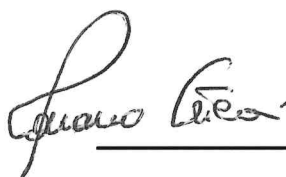


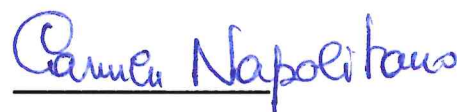
31/05/2026

PIANO
AZIENDALE PER LA GESTIONE
DEL RISCHIO (PAGR)
2026 - 2027
AGGIORNAMENTO_REV02_2026

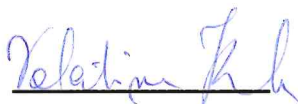
Redazione e Verifica

Responsabili Qualità





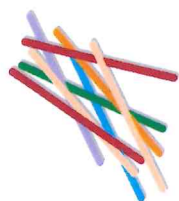
Responsabili Rischio Clinico



Verifica ed Approvazione

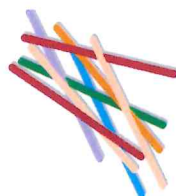
Presidente





Sommario

PREMESSA	
CONTESTO ORGANIZZATIVO	
POLITICA DI SICUREZZA DEI PAZIENTI, OPERATORI E AMBIENTE.....	
FORMAZIONE	
RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	
PROGRAMMA AZIENDALE DI AUDIT CLINICO E MONITORAGGIO	
RISULTATI RAGGIUNTI PER L'ACCOGLIENZA RESIDENZIALE E SEMI-RESIDENZIALE (RSA) E AMBULATORIALE	
DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	
GESTIONE DEL RISCHIO.....	
RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE.....	
OBIETTIVI.....	
INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA).....	
LE ATTIVITÀ PER IL 2026 - 2027	
MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO	
SISTEMA DI MONITORAGGIO ED INDICATORI.....	
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	
ALLEGATI	



PREMESSA

Con la revisione/aggiornamento del presente Piano Aziendale di Gestione del Rischio 2026 – Rev. 2_2026, si è inteso integrare e aggiornare il documento, già in essere dal giugno 2025, attraverso l’inserimento sia dei nuovi dati emersi dalle indagini statistiche effettuate nel corso del 2025, sia di quelli derivanti dal nuovo Bilancio Sociale 2025.

Inoltre, si è ritenuto opportuno integrare nel presente PAGR 2026 anche tutte le altre realtà della Comunità di Capodarco di Fermo - ETS, precedentemente valutate singolarmente, al fine di disporre di un quadro di riferimento unico, organico e uniforme.

La gestione del rischio o Risk Management è un processo sistematico che comprende sia la dimensione clinica sia quella strategico-organizzativa e che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni in grado di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi per aumentare il livello di sicurezza nell’interesse di pazienti e operatori.

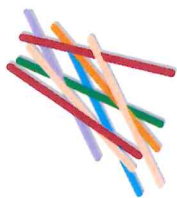
Promuovere una politica aziendale di gestione del rischio vuol dire spronare e accompagnare l’organizzazione nel necessario percorso di controllo degli eventi e delle azioni che possono inficiare la capacità dell’azienda a raggiungere i propri obiettivi. Il Risk Management ha lo scopo di disegnare nuove strategie atte a ridurre le probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ossia che subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo non volontario, durante l’erogazione delle prestazioni sanitarie.

Lo strumento strategico finalizzato alla gestione del rischio è considerato, per le strutture sanitarie operanti nella Regione, il PAGR ossia il Piano Annuale di Gestione del Rischio, che consente di definire gli obiettivi prioritari da realizzare nel medio periodo nonché i mezzi e le modalità per realizzarli come sarà di seguito declinato. Questo strumento ha la finalità di rispondere alle raccomandazioni del Ministero della Salute, attraverso:

- 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;
- monitorare periodicamente e garantire un feed-back informativo;
- definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, o sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

Lo scopo del Piano Annuale di Gestione del rischio (PAGR) è quello di descrivere e indirizzare le azioni di miglioramento riconosciute come prioritarie per la gestione del rischio clinico. Gli interventi pianificati sono finalizzati ad apportare specifici correttivi alle criticità osservate, migliorando così la sicurezza del paziente e la qualità dei servizi offerti in osservanza agli obblighi legislativi.

Il PAGR riguarda quindi il sistema struttura di cura nel suo insieme e consta di azioni che includono: valutazione dei principali processi, analisi del rischio, promozione e implementazione di procedure e



istruzioni operative, formazione e informazione.

Le attività che si realizzano attraverso il PAGR e che fanno per questo parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico, concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

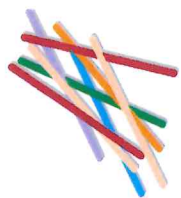
La presenza del Gruppo di Accreditamento¹, che è anche Area Operativa Risk Management, pur principale responsabile dell'adempimento delle azioni previste nel PAGR, non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie e alla realizzazione degli interventi pianificati così come declinati nella sezione 4 (obiettivi) e nella sezione 3 (attività e matrice delle responsabilità), ma coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di gestione del rischio. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio.

Il piano aziendale della Gestione del rischio, relativo agli anni 2025 e 2026, è orientato a uno sviluppo improntato al miglioramento continuo della qualità e dell'esperienza maturata, attraverso una programmazione annuale basata sulla valutazione dei risultati conseguiti nell'anno precedente e sull'aggiornamento delle attività pianificate per l'anno in corso.

Qui si tenta di integrare il contenuto espresso e le risultante del rischio clinico e occupazionale in senso lato, con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio

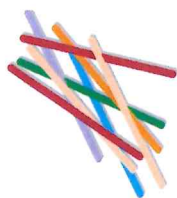
1 La Comunità si sta organizzando nella scelta e formazione di una figura sanitaria da inserire nel Gruppo Accreditamento come Risk Manager.



