GUIDA - RISCHIO CLINICO 2026

La Buona Novella attraverso una serie di analisi e produzione di materiali tra procedure, formazioni, istruzioni di lavoro e documenti di origine interna ed esterna in collaborazione tra gli attori della parte sanitaria e non della struttura complessiva, tenta di organizzare il materiale del comparto “rischio clinico” nel seguente elaborato.

ELENCO RISCHI

Come detto, dall’analisi del rischio delle strutture sono stati evidenziati dal gruppo di lavoro / Team sociosanitario i seguenti rischi:

1. RISCHIO CADUTE
2. INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA
3. FARMACI
4. GESTIONE TERAPIA FARMACOLOGICA
5. GESTIONE EMERGENZE
6. GESTIONE RIFIUTI
7. LESIONI DA DECUBITO
8. ANTISETTICI DISINFETTANTI-SANIFICAZIONE
9. GESTIONE DEI DISPOSITIVI PER OSSIGENOTERPIA
10. CONTENZIONI
11. TRASPORTO MATERIALE BIOLOGICO

PROCEDURE E ALTRO MATERIALE PER OGNI RISCHIO

Per ogniuno di questi Rischi sono stati prodotti processi specifici come riportato nella seguente tabella:

ELENCO DOCUMENTI RISCHIO CLINICO			
CODICE	NUMERO	REV.	TITOLO
PR	**8**	0	**INCIDENT REPORTING**
MOD 308			**SCHEDE INCIDENT REPORTING + CADUTE**
MOD	9	1	REGISTRO EVENTI (INCIDENT REPORTING)
MOD	9	1	REGISTRO SEGNALAZIONE CADUTE
			LINEA GUIDA PER GESTIRE E COMUNICARE EVENTI AVVERSI IN SANITA' (RACCOMANDAZIONE)
PR	**9**	0	**PROCEDURA PREVENZIONE RISCHIO CADUTE**
MOD	200	0	SCALA CONLEY e SCHEDA DI PREVENZIONE

ALL	15	0	FATTORI RISCHIO CADUTE
ALL	16	0	OPUSCOLO INFORMATIVO
			RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZ. NELLE STRUTTTURE SANITARIE
PR	**10**	**0**	**PROCEDURA FINALIZZATA ALLA RIDUZIONE DEL RISCHIO TRASMISSIONE INFEZIONI**
MOD	208	0	MONITORAGGIO INFEZIONI
MOD	203	0	CHECK LIST VALUT. RISCHIO ICA
			PAICA
			INFORMATIVA PER FAMILIARI ICA E CADUTE
			DOCUEMNTO INDIRIZZO BUONE PRATICHE PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA
PR	**11**	**0**	**GESTIONE FARMACI E PRESIDI**
IL	12	0	(Infermieri) Procedura operativa corretta gestione sicura dei farmaci
IL	14	0	Gestione farmaci
MOD	202	0	CHECK LIST CONTROLLO FARMACI DS
ALL	17	0	VELENI TABELLA 3
ALL	18	0	SIMBOLI DI PERICOLO
			GLI ERRORI RIFERITI ALL'USO DEI FARMACI (LASA) POSSONO CAUSARE DANNI ANCHE GRAVI
			LA MANCATA RICONCILIAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA PUO' CAUSARE GRAVI DANNI AI PAZIENTI
			ELENCO FARMACI LASA
PR	**12**	**0**	**GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA**
IL	13	0	IL 13 - PO PER3 Rev. 02 - Procedura operativa PREPARAZIONE-SOMMINISTRAZIONE.doc
			LA MANCATA RICONCILIAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA PUO' CAUSARE GRAVI DANNI AI PAZIENTI
PR	**14**	**0**	**PREVENZIONE TRATTAMENTO LESIONI DA DECUBITO**
MOD	206	0	SCALA BRADEN
MOD	207	0	SHEDA VALUTAIZONE DLE DOLORE - ALL.1 PO PER 022 REV. 00.docx
MOD	204	0	SCALA PAINAID
			PREVENZIONE E TRATTAMENTO ALLE LESIONI DA DECUBITO
PR	**16**	0	**PROCEDURA EMERGENZA SANITARIA**
PR	**15**		**PROCEDURA EMERGENZA**

