONE DEI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI, TECNICHE E STRUMENTI – FAD ASINCRONA -1 H (durata)		
INDICATORE: comunicazione iscrizione al modulo formativo (obbligatorio) - report della formazione svolta dai neo assunti entro 6 mesi dall'assunzione nella piattaforma interna easy learning – questionario di apprendimento		
STANDARD: fruizione della fad asincrona		
FONTE: piano formativo Kos 2025 redatto da Kos Academy		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager – Direzione Medica	Formazione
Progettazione del corso	R	R
Accreditamento del corso	I	R
Esecuzione del corso	C	R

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1: OPERATORI DE-ESCALATION - LA GESTIONE DEI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI, TECNICHE E STRUMENTI – FAD ASINCRONA -1 H (durata)		
INDICATORE: comunicazione avvio del modulo formativo - report della formazione svolta dai destinatari nella piattaforma interna easy learning – questionario di apprendimento		
STANDARD: fruizione della fad asincrona - entro 2025		
FONTE: piano formativo Kos 2024- 2025 redatto da Kos Academy		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager – Direzione Medica	Formazione
Progettazione del corso	R	R
Accreditamento del corso	I	R
Esecuzione del corso	C	R

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1: NEO ASSUNTI LA PREVENZIONE DEI MALTRATTAMENTI SUL PAZIENTE- FAD ASINCRONA - 1 H (durata)		
INDICATORE: comunicazione iscrizione al modulo formativo (obbligatorio) - report della formazione svolta dai neo assunti entro 6 mesi dall'assunzione nella piattaforma interna easy learning – questionario di apprendimento		

STANDARD: fruizione della fad asincrona		
FONTE: piano formativo Kos 2025 redatto da Kos Academy		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager – Direzione Medica	Formazione
Progettazione del corso	R	R
Accreditamento del corso	I	R
Esecuzione del corso	C	R
Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato		

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1: OPERATORI PREVENZIONE DEI MALTRATTAMENTI SUL PAZIENTE- 1h (durata)		
INDICATORE: comunicazione avvio del modulo formativo- report della formazione svolta dai destinatari nella piattaforma interna easy learning – questionario di apprendimento		
STANDARD: fruizione della fad asincrona entro 2025		
FONTE: piano formativo Kos 2024- 2025 redatto da Kos Academy		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager – Direzione Medica	Formazione
Progettazione del corso	R	R
Accreditamento del corso	I	R
Esecuzione del corso	C	R
Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato		

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1: NEO ASSUNTI - RISCHIO CLINICO - FAD ASINCRONA - 1 H durata		
INDICATORE: comunicazione iscrizione al modulo formativo (obbligatorio) - report della formazione svolta dai neo assunti entro 6 mesi dall'assunzione nella piattaforma interna easy learning – questionario di apprendimento		
STANDARD: fruizione della fad asincrona		
FONTE: piano formativo Kos 2025 redatto da Kos Academy		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager – Direzione Medica	Formazione
Progettazione del corso	R	R
Accreditamento del corso	I	R
Esecuzione del corso	C	R
Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato		

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1: OPERATORI - RISCHIO CLINICO Fad Asincrona – 1 h durata		
INDICATORE: comunicazione avvio del modulo formativo - report della formazione svolta dai destinatari nella piattaforma interna easy learning – questionario di apprendimento – entro 2025		
STANDARD: fruizione della fad asincrona		
FONTE: piano formativo Kos 2025 redatto da Kos Academy		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		

Azione	Risk Manager – Direzione Medica	Formazione
Progettazione del corso	R	R
Accreditamento del corso	I	R
Esecuzione del corso	C	R

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1: FACILITATORI DEL Rischio CLINICO – aula in presenza 12 h durata		
INDICATORE: comunicazione avvio progetto – registro partecipanti – questionario apprendimento		
STANDARD: per tutti i destinatari – facilitatori nominati - entro 2025		
FONTE: piano formativo Kos 2025 redatto da Kos Academy		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Formazione
Progettazione del corso	R	R
Accreditamento del corso	I	R
Esecuzione del corso	R	R

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA*			
ATTIVITÀ 1: ---			
INDICATORE ---			
STANDARD ---			
FONTE ---			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Formazione	Gruppo di lavoro
Coordinamento PDTA	---	---	---
Descrizione contenuti del PDTA	---	---	---
Progettazione sistema di monitoraggio	---	---	---
Validazione sistema monitoraggio	---	---	---
Formalizzazione del PDTA	---	---	---

