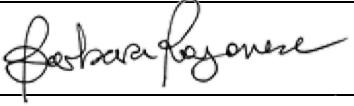
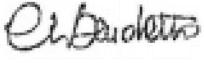


PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM)

Report Consuntivo 2025
Programma Obiettivi 2026

DIRETTORE QUALITÀ ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO-RISK MANAGER	DIRETTORE SANITARIO	DIRETTORE D'ISTITUTO
DOTT.SSA BARBARA RAGONESE	DOTT.SSA CINZIA DI BENEDETTO	DOTT. ANGELO LUCA
		
30 GENNAIO 2026		

AI SENSI DELL'ART 2, COMMA 5 DELLA LEGGE 8 MARZO 2017, N.24 "DISPOSIZIONI IN
MATERIA DI SICUREZZA DELLE CURE E DELLA PERSONA ASSISTITA, NONCHÉ IN MATERIA
DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE

INDICE

A1. Contesto organizzativo

A2. Resoconto delle attività programmate nel piano precedente

A3. Relazione consuntiva sugli eventi avversi segnalati nel 2025

A.3.1 Azioni di miglioramento

A4. Obiettivi ed attività per le gestione del rischio clinico per il 2026

A4.1. Obiettivi

A4.2. Attività

A5. Resoconto dei risarcimenti erogati e descrizione della posizione assicurativa

A6. Modalità di diffusione del documento

A7. Riferimenti normativi

A8. Bibliografia e sitografia

Ai sensi del da. 23 dicembre 2009 concernente la "istituzione del flusso informativo SIMES e l'individuazione dei referenti aziendali per il rischio clinico", ogni azienda sanitaria del SSR è tenuta a predisporre ed attuare il piano annuale per la gestione del rischio clinico e a relazionare sul raggiungimento degli obiettivi fissati con cadenza annuale. Tale obbligo è stato richiamato ed integrato dall'art 2, comma 5 della legge 8 marzo 2017, n.24 "disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" che prevede che le aziende sanitarie pubblichino una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause identificate e sulle iniziative messe in atto.

A.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'ISMETT (Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione) è una società a responsabilità limitata (accreditata e convenzionata con il SSR ai sensi dell'Art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992), istituita nel 1997 con l'obiettivo di creare un centro trapianti multiorgano, nell'ambito di un progetto di sperimentazione gestionale ex Art. 9-bis D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992, attraverso un partenariato pubblico privato tra la Regione Siciliana, per il tramite di alcune aziende ospedaliere palermitane - oggi l'Arnas Civico di Palermo (<http://www.ospedalecivicopa.org>) – e l'University of Pittsburgh Medical Center (www.upmc.com), uno dei più attivi e qualificati centri americani per i trapianti. Scopo di ISMETT è quello di garantire, grazie ad un modello sanitario innovativo, un'assistenza sanitaria d'eccellenza e di contribuire allo sviluppo dell'assistenza sanitaria futura attraverso innovazione clinica e gestionale, ricerca e impegno nella formazione teorica e pratica, ponendosi quale punto di riferimento nazionale ed internazionale per i trapianti e le terapie ad alta specializzazione.

Dal 2014 ISMETT è stato, inoltre, riconosciuto anche come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto privato nella disciplina della "cura e ricerca delle insufficienze terminali d'organo".un centro di trapianti di organi solidi che gestisce pazienti affetti da insufficienze terminali d'organi vitali. Con decreto del 12 settembre 2014 firmato dal Ministro della Salute, ISMETT ha ottenuto il riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nella disciplina "Cura e ricerca delle insufficienze terminali d'organo".

Le tabelle che seguono riportano i dati strutturali e delle attività di sintesi riferite al periodo gennaio – dicembre 2025:

DATI STRUTTURALI

POSTI LETTO AUTORIZZATI	107
POSTI LETTO OCCUPATI MEDIANTE (ORDINARI)	87
P.L. TERAPIA INTENSIVA	20
P.L DAY HOSPITAL	7
N. BLOCCHI OPERATORI	1
N. SALE OPERATORIE	4+1 Sala Ibrida
STUDI AMBULATORIALI	18+ Sala Prelievi

Tabella 1- dati strutturali 2025 (Periodo di riferimento: gennaio – dicembre 2025)

DATI DI ATTIVITÀ'

RICOVERI ORDINARI	3347
ACCESSI AMBULATORIALI	36362
INTERVENTI CHIRURGICI	2002
TRAPIANTI	232
DEGENZA MEDIA	9.38

Tabella 2- dati di attività 2025- (Periodo di riferimento: gennaio – dicembre 2025. Fonte dati: SDO/Controllo di Gestione)

L'organizzazione adotta un approccio multifattoriale per la prevenzione del rischio clinico, basato sulle seguenti strategie integrate:

1. ACCREDITAMENTO JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI)

L'ISMETT è il primo ospedale del Meridione ad aver ricevuto, per la prima volta nel 2009, l'accreditamento da parte della Joint Commission International (JCI), fra i più avanzati sistemi di accreditamento per valutare la qualità delle strutture sanitarie. L'accreditamento JCI è stato riconfermato a novembre 2021, e dimostra il continuo impegno dell'ISMETT per il miglioramento continuo delle performance sul fronte dei risultati clinici, dell'assistenza infermieristica, della gestione, dell'accoglienza, dell'umanizzazione e dei programmi di formazione. Sempre nel 2021, l'Ospedale ha ottenuto il rinnovo della certificazione con la norma ISO 9001:2015 per i sistemi di gestione della qualità dei servizi diagnostici e terapeutici della Radiologia, Endoscopia, Dialisi, Emodinamica, Anatomia Patologica, il Laboratorio di Microbiologia e Patologia Clinica e il Servizio di Farmacia. Anche le Attività Formative di ISMETT sono inoltre certificate dal 2009 secondo la norma ISO 9001:2015. Inoltre, anche le attività formative hanno ottenuto la certificazione con la norma ISO e il Sistema di Gestione della Sicurezza e dell'Ambiente è stato riconosciuto conforme alle norme ISO 14001 e alla norma ISO 45001. L'organizzazione si impegna a mantenere e rinnovare l'accreditamento JCI. Questo include:

- **Implementazione degli Standard JCI:** Adozione e applicazione sistematica degli standard JCI in tutte le aree cliniche e gestionali, con particolare attenzione agli International Patient Safety Goals (IPSG).
- **Audit Interni Periodici:** Conduzione di audit interni regolari per verificare la conformità agli standard JCI e identificare aree di miglioramento.
- **Formazione Continua:** Pianificazione ed erogazione della formazione del personale sugli standard JCI e sulle best practice internazionali in materia di sicurezza del paziente.
- **Monitoraggio degli Indicatori:** Monitoraggio costante degli indicatori di performance legati alla sicurezza del paziente richiesti da JCI. Gli strumenti utilizzati per promuovere il Governo Clinico in ISMETT comprendono la valutazione sistematica degli indicatori di processo e di esito raccolti attraverso i sistemi informativi, quali la cartella clinica elettronica, la predisposizione di protocolli clinici basati sulle prove di efficacia, la formazione continua e il programma di miglioramento della qualità e gestione del rischio clinico

2. IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO PERIODICO DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI AGENAS

L'organizzazione adotta le Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione del rischio clinico emanate da AGENAS e ne monitora l'applicazione. Pertanto su base regolare sono condotte le seguenti attività:

- **Mappatura delle Raccomandazioni:** Associazione di ciascuna Raccomandazione a specifici processi e responsabili all'interno dell'organizzazione.
- **Elaborazione di Protocolli Interni:** Sviluppo e implementazione di protocolli e procedure operative basate sulle Raccomandazioni Ministeriali.
- **Formazione Specifica:** Organizzazione di corsi di formazione e aggiornamento periodici per il personale su ciascuna Raccomandazione.
- **Audit e Monitoraggio Periodico:** Conduzione di audit interni e verifiche periodiche sull'applicazione delle Raccomandazioni, documentando i risultati e definendo piani d'azione per le non conformità.
- **Analisi dei Dati:** Utilizzo dei dati relativi agli eventi avversi e ai quasi-errori per valutare l'efficacia delle Raccomandazioni implementate.

3. PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il processo di gestione del rischio clinico si articola nelle seguenti fasi:

3.1. Identificazione del Rischio

- **Segnalazione Eventi Avversi e Near Miss:** Sistema di segnalazione anonima e confidenziale per eventi avversi, quasi-errori e sentinella.
- **Ronde di Sicurezza (Safety Walkrounds):** Visite periodiche dei responsabili in reparto per identificare potenziali pericoli e raccogliere feedback dal personale.
- **FMEA (Failure Mode and Effects Analysis) o HVA (Hazard Vulnerability Analysis):** Analisi proattiva dei processi per identificare potenziali punti di fallimento e le loro conseguenze.

3.2. Analisi del Rischio

- **Analisi regolare delle segnalazioni effettuate dagli operatori:** meccanismo regolare di valutazione e discussione di tutte le segnalazioni ricevute tramite incident reporting.
- **Prioritizzazione dei rischi:** ad ogni evento segnalato viene attribuito un livello di gravità in base al sistema di classificazione MERP (Medication Error Reporting and Prevention) che ne determina anche la priorità di gestione e trattamento
- **RCA (Root Cause Analysis):** Analisi retrospettiva degli eventi avversi gravi per identificare le cause profonde. ogni volta che si verifica un evento sentinella l'organizzazione conduce una RCA entro 45 giorni dalla segnalazione dello stesso nei modi e tempi definiti nella relativa procedura

3.3. Trattamento del Rischio

- **Piani d'Azione:** Sviluppo di piani d'azione specifici per mitigare o eliminare i rischi identificati.
- **Miglioramento dei Processi:** Revisione e ottimizzazione dei processi clinici e organizzativi.
- **Formazione e Addestramento:** Programmi di formazione mirati per il personale.

