

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA

PIO ISTITUTO ELEMOSINIERE - ALBERTONE DEL COLLE



PIANO ANNUALE GESTIONE DEL

RISCHIO SANITARIO

2023

SOMMARIO

PREMESSA.....	3
1. SCOPO.....	4
2. CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	5
3. DATI DI ATTIVITA'	7
4. ANALISI DEL CONTESTO INTERSO ED ESTERNO (ANALISI SWOT).....	8
5. LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO.....	10
6. EVENTI/SINISTRI E RISARCIMENTI EROGATI.....	14
7. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	15
8. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO.....	15
9. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO.....	22
10. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	22

PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato la necessità che le organizzazioni sanitarie operino per assicurare ai pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure.

L'articolo 1 della Legge 24/2017 (c.d. Legge Gelli) qualifica *“la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute”* e precisa che essa *“si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative”*.

Le possibilità di evento avverso sono insite nei sistemi complessi e le realtà sanitarie, come afferma l'OMS, sono l'ambito lavorativo a maggiore complessità possibile.

“L'errore è una componente inevitabile della realtà umana, in ogni sistema possono determinarsi circostanze che ne favoriscono il verificarsi; è quindi fondamentale creare condizioni che riducano la possibilità di sbagliare e le conseguenze di un errore quanto questo si sia verificato (J. Reason 2000).

Al fine di promuovere sia una visione che una gestione sistemica del rischio, la sicurezza dei pazienti deve essere continuamente presidiata e le criticità devono essere affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando vari aspetti:

- monitoraggio e analisi degli eventi avversi;
- elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza;
- coinvolgimento di pazienti;
- formazione degli operatori sanitari;
- analisi delle interferenze e delle criticità.

Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continua della qualità, la gestione del rischio clinico e nel documento *“Risk Management e Qualità in Sanità”* definisce le seguenti raccomandazioni:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- promuovere la segnalazione dei *Near Miss*;
- sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta ed elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- monitorare periodicamente e garantire feed-back informativi;
- avviare la costituzione di un network per la realizzazione di un database nazionale per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza dei pazienti, anche al fine di istituire un Osservatorio a livello centrale;

- definire misure organizzative e tecnologie appropriate per la riduzione degli errori evitabili;
- favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

In questa dimensione, la **gestione del rischio clinico** assume un ruolo fondamentale nel processo di identificazione degli obiettivi di sistema, di definizione dei processi organizzativi, di allocazione delle risorse, oltre che di valutazione delle attività e dei processi formativi offerti agli operatori.

Il rischio clinico è stato definito dallo statunitense institute of Medicine come *“la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario; alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza e che sia causa di un prolungamento di tale periodo, di un peggioramento delle condizioni di salute o della morte”* (Kohn, IOM 2000).

Gli ambiti del rischio nelle organizzazioni sanitarie sono riconducibili:

- alla sicurezza del paziente;
- alla sicurezza del personale;
- alle emergenze esterne;
- alla sicurezza degli ambienti e delle attrezzature;
- ai rischi finanziari per il riconoscimento di danni alle persone.

Pertanto la funzione di gestione del rischio clinico è quella di fornire a tutti gli operatori le informazioni necessarie per “apprendere dagli errori”, ovvero dagli eventi avversi prevenibili e dai cosiddetti “quasi eventi” o *near-miss*.

L’errore o l’evento avverso prevenibile, devono pertanto divenire una preziosa occasione di miglioramento.

1. SCOPO

Il Piano annuale per la gestione del rischio sanitario è lo strumento attraverso il quale l’Azienda:

- favorisce una visione unitaria del rischio sanitario;
- sottolinea la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- definisce lo strumento organizzativo e tecnico necessario per una corretta valutazione delle modalità di lavoro degli operatori e dei contesti lavorativi;
- favorire un confronto aperto, consapevole e trasparente con i propri stakeholder;

Le attività indicate nel Piano sono inoltre parte integrante delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza, economicità e sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali: in questa ottica, il Piano è costruito nella prospettiva del miglioramento continuo e dell’implementazione di azioni qualificanti l’attività.