			GLI ATTI DI VIOLENZA E DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI COSTITUISCONO EVENTI SENTINELLA CHE RICHIEDONO LA MESSA IN ATTO DI OPPORTUNE INIZIATIVE DI PROTEZIONE E PREVENZIONE
			IL SUICIDIO IN OSPEDALE RAPPRESENTA UN EVENTO SENITNELLA DI PARTICOLARE GRAVITA' LA CUI PREVENZIONE SI BASA SU UN APPROPRIATA VALUTAZIONEDELLE CONDIZIONI DEL PAZIENTE
PR	**19**	0	**PROCEDURA UTILIZZO ANTISETTICI E DISINFETTANTI**
ALL	21	0	ALLEGATO 21 -REGISTRO SCHEDE TECNICHE PRODOTTI.docx
PR	**20**	**0**	**CORRETTA GESTIONE DEI RIFIUTI PRODOTTI IN AMBITO SANITARIO**
MOD	209	0	VERIFICA CORRETTA DIFFERENZIAZIONE RIFIUTI SANITARI
ALL	23	0	ALLEGATO 23 - All. A SCHEDE C.E.R. PER LA GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI.docx
ALL	24	0	ALLEGATO 24 - All. B GESTIONE EMERGENZA SPARGIMENTO ACCID. RIFIUTI.docx
PR	21	1	**ESIGENZE ALIMENTARI PERSONALIZZATE**
MOD	205	0	EAT - 10
			RACCOMANDAZIONE SULLA VALUTAZIONE E GESTIONE DELLA DISFAGIA NEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO
PR	**22**		**PROCEDURA GESTIONE BOMBOLE O2**
			RACCOMANDAZIONE E LINEE GUIDA OSSIGENO-TERAPIA
PR	**33**	0	**PROCEDURE CONTENZIONI**
MOD	302	0	MONITORAGGIO CONTENZIONE
MOD	301	0	CONTENZIONE (AUTORIZZAZIONE)
			DISCIPLINA DELLA CONTENZIONI FISICHE PRESSO I SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA DSM-DP
PR	**23**		**PROCEDURA TRASPORTO MATERIALE BIOLOGICO**
MOD	33	0	MONITORAGGIO TRIMESTRALE VALENZA NORMATIVA
			TABELLA PROCESSO PAGR
			TABELLA PROCESSO FMEA 2023
			ALL 110 GUIDA AL RISCHIO CLINICO

INCIDENT REPORTING

le segnalazioni di eventi vengono attuati attraverso la procedura di “INCIDENT REPORTING*” come di seguito:

L'Incident Reporting è uno strumento utile nella fase di identificazione e analisi del rischio: non è l'unico utilizzabile ma da evidenze internazionali disponibili esso risulta essere, oltre che poco costoso, particolarmente utile per fattori di lungo periodo, per lo studio di eventi rari o per l'individuazione di cause frequenti. ECCO GLI EVENTI:

- **Evento (Incident)**

Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente.

- **Evento avverso (Adverse event)**

Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".

- **Evento avverso da farmaco (Adverse drug event)**

Qualsiasi evento indesiderato che si verifica durante una terapia farmacologica, per effetto dell'uso o del non uso di un farmaco, ma non strettamente correlato all'azione del farmaco stesso. Gli eventi avversi da farmaco comprendono sia gli **eventi avversi da farmaco prevenibili**, ovvero causati da un errore in terapia sia gli **eventi avversi da farmaco non prevenibili**, che avvengono nonostante l'uso appropriato e definiti come "reazioni avverse a farmaci" (ADR).