3.4. Monitoraggio e Revisione

- **Monitoraggio Continuo:** Monitoraggio dell'efficacia delle azioni intraprese attraverso indicatori di processo e di esito.
- **Audit Periodici:** Audit interni ed esterni per verificare la conformità e l'efficacia del sistema di gestione del rischio.
- **Definizione PARM:** Annualmente, entro e non oltre il 31 marzo, il Risk Manager redige il Piano Annuale per il Risk Management (PARM) che include la rendicontazione delle attività svolte nei 12 mesi precedenti e la definizione di obiettivi annuale specifici.

3.5. Comunicazione e Cultura della Sicurezza

L'organizzazione promuove una cultura della sicurezza che incoraggia la segnalazione, l'apprendimento dagli errori e la trasparenza. Questo include:

- **Comunicazione Interna:** Diffusione regolare di informazioni e risultati relativi alla gestione del rischio.
- **Feedback al Personale:** condivisione di feedback costruttivi al personale sulle segnalazioni e sulle azioni intraprese anche attraverso il programma Good Catch che mira a riconoscere e valorizzare le migliori segnalazioni che hanno consentito di migliorare i processi.
- **Formazione sulla Cultura della Sicurezza:** moduli sulla cultura della sicurezza nei programmi di formazione del personale.

4. UTILIZZO DI LINEE GUIDA PER L'EVIDENCE BASED MEDICINE (EBM) CON FOCUS SU 5 LLGG ANNUALMENTE

L'organizzazione promuove l'utilizzo sistematico delle linee guida basate sull'EBM per standardizzare le pratiche cliniche e ridurre la variabilità inappropriata. Questo include:

- **Selezione Annuale di 5 Linee Guida:** Ogni anno, il Comitato per la Qualità e la Sicurezza del Paziente seleziona un minimo di 5 linee guida nazionali o internazionali di elevata evidenza scientifica, rilevanti per le patologie più frequentemente trattate o per le aree a maggior rischio clinico dell'organizzazione.
- **Diffusione e Formazione:** diffusione delle linee guida selezionate a tutto il personale interessato e organizzazione di specifici percorsi formativi per garantirne la piena comprensione e applicazione.
- **Implementazione e Adattamento:** Adattamento delle linee guida al contesto organizzativo, se necessario, e implementazione delle stesse attraverso l'elaborazione di protocolli operativi specifici.
- **Monitoraggio dell'Aderenza:** Monitoraggio dell'aderenza del personale alle linee guida selezionate attraverso audit clinici, analisi di cartelle cliniche e indicatori di processo/esito.
- **Valutazione dell'Efficacia:** Valutazione periodica dell'impatto delle linee guida implementate sugli esiti clinici e sulla sicurezza del paziente.

5. STRUTTURA DEI COMITATI PER L'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA QUALITA' E RISCHIO CLINICO

I comitati istituiti in ISMETT per favorire l'implementazione del Programma Qualità e Rischio Clinico in tutti i suoi ambiti sono:

1. Comitato Quality and Patient Safety:

Assicura il mantenimento di elevati standard qualitativi e di sicurezza nei processi di cura e promuovere un ambiente in cui le attività per migliorare le prestazioni sono integrate nelle attività quotidiane dell'ospedale, attraverso 1) l'analisi dei dati che consentono di valutare le dimensioni della qualità e delle attività condotte dai comitati operativi del Piano Qualità e Sicurezza del paziente 2) la verifica dei piani d'azione e dei risultati conseguiti, 3) la definizione delle priorità per il miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente su base annuale, e 4) il riesame periodico del Sistema Gestione Qualità presenti in azienda (JCI e ISO).

2. Comitato Revisione delle Cartelle Cliniche

Esamina regolarmente un campione rappresentativo di cartelle cliniche per monitorare l'aderenza della documentazione sanitaria ai requisiti previsti dalla JCI e dalla normativa.

3. Comitato Revisione Incident Report-Gestione del Rischio Clinico

Analizza gli eventi e le situazioni potenzialmente rischiose che vengono segnalate dai dipendenti attraverso il sistema di segnalazione interna, allo scopo di identificarne le cause e definire strategie di gestione del rischio clinico.

4. Comitato Patient Experience:

Valuta i risultati del programma di monitoraggio dell'Esperienza del paziente al fine di identificare azioni di miglioramento

5. Comitato Controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO)

Definisce i programmi finalizzati alla prevenzione delle infezioni ospedaliere, ne coordina l'attuazione e controlla la corretta applicazione delle misure preventive.

6. Comitato Hand Hygiene:

Gestisce l'implementazione della strategia multimodale sviluppata dall'OMS per migliorare l'aderenza alla corretta igiene delle mani

7. Rianimazione Cardiopolmonare

Elabora strategie per gestire le emergenze mediche e chirurgiche in ospedale. Definisce le procedure interne per il controllo delle urgenze, le necessità formative del personale sanitario, realizza un monitoraggio continuo della gestione delle crisi intraospedaliere.

8. Comitato Terapeutico Ospedaliero

Si occupa della sicurezza nella fornitura di farmaci. Sviluppa politiche e regolamenti per l'uso dei farmaci e la gestione del Prontuario Ospedaliero, valutando gli effetti indesiderati.

9. Comitato per l'Ospedale senza Dolore

Assicura l'integrazione delle attività di gestione del dolore nel processo di cura del paziente, attraverso la redazione di linee guida e di un programma di formazione e di sorveglianza.

10. Comitato Salute, Sicurezza e Ambiente

Supervisiona la conformità ai programmi ospedalieri nella gestione delle aree inerenti la sicurezza delle infrastrutture formulando proposte di miglioramento per garantire la salute dei pazienti, del personale e dei visitatori.

11. Comitato Compliance JCI

Valuta e assicura la conformità di reparti e servizi agli standard di qualità previsti dal Manuale JCI utilizzando la *"tracer methodology"* che si svolge sul campo (nei reparti/servizi) e si compone essenzialmente di tre fasi: valutazione della documentazione clinica del paziente, interviste al personale ed osservazione di pratiche e comportamenti.

12. Comitato Buon Uso del Sangue

Approvano le procedure di gestione degli emocomponenti al fine di riservarne l'utilizzo a quelle situazioni cliniche in cui la trasfusione sia effettivamente necessaria ed il rischio giustificato dal miglioramento delle condizioni cliniche del paziente.

13. Comitato Compliance ISO 9001

Valuta e assicura il mantenimento della conformità al Sistema di Gestione della Qualità dei Servizi certificati secondo la norma ISO 9001:2015.

A.2 RESOCONTO ATTIVITA' PROGRAMMATE PER IL 2025

Gli obiettivi definiti per il 2025 sono articolati in tre macroobiettivi strategici sotto riportati:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

Di seguito è riportato il reconto di dettaglio delle singole attività che erano state programmate e riportate nel PARM ISMETT resoconto 2024-obiettivi 2025

A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITA' 1 - Condivisione degli eventi segnalati e Root Cause Analisi del 2025		
INDICATORE: Predisposizione e condivisione di report Trimestrali		
STANDARD: 100%		
FONTE: INCIDENT REPORT		
ATTIVITA'	REALIZZATA	STATO ATTUAZIONE
Conduzione incontri Quindicinali Incident Report Review (IRR)	SI	Incontri di Incident Report Review eseguiti con restituzione del 100% verbali di incontro
Conduzione incontri Trimestrali Programma Rischio Clinico	SI	Incontri, iniziati a Feb.2025, con le Direzioni di Istituto per condividere le attività relative agli Incident report e alle Root Cause Analysis completate durante l'anno
Coinvolgere Coordinatori infermieristici delle unità e dei servizi nelle analisi degli eventi e supporto nella condivisione delle azioni intraprese con staff di reparto	SI	Condivisione degli eventi occorsi con Leadership infermieristica di reparto

ATTIVITA' 2 – Organizzazione di eventi per promuovere una maggiore cultura della sicurezza durante le giornate del Patient Safety Week e del Patient Safety Day		
INDICATORE: Organizzazione delle campagne Patient Safety e premiazione delle migliori segnalazioni (Programma Good Catch)		
STANDARD: SI		
FONTE: RISK MANAGER		
ATTIVITA'	REALIZZATA	STATO ATTUAZIONE
Campagna informativa durante Awareness Patient Safety Week	SI	Settimana 9-15 Marzo 2025: in accordo al tema: <i>Moving the needle turning awareness into action for safer Patients and care teams</i> , Premiazioni Good Catch e attività di promozione del questionario AHRQ sulla cultura della sicurezza

Campagna informativa durante Patient Safety Day	SI	Patient Safety Day (17 Set 25): Good Catch Celebrations
---	----	---

ATTIVITA' 3 – Migliorare risultati dei campi relativi alle informazioni ricevute dal paziente per la prevenzione delle cadute contenute nel questionario <i>Patient Experience</i> , attualmente al 72.8%		
INDICATORE: % risposte positive dei pazienti al relativo campo della Survey del patient experience: Informazione sulla Prevenzione cadute		
STANDARD: SI		
FONTE: RISK MANAGER		
ATTIVITA'	REALIZZATA	STATO ATTUAZIONE
Monitorare le risposte del Patient Experience Survey sulla Informazione ricevuta dal paziente riguardo la prevenzione delle cadute	SI	incontro e istruzioni fornite dal Coordinatore infermieristico di reparto a tutti i nuovi pazienti ammessi in reparto

Nei primi mesi dell'anno le percentuali di risposta alla domanda del questionario circa le informazioni ricevute sugli accorgimenti da seguire per la prevenzione della caduta hanno evidenziato la necessità di ripristinare gli incontri informativi, a cura dei Coordinatori Infermieristici, con tutti i nuovi pazienti ammessi in reparto. Dal 1 Giugno 2025, sono stati forniti, ai nuovi pazienti ammessi, dettagli delle misure da seguire per prevenire le cadute in ospedale e sollecitare l'attenzione ai poster, affissi nelle stanze, che specificano aspetti di prevenzione. La risposta percentuale è attestandosi ad una percentuale media del 76%.