CONTESTO ORGANIZZATIVO E DATI UTILI

Il presente piano si applica alla Comunità di Capodarco-ETS (in breve e di seguito CC). La CC agisce come struttura privata accreditata/convenzionata e le prestazioni erogate comprendono:

Struttura		Attività svolta	N° posti autorizzati (2024)	Indirizzo
Residenziale "Villa"		Residenza sanitaria riabilitativa estensiva per disabili (RD2); Residenza sociosanitaria assistenziale per disabili (RD3)	45, di cui 30 RD2 e 15 RD3	via Vallescura 47, Fermo
Residenziale "S.Andrea" ⁵		Residenza sanitaria riabilitativa estensiva per disabili (RD2)	12	Via Indipendenza 45 364, Fermo
Semiresidenziale Capodarco	SR	Centro Diurno Riabilitativo per Disabili P (SR-Dis1)	15	via Vallescura 47, Fermo
Semiresidenziale Santa Elisabetta	SR	Centro Diurno Riabilitativo per Disabili P (SR-Dis1)	15	via Pompeiana, 364 Fermo
Semiresidenziale Sant'Andrea		Centro Diurno Riabilitativo per Disabili P (SR-Dis1)	10	Via Indipendenza 45, Fermo
CAR Capodarco		Terapie riabilitative ambulatoriali e domiciliari di tipo: Neurologico, Respiratorio, Neurorespiratorio, Ortopedico, Posturale, Logopedico. Terapie riabilitative ambulatoriali di tipo Logopedico e Psicomotorio per l'età evolutiva		via Vallescura 47, Fermo
Poliambulatorio Porto San Giorgio		Visite e terapie riabilitative ambulatoriali di tipo Privato		Via Cotechini 40, Porto San Giorgio (FM)



Complessivamente sono presenti 97 p.l. suddivisi su tre strutture Autorizzate.

Il numero di giornate annue all'interno dei residenziali nel corso del 2023 sono 14008 presenze (nel 2022 sono state 13.687), nei semiresidenziali 7463 presenze contro le 4.500 presenze circa del 2022.

Negli ambulatoriali 14916 presenze contro le 8.932 presenze del 2022.

Il personale dipendente e consulente si aggira sulle 124 unità nel corso del 2023: è aumentata l'assistenza sanitaria ed infermieristica di n° 6 unità ottimizzando i costi sui Responsabili di Area.

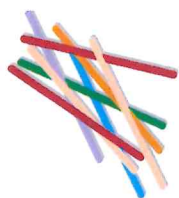
Di seguito alcuni dati aggiornati al 2025

Dati aggiornati CONSIGLIO DIRETTIVO 2025

Composizione del consiglio	2025	2024	2023
Direttivo			
Consiglieri fruitori	2	2	2
Consiglieri volontari	4	4	4
Consiglieri lavoratori	3	3	5
Consiglieri non lavoratori	0	0	0
Totale	9	9	11

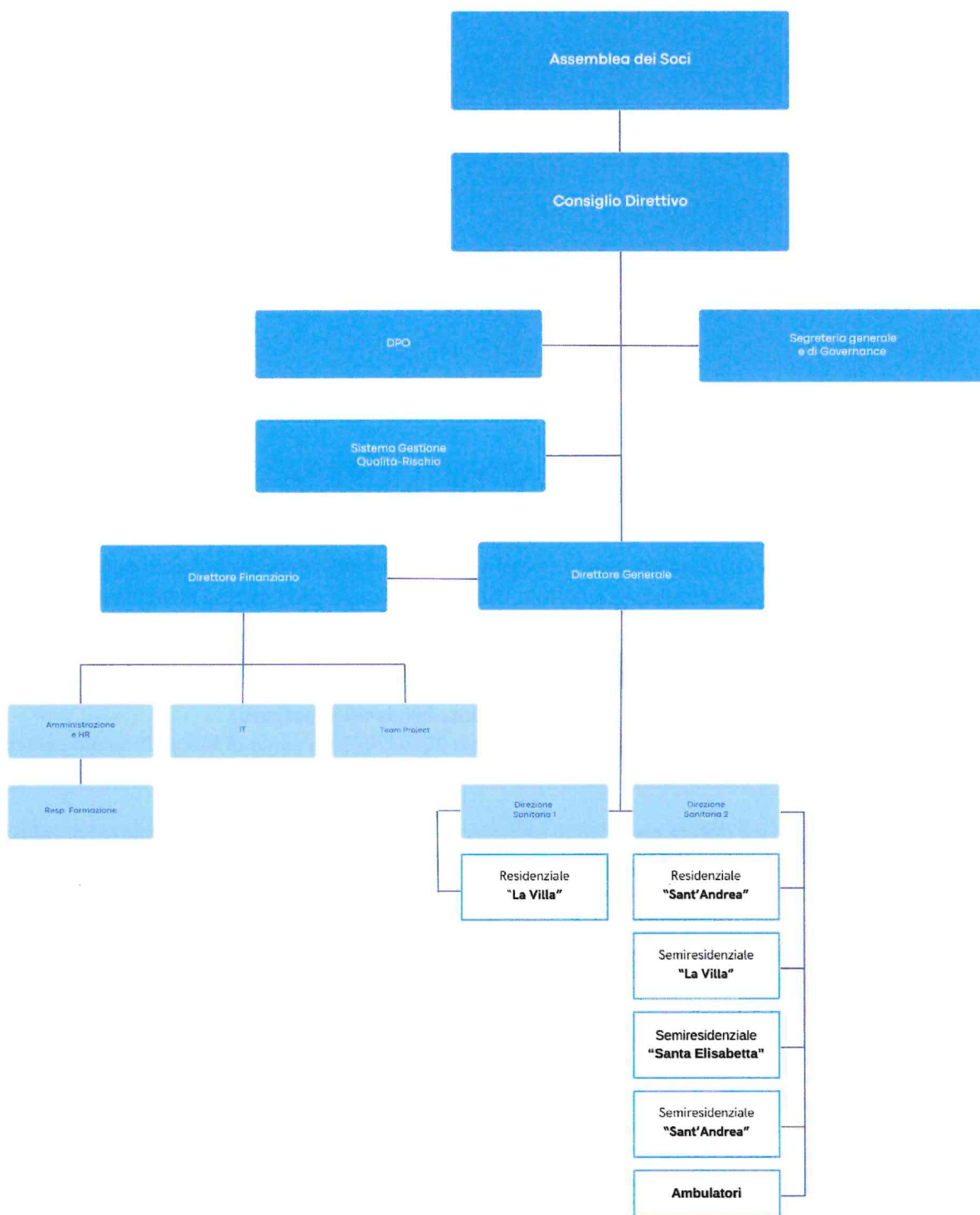
Dati aggiornati composizione base sociale 2025