- **Evento evitato (Near miss o close call)**

Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

- **No harm events**

Eventi che, pur espressione di un possibile errore o criticità, non hanno comportato danni al paziente.

- **Evento sentinella (Sentinel event)**:

Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.
Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuno:
a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito,

l'implementazione delle adeguate misure correttive

PIANO ANUALE SULLA FORMAZIONE SUL RISCHIO CLINICO

PIANO DELLA FORMAZIONE

ALLEGATO 10
REV 00
DATA 14/06/2023

PIANO ANNUALE DELLA FORMAZIONE INTERNA PERUGIA - GUBBIO(2025)

CORSO	SVOLTO DA	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC
COMUNICAZIONE MEDIAZIONE E BAD-NEVA-GESTIONE COPORTAMENTI PROBLEMA	SARA M.				MERCOLEDI' 1 APRILE								
PRIVACY	RICCARDO R.								15 ore 14:00				
GISSS		30 (Fabriano) 9.30-13:00	10-17-25 (Fabriano) 9.30-13:00	5 -16(Fabriano) 9.30-13:00									
PAGR	STEFANO									15 ore 14:00			
INCIDENT REPORTING (PR 8)	VALERIA UNGARO		25(Fabriano) 14:00-16:00										
RISCHIO CADUTE (PR 9)	VALERIA UNGARO		17 (Fabriano) 14:00-16:00										
ICA (PANFILI) (PR 10)	VALERIA UNGARO		25(Fabriano) 14:00-16:00										
FARMACI E GESTIONE TERAPIA FARMACOLOGICA (PR 11/PR 12)	VALERIA UNGARO		17 (Fabriano) 14-16:00										
GESTIONE EMERGENZA (PR 15)	VALERIA UNGARO		17 (Fabriano) 14-16:00										
RIFIUTI (PR 20)	MINNUCCI			27-apr									
SANIFICAZIONE DISPOSITIVI (PR 19) - LESIONI DA DECUBITO (PR 14)	VALERIA UNGARO		25(Fabriano) 1400-16:00										
manutenzione PR 5											13 ORE 14:00		
ESIGENZE ALIMENTARI E DISFAGIA (PR 21)	VALERIA UNGARO		25(Fabriano) 14:00-16:00										
SEA (PR 8)	VALERIA UNGARO		25 (Fabriano) 14:00-16:00										
PROCEDURE FMEA	STEFANO									02/07/2026			
PIANO QUALITA' PROCEDURE E REPORTISTICA EROGAZIONE SERVIZIO,	STEFANO									02/07/2026			
SICUREZZA LAVORO	MINNUCCI			27-apr									

La struttura garantisce annualmente un programma di formazione e aggiornamento rivolto a tutto il personale, finalizzato a promuovere la sicurezza degli ospiti e la prevenzione del rischio clinico. Il piano formativo comprende specifici interventi sui principali rischi clinico-assistenziali individuati dalla struttura (prevenzione delle cadute, gestione della terapia farmacologica, prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, lesioni da pressione, gestione delle emergenze, gestione dei dispositivi e degli eventi avversi), oltre alla formazione obbligatoria prevista dalla normativa vigente, tra cui salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, antincendio, primo soccorso, BLSD, movimentazione dei carichi e dei pazienti, privacy e protezione dei dati personali. La partecipazione ai percorsi formativi è registrata e monitorata al fine di garantire il mantenimento delle competenze professionali e il miglioramento continuo della qualità assistenziale.

ANALISI DEI PRINCIPALI RISCHI ANNO 2026

Nell'ambito della programmazione annuale delle attività di gestione del rischio clinico, la struttura ha effettuato un'analisi dei principali rischi correlati ai processi assistenziali e organizzativi. La valutazione è stata condotta dall'équipe multidisciplinare, coordinata dal Direttore Sanitario, che ricopre anche il ruolo di Risk Manager, attraverso l'analisi della probabilità di accadimento e dell'impatto potenziale di ciascun rischio.