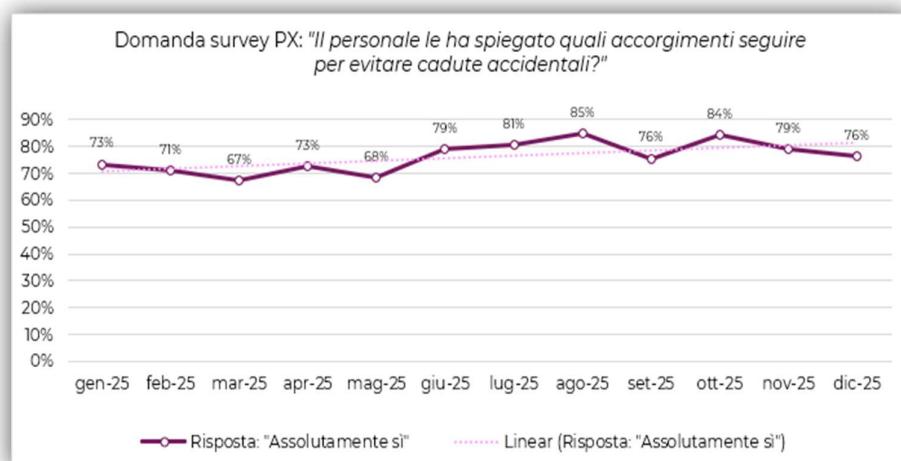


Tabella 3- 2025, percentuali mensili di risposta alla domanda specifica del questionario di Pt.Experience)

B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA

ATTIVITA' 1 – Continuare Programma WHO Hand Hygiene e aumentare il tasso di compliance igiene mani attualmente al 84.3%		
INDICATORE: % di compliance igiene mani		
STANDARD: ≥ 90%		
FONTE: Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico-Programma Monitoraggio Hand Hygiene		
ATTIVITA'	REALIZZATA	STATO ATTUAZIONE
Esecuzione delle osservazioni/verifiche	SI	Mensile, secondo calendario

Aggregazione dati	SI	Report su PowerBI con aggiornamento mensile
Incontri comitato Hand Higene	SI	Incontri effettuati regolarmente
Implementazione azioni correttive/di miglioramento in accordo con CICA	SI	Incontri formativi on the job
Attività a supporto della cultura e best practice relativa al lavaggio delle mani	SI	Celebrazione Happy Hand Higiene Day del 5 Mag 2025 (Testimonial e sensibilizzazione)

Grazie alle attività condotte dal comitato la conformità misurata sulle 2845 osservazioni effettuate e raccolte nel corso dell'anno ha raggiunto l'88,6%

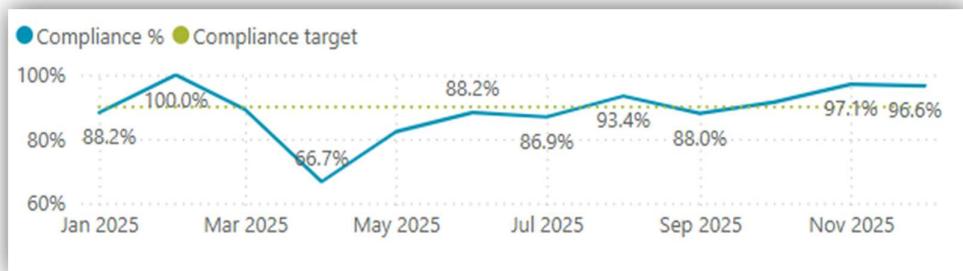


Tabella 4- 2025, percentuale complince mensili all'igiene delle mani (fonte Osservazioni anonime)

ATTIVITA' 2 – Condivisioni delle Principali ICA individuate con gli operatori sanitari		
INDICATORE: Predisposizione e condivisione di report mensili con i tassi delle ICA		
STANDARD: 100%		
FONTE: Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico e Infection Control Team		
ATTIVITA'	REALIZZATA	STATO ATTUAZIONE
Condivisione dei dati	SI	Invio a tutto il personale di Dashboard Mensili con i dati relativi alle principali ICA individuate – Pubblicazione dei dati su Bacheca qualità
Incontri CICA	SI	Incontri condivisione dei dati e promozione di eventuali azioni di miglioramento ove necessario.
Report al Comitato Quality Patient Safety	SI	Presentazione dei dati e delle attività durante le riunioni del Comitato QPS.

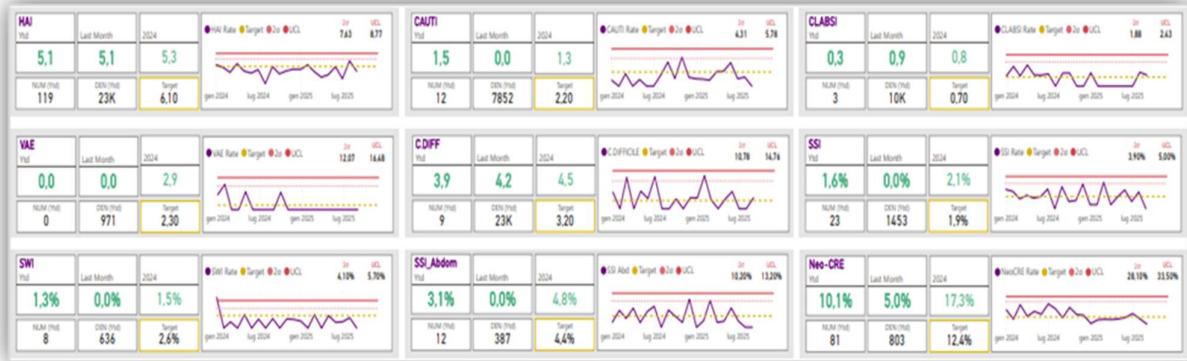


Tabella 5- 2025, Dati monitoraggio infezioni al 30 Settembre 2025 (fonte Ufficio Qualità)

ATTIVITA' 3 - Conduzione di Audit JCI Tracer Methodology in struttura		
INDICATORE: Conduzione Audit Qualità e Rischio Clinico per valutare la standard JCI (VIII edizione)		
STANDARD: ≥90%		
FONTE: Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico		
ATTIVITA'	REALIZZATA	STATO ATTUAZIONE
Istituzione gruppo responsabile di condurre i sopralluoghi e le verifiche JCI nei reparti	SI	Costituzione team di audit del Dipartimento Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico
Predisposizione Checklist	SI	Completato nel primo trimestre
Predisposizione Calendario Verifiche	SI	Completato nel primo trimestre
Esecuzione delle verifiche secondo calendario	SI	Round Completati su Reparti e Servizi +Incontri di verifica con gruppi specifici (es. Area Trapianti)
Organizzazione incontri formativi per tutti il personale per la restituzione dei dati delle verifiche e dei necessari correttivi da intraprendere	SI	Incontri JCI Meeting Trimestrali

ATTIVITA' 4 – Formazione Nuovo Protocollo Ministeriale per il monitoraggio degli eventi Sentinella (Lug 2024)		
INDICATORE: % di Compliance partecipazione e feedback gradimento		
STANDARD: ≥ 90		
FONTE: RISK MANAGER – Ufficio Formazione		
ATTIVITA'	REALIZZATA	STATO ATTUAZIONE
Organizzazione Corso	SI	Diapositive completate per tutti
Erogazione	SI	Fad asincrona con ECM lanciata il 23.10.25
Valutazione gradimento	SI	Dati da analizzare
ATTIVITA' 5 – Monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili		
INDICATORE: restituzione percentuali di compliance adesione alle raccomandazioni		
STANDARD: 100%		
FONTE: RISK MANAGER		
ATTIVITA'	REALIZZATA	STATO ATTUAZIONE
Valutazione della percentuale di adesione alle raccomandazioni Ministeriali	SI	Compilazione sul sito di monitoraggio Agenas in riscontro al nota del Dirigente Generale del DASOE prot. 33904 del 20.10.2025

C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI DELLE STRUTTURE

ATTIVITA' 1 – Continuare Programma riconoscimento Good Catch		
INDICATORE: Percentuale di segnalazione		
STANDARD: ≥4% sul totale degli IR segnalati		
FONTE: RISK MANAGER		
ATTIVITA'	REALIZZATA	STATO ATTUAZIONE

Revisione semestrale degli eventi segnalati	SI	Revisione regolarmente condotta
Riconoscimento delle attività di segnalazioni che hanno condotto ad azioni di miglioramento per mitigare il ripetersi dello stesso evento	SI	Premiazione dei Good Cath regolarmente eseguita durante Settimana Safety Week (mar 25) e del Patient Safety Day (Set 25)



Tabella 6- 2025, Riconoscimento del personale che segnala eventi relativi a comportamenti di sicurezza o dubbi relativi alla sicurezza, che suggeriscono opportunità di miglioramento per l'assistenza, trattamento e cura del paziente

ATTIVITA' 2 – Nuovo Questionario Cultura della Sicurezza AHRQ		
INDICATORE: % di restituzione		
STANDARD: ≥60%		
FONTE: RISK MANAGER		
ATTIVITA'	REALIZZATA	STATO ATTUAZIONE
Campagna formativa comunicazione interna	SI	Comunicazione anticipata per la partecipazione al sondaggio e tempi di attuazione
Gestire la somministrazione del questionario	SI	3/3/25 - Questionario online, inviato link a tutto il personale
Aggregazione dei risultati	SI	
Condivisione dei risultati	SI	Schedulati laboratori incontro con Unità e Servizi per la condivisione dei dati e proposte di miglioramento, ove necessario.,

Con riferimento all'Indagine sulla Cultura sicurezza, di seguito sono sintetizzati i risultati della Survey 2025 che è stata condotta in tutte le sedi UPMC nel mese di marzo 2025, con particolare attenzione a ISMETT. Sono analizzati i punteggi ottenuti nei diversi indici, confrontandoli con la media complessiva di UPMC Italy per il 2025 e con i risultati di ISMETT e UPMC Italy per il 2023. L'obiettivo è identificare i punti di forza della cultura della sicurezza in ISMETT e le aree che richiedono maggiore attenzione e intervento.