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'ASP Pio Istituto Elemosiniere - A. del Colle è un Azienda Pubblica di Servizi alla Persona con personalità giuridica di diritto pubblico, autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica ed opera con criteri imprenditoriali. Essa non ha fini di lucro e conforma la sua attività di gestione a criteri di efficienza, efficacia ed economicità, nel rispetto del pareggio del bilancio.

L'Azienda nella forma giuridica attuale è il risultato della trasformazione, in attuazione della Legge Regionale n. 19 del 11.12.2003 e successive modificazioni ed integrazioni, del Pio Istituto Elemosiniere di Venzone, riconosciuto I.P.A.B. "ope-legis" in quanto istituito anteriormente all'entrata in vigore della Legge n. 6972/1890.

Lo scopo istituzionale dell'Azienda definito dall'articolo 2 dello Statuto è "promuovere ogni genere di servizi sociali, assistenziali e sanitari e realizzare e gestire strutture assistenziali, di cura e di assistenza temporanea e permanente per persone anziane, malate, sole, diversamente abili, e persone soggette a speciali trattamenti finalizzati al recupero e reinserimento sociale ovvero in condizioni di disagio sociale in generale, pur non dichiarate non autosufficienti dalle competenti autorità".

L'Azienda persegue gli i succitati scopi istituzionali previsti dallo Statuto svolgendo in particolare le seguenti attività:

- accogliere nella propria struttura le persone autosufficienti con bisogni di tipo sociale e/o socio-assistenziale e/o sanitario e riabilitativo di non grave entità;
- partecipare, anche in forma associata e/o convenzionata, alla programmazione e gestione dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari del territorio;
- gestire centri diurni, day/hospital, case albergo e strutture in grado di ospitare persone autosufficienti ed offrire loro risposte diversificate ai bisogni duraturi o temporanei di tipo sociale con specifici progetti;
- gestire, in convenzione con i Comuni o con l'Azienda Sanitaria competente per territorio, ovvero con altri organismi preposti, servizi, trasporti, forniture domiciliari rivolti ad anziani, minori, persone diversamente abili o a beneficio di categorie fragili;
- promuovere e condurre - anche in collaborazione con centri formativi, scuole, università e centri ed istituti di ricerca - iniziative di formazione, aggiornamento e qualificazione del

personale dipendente e di ogni altro soggetto o beneficiario operante nel settore dei servizi socio-assistenziali e connessi;

- contribuire allo studio ed elaborazione delle politiche sociali ed assistenziali, anche allo scopo di offrire o suggerire alle istituzioni preposte nuovi modelli e strategie di lavoro sul tema dell'integrazione sociale;
- realizzare attività di informazione, promozione e sensibilizzazione sui temi inerenti agli scopi dell'Azienda, principalmente attraverso l'organizzazione di convegni, seminari, studi, ricerche e pubblicazioni;
- svolgere attività comunque connesse alla valorizzazione del proprio patrimonio sia immobiliare che storico-culturale.

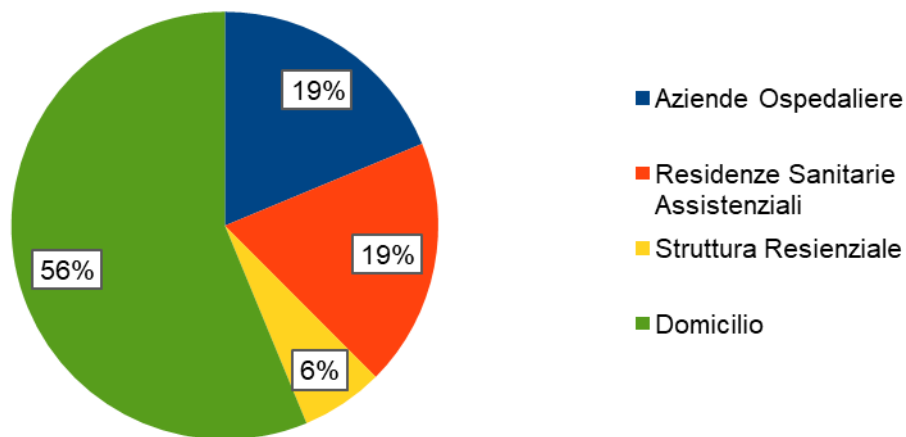
La gestione efficiente delle risorse economiche ed umane e la gestione efficace, nel raggiungimento degli obiettivi e il contestuale sviluppo di una organizzazione leggera e competente rappresentano le condizioni fondamentali per il conseguimento della solidarietà, partecipazione, rispetto e valorizzazione della persona.