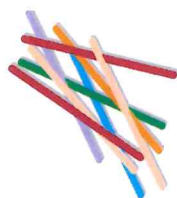
Composizione della base sociale	2025	2024	2023
Soci fruitori	19	20	21
Soci volontari	17	15	14
Soci lavoratori	15	16	19
Soci non lavoratori	51	58	56
Totale	100	109	110



Organigramma Aziendale 2026

ORGANIGRAMMA





COMPOSIZIONE PERSONALE DIPENDENTE 2025/2023

Composizione del personale dipendente	2025	2024	2023
Dipendenti per ruolo			
Dirigenti	1	1	1
Quadri	0	0	0
Impiegati	100	97	86
Operai	11	11	16
Totale dipendenti	112	109	103
Genere			
Uomini	36	33	n.d
Donne	76	76	n.d

POLITICA DI SICUREZZA DEI PAZIENTI, OPERATORI E AMBIENTE

L'organizzazione ritiene la sicurezza dei pazienti degli operatori e dell'ambiente che la circonda di fondamentale importanza e strategica, in quanto è vista come il fulcro della qualità delle prestazioni sanitarie.

L'organizzazione attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, garantisce la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.

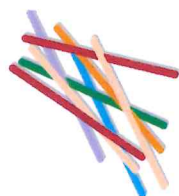
Per tale motivo si sta pensando di organizzare nel biennio 2024/2025 un corso di formazione del personale sanitario sul Rischio Clinico tale da coinvolgere tutte le equipe di Capodarco di Fermo - ETS in un processo di crescita condiviso.

La nostra organizzazione si è dotata pertanto di un sistema di gestione aziendale che permette di valutare periodicamente la valutazione del rischio clinico e dei processi erogati e di tenerli sotto controllo attraverso la progettazione di procedure e istruzioni operative.

La modulistica utilizzata per la segnalazione e l'audit fa riferimento al Modello n. 40 (Scheda SEA) e al Modello n. 42 (Scheda Segnalazione Spontanea degli Eventi).

Tutti i dipendenti e i collaboratori, in funzione della proprie responsabilità, dovranno seguire le procedure gestionali e le istruzioni operative per contenere il rischio clinico ed aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori stessi. A tutti i dipendenti è stata data comunicazione attraverso la consegna della Lista di Distribuzione di tutte le procedure, processi, istruzioni operative e protocolli prodotti dall'azienda con la nuova Gestione del Sistema di Qualità. Tale documentazione è presente anche sulla rete intranet aziendale CAPODARCO BOX, dove i dipendenti possono accedere con credenziali personalizzate.

Inoltre in ogni servizio vengono predisposti diversi raccoglitori per permettere, a chi volesse, la consultazione e la visione dei documenti cartacei. La lista delle procedure ha avuto una denominazione diversa rispetto a quella nell'anno 2024. Viene allegata al presente la TABELLA T01PG00.



FORMAZIONE

Di seguito vengono elencati i corsi di formazione effettuati nel corso del 2024 e 2025 con l'obiettivo di migliorare le competenze e la qualità del servizio offerto.

Nell'anno 2024 è stata erogata la seguente formazione:

Tipologia di Personale	Argomento della formazione	n.ore formazione	n.ro persone formate
Medici	Rischio clinico	4	1
Terapisti	Rischio clinico	56	14
Infermieri	Rischio clinico	20	5
OSS ²	Rischio clinico	84	21
Educatori/Assistenti	Rischio clinico	28	7
Educatori/Impiegati	Formazione Sicurezza	64	4
OSS	Formazione sicurezza	108	8
Volontari	Formazione sicurezza	20	2
	BLSD ³	192	26

Nel corso del 2025 invece:

Tipologia di Personale	Argomento della formazione	n.ore formazione	n.ro persone formate
Medici	Rischio clinico	/	
Terapisti	Rischio clinico	/	
Infermieri	Rischio clinico	/	
OSS ⁶	Rischio clinico	/	
Educatori/Assistenti	Rischio clinico	/	
Educatori/Impiegati	Formazione Sicurezza	/	
OSS	Formazione sicurezza	/	
Volontari	Formazione sicurezza	/	
	BLSD ⁷	8	2

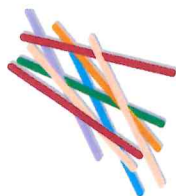
Nel corso del 2026, dopo una pianificazione con la Responsabile della Formazione, Dott.ssa Mattei Carmela e il Responsabile della sicurezza Ing. Minnucci Andrea, sono state effettuate le seguenti formazioni:

- **Formazione ed aggiornamento preposti: n° 4 persone coinvolte**
- **Formazione Antincendio: n° 22 persone coinvolte**
- **Formazione ed aggiornamento BLSD (sanitario e laico): n° 10 + 5**

La suddetta formazione viene svolta tramite piattaforma e-learning o tramite

² L'acronimo "OSS" sta per Operatore Socio Sanitario. Si tratta di una figura professionale che svolge attività di cura e assistenza alle persone, con l'obiettivo di soddisfare i loro bisogni primari e favorire il loro benessere.

³ BLSD è l'acronimo di Basic Life Support and Defibrillation, ovvero Supporto di Base delle Funzioni Vitali e Defibrillazione. Questo acronimo si riferisce a un insieme di manovre e tecniche di primo soccorso utilizzate in caso di arresto cardiaco, comprese la rianimazione cardiopolmonare (RCP) e l'uso del defibrillatore.



formazione tradizionale in presenza.

RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E NEAR-MISS E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Nel corso del 2025 sono stati segnalati 3 infortuni sul lavoro da parte dell'Ufficio del Personale, successivamente condivisi nel verbale della riunione annuale con l'RSPP il 14 Novembre 2025.

Per quanto riguarda gli eventi avversi occorsi ai pazienti (infezioni, cadute, ecc.), rispetto al 2024 — anno in cui il sistema di segnalazione risultava ancora poco strutturato — a seguito della formazione sul Rischio Clinico effettuata a fine 2024 si è registrato un significativo incremento delle segnalazioni, che nel 2025 hanno raggiunto un totale di 28 eventi.