RISULTATI COMPLESSIVI

- Tasso di Partecipazione:** ISMETT ha registrato un tasso di partecipazione del **46%** nel 2025, in calo rispetto al 62% del 2023 e inferiore alla media UPMC Italy del 51% nel 2025. Questo rappresenta un'area di miglioramento per garantire una rappresentatività più ampia delle opinioni del personale.
- Patient Safety Score Complessivo:** ISMETT ha ottenuto un punteggio del **94%** nel 2025, in miglioramento rispetto al 90% del 2023 e superiore alla media UPMC Italy del 92% nel 2025. Questo dato è significativamente al di sopra del benchmark dell'80% e indica una percezione molto positiva della sicurezza dei pazienti.
- Punteggio Complessivo (Overall Score):** Il punteggio complessivo di ISMETT è del **68%** nel 2025, in linea con la media UPMC Italy (68%)

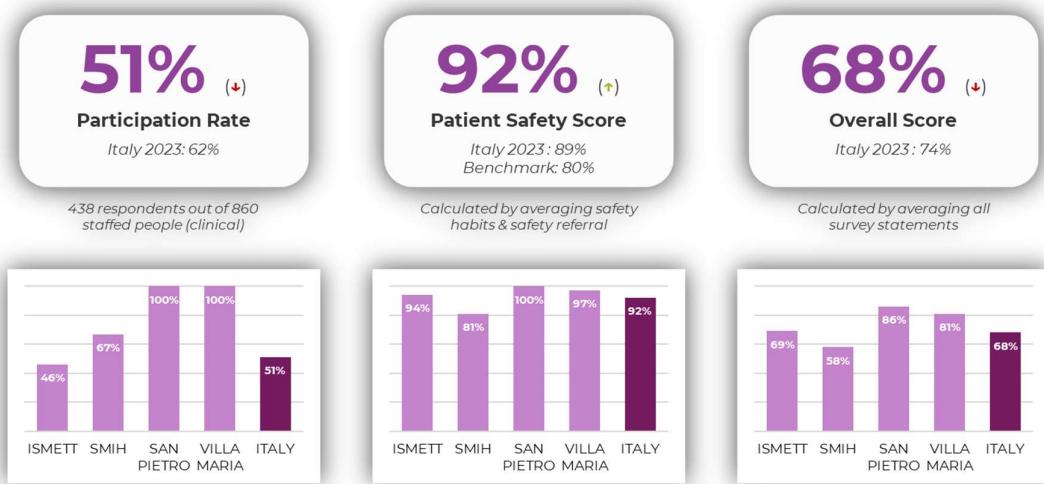


Tabella 7- 2025, Risultati dell'indagine AHRQ condotta nelle sedi UPMC Italy

ANALISI PER INDICE (CONFRONTO ISMETT 2025 VS UPMC ITALY 2023)

- Cultura della Sicurezza dei Pazienti:** ISMETT ottiene un eccellente **92%** (vs 89% Italy 2023), confermando una forte percezione che la sicurezza del paziente sia parte integrante del lavoro.
- Possibilità di Parlare Apertamente:** Con il **72%** (vs 68% Italy 2023), ISMETT mostra una buona percezione della possibilità di scambiare informazioni e avere risorse per gestire i pazienti in sicurezza.
- Disponibilità a Parlare Apertamente:** ISMETT registra il **70%** (vs 72% Italy 2023), un dato stabile che indica una discreta percezione di poter discutere di problemi di sicurezza senza timore.
- Miglioramento Continuo:** Il punteggio è del **72%** (vs 74% Italy 2023), stabile, suggerendo che il personale percepisce un impegno nel risolvere i problemi, anche se con un leggero calo.
- Impegno a Parlare Apertamente:** ISMETT ottiene il **62%** (vs 70% Italy 2023), un punteggio inferiore alla media e in calo, indicando che la percezione di potenziale rischio per la sicurezza dei pazienti e il riconoscimento per chi la mette al primo posto sono aree da migliorare.
- Impegno della Leadership:** Con il **68%** (vs 79% Italy 2023), questo indice mostra un divario significativo rispetto alla media 2023, suggerendo che la percezione dell'impegno della leadership e della comunicazione sulla sicurezza del paziente è un'area critica.
- Gestione dell'Alarm Fatigue (Nuovo Indice):** Il punteggio è del **53%**. Essendo un nuovo indice, non c'è un confronto storico, ma il valore assoluto indica che la gestione degli allarmi clinici e il rumore ad essi associato sono percepiti come problematici.

8. **Supporto alla Second Victim (Nuovo Indice):** Il punteggio è del **61%**. Anche questo è un nuovo indice, e il valore suggerisce che la percezione del supporto per il personale coinvolto in eventi avversi è un'area che necessita attenzione.
9. **Gestione della Compassion Fatigue (Nuovo Indice):** Con il **46%**, questo è l'indice con il punteggio più basso. Indica una percezione diffusa di sopraffazione e inadeguatezza legata agli esiti negativi dei pazienti e una bassa percezione del supporto per gestire l'affaticamento da compassione.

Punti di Forza di ISMETT

- **Elevato Patient Safety Score Complessivo:** ISMETT eccelle nella percezione generale della sicurezza dei pazienti, posizionandosi al di sopra della media UPMC Italy e migliorando rispetto al 2023.
- **Forte Cultura della Sicurezza:** L'indice "Cultura della Sicurezza dei Pazienti" è molto alto, indicando che il personale considera la sicurezza una parte fondamentale del proprio lavoro.
- **Buona Percezione della Possibilità di Parlare:** I punteggi relativi alla "Possibilità di Parlare Apertamente" e "Disponibilità a Parlare Apertamente" sono solidi, suggerendo un ambiente in cui il personale si sente relativamente a suo agio nel discutere di questioni di sicurezza.

Aree di Miglioramento per ISMETT

- **Tasso di Partecipazione:** È necessario indagare le cause del calo e implementare strategie per aumentare la partecipazione alla survey.
- **Impegno della Leadership:** Il divario rispetto alla media 2023 e il punteggio assoluto indicano la necessità di rafforzare la comunicazione e le azioni visibili della leadership in materia di sicurezza.
- **Impegno a Parlare Apertamente:** Migliorare la percezione che i suggerimenti per la sicurezza siano apprezzati e che chi mette la sicurezza al primo posto venga apprezzato e riconosciuto per questo.
- **Gestione dell'Alarm Fatigue:** Affrontare le problematiche legate agli allarmi clinici, potenzialmente attraverso la revisione dei protocolli e la gestione del rumore.
- **Supporto alla Second Victim:** Implementare o rafforzare programmi di supporto per il personale coinvolto in eventi avversi.
- **Gestione della Compassion Fatigue:** Questa è l'area più critica. Richiede interventi mirati per supportare il personale nella gestione dello stress emotivo legato alla cura di pazienti critici/fine vita.

ATTIVITA' 3– Implementazioni delle LLGG regionali per la Prevenzione dell'Aggressione a Personale		
INDICATORE: % di implementazione LLGG su aggressioni fisiche e verbali ai danni degli operatori sanitari		
STANDARD: ≥ 90%		
FONTE: RISK MANAGER		
ATTIVITA'	REALIZZATA	STATO ATTUAZIONE
Rivedere Raccomandazione 8 Gazzetta Ufficiale Regione Siciliana n. 1 del 5-1-2024, relativa alla prevenzione degli atti di violenza e delle aggressioni verbali e/o fisiche a danno degli operatori sanitari in struttura	SI	Condivise con RSPP dei gap per gli aspetti su formazione del personale
Azioni di mitigazione rispetto alle non conformità riscontrate	SI	Corsi di formazione a cura dell' RSPP
Monitoraggio degli eventi di aggressione con Incident Report	SI	Eventi accaduti posti all'attenzione della Direzione Sanitaria e del comitato Health & Safety

Comunicazione N°. dei casi accaduti secondo richiesta della Regione	SI	Monitoraggio Agenas in riscontro a nota del Dirigente Generale DASOE prot. 40697 del 17.12.25
---	----	---

Si precisa che nella settimana del 9-15 marzo 2025, in tutti i centri di UPMC in Italia è stata promossa la *Patient Safety Awareness Week*, lanciata dall'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI) per accendere un faro sul tema della sicurezza dei pazienti e sensibilizzare direttamente gli operatori sanitari su questa tematica. La Patient Safety Awareness Week , che nel 2025 ha avuto come tema *Turning awareness into action for safer patients and care teams*, è stata anche l'occasione per celebrare tutto il personale impegnato quotidianamente nel portare le cure ai pazienti, con professionalità e dedizione, mettendo sempre al primo posto la sicurezza del paziente.

A.3 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI SEGNALATI

Come noto, ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto".

All'interno IRCCS ISMETT è attivo un programma per le segnalazioni di eventi che potrebbero causare errore:

- errori che avvengono ma non raggiungono il paziente (*nearmiss*),
- eventi avversi con danno temporaneo
- eventi sentinella.

Secondo la procedura aziendale adottata in ISMETT dal 2004, tutti gli operatori coinvolti o a conoscenza di un accadimento che ha causato danno, o ne aveva la potenzialità, nei riguardi dei pazienti, visitatori od operatore, ovvero ogni evento che potrebbe dar luogo a contenzioso sono tenuti a segnalare l'evento tramite la scheda di segnalazione eventi informatizzata, accessibile da qualunque pc dell'Istituto.