Il coinvolgimento e il confronto costante con i soggetti istituzionali competenti sono ritenuti gli elementi imprescindibili per la lettura dei bisogni rilevati e inespressi del territorio per dare risposte adeguate alle mutevoli esigenze dei cittadini attraverso l'erogazione di servizi differenziati.

3. DATI DI ATTIVITA'

Il target a cui si rivolge l'ASP è rappresentato prevalentemente dalla fascia di età over 65. Come si evince dalla tabella sottostante oltre il 56% dei nuovi accolti proviene dal domicilio.

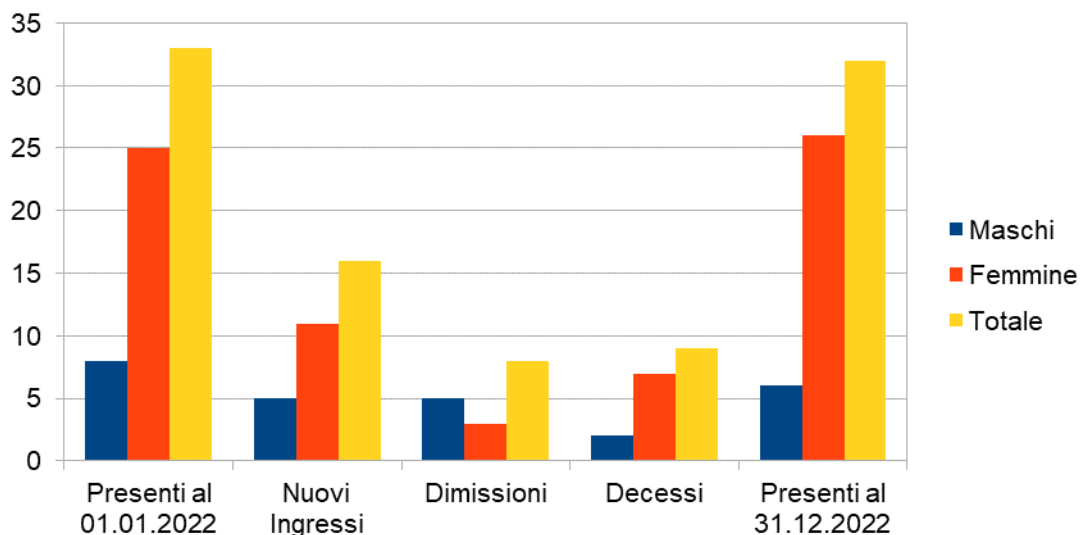
Provenienza nuovi accolti nell'anno 2022