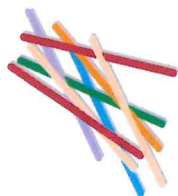
DIPENDENTI

DIPENDENTI	INFORTUNI	NEAR-MISS
2020	2	0
2021	4	1
2022	1	0
2023	0	0
2024	0	0
2025	3	0
tot	10	1

OSPITI	Numero totale Eventi	Numero totale cadute
2020	0	0
2021	0	0
2022	1	1
2023	0	0
2024	0	0
2024	7	7
2025	28	28
tot	36	36

PROGRAMMA AZIENDALE DI AUDIT CLINICO E MONITORAGGIO

Al fine di garantire il miglioramento continuo e la verifica dell'efficacia del sistema di gestione del rischio, la Comunità di Capodarco di Fermo – ETS attiva un programma strutturato di audit clinici.



Gli audit previsti sono:

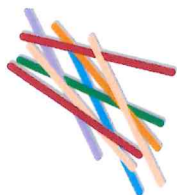
AREA	FREQUENZA
Cadute ospiti	semestrale
Gestione terapia	semestrale
Documentazione sanitaria	semestrale
ICA	trimestrale
Formazione rischio clinico	annuale
Gestione emergenze	annuale
Procedure e protocolli	annuale
Eventi avversi e near miss	semestrale

Gli audit sono coordinati dal Risk Manager con il supporto della Direzione Sanitaria, Responsabile Qualità e Coordinatori.

Gli esiti vengono condivisi nelle equipe e utilizzati per la predisposizione delle azioni correttive.

RISULTATI RAGGIUNTI PER L'ACCOGLIENZA RESIDENZIALE E SEMI-RESIDENZIALE (RSA) E AMBULATORIALE

Le tabelle seguenti mostrano numericamente i risultati raggiunti per le attività principali: Fornitura di servizi h24, semi-residenziale; prestazioni riabilitative ambulatoriali e domiciliari.



Residenziale "Villa"	2025	2024	2023
Utenti totali	42	46	44
-di cui maschi	28	30	29
-di cui femmine	14	16	15
-di cui RD3	17	27	18
-di cui RD2	25	19	26
-di cui da fuori regione	7	9	9
Accettazioni nell'anno	2	8	5
Dimissioni nell'anno	3	6	6

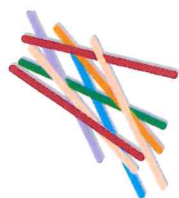
Residenziale "S. Andrea"	2025	2024	2023
Utenti totali	11	10	6
-di cui maschi	8	8	4
-di cui femmine	3	2	2
-di cui RD3	0	0	0
-di cui RD2	11	10	6
-di cui da fuori regione	0	0	0
Accettazioni nell'anno	1	4	6
Dimissioni nell'anno	0	0	0

Accoglienza Semi-Residenziale

Semi Residenziale "S.Andrea" (*)	2025	2024	2023
Utenti totali	1	0	10
-di cui maschi	1		5
-di cui femmine	0		5
-di cui Plurisensoriali	1		10
Accettazioni nell'anno	1		0
Dimissioni nell'anno	0		10

(*) Il Centro S.Andrea è stato trasformato in Residenziale il 3/12/2023

Semi Residenziale "Capodarco"	2025	2024	2023
Utenti totali	12	13	10
-di cui maschi	6	8	5
-di cui femmine	6	5	5
-di cui Alto Livello	0	0	1
-di cui Medio Livello	8	9	5
-di cui Plurisensoriali	4	4	2
Accettazioni nell'anno	2	3	3
Dimissioni nell'anno	2	3	0



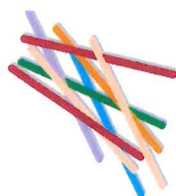
Semi Residenziale "S.Elisabetta"	2025	2024	2023
Utenti totali	14	16	22
-di cui maschi	7	10	15
-di cui femmine	7	6	7
-di cui Alto Livello	3	3	2
-di cui Medio Livello	0	2	6
-di cui Plurisensoriali	11	11	14
Accettazioni nell'anno	1	1	9
Dimissioni nell'anno	1	3	7

Prestazioni Ambulatoriali

CAR Capodarco	2025	2024	2023
Pazienti in carico	882	748	609
-di cui maschi	456	392	318
-di cui femmine	426	356	291
-di cui trattati nell'anno	444		321
-di cui ambulatoriali individ.	893	683	547
-di cui domiciliari SLA	35	34	31
di cui amb. Individ. Età Evolutiva	29	26	24
-di cui domiciliari	3	3	4
-di cui domiciliari Età Evol.	2	2	3
Accettazioni nell'anno	149	151	112
Dimissioni nell'anno	65	12	10

CAR Capodarco Età Evolutiva	2025	2024	2023
Pazienti in carico	170	167	162
-di cui maschi	129	121	115
-di cui femmine	41	46	47
-di cui trattati nell'anno	168		141
di cui amb. Individ. Età Evolutiva	156	154	149
-di cui amb. Individ	14	13	13
Accettazioni nell'anno	18	26	2
Dimissioni nell'anno	25	19	18

Poliambulatorio Porto San Giorgio	2025	2024
Pazienti in carico	863	808
-di cui maschi	389	364
-di cui femmine	474	444
Prestazioni eseguite	6367	



DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La posizione assicurativa è rimasta sostanzialmente invariata rispetto agli anni precedenti (2023 e 2024). Anche nel corso del 2025 sono state oggetto di valutazione le polizze stipulate da Capodarco ETS, analizzandone il numero, le garanzie previste, le compagnie assicurative fornitrici, i premi assicurativi e le franchigie applicate. Inoltre, tutte le polizze sono state adeguate ai requisiti previsti dalla Legge Gelli-Bianco.