Tutti i neo assunti ricevono formazione sul programma di segnalazione degli eventi avversi e Root Cause Analysis e periodicamente, vengono organizzati eventi formativi per tutto il personale sanitario. La diffusione della cultura della sicurezza e la partecipazione del personale al programma di segnalazione di eventi avversi, *nearmiss* e criticità organizzative, che rappresentano un rischio per la sicurezza del paziente, è di fondamentale importanza per l'implementazione di tutti i correttivi necessari per migliorare il sistema organizzativo e gestionale e garantire sicurezza e comfort delle cure.

Tutti gli eventi segnalati tramite il software interno *Incident reporting*, accessibile al personale tramite la intranet aziendale, sono analizzati in forma preliminare e portati in discussione al Comitato per la Revisione degli Eventi, gruppo multidisciplinare, che si riunisce su base quindicinale e che comprende la direzione sanitaria, il risk manager e lo specialista in rischio sanitario e i coordinatori clinici di tutti i reparti. Durante la discussione vengono analizzate le cause dell'accadimento e proposte azioni per mitigare la possibilità del ripetersi, viene definita la gravità dell'evento e nominati i responsabili che porteranno a termine le proposte avanzate di miglioramento. Inoltre per garantire l'efficiente completamento delle attività concordate su base trimestrale viene eseguito un follow up dello stato delle azioni.



Tabella 8: Flusso delle segnalazioni

Nel periodo compreso tra il 1 gennaio e il 31 dicembre 2025 sono stati segnalati 136 eventi di cui 28 con danno. Il numero degli eventi segnalati è superiore a quello del 2024 (#89 Eventi segnalati di cui 5 con danno). Questo dato non è necessariamente legato ad un incremento del numero degli incidenti, ma potrebbe essere la conseguenza di numerose attività condotte per favorire la cultura della segnalazione. Ciò nondimeno il comitato rischio clinico ha posto particolare attenzione alla valutazione dei casi segnalati al trend rilevato.

Il tasso di incidenza dei 28 eventi con danno sul totale di giornate di degenza del 2025 (31661) è 0,88%, superiore al rate del 2024 (30334) che era 0,16%. La tabella che segue illustra il numero di segnalazioni, di segnalazioni con danno e le giornate di degenza mensili.

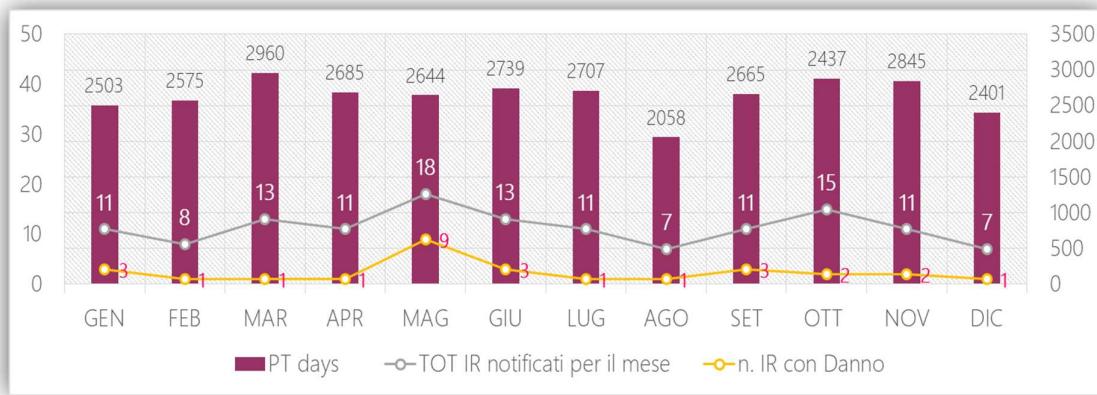


Tabella 9: Trend 2025 - specifica mensile giornate degenza, n. totale eventi notificati, specifica n. eventi con danno

Come detto, le segnalazioni sono state analizzate dal gruppo multidisciplinare che si incontra ogni due settimane e catalogate per gravità utilizzando il sistema NCC MERP (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention) sottoriportato.

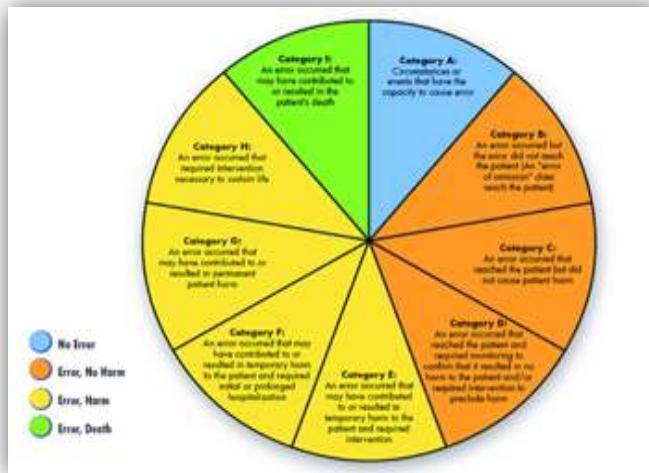


Tabella 10: sistema categorizzazione livello gravità NCC MERP

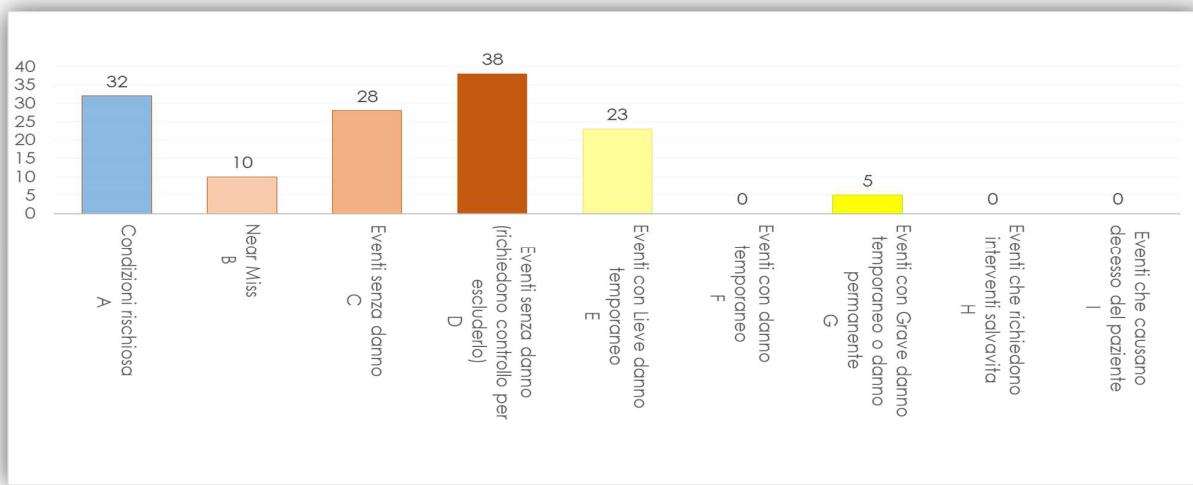


Tabella 11: Incidenza dei livelli di errore, secondo classificazione NCC MERP, sul totale degli eventi

A: CONDIZIONE PERICOLOSA: situazione che aumenta la probabilità di evento avverso

B : NEAR MISS: evento che non ha raggiunto il paziente (Good Catch)

C, D: EVENTO SENZA DANNO: evento che ha raggiunto il paziente ma non ha arrecato danno

E, F: EVENTO CON DANNO: evento che ha raggiunto il paziente e ha arrecato danno

G, H, I: EVENTO SENTINELLA: evento che colpisce il paziente risultando in:

- Morte
- Danno permanente
- Grave danno temporaneo

Per gli eventi con grave danno temporaneo NCC MERP Level G è stata condotta una Root Cause Analysis secondo i tempi organizzativi e di completamento dettate dal Ministero della Salute.

EVENTO	SEGNALATO	PRELIMINARE (5gg)	PLENARIA (45gg)	AZIONI MIGLIORAMENTO
Ritenzione corpo Estraneo (Evento Sentinella)	22/5/25	26/5/25	26/6/25	Coinvolgimento della Leadership. Migliorare i tempi di turnover di sala Reminds al Personale di Radiologia del corretto metodo di documentazione nel rispetto della politica di riferimento.
Frattura conseguente a caduta (Evento Sentinella)	22/5/25	27/5/25 04/6/25 27/6/25	1/7/2025	Valutare supporto dedicato nei casi di pazienti fortemente agitati che non possono usufruire di presenza familiare a supporto Retraining dedicate all'uso della contenzione.
Ritenzione Corpo Estraneo (Evento Sentinella)	4/6/2025	5/6/25 17/6/25	30/6/25	Integrazione della politica per gli aspetti di sicurezza in OR per assicurare Radiografia di controllo in sala nei casi di tx polmone e fegato anche se < a 10 ore. regolamentazione della metodica di conta garze utilizzate su <i>back table</i>
Errore di Somministrazione (Evento Sentinella)	22/5/25	26/5/25 5/6/25	4/7/2025	Coinvolgimento della Leadership Attenzione alla priorità dei controlli di sicurezza prima della somministrazione di farmaci in accordo alle politiche in uso. Controllata applicabilità e funzionalità dei sistemi di RiFID
Errore di Somministrazione (Evento Sentinella)	15/6/25	17/6/25	30/6/25	

Tabella 12: RCA per Eventi Sentinella

La categoria professionale che maggiormente ha segnalato gli eventi è rappresentata dagli infermieri (53 %) seguita dai Medici (15%), Educatori (8%), Coordinatori Infermieristici (8%), Tecnici di Laboratorio 3%, altre figure professionali cliniche (Fisioterapisti, Farmacisti) (4%) e figure non cliniche (UK) (4%)