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

* Trattandosi di struttura ambulatoriale, l'obiettivo riguardante i PDTA non è applicabile

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE	
ATTIVITÀ 1: Sensibilizzazione degli operatori all'utilizzo dell'incident reporting ed alla gestione del rischio clinico	
INDICATORE: Attuazione di Safety Walk Round con evidenza di partecipazione degli operatori di tutte le qualifiche	
STANDARD: Almeno un Safety Walk Round	
FONTE: Procedura SDS P32 "Gestione del rischio clinico"	

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager/Referente Rischio Clinico	Coordinatrice Infermieristica	Direttore di Struttura
Progettazione dell'attività	R	C	C
Esecuzione dell'attività	R	C	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE			
ATTIVITÀ 2: Condivisione con tutti gli operatori dei risultati di analisi dei rischi a scopo di apprendimento			
INDICATORE: Verballi di riunione multidisciplinari per la discussione dei risultati delle analisi			
STANDARD: 100% dei risultati di analisi condivisi con tutti gli operatori entro il 31/12/2025			
FONTE: Procedura SDS P32 "Gestione del rischio clinico"; Procedura SDS P 34 "Analisi degli eventi tramite RCA e SEA"			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager/Referente Rischio Clinico	Medici, Infermieri, OSS	Direttore di Struttura
Progettazione dell'attività	R	I	I
Esecuzione dell'attività	R	C	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

OBIETTIVO D) PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT*			
ATTIVITÀ 1: ---			
INDICATORE ---			
STANDARD ---			
FONTE			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager		Formazione
Convocazione Riunione	---		---
Partecipazione all'incontro	---		---
Verbalizzazione	---		---

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

* In data 03/07/2025 l'ARIS – Delegazione Regione Marche, ha inviato tramite PEC, comunicazione del nominativo del rappresentante ARIS al tavolo sul Rischio Clinico. Alla data di stesura del presente documento non risultano pervenute convocazioni per le attività regionali.

B. Piano Annuale per le Infezioni Correlate All'Assistenza (PAICA)

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite che rappresentano la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria. Possono verificarsi in ogni ambito assistenziale, costituendo di fatto un fenomeno che può riscontrarsi nei reparti per acuti (dalle degenze ordinarie agli accessi in day surgery o day hospital), nelle strutture di lungodegenza e nelle strutture riabilitative, negli ambulatori, nelle strutture residenziali territoriali (RSA).

Le ICA sono oggi considerate tra i principali indicatori di qualità dell'assistenza (D.M. 27/07/1995), in quanto sono nella maggior parte dei casi attribuibili a pratiche assistenziali e quindi considerate in larga misura prevenibili: evidenziano quindi in qualche modo degli "errori assistenziali", spesso misconosciuti o sottovalutati; un sistema di segnalazione delle infezioni ospedaliere rappresenta inoltre uno dei requisiti essenziali del Manuale di Accredimento Regione Marche.

Scopo del presente piano è cercare di garantire la massima riduzione (contenimento) possibile del rischio biologico infettivo correlato ad inesatta/incompleta attuazione dei protocolli igienico-sanitari di sicurezza, riconosciuti come efficaci in Letteratura, poiché le ICA possono essere prevenute adottando misure efficaci a ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi potenzialmente patogeni nel corso dell'assistenza sanitaria. Le modalità di prevenzione delle ICA adottate dalla Struttura sono riportate nel documento "Buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza".

Pertanto, gli obiettivi specifici dell'implementazione del presente piano sono riassumibili nelle seguenti tabelle:

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITÀ 1: NEOASSUNTO – INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA – ENTRO 6 MESI DALL'ASSUNZIONE – FAD 1 H DURATA		
INDICATORE: mail di comunicazione di iscrizione alla fruizione obbligatoria della fad -durata 1 h – entro 6 mesi dall'assunzione		
STANDARD: report della fruizione della fad su piattaforma kos- easy learning		
FONTE: PIANO FORMATIVO KOS 2025 – KOS ACADEMY		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Direzione medica	Formazione
Progettazione del corso	R	R
Accreditamento del corso	I	R
Esecuzione del corso	C	R

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITÀ 1: OPERATORI - INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA – FAD 1H DURATA		
INDICATORE: mail di comunicazione dell'avvio della fad – durata 1 h - annuale		
STANDARD: report della fruizione della fad su piattaforma Kos – Easy Learning		
FONTE: PIANO FORMATIVO KOS 2025 – KOS ACADEMY		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione		
Progettazione del corso	R	R
Accreditamento del corso	I	R
Esecuzione del corso	C	R

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

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

ATTIVITÀ 2: Elaborare ed implementare una check list per verificare l'applicazione delle procedure di prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza

INDICATORE: N. di audit eseguiti

STANDARD: ≥1

FONTE: Direzione Sanitaria

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore Sanitario	Coordinatore Infermieristico	Presidente CIO	Risk Manager
Raccolta dati	R	C	C	I
Elaborazione dati	R	I	C	I
Diffusione reportistica	R	C	C	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

Per le attività relative all'implementazione delle Precauzioni standard ed aggiuntive, si fa riferimento al documento "Buone Pratiche per la Prevenzione e il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza".