GESTIONE DEL RISCHIO

La Comunità di Capodarco di Fermo – ETS, nel corso dell'anno 2025, ha modificato le modalità di gestione dei documenti, dei dati e delle registrazioni del Sistema Gestione Qualità sviluppati nella PG00 dove sono in essere una procedura e modulistica di gestione dei rischi nella quale vengono descritte le modalità di identificazione e valutazione dei rischi ([M01IO01PG02](#) – [M02IO01PG02](#) e [M03IO01PG02](#)) per la gestione del rischio clinico nonché [M01PG04](#) per la segnalazione di eventuali guasti)

Nel corso dell'anno 2025 si pone come obiettivo l'implementazione del sistema già in essere. Con la definizione Risk-Chance Analysis si intende quel processo che, partendo dall'identificazione delle fonti di rischio, dai quali possa derivare un impatto sul sistema aziendale o sulla sicurezza degli utenti, cerca di determinare la probabilità di accadimento e l'entità dell'effetto.

Si possono seguire fondamentalmente due diversi approcci che non si escludono a vicenda:

- **Approccio proattivo:** l'analisi parte dalla revisione dei processi e delle procedure esistenti, identificando, nelle diverse fasi, i punti di criticità. Questo approccio può essere utilizzato anche nella ideazione e progettazione di nuove procedure, di processi e di tecnologie per realizzare barriere protettive che impediscano l'errore umano/attivo;
- **Approccio reattivo:** l'analisi parte da un evento avverso e ricostruisce a ritroso la sequenza di avvenimenti con lo scopo di identificare i fattori che hanno causato o che hanno contribuito al verificarsi dell'evento.

La Comunità di Capodarco di Fermo – ETS si è affidata alla norma internazionale IEC 31010:2009 - Risk management – Risk assessment techniques che individua le metodologie di valutazione (identificazione/analisi/ponderazione) dei rischi.

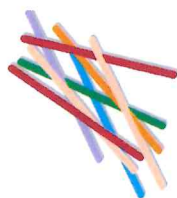
Nella procedura di Gestione dei rischi che si andrà ad implementare e modificare nel corso del prossimo Triennio 2024 - 2026, i Centri Ambulatoriali di Porto San Giorgio e Capodarco della Comunità di Capodarco - ETS avranno l'obiettivo di effettuare una FMEA entro l'anno 2025.

La FMEA è una tecnica analitica utilizzata da un responsabile di processo o da un gruppo come mezzo per individuare i problemi potenziali e legarli alle possibili cause.

L'inserimento delle cause potenziali deve essere il più preciso possibile solo così può essere uno strumento importante nella soluzione dei problemi (effetti).

La FMEA di processo consente di:

- Identificare i potenziali prodotti legati ai problemi nei processi (guasti, anomalie, difetti)
- Individuare i possibili effetti sul cliente.
- Identificare i processi di produzione o assemblaggio e le variabili di processo che possono concorrere alla creazione del problema (effetto) in esame.
- Predisporre un controllo più efficace per individuare o ridurre le condizioni che provocano il'anomalia.



- Realizzare una lista di potenziali problemi e stabilire una priorità di intervento.
- Documentare il risultato del processo di produzione o assemblaggio.

La Comunità di Capodarco – ETS sta implementando questa metodologia attraverso la stesura di un modulo “Scheda di identificazione e valutazione rischi ed opportunità” per la raccolta delle informazioni che per ogni elemento porta all’identificazione di tutti i potenziali failure mode, delle possibili cause e dei conseguenti effetti.

L’obiettivo è di implementare l’intera procedura e renderla efficace ed operativa su tutti i servizi.

In seguito all’analisi la Direzione prenderà interventi onde riportare l’indice “ IPR ” sotto il valore della soglia definito come accettabile.

Tale valutazione verrà eseguita almeno annualmente e ogni volta che viene identificato un evento avverso o near miss.

Una valutazione dei rischi per quanto riguarda la sicurezza degli operatori e dei pazienti relativamente al D.Lgs 81/2008 è riportata nel Documento di Valutazione dei Rischi.

RESOCONTO ANNO PRECEDENTE

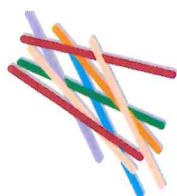
In questa sezione del Piano 2026 della Comunità di Capodarco di Fermo - ETS vengono valutate ed aggiornato lo stato attuale delle richieste inserite nel precedente PAGR

Ad ogni modo vengono verificati gli obiettivi prefissati facendo un resoconto inserendone altri.

Si effettua un elenco degli Obiettivi integrati tra rischio occupazionale e clinico che serviranno anche per la valutazione e l’organizzazione a completamento del piano Triennale della Gestione del Rischio 2024-2026:

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 Management.
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**

OBIETTIVO 1: Diffondere la “Cultura della sicurezza delle cure”		
ATTIVITA' 1 : Formazione sul Rischio Clinico per i dipendenti		
INDICATORE	OBIETTIVO RAGGIUNTO	STATO DI ATTUAZIONE
1.Partecipazione del 100% dei nuovi assunti e il 30% del personale già in essere	Formato il personale in essere a Settembre 2024 e nuovi assunti. Presente registro personale coinvolto.	Contattato formatore Macellari Antonio per la formazione del neo assunto (4 h) e i facilitatori (12 h). Si effettuerà presumibilmente a settembre.
OBIETTIVO 1: Diffondere la “Cultura della sicurezza delle cure”		
ATTIVITA' 2 : Partecipare durante l’Equipe al confronto sul Piano Aziendale della Gestione del Rischio (PAGR)		
INDICATORE	OBIETTIVO RAGGIUNTO	STATO DI ATTUAZIONE
1. Partecipazione di almeno l’80 % del personale all’Equipe. 2. Condivisione nuovo PAGR	1. È stato condiviso in equipe il precedente PAGR 2025 e caricato nella piattaforma	2. Verrà comunicato nelle equipe la disponibilità del nuovo Piano Aziendale



2026 piattaforma aziendale.	attraverso intranet	intranet aziendale.	Gestione del Rischio 2026 nella piattaforma Capodarco - Box
-----------------------------------	------------------------	---------------------	---

OBIETTIVO 1: Diffondere la “Cultura della sicurezza delle cure”

ATTIVITA' 3: Implementazione di un sistema interno di segnalazione di eventi sentinella, eventi avversi, incidenti near miss correlati alle prestazioni sanitarie.