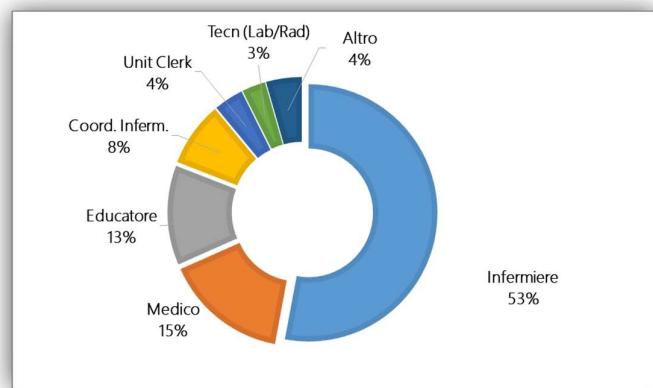


Tabella 13: distribuzione qualifica segnalatore eventi

Gli eventi segnalati hanno riguardato le seguenti categorie:

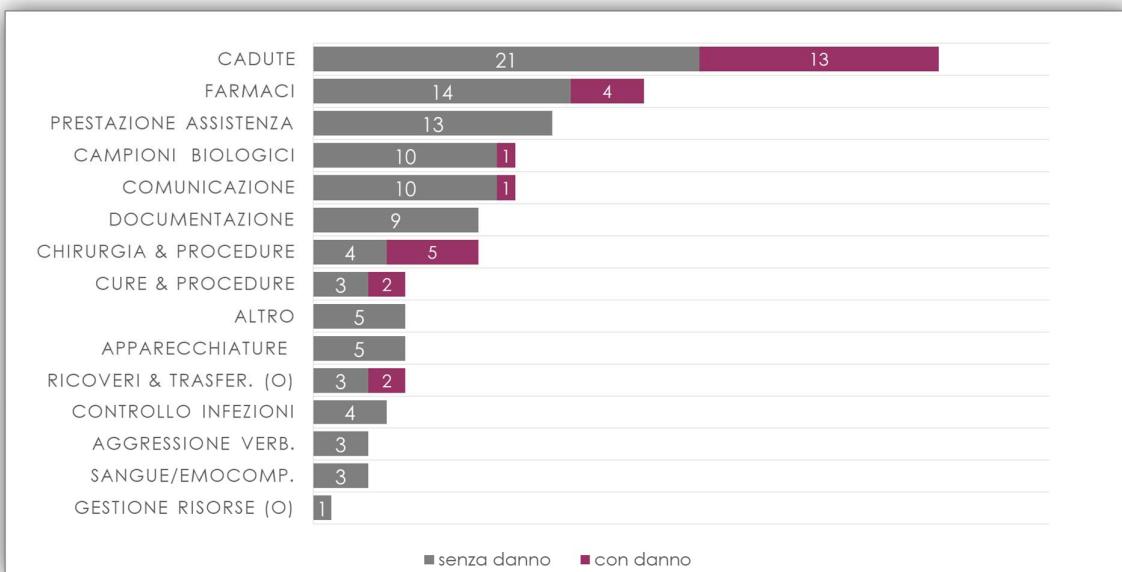


Tabella 14: categorie degli eventi segnalati raggruppati: senza danno al paziente, con danno al paziente

Pertanto, per quanto riguarda la frequenza, si registrano:

Cadute (25%): N. 34 eventi segnalati di cui 13 con danno che, in accordo al *Nursing Sensitive Indicators*, sono stati classificati: 12 con danno minore e 1 con danno maggiore: (Evento Sentinella) per il quale, in accordo alle raccomandazioni Ministeriali, è stata avviata Root Cause Analysis.

Sono stati messi a confronto i rate (n°cadute con danno/giornate di degenza *1000) degli anni precedenti mettendo in evidenza un aumento del tasso di cadute con danno

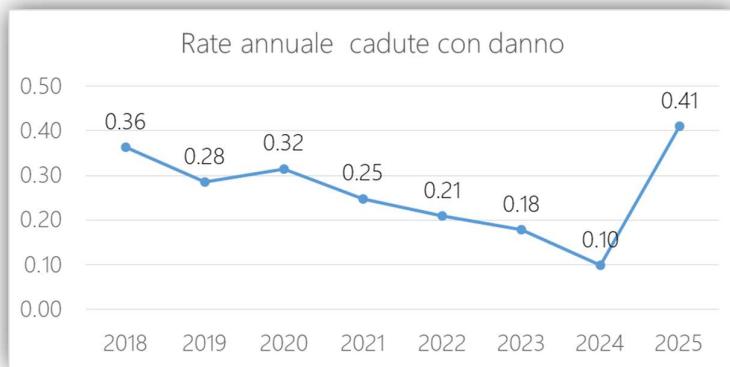
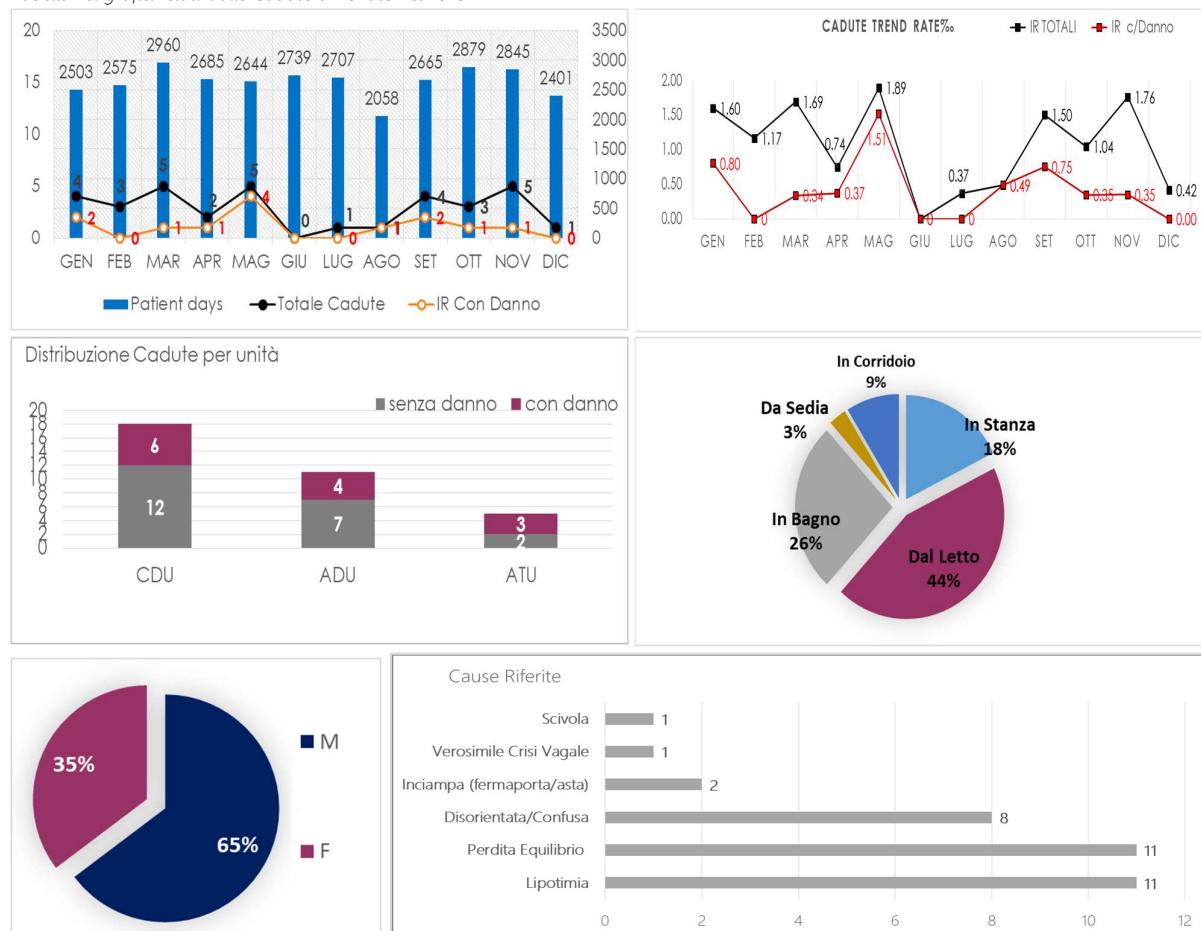


Tabella 15: rate annuale cadute con danno

Tutti gli eventi di caduta sono stati analizzati con la leadership infermieristica di reparto (Coordinatore, Charge, Educatore) e sono stati discussi durante gli incontri multidisciplinari di Incident Report Review, gli eventi causati da criticità ambientale sono stati condivisi con l'ufficio tecnico per gli opportuni provvedimenti.

Le analisi in generale hanno evidenziato la necessità di ripristinare gli incontri informativi con tutti i nuovi pazienti ammessi in reparto, a cura del Coordinatore Infermieristico, per fornire i dettagli (brochure informative), delle misure da seguire per prevenire le cadute in ospedale e sollecitare l'attenzione ai poster affissi nelle stanze, che specificano aspetti di prevenzione. E' stato eseguito dai Coordinatori un sollecito al personale infermieristico nel porre maggiore attenzione alle attività di valutazione, rivalutazione e documentazione dello stato di rischio e della informazione fornita e documentata, sulla prevenzione del rischio caduta, tra i bisogni formativi del paziente.