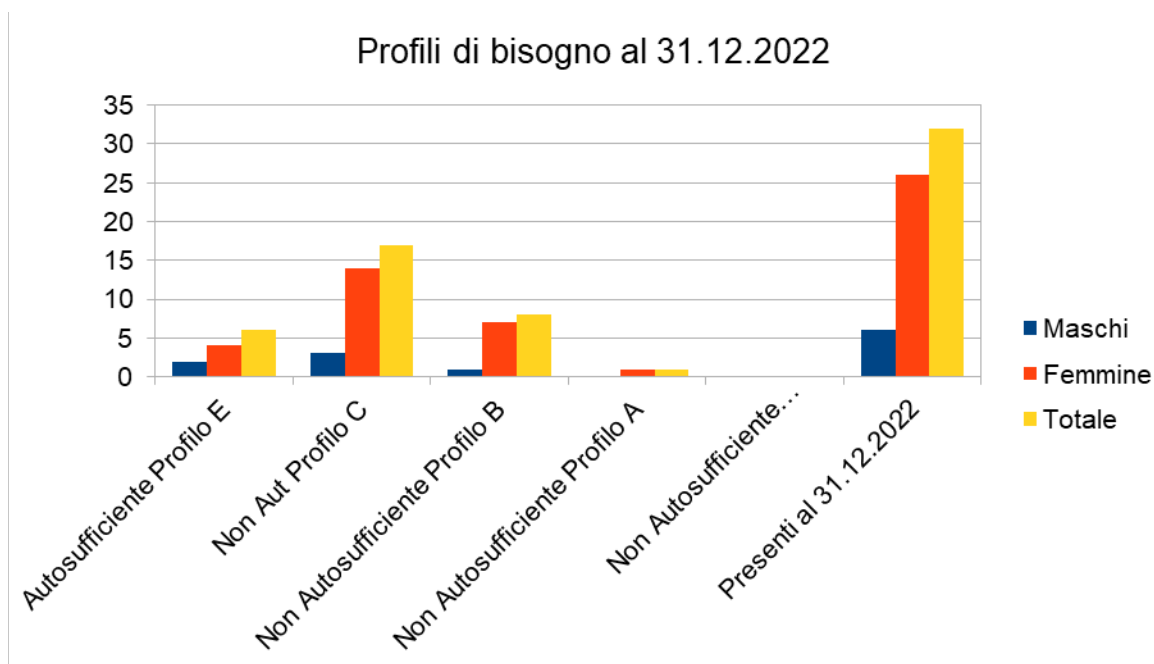


I numeri confermano il ruolo che il servizio residenziale assume nel contesto territoriale per l'accoglimento di persone con bisogni assistenziali lievi e medi provenienti dal domicilio e che per ragioni diverse hanno la necessità di essere accolti una struttura comunitaria per il soddisfacimento dei bisogni assistenziali di base.

Come si evince dal grafico ben 26 ospiti su 32, presenti al 31.12.2022, era di sesso femminile.

Ospiti in struttura nell'anno 2022





In coerenza con l'autorizzazione all'esercizio rilasciata, il profilo assistenziale più numeroso è rappresentato dal profilo "C", che comprende persone che presentano bisogni sanitari bassi e necessità assistenziali lievi.

Complessivamente nel 2022 si sono registrate 12016 giornate di presenza e 166 di assenza dovute tutte a ricoveri ospedalieri.

Il piano si applica a tutti i servizi gestiti dall'Azienda.

4. ANALISI DEL CONTESTO INTERSO ED ESTERNO (ANALISI SWOT)



L'analisi SWOT è una matrice divisa in quattro quadranti: quelli inferiori riguardano componenti esterne, quelli superiori sono interne. Rappresentano rispettivamente punti di forza, di debolezza, minacce e opportunità.

L'obiettivo dell'analisi SWOT è quello di dare consapevolezza all'azienda di cosa è e dove si trova. Ma soprattutto di agevolare dei processi virtuosi per migliorare ogni debolezza e ridurre le minacce fino a trasformarle in opportunità.

I punti di forza sono quei fattori che favoriscono lo sviluppo e rappresentano le cosiddette aree di eccellenza. Vengono messi in luce gli elementi di solidità e importanza ma anche le caratteristiche meno evidenti ed impattanti.

I punti di debolezza per contro, sono quegli elementi che ostacolano lo sviluppo e che bisogna cercare di superare e rappresentano le aree ad alto margine di miglioramento. L'analisi dei punti di debolezza tende ad individuare le problematiche che possono destare preoccupazione e verso le quali è necessario indirizzare le azioni programmatiche al fine di non compromettere l'esito finale delle scelte strategiche.

Dopo aver analizzato i punti di forza e di debolezza si individuano le loro possibili combinazioni sinergiche capaci di trasformarsi in opportunità ovvero i vantaggi che derivano dalla combinazione tra punti di debolezza e punti di forza e in che misura i punti di forza colmano quelli di debolezza.

Le opportunità sono i possibili vantaggi futuri che occorre saper sfruttare a proprio favore allocando in modo flessibile le risorse in modo da ottimizzare la performance della strategia.

Le minacce sono quegli eventi o possibili mutamenti futuri che potrebbero avere un impatto sui risultati della strategia, fino a compromettere l'esito, nei casi estremi.