C. Matrice delle responsabilità del PARS

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

FIGURA PROFESSIONALE							
AZIONE	Presidente CIO/CICA	Risk Manager	Responsabile SO Affari Legali	Direttore Generale	Direttore Sanitario	Direttore Amministrativo	Strutture di Supporto
Redazione PARS	C	R	C	C	C	C	-
Redazione PAICA	R	C	I	I	C	I	-
Redazione relazione consuntiva (sezione 2)	C	C	R	I	C	C	-
Adozione Piano	I	I	I	R	C	C	-
Monitoraggio Piano sicurezza delle cure	C	R	C	I	C	C	C
Monitoraggio rischio infettivo	R	C	I	I	C	I	C

Sezione 2

Relazione annuale su eventi avversi e azioni risarcitorie in attuazione della legge 24/2017

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

In data 07/05/2025 è avvenuta la cessione di ramo d'azienda da altra Società a Kos Care S.r.l., per cui al momento i dati richiesti non sono disponibili.

Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

In data 07/05/2025 è avvenuta la cessione di ramo d'azienda da altra Società a Kos Care S.r.l., per cui al momento i dati richiesti non sono disponibili.

Descrizione della posizione assicurativa

Dal 07/05/2025 il certificato di polizza che copre il Polo Diagnostico Villalba è il "KOS Care Rehab – n° RCH00020000209, le cui condizioni specifiche sono riportate nella "Dichiarazione KOS Care Rehab".

Di seguito il riepilogo sintetico sullo schema della tabella:

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia assicurativa	Premio Annuo	Franchigia	Gestione di sinistri in autotutela
2025-2026	07/05/2025 – 30/11/2026	Am Trust	729.814,59	50.000€	-
2023-2025	30/11/2023- 07/05/2025	Am Trust	366.283,12	150.000€/500.000€	-

Report delle attività realizzate nel ciclo precedente

In data 07/05/2025 è avvenuta la cessione di ramo d'azienda da altra Società a Kos Care S.r.l., per cui al momento i dati richiesti non sono disponibili.

Implementazione e monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali

Nella seguente tabella sono state evidenziate le raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure applicabili all'attività del Polo Diagnostico, con la descrizione dello stato di attuazione:

OBIETTIVO: IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI	
Raccomandazione Ministeriale	Stato di attuazione
N. 1 - Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio - KCl- ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio	Non applicabile
N.2 - Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Non applicabile

N.3 - Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Non applicabile
N.4 - Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Non applicabile
N.5 - Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Non applicabile
N.6 - Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Non applicabile
N.7 - Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Implementata e revisionata - Protocollo SAI 30 Gestione infermieristica della terapia farmacologica Procedura organizzativa "Utilizzo dei mezzi di contrasto radiologici nell'adulto"
N.8 - Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Implementata - Linea di indirizzo prevenzione atti di violenza a danno degli operatori sanitari
N.9 - Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Implementata e revisionata - Procedura KOS Servizi Gestione delle apparecchiature elettromedicali
N.10 - Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Non applicabile
N. 11 - Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Implementata - SDS P 49 Procedura Trasporto dei pazienti all'interno della struttura
N.12 - Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike"	Implementata e revisionata - Protocollo SAI 30 Gestione infermieristica della terapia farmacologica
N.13 - Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Implementata e revisionata - SDS P36 Procedura valutazione del rischio e prevenzione della caduta del paziente
N.14 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Non applicabile
N.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
N. 16 - Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	Non applicabile
N. 17 - Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	Non applicabile
N. 18 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Non applicabile
N. 19 - Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Non applicabile

Livello partecipativo alle attività avviate dalla Regione

In data 03/07/2025 l' ARIS – Delegazione Regione Marche, ha inviato tramite PEC, comunicazione del nominativo del rappresentante ARIS al tavolo sul Rischio Clinico. Alla data di stesura del presente documento non risultano pervenute convocazioni per le attività regionali.