Tabella 16: grafici relativi alle Cadute avvenute nel 2025



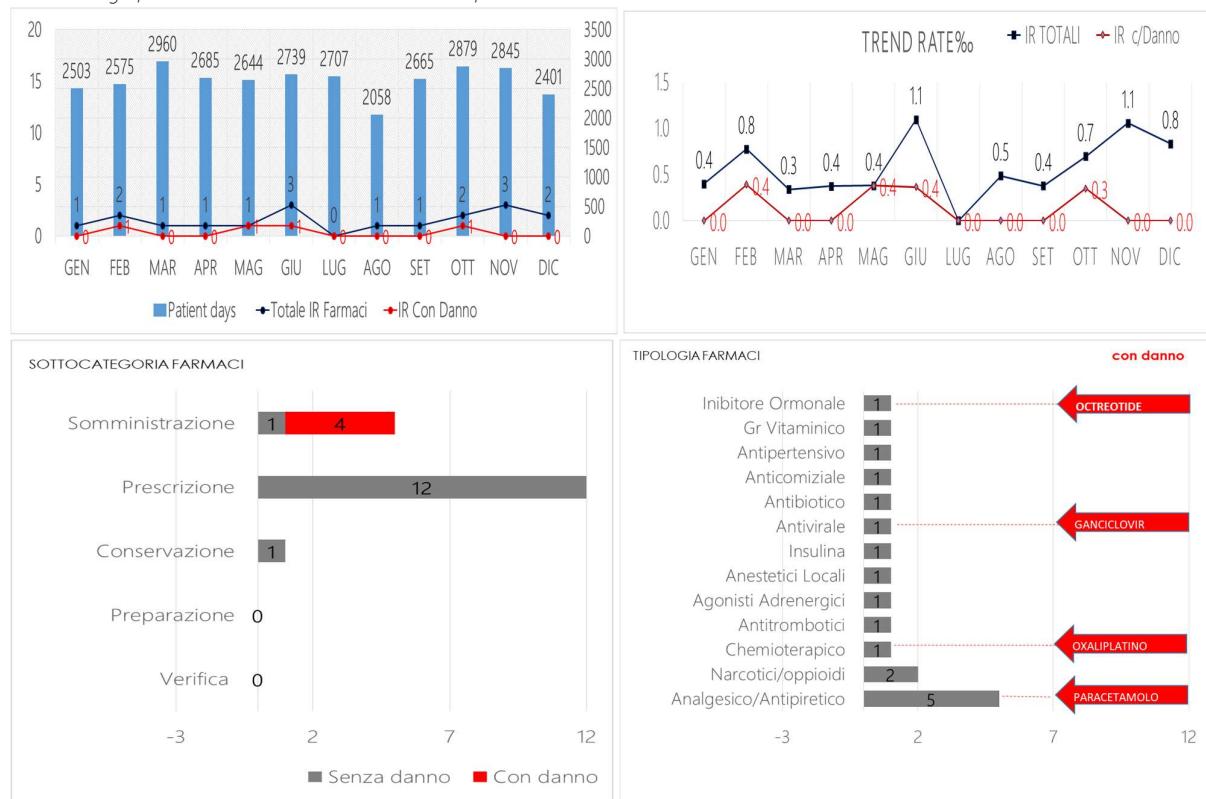
Anche se il dato caduta rimane un obiettivo di miglioramento per il 2026, riteniamo opportuno specificare che per il programma Magnet il rate degli indicatori cadute totali e cadute con danno appare buono: In conformità al Programma Magnet infatti i dati degli indicatori in oggetto, su base trimestralmente sono inseriti sul National database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) - Press Ganey, che compara il dato con la Media dati del Peergroup di confronto: All U.S. Facilities (tutti gli ospedali americani che partecipano alla raccolta dati per il riconoscimento di ospedale Magnete). Sui dati relativi agli otto trimestri, che vengono presi in considerazione per definire l'*Overperforming* o l'*Underperforming* della struttura, il dato restituito dai report mostra l' Overperforming per quasi tutti i trimestri. Come dalla tabella che segue

Measure	Better Direction	ISMETT							
		All U.S. Facilities							
		2023 Q4	2024 Q1	2024 Q2	2024 Q3	2024 Q4	2025 Q1	2025 Q2	2025 Q3
Total Patient Falls Per 1,000 Patient Days	Lower Better	0.59	0.46	0.98	0.79	0.41	1.49	0.87	0.81
Injury Falls Per 1,000 Patient Days	Lower Better	0.00	0.00	0.12	0.16	0.14	0.37	0.62	0.40

Tabella 17 Rate NDQI su 8 Trimestri relativi a Indicatore Cadute totali e con danno

Errori relativi a Farmaci (13%). N. 18 eventi segnalati sono stati classificati in accordo al *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*: n.14 eventi senza danno e n.4 eventi con danno; Due di questi ultimi Eventi Sentinella per i quali, in accordo alle raccomandazioni Ministeriali, sono state avviate le Root Cause Analysis. La farmacia è stata coinvolta nell'analisi e nella predisposizione delle necessarie azioni migliorative di tutti i *Medication Errors*.

Tabella 18: grafici relativi a Errori relativi a Farmaci notificati nel 2025



Come detto, tutti gli eventi sono stati sottoposti ad analisi preliminare durante le riunioni periodiche del Comitato per l'analisi degli Incident Report, che si è riunito regolarmente su base quindicinale, per identificare i principali fattori contribuenti e definire le azioni migliorative da intraprendere, che sono sintetizzate nella tabella sottostante.

TIPO DI EVENTO	N (%)	% DI CADUTE ALL'INTERNO DELLA CATEGORIA DI EVENTO	PRINCIPALI FATTORI CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
Condizioni di Pericolo (A)	32 (23%)	0	Tecnologiche (4%) Organizzative (56%) Procedure/ Comunicazione (40%)	Tecnologiche (19%) Organizzative (27%) Procedure/ Comunicazione (54%)	Sistemi di Reporting (100%)
Near miss (B)	10 (7%)	0			
Evento senza danno (C-D)	66 (49%)	21 (32%)			
Evento con danno temporaneo (E)	23 (17%)	12 (52%)			
Evento con danno serio (F)	0	0			
Evento con danno permanente/Event o sentinella (G-H)	5 (4%) (Con RCA)	1 (20%)			

Tabella 19-dati relativi alle segnalazioni di Incident report (Gennaio – Dicembre 2025. Fonte: Risk Manager)

A.3.1 SINTESI DELLE PRINCIPALI AZIONI MIGLIORATIVE

Procedure/ Comunicazione

- Reminds formativi a cura della Direzione sanitaria e/o Servizio di Farmacia relativia a
 - Corretta forma prescrittiva dei Farmaci fuori prontuario
 - Attenzione da dare alle allerte in fase prescrittiva
 - Completamento firma del consenso nei tempi corretti
 - Corretto inserimento dello stato di isolamento dei pazienti ammessi in istituto e sui protocolli che regolano l'ammissione dei pazienti trasferiti in ottica di prevenzione e controllo infezioni (reg.Sars Covid2)
 - Corretta prescrizione dimissione paziente
- Reminds formativi su aspetti procedurali relativi a:
 - Presenza Familiari a scopo preventivo in pazienti agitati con stato psichiatrico borderline
 - Corretta gestione farmaco in fase di somministrazione (rispetto 7G) con particolare attenzione alla corretta identificazione del paziente (IPSG 1)
 - Comunicazione dei valori critici
 - Corretto smaltimento degli aghi
 - Corretto ancoraggio CVC e su protocolli che regolano la gestione degli accessi venosi nei pazienti trasferiti da altra struttura
- Sessioni formative su completamento CCE a cura dei medici anestesiisti in accordo alla riorganizzazione del team anestesiologico dei servizi
- Censimento e analisi uso corretto dei sistemi di Radio Frequency Identification (RFID)
- Condivisione Eventi avversi con Leadership di reparto e Staff per incentivare la responsabilità condivisa , rivalutare i tempi di attività lavorativa per dare priorità e attenzione alle procedure di sicurezza
- Integrazione Istruzioni Operative Raccolta e Invio campioni di anatomia patologica
- Integrazione Politica su Emocomponenti con nuovo sistema della Banca del sangue controllo sangue ed emocomponenti

Tecnologiche

- **Interventi del Servizio di Information Technology**
 - Sessioni reminds Formativo sull'uso della nuova cartella infermieristica (Completamento documentazioni)
 - Modifica e integrazione del Sistema Integrato di Cartella Elettronica ELLIPSE (Modifica form prescrizioni e aspetti relativi a allerte in fase prescrittiva, dosi min max per aumentare la sicurezza dell'iter prescrittivo))
 - Modifica su sistema CUPI per nuova nomenclatura delle visite
 - Modifica pagineCCE per gestione catetere Epidurale
 - Attivazione scheda Biopsie Miocardiche da eseguire in radiologia
 - Conferma stampa ricette dematerializzate e creazione scheda anamnestica su CCE
- **Interventi del Facility Department**
 - Completamento aggiornamento Liste farmaci critici per migliorare il settaggio delle stesse sulle Pompe di Infusione
 - Controllo sistemi di Posta pneumatica: identificazione bussolotti e controllo percorso di invio per diminuire il rischio di smarrimento dei bussolotti.
 - Controllo e sostituzione defibrillatori obsoleti, reminds formativo sul metodo di controllo placche di Defibrillazione
 - Interventi in OR1 (sistema Starz)
- Cambio fornitore Dispositivo Picc line
- Sessioni Reminds formativo a cura RSPP gestione bombol Ossido Nitrico in emergenza (modalità manuale) e in elezione

Organizzative

- Attività di supporto riorganizzazione attività di discussione e inserimento in lista pazienti di Chirurgia addominale
- Attività di supporto, condivisione confronto su gap comunicativi tra figure manageriali durante notifiche di ammissione/ricoveri che prevede la coesistenza di due modalità di comunicazione nei fine settimana
- Revisione politica Criteri per l'ammissione dei pazienti adulti e pediatrici nelle aree di degenza ordinaria, semi-intensiva, Terapia Intensiva
- Sensibilizzazione e Coinvolgimento dei Team Champions per il confronto con Coordinatori dei diversi servizi e risoluzione di gap comunicativi/organizzativi
- Incontro con Direzione Sanitaria: viene riorganizzato la consegna e la distribuzione emocomponenti in accordo alle fascia oraria (M/P/N)
- Incontro dedicato con Leader di reparto e RT per valutare /rimodulare flusso dei trasferimenti dei pazienti che continuano ventilazione di supporto presso i nuovi reparti, al fine di migliorare gli aspetti organizzativi preparazione dispositivi (ventilatore/dispositivi di ventilazione) presso la nuova stanza
- Certificazioni "Good Cath" per gli eventi Near Miss segnalati
- Attività di monitoraggio su Indicatori Infermieristici