L'analisi ha preso in considerazione i principali ambiti assistenziali della struttura, tra cui il rischio di caduta, la gestione dei farmaci e della terapia farmacologica, le lesioni da pressione, le

emergenze, la gestione dei rifiuti, l'utilizzo di antisettici e disinfettanti, le contenzioni, la gestione delle bombole di ossigeno e il trasporto del materiale biologico.

A seguito della valutazione e del confronto svolto in sede di équipe, è stato individuato come rischio prioritario per l'anno 2026 quello relativo alle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), in considerazione del livello di rischio emerso dall'analisi e della rilevanza che tale ambito riveste per la sicurezza degli ospiti e la qualità dell'assistenza erogata.

Per tale motivo l'équipe ha deciso di approfondire questo rischio mediante l'applicazione della metodologia FMEA (Failure Mode and Effects Analysis), al fine di analizzare il processo assistenziale, individuare le possibili modalità di errore, valutarne le cause e gli effetti e definire specifiche azioni di prevenzione e miglioramento.

La scelta è stata condivisa e approvata dall'équipe multidisciplinare e costituisce l'obiettivo prioritario del Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico per l'anno 2026.

Rischio 2026	Probabilità	Impatto
INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	3	4
RISCHIO CADUTE	2	4
FARMACI	2	4
GESTIONE TERAPIA FARMACOLOGICA	2	4
GESTIONE EMERGENZE	2	3
GESTIONE RIFIUTI	2	2
LESIONI DA DECUBITO	3	3
ANTISETTICI DISINFETTANTI	3	4
CONTENZIONI	2	3
BOMBOLE OSSIGENO	1	4
TRASPORTO MATERIALE BIOLOGICO	1	3

AZIONI PREVENTIVE

Rischio	Obiettivo	Azioni preventive	Monitoraggio
Rischio cadute	Ridurre il numero delle cadute e le conseguenze correlate.	Scala di Conley, rivalutazione periodica, utilizzo di ausili, controllo degli ambienti, formazione del personale, informativa ai familiari.	Registro cadute, analisi degli eventi, audit periodici.
Infezioni correlate all'assistenza (ICA)	Prevenire e ridurre le infezioni correlate all'assistenza.	Igiene delle mani, utilizzo DPI, sanificazione ambienti, check-list ICA, monitoraggio infezioni, informativa ai familiari.	Sorveglianza delle ICA, audit, verifica delle procedure.
Farmaci	Garantire la corretta conservazione e gestione dei farmaci.	Controllo delle giacenze, verifica delle scadenze, corretta conservazione, gestione farmaci LASA.	Controlli periodici, audit, registrazione delle non conformità.
Gestione della terapia farmacologica	Garantire la corretta prescrizione e somministrazione della terapia.	Riconciliazione terapeutica, identificazione dell'ospite, corretta registrazione della terapia, monitoraggio degli effetti.	Controllo cartelle cliniche, audit terapia, segnalazione errori.
Gestione delle emergenze	Assicurare una risposta tempestiva ed efficace alle emergenze.	Simulazioni periodiche, verifica dei presidi di emergenza, formazione del personale.	Verbali delle prove di emergenza, controlli delle attrezzature.
Gestione rifiuti	Garantire il corretto smaltimento dei rifiuti sanitari.	Corretta raccolta, differenziazione e smaltimento secondo procedura.	Verifiche periodiche e controllo delle non conformità.
Lesioni da decubito	Prevenire l'insorgenza delle lesioni da pressione.	Scala di Braden, cambi posturali, presidi antidecubito, monitoraggio della cute, scala PAINAD.	Monitoraggio delle lesioni, rivalutazioni periodiche, audit assistenziali.
Antisettici e disinfettanti	Garantire il corretto utilizzo dei prodotti disinfettanti.	Corretta conservazione, verifica delle scadenze, utilizzo secondo protocollo.	Controlli periodici e verifica delle procedure.
Contenzioni	Garantire un utilizzo appropriato e limitato della contenzione.	Applicazione solo se prescritta, rivalutazione periodica, monitoraggio dell'ospite, registrazione in cartella.	Verifica delle prescrizioni, audit e controllo della documentazione.
Bombole di ossigeno	Garantire un utilizzo sicuro delle bombole di ossigeno.	Corretta conservazione, movimentazione in sicurezza, controlli periodici e manutenzione.	Controlli programmati e registrazione delle verifiche.
Trasporto materiale biologico	Garantire la sicurezza durante il trasporto del materiale biologico.	Utilizzo di contenitori idonei, etichettatura corretta, rispetto delle procedure di trasporto.	Controlli documentali e verifica delle procedure.
Eventi avversi	Promuovere la segnalazione e l'analisi degli eventi avversi per migliorare la sicurezza.	Segnalazione di cadute, errori terapeutici, near miss, aggressioni, eventi sentinella, lesioni, allontanamenti e incidenti durante attività esterne.	Analisi delle schede di segnalazione, audit e monitoraggio delle azioni correttive.