Punti di forza (S)	Punti di debolezza (W)
Struttura di piccole dimensioni assimilabile ad un contesto domiciliare	Servizi esternalizzati
Presenza di personale attento alle esigenze delle persone anziane accolte	Carenza di personale
	Rallentato processo di formazione a causa pandemia
	Generale resistenza ai processi di cambiamento

	Necessità di manutenzione straordinaria di locali ed arredi
Opportunità (O)	Minacce (T)
Radicamento e valore nel territorio	Competizione e surplus di strutture residenziali per anziani nell'area territoriale
Ruolo riconosciuto nella rete dei servizi sociosanitari	Carenza di posti letto post acuzie
	Invecchiamento popolazione ed aumento cronicità
	Riduzione risorse economiche delle persone anziane e delle loro famiglie
	Quadro normativo complesso e dinamico (privacy, trasparenza, anticorruzione, accreditamento, ecc.) e molteplicità di adempimenti richiesti spesso in assenza dei necessari adeguamenti/cambiamenti organizzativi e culturali

5. LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

La gestione del rischio ha lo scopo di contenere e/o evitare gli eventi avversi attraverso un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali connessi alle attività svolte all'interno della struttura.

L'obiettivo è quello di aumentare la sicurezza degli ospiti (oltre che degli operatori e dei visitatori), migliorare i risultati e, indirettamente, ridurre i costi, contenendo gli eventi avversi prevenibili e, contestualmente, il ricorso a contenziosi.

Il compito della gestione del rischio è fornire all'organizzazione le informazioni necessarie per "imparare dagli errori", superando la concezione punitiva dell'errore come fallimento ascrivibile a responsabilità individuale (del singolo operatore), tenuto conto che molto spesso l'operatore che commette l'errore viene in ciò indotto da condizioni favorevoli legate al contesto organizzativo e/o a scelte strategiche aziendali.

Gli studiosi del fenomeno hanno rilevato che nei sistemi sanitari la frequenza con cui si sbaglia è

elevata e che l'errore non deriva dalla ripetitività di comportamenti sbagliati (sarebbe facile prevenirli) ma dalla combinazione di accadimenti di per sé innocui.

La teoria di James Reason sostiene che gli incidenti che emergono sono solo la punta dell'iceberg e, per un incidente che si è manifestato, ce ne sono molti altri che non sono accaduti solo perché un operatore ha impedito che accadessero (cosiddetti near miss events).

5.1 Cosa segnalare?

Le segnalazioni riguardano:

- **Evento**, ovvero accadimenti che hanno dato o avevano la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionali e/o non necessario nei riguardi di un ospite;
- **Evento avverso**: evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno all'ospite, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevedibili o non prevedibili. Un evento avverso attribuibile ad un errore e "un evento avverso prevedibile";
- **Evento evitato** (near miss): errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato ovvero non ha prodotto conseguenze avverse per l'ospite;
- **Evento sentinella**: evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento dell'organizzazione che può comportare morte o grave danno all'ospite e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti dei servizi aziendali erogati. Per la sua gravità è sufficiente che si verifichi una volta sola perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito e l'implementazione delle adeguate misure correttive.

5.2 Perché segnalare?

La segnalazione degli eventi consente ad un'organizzazione di:

- sviluppare una cultura della sicurezza;
- favorire l'apprendimento e lo sviluppo di soluzioni attraverso l'identificazione delle cause che hanno determinato gli errori;
- utilizzare in maniera razionale risorse preziose;
- migliorare la fiducia degli stakeholder.

Se eseguita attraverso i canali ufficiali di riferimento del Responsabile del governo assistenziale, è indipendente dalle autorità con potere punitivo e viene analizzata da professionisti esperti in materia, al fine di emanare tempestive raccomandazioni con l'obiettivo di apportare cambiamenti nei sistemi di processo e nelle prestazioni individuali.

5.3 Incident Reporting

Il Ministro della Salute definisce l'incident Reporting come una modalità di raccolta delle segnalazioni di eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure, effettuata volontariamente o obbligatoriamente dagli operatori.

Il sistema di Incident Reporting è una modalità di raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi significativi, incidenti o quasi incidenti, intesi come eventi che avrebbero potuto evolvere in incidenti.

È una raccolta di informazioni su concreti eventi avversi secondo un modo strutturato con l'obiettivo di fornire una base di analisi per la predisposizione di azioni di miglioramento per prevenire il reiterarsi di tali fatti.

La sua esistenza offre una misura dell'affidabilità e del livello di sicurezza dell'organizzazione.