A.4 OBIETTIVI E ATTIVITA' 2026

A.4.1 OBIETTIVI

Gli obiettivi per il 2026 definiti dall'ISMETT si confermano in linea con i macroobiettivi strategici A, B e C sotto riportati:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

A.4.2 ATTIVITA'

Relativamente all'obiettivo A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure nel corso del 2026 saranno intraprese le seguenti attività, alcune delle quali già avviate, declinate nelle tabelle sotto riportate:

A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITA' 1 - Condivisione degli Eventi segnalati e le Root Cause Analisi del 2026		
INDICATORE: % rappresentativo della conoscenza del personale intervistato durante auditing interni		
STANDARD: 95%		
FONTE: Incident Report Review		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Direzione Qualità e Rischio Clinico	Direzione Infermieristica/Direzione Sanitaria
Incontri multidisciplinari quindicinali con leadership del personale clinico (presente al comitato Incident report Review) per la diffusione degli eventi notificati, delle gravità maggiori e dei principali interventi	R	C
Incontri trimestrali con Staff delle diverse unità per la condivisione di eventi avversi e/o eventi sentinella	R	C
Comunicazioni mirate per eventi di maggiore rilievo (Spot Light)	R	C
Intervista del personale durante audit interni per gli aspetti relativi alla conoscenza di eventi e processi per la segnalazione e gestione delle stesse	R	C
Corsi di Formazione per Coordinatori di reparto relativo alla gestione del Rischio Clinico	R	C

ATTIVITA' 2 - Organizzazione di eventi per istaurare una maggiore cultura della sicurezza durante le giornate del Patient Safety Week del 2026
INDICATORE: % coinvolgimento del personale durante la settimana del Patient Safety prevista per il 2026
STANDARD: SI
FONTE: RISK MANAGER

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Direzione Qualità, Formazione e Rischio Clinico	Direzione Sanitaria/Infermieristica/Medica/Marketing
Individuazione tematiche	R	C
Definizione materiale	R	C
Organizzazione e lancio dell'evento	R	C

ATTIVITA' 3 – Condivisione dei risultati di rilevazione della Patient Experience (campi relativi sicurezza delle cure)		
INDICATORE: % di Patient experience (Top Box) rilevata sui pazienti dimessi, da ricovero ordinario o dai servizi.		
STANDARD: SI		
FONTE: RISK MANAGER		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Direzione Qualità, Rischio Clinico	Direzione Sanitaria/Infermieristica/Medica/Operations
Rilevazione dati questionario inviato alla dimissione del paziente	R	C
Organizzazione incontri mensili	R	C
Condivisione dati e strategie di miglioramento	R	C

B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA		
ATTIVITA' 1 – Riduzione del rate di cadute dei pazienti		
INDICATORE: % di cadute mensile		
STANDARD: ≤ 0.3 Cadute con danno - ≤ 0.8 Cadute totali		
FONTE: RISK MANAGER		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Direzione Infermieristica	Qualità, Direzione Clinica e Direzione Sanitaria
Definire Gruppo di Lavoro	R	C
Aggregazione del dato	R	C
Analisi del dato	R	C
Condivisione dei risultati	R	C

ATTIVITA' 2 – Continua Programma WHO Hand Hygiene		
INDICATORE: % di compliance mensile		
STANDARD: ≥ 90		
FONTE: RISK MANAGER		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Direzione Qualità e Rischio Clinico	Infermiere Incaricato dell'Osservazione e reportistica

Mantenimento gruppo che conduce le osservazioni mensilmente	R	C
Aggregazione dati	R	C
Incontri mensili comitato HH	R	C
Implementazione azioni migliorative in accordo con il "CIO"	R	C

ATTIVITÀ 3 – Condivisione delle principali ICA individuate con gli operatori sanitari

INDICATORE: % Feedback semestrale a tutti gli operatori sanitari

STANDARD: SI

FONTE: CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	Direzione Sanitaria/Dipartimento Qualità
Rilevazione dati	R	C
Validazione dati	R	C
Condivisione dati e strategie di miglioramento	R	C

ATTIVITA' 4- Conduzione di Audit JCI Tracer Methodology in struttura (Compliance Standard VIII Edizione)

INDICATORE: n. audit condotte per 2026

STANDARD: Compliance >85%

FONTE: RISK MANAGER

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'

Azione	Direzione Qualità e Rischio Clinico	Direzione Infermieristica/Ufficio Tecnico/RSPP	Direzione Sanitaria/Direzione Medica
Istituzione gruppo responsabile di condurre le sopralluoghi e verifiche JCI nei reparti	C	I	R
Predisposizione checklist	R	C	I
Predisposizione calendario verifiche	R	C	I
Esecuzione delle verifiche secondo calendario	R	C	I
Organizzazione Incontri formativi per tutto il personale per la restituzione dei dati delle verifiche e dei necessario correttivi da intraprendere	R	C	I

ATTIVITA' 5 – Revisione, aggiornamento e monitoraggio relativo a 5 LLGG Cliniche (Standard JCI GLD.06.02)

INDICATORE: identificazione aree di focus per 2026

STANDARD: 100%

FONTE: Direzione Clinica(Qualità, accreditamento e Rischio Clinico

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'

Azione	Direzione Qualità e Rischio Clinico	Direzione Sanitaria	Direzione Medica

Identificazione delle LLGG e relativi responsabili per la revisione e aggiornamento	C	I	R
Erogazione formazione sulle LLGG aggiornate	C	I	R
Monitoraggio	R	I	C
Condivisione dati e strategie di miglioramento	C	C	R

C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture

ATTIVITA' 1 – Continuare programma riconoscimento dei Good Catch			
INDICATORE: % Percentuale di segnalazione			
STANDARD: ≥4%			
FONTE: RISK MANAGER			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Direzione Qualità e Rischio Clinico	Direzione Infermieristica/Ufficio Tecnico	Direzione Sanitaria
Revisione semestrale degli eventi segnalati	R	C	I
Riconoscimento delle attività di segnalazioni che hanno condotto ad azioni di miglioramento per mitigare il ripetersi dello stesso evento	R	C	I

A.5 RELAZIONE RISARCIMENTI EROGATI E DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

RISARCIMENTI EROGATI

L'art. 4 c. 3 della L. 24/2017 prevede, inoltre, che "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio". Al fine di ottemperare a tale obbligo è stata elaborata la tabella che segue:

Anno	No. Sinistri aperti	No. Sinistri liquidati	Risarcimenti erogati
2020	25	2	184.000,00 €
2021	6 (+5)	6	649.739,47 €
2022	2 (+4)	4	532.324,28 €
2023	7	3	865.561,60 €
2024	7	7	963.097,44 €
2025	6	3	500.564,00 €

Tabella 20–Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)-fonte Ufficio Legale

POSIZIONE ASSICURATIVA

La tabella sotto riportata descrive la posizione assicurativa nell'ultimo triennio.

Anno	Scadenza polizza	Compagnia	Premio annuo (lordo)	SIR (Franchigia)	Broker
2020-2021	Estensione biennale	Amtrust Europe Ltd	1.467.872,59€	250.000,00€	AON Spa
2021-2022	31/12/2022	Amtrust Europe Ltd	1.467.872,59€	250.000,00€	AON Spa
2022-2023	31/12/2023 (1)	Amtrust Europe Ltd	1.467.872,59€ (2)	250.000,00€	AON Spa
2023-2024	31/12/2026	Amtrust Europe Ltd	1.739.561,265 (3)	SIR Aggregata Annuia per 1 MLN	AON Spa
2024-2025	31/12/2026	Amtrust Europe Ltd	1.739.561,265€ (*)	SIR Aggregata Annuia per 1 MLN	AON Spa
2025-2026	31/12/2026	Amtrust Europe Ltd	1.739.561,265€ (*)	SIR Aggregata Annuia per 1 MLN	AON Spa

Tabella 21 –posizione assicurativa (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)- Fonte Ufficio Legale

(*) Note sulle tabelle 14 e 15:

- Nel numero dei sinistri sono sempre contenute posizioni RC (1) non medmal, collegate all'attività sanitaria (es. smarrimento protesi, cadute, etc);
- Nel numero dei sinistri liquidati non ci sono i sinistri giudiziali vinti e quindi conclusi senza aver corrisposto nulla a controparte. Ci sono, invece i sinistri liquidati in quell'anno (quindi, more solito, data pagamento 2025, anche se posizione sorte in anno precedente);
- L'importo dei liquidati è al lordo delle clausole di polizza (SIR/FR). L'importo netto, questa volta, coincide;
- Per quanto riguarda le caratteristiche della polizza, ho (ri)aggiunto una nota a chiarimento del nuovo prodotto acquistato da UPMC Italy a tutela di tutti i centri gestiti (tra cui ISMETT

A.6. MODALITA' DIFFUSIONE DEL PARM

Il PARM sarà pubblicato sulla intranet aziendale e nel sito web della struttura. Interventi formativi rivolti al personale sanitario ne favoriranno la corretta diffusione e implementazione.

A.7. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";
9. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella'";
10. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti'";
11. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";
12. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
13. Determinazione Regionale n. G09765 del 31 luglio 2018 recante "Revisione del 'Documento di indirizzo per l'implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi'";
14. Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: "Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari";
15. Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico".

A.8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320: 768-770;
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;
7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza;
8. Agency for Healthcare Research and Quality: <https://www.ahrq.gov/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
9. Joint Commission International: <https://www.jointcommissioninternational.org/>