INDICATORE	OBIETTIVO RAGGIUNTO	STATO DI ATTUAZIONE
- Elenco schede/procedure* - Nomina Risk Manager	- Tutta la documentazione interna è stata caricata sulla rete intranet-aziendale. - È stato nominato in data 16.7.2025 il Risk Manager Dr. De Felici e il gruppo di lavoro operativo di Risk Management composto anche da Dr.ssa Koxha e Dr. Fausti	Completato

OBIETTIVO 4: Formazione specifica del personale rispetto alla “PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL’ASSISTENZA (ICA)”

ATTIVITA' 1 : mettere in programma corso ICA da svolgere presumibilmente nel corso del biennio 2025-2026

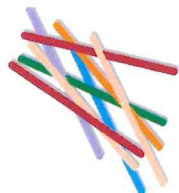
INDICATORE	OBIETTIVO RAGGIUNTO	STATO DI ATTUAZIONE
- evidenza corsi di formazione ed effettiva Formazione sulle ICA nel Biennio 2025-2026	Ad oggi obiettivo ancora non raggiunto. Si spera di effettuare il corso a fine anno.	Si effettuerà, entro luglio, nuovo incontro con la resp. Formazione, Dr.ssa Mattei, per capire se ci sono le risorse e la possibilità di organizzare il corso entro l’anno.

*elenco rischio clinico (incident reporting, rischio cadute, gestione emergenza, rifiuti, sanificazione dei presidi, disinfezione, Dpi....)

OBIETTIVO: Umanizzazione -

ATTIVITA' 1: partecipazione a tutte le fasi del processo di valutazione e miglioramento: dalla costruzione degli strumenti di valutazione, alla rilevazione dei risultati per arrivare alla valutazione dei risultati ottenuti ed eventuali azioni di miglioramento. L’umanizzazione delle cure è l’attenzione alla persona nella sua totalità, fatta di bisogni organici, psicologici e relazionali. Inoltre una crescente acquisizione in campo tecnologico e scientifico non possono esser disgiunte nella quotidianità della pratica clinica, dell’importanza degli aspetti relazionali e psicologici dell’assistenza.

INDICATORE	OBIETTIVO	STATO DI ATTUAZIONE
------------	-----------	---------------------



	RAGGIUNTO	
- presenza di verbali di equipe con evidenza del fabbisogno formativo (entro Dicembre di ogni anno) - evidenza corsi di formazione (evidenza entro Biennio 2025-2026) - monitoraggio tecnologia e strumentazione in essere per un eventuali rinnovo / potenziamento	- Costantemente e vengono indicate da parte del coordinatore al Resp. Formazione i fabbisogni formativi delle equipe. - Piano della formazione 2025-2026 in essere datato 31.10.2025. - Piano di monitoraggio della strumentazione e in essere in tutti i servizi.	Completato e presenza di continuo monitoraggio

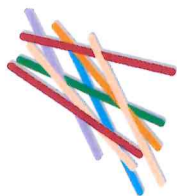
OBIETTIVI

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 del 2026. Gli obiettivi strategici definiti sono i seguenti:

1. Programmare formazione sul rischio clinico per neo-assunti nel corso dell'anno 2026 attraverso la figura individuata esterna DR. Macellari Antonio già precedentemente coinvolto;
2. Uniformare le modalità di controllo - programmazione, eventuali audit e condivisione in equipe delle nuove procedure;
3. Attivare audit ogni 6 mesi da parte dell'ufficio Qualità insieme alla Direzione Sanitaria;
4. Tenere costantemente sotto controllo le linee guida per le infezioni, per le varie procedure e per i protocolli dei centri ambulatoriali.

INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

La procedura sulle infezioni correlate all'assistenza è a disposizione del personale in struttura in forma cartacea e sulla rete intranet aziendale (Capodarco – Box) con accesso tramite credenziali personali è stata denominata **IO05PG02 finalizzata alla riduzione del rischio di trasmissione delle infezioni.**



Di seguito vengono sommariamente richiamate le azioni finalizzate alla prevenzione e al controllo delle ICA; a queste fanno seguito la presenza di tutte le procedure necessarie all'interno delle strutture.

Le **Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)** rappresentano un rischio significativo nei centri socio-sanitari, dove i pazienti e gli utenti, a causa delle loro condizioni di salute, sono spesso più vulnerabili. Per i centri ambulatoriali le infezioni correlate all'assistenza vengono trattate limitatamente.

Le azioni finalizzate alla **prevenzione e al controllo** delle ICA all'interno di un centro Ambulatoriale riguardano:

1. Formazione del personale

- Formare regolarmente tutto il personale sanitario e socio-sanitario su procedure di igiene e protocolli di prevenzione delle infezioni.
- Aggiornamenti frequenti su nuove linee guida nazionali e internazionali in tema di prevenzione delle infezioni con aggiornamento delle procedure o dei protocolli utilizzati da parte dell'equipe (ultima modifica effettuata all'IO05PG02, fatta a Gennaio 2026 su indicazione della Direzione Sanitaria)
- Sensibilizzare il personale sull'importanza dell'igiene delle mani, una delle misure più efficaci per prevenire le ICA

2. Igiene delle mani (IO06PG02)

- Promuovere l'igiene delle mani in modo rigoroso, con l'uso di soluzioni alcoliche o lavaggi con sapone antibatterico nei momenti critici: prima e dopo il contatto con i pazienti, prima delle manovre invasive e dopo il contatto con superfici potenzialmente contaminate.
- Installare distributori di soluzioni alcoliche in punti strategici (ingresso stanze, vicino a letti, etc.).

3. Pulizia e disinfezione delle superfici (Procedure n.22 e n.24)

4. Educazione dei pazienti e visitatori

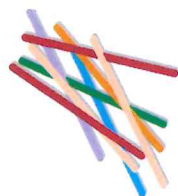
- I pazienti e i loro familiari vengono informati sulle pratiche di igiene e prevenzione delle infezioni, in modo che possano collaborare con il personale sanitario.
- L'accesso ai visitatori è limitato in caso di epidemie o focolai infettivi a discrezione della Direzione Sanitaria e dell'eventuale normativa in essere (es. gestione COVID)

5. Collaborazione multidisciplinare

La Comunità di Capodarco di Fermo – ETS nella gestione dei propri servizi si avvale di gruppi di lavoro multidisciplinari (infermieri, medici, fisioterapisti, oss, logopedisti, psicologi, assistenti sociali, educatori, addetti alle pulizie ed altro personale) per discutere e implementare strategie preventive e protocolli personalizzati in base ai rischi specifici dei vari servizi di assistenza.