Gli eventi che determinano esiti dannosi costituiscono solo la punta dell'iceberg di una realtà in cui errori vengono intercettati dagli operatori prima che producano conseguenze dannose o le producano in modo estremamente ridotto.

L'Incident Reporting rappresenta pertanto un sistema utilizzato per comprendere meglio i difetti di un'organizzazione che favoriscono l'insorgere di eventi avversi, prima che questi si manifestino con conseguenze dannose.

È un sistema di segnalazione volontario che gestisce le informazioni in modo confidenziale e non comporta l'adozione di sanzioni o punizioni.

Rappresenta una fonte informativa indispensabile sia per avviare un processo di mappatura dei rischi a livello aziendale che per attivare i processi di analisi e valutazione degli stessi al fine di individuare e applicare le azioni correttive mirate.

5.4 Gestione della segnalazione degli eventi sentinella

La sorveglianza degli eventi sentinella costituisce un'importante azione di sanità pubblica in quanto rappresenta uno strumento indispensabile per la prevenzione di tali accadimenti e per la promozione della sicurezza dei pazienti.

Il Ministero della Salute ha elaborato un protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, con l'obiettivo di fornire alle Regioni e alle Aziende sanitarie una modalità univoca di sorveglianza e gestione di tali eventi sul territorio nazionale a garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

Gli eventi sentinella individuati dal Ministero della salute che hanno attinenza con l'attività di accoglimento residenziale sono:

- procedura in paziente sbagliato;
- errata procedura su paziente corretto;
- morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivanti da errori in terapia farmacologica;
- morte o grave danno per caduta di paziente;
- suicidio o tentato suicidio di paziente;
- violenza su paziente;
- atti di violenza a danno di operatore;
- morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (all'interno e all'esterno della struttura);
- ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno.

Con specifico protocollo sono definite le modalità di gestione dell'incident reporting.

5.5 SARS-COV 2

L'Azienda ha messo in atto, attraverso l'adozione di specifici protocolli, tutte le procedure e le misure atte al contenimento e alla prevenzione della diffusione del virus, nel rispetto delle varie Ordinanze, dei Decreti del Ministro della salute e delle disposizioni della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità e dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale che si sono susseguite nel tempo.

Molta attenzione è stata inoltre posta nei confronti della formazione del personale e nell'informazione a ospiti e familiari.

La Direzione aziendale ha garantito una presenza attiva e costante sia nei confronti del personale che di ospiti e loro familiari, anche attraverso l'elaborazione di numerose informative e comunicazione per illustrare le procedure di volta in volta adottate per contenere la diffusione dei contagi.

Tutte le attività succitate sono state oggetto di aggiornamenti continui e continueranno ad

essere modificate con le consuete modalità operative atte a garantire la trasparenza dell'azione aziendale.

Alcune delle procedure adottate nell'ambito dell'emergenza sanitaria saranno rivalutate e revisionate con l'obiettivo di inserirle nel sistema di gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza.

6. EVENTI/SINISTRI E RISARCIMENTI EROGATI

ANNO SINISTRO	N. SINISTRI	RISARCIMENTI EROGATI
2020	0	0
2021	0	0
2022	0	0

6.1 POSIZIONE ASSICURATIVA

Validità	Polizza	Compagnia assicuratrice	broker
05/12/2022 – 30/06/2023	TUTELA LEGALE ENTI PUBBLICI	Soc. Cattolica di Assicurazioni	ASSITECA
05/12/2022 – 30/06/2023	INCENDIO	Soc. Cattolica di Assicurazioni	ASSITECA
05/12/2022 – 30/06/2023	RCT – RCO	Soc. Cattolica di Assicurazioni	ASSITECA
19/04/2023 – 19/04/2024	RCA	Unipolsai assicurazioni SpA	ASSITECA
19/04/2023 – 30/04/2024	INFORTUNI CONDUCENTE	Generali SpA	ASSITECA

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

La realizzazione del Piano prevede specifiche responsabilità:

Azione	Consiglio di	Direttore	Medici	di	Responsabile del governo
--------	--------------	-----------	--------	----	--------------------------

	amm.	generale	medicina generale	assistenziale
Redazione Piano		R	C	C
Adozione Piano	R	C	I	I
Monitoraggio Piano	C	R	C	C
R= Responsabile C= Coinvolto I= Interessato				

8. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

8.1 Obiettivi

Nell'ambito del Piano della Qualità approvato viene definito, tra gli obiettivi generali che orientano l'organizzazione dell'A.S.P. Pio Istituto Elemosiniere, quello di garantire il benessere della persona assistita attraverso il costante monitoraggio dei bisogni e il miglioramento continuo dei processi e della qualità dell'organizzazione.