FMEA

La FMEA (o Analisi dei modi e degli effetti dei guasti, dall'inglese *Failure Mode and Effect Analysis*) è una metodologia utilizzata per analizzare le modalità di guasto o di difetto di un processo, prodotto o sistema, analizzarne le cause e valutare quali sono gli effetti sull'intero sistema/impianto. Nell'analisi dei possibili errori seguendo sempre il percorso di scelta su gravità, probabilità e rilevabilità, per l'anno in corso è stata sviluppata la seguente FMEA.

Queste analisi FMEA hanno prodotto le seguenti azioni di prevenzione sui seguenti rischi clinici:

FMEA 2026

IPR - pre	AZIONE DI CONTENIMENTO	RESPONSABILITA'	RISORSE	TEMPISTICHE	G	P	R	IPR - post
100	CREAZIONE DI UN MODULO (MOD 208) APPOSITO PER LA VERIFICA POST ANTIBIOTICO O SITUAZIOONI DI ALLERTA ICA	INFERMIERE/D.S.	10 h anno	check ogni volta che si evidenzino situaizoni di rischio ica	5	3	2	30

INDICATORI

Di seguito vengono riportati gli indicatori clinici adottati dalla struttura.

1) INDICATORI E CONTROLLI (RISCHIO CLINICO)

DATA___15/10/2025_____

RISCHIO CLINICO	OBIETTIVO	TIPO DI CONTROLLO	FREQUENZA CONTROLLO	INDICATORE (formula)	RESP. CONTROLLO E RILEVAZIONE	CONSUNTIVO I SEM 2025	TARGET ATTESI II SEM 2025 (standard/valore atteso)	CONSUNTIVO II SEM 2025	TARGET I SEM 2026 (Standard/valore atteso)
CADUTE	Valutazione efficacia scala utilizzata	Rilevazione random sulle cartelle cliniche	Semestrale	Num. Pazienti caduti / Num. schede Conley con basso rischio dei paz caduti	DS	5%	0	3% (1 CADUTA DU UN PAZIENTE CHE ERA BASSO)	0
CADUTE	Test svolti	Somministrazione test	semestrale	Numero ospiti/numero test	DS	95%	100%	100%	100%
FARMACI	Valutazione corretto utilizzo farmaci	Somministrazione questionario (MOD 202)	Semestrale	Num. questionary con buon esito/num. questionari compilati	DS	95%	95%	95%	95%
LESIONI DA DECUBITO	Valutazione efficacia scala utilizzata	Rilevazione random sulle cartelle cliniche	Semestrale	Num. Pazienti con lesioni/ Num. schede Braden con basso rischio (punteggio tra 6 e 12)	DS	2%	0	1%	≤ 1%
Antisettici e disinfettanti	Personale formato	Registro formazione	Semestrale	Numero dip. Formati/numero dipendnti	DS	73%	73%	73%	75%
Emergenza / emergenza sanitaria	Personale formato	Registro formazione	Semestrale	Numero dip. Formati/numero dipendnti	DS	65%	67%	67%	70%
COVID-ICA	Personale formato	Registro formazione	Semestrale	Numero dip. Formati/numero dipendnti	DS	67%	67%	67%	70%