LE ATTIVITA' 2026-2027

Nei servizi Residenziali e Semiresidenziali e nei centri ambulatoriali, dove i pazienti si rivolgono per trattamenti di varia natura, visite specialistiche, esami diagnostici l'identificazione e la gestione dei rischi clinici è cruciale per prevenire eventi avversi, migliorare i processi assistenziali e assicurare un elevato standard di assistenza.



L'obiettivo principale di questa analisi è individuare potenziali pericoli che possono compromettere la salute dei pazienti, la sicurezza del personale sanitario e la corretta erogazione dei servizi, promuovendo al contempo interventi correttivi e preventivi.

I rischi clinici possono derivare da diverse fonti: errori umani, inadeguatezze nelle infrastrutture o nei protocolli operativi, carenze nella comunicazione tra pazienti e operatori sanitari, fra dipendenti e datore di lavoro. Pertanto, l'implementazione di una solida strategia di gestione del rischio clinico diventa essenziale per garantire che l'assistenza erogata sia non solo efficace, ma anche sicura e orientata al continuo miglioramento della qualità.

Di seguito vengono elencati gli obiettivi da raggiungere nel corso del biennio 2026-2027.

È chiaro l'intento di avere un piano di gestione del rischio sempre aggiornato pertanto gli obiettivi di seguito elencati potrebbero subire variazioni legate alla variazione del rischio nei diversi ambiti.

Rispetto ai obiettivi descritti nel precedente PAGR 2025:

1. Con la formazione del rischio clinico 2024 sono emerse alcune criticità nella diffusione e comprensione delle pratiche legate alla gestione del rischio clinico. Con il nuovo gruppo di lavoro sul Risk Manager si diffonderà regolarmente la "cultura della sicurezza delle cure" facendo effettuare incontri nelle equipe. Potrà in tal modo rilevare le perplessità del personale, i limiti di ognuno e render costantemente partecipe tutti i dipendenti alla gestione del rischio clinico.
2. La Comunità è iscritta regolarmente al Flusso SIMES. Ricontrate ancora delle anomalie nella segnalazione di eventi si è contattata la Regione, nella persona di Domenico Lombardi di Fortino a cui dovremo inviare la rispettive schede A, B, C di segnalazione alla mail domenico.lombardifortino@regione.marche.it.
3. Tutta la modulistica, procedure, istruzioni operative, protocolli, linee guida è stata condivisa in equipe ed è presente sia in struttura / ambulatorio in forma cartacea sia sulla rete aziendale CAPODARCO-BOX. Le ultime modifiche di alcune procedure
4. Per il fabbisogno formativo le coordinatrici del centro ci hanno segnalato dei corsi di formazione che l'equipe gli ha indicato. Nel corso di quest'anno avremo modo di incrementare le richieste da parte del personale per poter programmare, insieme al Responsabile della Formazione, un piano di formazione per il prossimo triennio 2026-2028.

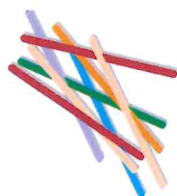
OBIETTIVO 1: Diffondere la "Cultura della sicurezza delle cure";

ATTIVITA' (1): Formazione sul Rischio Clinico per i nuovi dipendenti

INDICATORE: entro l'anno 2026 Partecipazione del 100 % dei nuovi assunti inserendo anche parte dei lavoratori da tempo in essere presso i vari servizi. Formazione anche per i facilitatori per un totale di 12 h. Presenza di registri presenze.

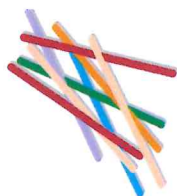
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	R.F. - RQ – Segreteria di Governance	D.S.	Gruppo di lavoro su	FIGURE DI SUPPORTO (ufficio personale)
--------	--------------------------------------	------	---------------------	--



			Risk Manager	
Progettazione corsi Formazione	R	R	R	R
Calendarizzazione del corso	R	R	I	R
Esecuzione del corso	R	R	R	R
REGISTRAZIONE	PRESENZA DI UNA DATA PER LA FORMAZIONE E/O ATTESTATI/REGISTRI DI FREQUENZA FORMAZIONE RISCHIO CLINICO			
OBIETTIVO 1: Diffondere la “Cultura della sicurezza delle cure”				
ATTIVITA’ (2): Partecipare durante l’Equipe al confronto sul Piano Aziendale della Gestione del Rischio (PAGR)				
INDICATORE: Partecipazione di almeno l’80 % del personale all’Equipe e aggiornamento del PAGR presente sulla rete intranet aziendale.				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’				
AZIONE	Coordinatore	D.S.	Responsabile Qualità	
Calendarizzazione del Equipe	R	R	R	
Esecuzione dell’ Equipe	I	I	R	
Caricamento documento su Rete Intranet Aziendale	I	I	R	
REGISTRAZIONE	VERBALE DI EQUIPE E PRESENZA DEL PIANO AZIENDALE GESTIONE DEL RISCHIO AGGIORNATO SU CAPODARCO-BOX			

OBIETTIVO 1: Diffondere la "Cultura della sicurezza delle cure"				
ATTIVITA' (3): Implementazione di un sistema interno di segnalazione di eventi sentinella, eventi avversi, incidenti near miss correlati alle prestazioni sanitarie				
INDICATORE: Aumento delle segnalazioni eventi sia sulla cartella sanitaria informatica sia presenza di maggiori segnalazioni attraverso le schede di segnalazione				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
AZIONE	R.Q. / Segreteria di governance	D.S.	COORDINATORI	RISK MANAGER
Preparazione modulistica	R	R	I	R
Inserimento e condivisione	R	R	I	R



nei centri				
REGISTRAZIONE	Presenza di registro segnalazioni eventi, eventuale condivisione in equipe – presenza di verbali.			

OBIETTIVO 2: Favorire una **visione unitaria** della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura.