Il benessere della persona assistita può essere garantito anche attraverso un adeguato governo clinico-assistenziale e il Piano annuale per la gestione del rischio sanitario rappresenta un valido ed indispensabile supporto allo svolgimento delle attività di cura e di sviluppo di una politica di sicurezza del paziente e di una cultura dell'apprendimento dall'errore senza incorrere in accuse, derisioni o umiliazioni (cultura *no blame*).

A tale scopo vengono definiti i seguenti obiettivi strategici di gestione del rischio sanitario:

- a) diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- b) migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio degli eventi avversi;
- c) adozione protocolli per la gestione dei rischi sanitari;

8.2 Attività

Per perseguire i succitati obiettivi strategici sono previste le attività individuate nelle tabelle seguenti.

Si tratta di attività strutturate sull'input dell'appropriatezza delle cure e sui principi di sostenibilità ed economicità gestionale.

OBIETTIVO a): diffondere la cultura della sicurezza delle cure

AZIONE 1: Progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA			
INDICATORE: realizzazione di un corso di formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
	Soggetto responsabile	Soggetto coinvolto	Soggetto informato
Programmazione del corso	Responsabile del governo assistenziale	Soggetto affidatario global service	Direttore generale
Autorizzazione corso	Soggetto affidatario global service		Direttore generale
Partecipazione corso		Infermieri/OSS	Direttore generale
Valutazione efficacia formazione	Responsabile del governo assistenziale		
Diffusione conoscenze acquisite	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/OSS	
AZIONE 2: attivazione sorveglianza eventi sentinella			
INDICATORE: adozione e attuazione procedura incident reporting			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
	Soggetto responsabile	Soggetto coinvolto	Soggetto informato
Redazione procedura	Responsabile del governo assistenziale		Direttore generale
Esecuzione procedura	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/OSS	
Verifica e implementazione	Responsabile del governo assistenziale		

Obiettivo b): migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio degli eventi avversi

AZIONE 1: Progettazione ed esecuzione di un corso sul trattamento delle lesioni da pressione			
INDICATORE: realizzazione di un corso di formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
	Soggetto responsabile	Soggetto coinvolto	Soggetto informato
Programmazione del corso	Responsabile del governo assistenziale		Direttore generale
Autorizzazione corso	Soggetto affidatario del global service		
Partecipazione corso		Infermieri/Oss	
Valutazione efficacia formazione	Responsabile del governo assistenziale		
Diffusione conoscenze acquisite	Responsabile del governo assistenziale	Operatori socio-sanitari	
AZIONE 2: Progettazione ed esecuzione di un corso sulla prevenzione delle cadute			
INDICATORE: realizzazione di un corso di formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
	Soggetto responsabile	Soggetto coinvolto	Soggetto informato
Programmazione del corso	Responsabile del governo assistenziale		Direttore generale
Autorizzazione corso	Soggetto affidatario del global service		
Partecipazione corso		Operatori socio-sanitari	

Valutazione efficacia formazione	Responsabile del governo assistenziale		
Diffusione conoscenze acquisite	Responsabile del governo assistenziale	Operatori socio-sanitari	

OBIETTIVO c) adozione protocolli per la gestione dei rischi sanitari (disidratazione, malnutrizione, lesioni da decubito, cadute, infezioni, dolore);

AZIONE 1: Redazione e adozione di una procedura per la gestione dei farmaci ad alto rischio			
INDICATORE: redazione procedura			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
	Soggetto responsabile	Soggetto coinvolto	Soggetto informato
Elaborazione procedura	Responsabile del governo assistenziale		Direttore generale
Informazione/formazione personale	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medici di base	
Applicazione procedura	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medico struttura	
Controllo sulla corretta applicazione	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medici di base	
AZIONE 2: Redazione e adozione di una procedura per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione			
INDICATORE: adozione procedura			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
	Soggetto responsabile	Soggetto coinvolto	Soggetto informato
Elaborazione procedura	Responsabile del governo assistenziale		Direttore generale