INDICATORI PAGR

CONTESTO	OBIETTIVO	TIPO DI CONTROLLO	FREQUENZA CONTROLLO	RESP. CONTROLLO	INDICATORE (formula)	CONSUNTIVO I SEM 2025	TARGET ATTESI II SEM 2025 (standard/valore atteso)	CONSUNTIVO II SEM 2025	TARGET I SEM 2026 (Standard/valore atteso)
Sicurezza stress-lavoro-correlato	Riduzione burn-out	Verbale corso	Annuale	R.Q.	1 corso Comunicazione/corsi tot	0	1	1	1

DATA___15/10/2025_____

PAGR – PIANO INTEGRATO DELLA GESTIONE DEL RISCHIO

Il piano annuale del rischio sanitario è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e gestione dei rischi. Operando secondo le linee guida regionali per la stesura del PIANO (Legge n. 24 dell'8 Marzo 2017) sono stati portati gli obiettivi strategici da declinare in linee di attività da implementare nel corso dell'anno 2023. Gli obiettivi strategici definiti sono i seguenti:

1. Diffondere la "**Cultura della sicurezza delle cure**" e attenzione alla segnalazione immediata e digitale;

2. Favorire una **visione unitaria** della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura e nuova rete del Risk managment.

3 **Aggiornare le schede formative** su rischio clinico e occupazionale con le nuove linee guida correlate

4 Promuovere gli obiettivi di **riduzione del rischio Clinico/Occupazionale** e Ambientale

LA GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO prende in considerazione i seguenti macro livelli di rischio:

1 AMBIENTALE (es. Eventi Catastrofici) E GESTIONE DELLE INFRASTRUTTURE

2 Rischio OPERATORE (es. rischio fisico, chimico, biologico)

3 Rischio PAZIENTE (es. Rischio clinico specie ICA e Sicurezza Dati)

La procedura seguita è la seguente:

Il risultato di tale analisi può essere acquisita nel seguente documento:

DOCUEMENTO	CONTENUTO
PAGR	OBIETTIVI SPECIFICI PROGRAMMATI NEL PIANO AZIENDALE DELLA GESTIONE DEL RISCHIO INTEGATO DELL'ANNO 2023

VERIFICHE PERIODICHE MEDIANTE CHECK LIST

Nell'ambito del Sistema di Gestione del Rischio Clinico, la Struttura adotta un programma di verifiche periodiche mediante specifiche check-list finalizzate al monitoraggio continuo dei processi assistenziali, della sicurezza delle cure, della gestione dei dispositivi sanitari, dei farmaci e delle dotazioni di emergenza.

Le check-list costituiscono uno strumento di prevenzione del rischio clinico, di controllo operativo e di miglioramento continuo, consentendo di individuare tempestivamente eventuali anomalie, carenze organizzative o situazioni di potenziale rischio per gli ospiti e per gli operatori.

Le verifiche vengono effettuate con **frequenza settimanale**, salvo diversa periodicità prevista dalla normativa o dalle procedure aziendali, dai responsabili individuati dalla Direzione Sanitaria.