ATTIVITA' (1): Completo caricamento della documentazione sulla piattaforma intranet aziendale

INDICATORE: caricamento 100% su CAPODARCO BOX del materiale complessivo a disposizione dei dipendenti

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	R.F./R.Q	D.S.	COORDINATORI	FIGURE DI SUPPORTO (uff. personale)
Preparazione materiale	R	R	I	I
Aggiornamento (se necessario) Procedure-protocolli	R	R	I	I
Inserimento in CAPODARCO BOX	R	I	I	R
REGISTRAZIONE	COMPLETO INSERIMENTO DEL MATERIALE SU CAPODARCO BOX e presenza della dicitura REV sulla documentazione aggiornata.			

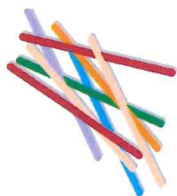
OBIETTIVO 4 : Formazione specifica del personale rispetto alla “PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL’ASSISTENZA (ICA)”

ATTIVITA' : mettere in programma corso ICA da svolgere presumibilmente nel corso del biennio 2026-2027

INDICATORE: evidenza corsi di formazione ed effettiva Formazione sulle ICA nel Biennio 2026-2027

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	R.Q	D.S.	COORDINATORI	R.F.
Raccolta Fabbisogno formativo	R	R	I	R
ISCRIZIONE PIATTAFORMA FON.COP	R	I	I	R
GESTIONE BUDGET F.DI INTERPROFESSIONALI	R	I	I	R
REGISTRAZIONE	REGISTRI / ATTESTATI DI FREQUENZA			



OBIETTIVO : Umanizzazione -				
ATTIVITA' - partecipazione a tutte le fasi del processo di valutazione e miglioramento: dalla costruzione degli strumenti di valutazione, alla rilevazione dei risultati per arrivare alla valutazione dei risultati ottenuti ed eventuali azioni di miglioramento. L'umanizzazione delle cure è l'attenzione alla persona nella sua totalità, fatta di bisogni organici, psicologici e relazionali. Inoltre una crescente acquisizione in campo tecnologico e scientifico non possono esser disgiunte nella quotidianità della pratica clinica, dell'importanza degli aspetti relazionali e psicologici dell'assistenza.				
INDICATORE: presenza di verbali di equipe con evidenza del fabbisogno formativo (entro Dicembre di ogni anno) e evidenza corsi di formazione (evidenza Formazione 2026) – monitoraggio tecnologia e strumentazione in essere per un eventuali rinnovo / potenziamento				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
AZIONE	R.Q.	D.S.	COORDINATORI	R.F.
Condivisione in equipe processo di valutazione e miglioramento	R	R	I	I
Valutazione tecnologie utilizzate	R	R	R	I
Interventi per acquisire nuove tecnologie / audit interni	I	R	R	R (ufficio amministrativo)
REGISTRAZIONE	VERBALI DI EQUIPE – ACQUISIZIONE DI NUOVI MACCHINARI			

Inoltre sono stati richiesti all'ufficio Formazione specifici corsi che riguardano "L'ASCOLTO ATTIVO" e il "COUNSELLING". L'attuale piano di Formazione 2025/2026 dovrà essere rivisto indicando le date specifiche di quello che si è organizzato utile per la pianificazione del prossimo anno 2027.

MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PAGR

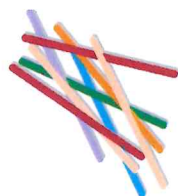
Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal presente PAGR e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione generale garantisce la sua diffusione attraverso:

- La condivisione in equipe e/o con circolare ai dipendenti;
- Pubblicazione del PAGR 2026 sulla rete intranet aziendale riservata ai dipendenti (CAPODARCO BOX) in una cartella dedicata

SISTEMA DI MONITORAGGIO E INDICATORI

La Comunità di Capodarco di Fermo – ETS adotta un sistema di monitoraggio mediante indicatori finalizzato alla valutazione dell'efficacia del Piano Aziendale Gestione del Rischio.

Indicatori monitorati:

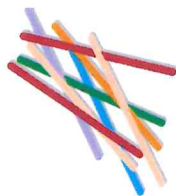


INDICATORE	OBIETTIVO 2026
Personale formato rischio clinico	≥ 90%
Nuovi assunti formati	100%
Audit programmati effettuati	100%
Eventi segnalati	incremento progressivo
Near miss segnalati	incremento progressivo
Eventi analizzati	100%
Azioni correttive attivate	100%
Audit ICA effettuati	100%
Condivisione PAGR in equipe	≥80%

RIFERIMENTI NORMATIVI

In questa sezione sono elencati alcuni riferimenti alla normativa regionale e nazionale inerenti la gestione del rischio clinico:

- D. Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 - D.P.R. 14/01/97 "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"
- D. Lgs. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- D. Lgs. 254/00 "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari"
- D. Lgs. 81/08 "Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro."
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità"
- Legge 24 dell'8 Marzo 2017 "Disposizioni in materia di sicurezza della cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie."
- DGR n. 1093/06/2018 "recepimento da parte della Regione Marche della Legge (Marzo 2017 n. 24)
- DGR n 127/2019 "Linee di indirizzo per la formazione del personale nell'ambito del Rischio Clinico 2019/21 (L.208/15 e L 24/17)



ALLEGATI:

1. IO01PG02 – Procedura Incident Reporting
2. IO02PG02 – Procedura gestione cadute
3. IO03PG02 – Procedura Gestione emergenze
4. IO05PG02 - Procedura Riduzione Rischio trasmissione di infezioni
5. IO06PG02 – Procedura lavaggio mani
6. IO08PG02 – Raccomandazione Ministeriale n. 7 e 12 - *Prevenzione morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica – errori in terapia con farmaci la-sa*
7. IO09PG02 – Raccomandazione Ministeriale n. 8 - *Prevenzione atti di violenza a danno degli operatori sanitari*
8. PG04 – Raccomandazione Ministeriale n. 9 - Prevenzione eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
9. IO11PG02 – Raccomandazione Ministeriale n. 18 - *Prevenzione errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli*
10. IO12PG02 – Raccomandazione Ministeriale n. 19 - *Manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide*
11. Procedura n. 22 – Pulizia e sanificazione ambienti
12. Procedura n. 24 – Disinfezione Presidi