Informazione/formazione personale	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medici di base	
Applicazione procedura	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medico struttura	
Controllo sulla corretta applicazione	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medici di base	

AZIONE 3: Redazione e adozione di una procedura per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione

INDICATORE: adozione procedura

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

	Soggetto responsabile	Soggetto coinvolto	Soggetto informato
Elaborazione procedura	Responsabile del governo assistenziale		Direttore generale
Informazione/formazione personale	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medici di base	
Applicazione procedura	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medico struttura	
Controllo sulla corretta applicazione	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medici di base	

AZIONE 4: Redazione e adozione di una procedura per la prevenzione e gestione delle cadute

INDICATORE: adozione procedura

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

	Soggetto responsabile	Soggetto coinvolto	Soggetto informato
Elaborazione procedura	Responsabile del governo assistenziale		Direttore generale

Informazione/formazione personale	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medici di base	
Applicazione procedura	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medico struttura	
Controllo sulla corretta applicazione	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medici di base	

AZIONE 5: Redazione e adozione di una procedura per la valutazione e la gestione del rischio nutrizionale

INDICATORE: adozione procedura

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

	Soggetto responsabile	Soggetto coinvolto	Soggetto informato
Elaborazione procedura	Responsabile del governo assistenziale		Direttore generale
Informazione/formazione personale	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medici di base	
Applicazione procedura	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medico struttura	
Controllo sulla corretta applicazione	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medici di base	

AZIONE 6: Redazione e adozione di una procedura per la valutazione e la gestione del rischio di disidratazione

INDICATORE: adozione procedura

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

	Soggetto responsabile	Soggetto coinvolto	Soggetto informato
Elaborazione procedura	Responsabile del		Direttore generale

	governo assistenziale		
Informazione/formazione personale	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medici di base	
Applicazione procedura	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medico struttura	
Controllo sulla corretta applicazione	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medici di base	
AZIONE 7: Redazione e adozione di una procedura per la prevenzione di situazioni assistenziali difficili			
INDICATORE: adozione procedura			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
	Soggetto responsabile	Soggetto coinvolto	Soggetto informato
Elaborazione procedura	Responsabile del governo assistenziale		Direttore generale
Informazione/formazione personale	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medici di base	
Applicazione procedura	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medico struttura	
Controllo sulla corretta applicazione	Responsabile del governo assistenziale	Infermieri/medici di base	

9. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO

Al fine di consentire a tutti gli operatori dell'A.S.P. Pio Istituto Elemosiniere, non solo di prendere visione del Piano ma anche di utilizzarlo come strumento di lavoro e di implementazione dell'approccio alla gestione del rischio clinico e per ottemperare alle indicazioni regionali nonché per garantire il rispetto della trasparenza dell'azione gestionale nei confronti di tutti gli *stakeholder*, il Piano sarà diffuso con le seguenti modalità:

- pubblicazione sul sito internet aziendale;
- presentazione ai coordinatori e al personale dipendente dell’oggetto affidatario del global service;
- stampa di una copia del Piano da rendere disponibile alla consultazione presso gli uffici aziendali.

10. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- D.L. 30.12.1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria e norma dell’articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421;
- D.L. 19 giugno 1999, n. 299 “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419;
- Decreto Ministero della Salute 11.12.2009 Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio degli errori in Sanità;
- Circolare Ministeriale n. 52/1985 “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
- D.P.R. 14 gennaio 1997, n. 37 “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
- Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedalieri”;
- Legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 “Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”;
- Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 “Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006”;
- Decreto del Presidente della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia n. 107 dd. 18.08.2022 di definizione delle modalità e dei criteri per l’accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti in attuazione dell’articolo 64 della L.R. 12 dicembre 2019, n. 22;
- Deliberazione della Giunta regionale del FVG n. 1970 del 21.10.2016 recante “L. 208/2015 – Rete cure sicure FVG della Regione Friuli Venezia Giulia, Modello organizzativo”.