Le attività di monitoraggio comprendono almeno le seguenti verifiche:

Modulo	Oggetto della verifica	Frequenza
MOD 202	Check List Controllo Farmaci	Settimanale
MOD 502	Check List Controllo Defibrillatore (DAE)	Settimanale
MOD 503	Check List Controllo Cassetta di Emergenza	Settimanale
MOD 504	Check List Controllo Bombola di Ossigeno	Settimanale
MOD 91	**AUDIT** Check List Verifica Cartella Clinica	Almeno una all'anno programmazione del Direttore Sanitario
MOD 604	**AUDIT** CHECK LIST E RAPPORTO AUDIT INTERNO	Almeno una all'anno programmazione del R.Q.

Le verifiche sono finalizzate, in particolare, a:

- verificare la completezza, l'integrità e la funzionalità delle dotazioni di emergenza;
- controllare le scadenze dei farmaci, dei dispositivi medici e dei presidi sanitari;
- verificare la corretta conservazione dei farmaci e dell'ossigeno terapeutico;
- garantire l'efficienza del Defibrillatore Semiautomatico (DAE);
- verificare la presenza e la completezza della Cassetta di Emergenza;
- accertare la corretta compilazione della Cartella Clinica, la completezza della documentazione assistenziale e la tracciabilità delle prestazioni erogate;
- individuare tempestivamente eventuali criticità organizzative o assistenziali.

Le check-list compilate costituiscono registrazioni del Sistema Qualità e del Sistema di Gestione del Rischio Clinico e vengono conservate secondo le modalità previste dal sistema documentale aziendale.

Qualora nel corso delle verifiche emergano anomalie, non conformità o situazioni potenzialmente pericolose, il personale incaricato provvede all'immediata segnalazione al Direttore Sanitario e al Responsabile Qualità, affinché siano attivate le opportune azioni correttive e preventive, nonché, ove necessario, la procedura di Incident Reporting o la gestione della Non Conformità.

Gli esiti delle verifiche periodiche sono oggetto di analisi nell'ambito delle riunioni del Team di Gestione del Rischio Clinico, del Riesame della Direzione e della predisposizione del Piano Annuale di Gestione del Rischio (PAGR), contribuendo alla valutazione degli indicatori di qualità, sicurezza delle cure e miglioramento continuo dell'organizzazione.

OBIETTIVI DEL RISCHIO CLINICO

Area di rischio	Obiettivo
Cadute	Ridurre il rischio di caduta degli ospiti attraverso una corretta valutazione del rischio e il monitoraggio dell'efficacia della scala di Conley.
Cadute – formazione/test	Garantire la corretta valutazione del rischio cadute attraverso l'applicazione degli strumenti previsti e la formazione del personale.
Farmaci	Garantire la corretta gestione e somministrazione della terapia farmacologica attraverso il rispetto delle procedure interne.
Lesioni da decubito	Prevenire l'insorgenza delle lesioni da pressione attraverso la valutazione del rischio, il monitoraggio della cute e l'applicazione degli interventi assistenziali previsti.
Antisettici e disinfettanti	Garantire il corretto utilizzo degli antisettici e dei disinfettanti attraverso la formazione e l'aggiornamento del personale.
Emergenza / emergenza sanitaria	Garantire la capacità del personale nella gestione delle emergenze attraverso la formazione e l'addestramento periodico.
COVID – ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza)	Prevenire e contenere il rischio infettivo attraverso la formazione del personale e l'applicazione delle procedure di prevenzione.
Progetto individualizzato (PRI)	Garantire che ogni ospite disponga di un Progetto Riabilitativo Individualizzato aggiornato e coerente con i bisogni assistenziali.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Attività	DS / Risk Manager	Coordinatore	Infermiere	OSS / Educatori
Gestione del rischio clinico	**R**	C	C	I
Applicazione delle procedure	V	**R**	C	C
Segnalazione eventi avversi	V	C	C	**R**
Monitoraggio dei rischi	**R**	C	C	I
Audit e azioni correttive	**R**	C	C	I
Formazione del personale	**R**	C	C	C

LEGENDA:

R = Responsabile
C = Collabora
V = Vigila/Verifica
I = Informato

DATA 06/04/2025