Relazione sugli eventi avversi e relative azioni di miglioramento e Piano Sicurezza 2025	Anno 2024

COMITATO SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO		
PARTECIPANTI	*FUNZIONI*	*FIRMA*
Giuseppe Di Costanzo	*PR*	
Giovanni Pitrolo	*RGQ/AMM/OdV*	
Milena Modafferi	*Addetto GQ/ASS*	
Rosa Calabrò	*RP/PSI/RiskM*	
Paolo Tallarita	*EDU/RSL*	

PREMESSA

La presente relazione redatta dal Comitato sicurezza e gestione del rischio aziendale rappresenta il documento consuntivo riguardante gli eventi avversi verificatisi all' interno della struttura accreditata della Cooperativa Sociale La Casa del Sole e delle conseguenti azioni di miglioramento messe in atto, in un'ottica di prevenzione e miglioramento del sistema.

La gestione della sicurezza e del rischio, specialmente del rischio clinico, all'interno delle strutture terapeutiche riabilitative per le dipendenze patologiche è da considerarsi aspetto di particolare complessità dovuto ai diversi livelli di gestione all'interno dell'organizzazione (strutturale, ambientale, lavorativa, sanitaria, ecc.) alla multi problematicità dell'utenze e alla sicurezza delle cure e al governo clinico dei processi assistenziali (gestione del rischio clinico) a quelli della gestione del contenzioso, delle segnalazioni spontanee degli operatori e dei reclami degli utenti.

Questo presuppone un approccio sempre più integrato tra le diverse figure e i servizi coinvolti e finalizzato a sviluppare un contesto di cura e riabilitazione che fornisca livelli terapeutici di qualità, dove tutte le figure professionali concorrono e sono responsabili dell'assistenza fornita e dei processi di miglioramento.

CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Cooperativa Sociale La Casa del Sole nasce nel 2000 da una trasformazione della natura giuridica dell'ente gestore della Comunità Terapeutica per tossicodipendenti. La Casa del sole, fondata nel 1985. La Mission della cooperativa è di progettare ed erogare servizi sociosanitari per la prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle dipendenze patologiche per migliorare il benessere e la qualità della vita delle persone, accrescerne l'autonomia e l'inclusione sociale. Gli elementi che ci contraddistinguono sono la responsabilità e la professionalità, qualità e personalizzazione degli interventi e delle attività proposte.

La Cooperativa gestisce i seguenti servizi:
1.Centro Ascolto e consulenza familiare La Casa del Sole
2.Comunità Terapeutica per Dipendenze Patologiche La Casa del Sole

Solo la Comunità Terapeutica la Casa del Sole dispone di 30 posti letti in regime residenziale; pertanto, sarà oggetto del presente piano di risk management.

1.La Comunità Terapeutica per Dipendenze Patologiche La Casa del Sole

Il servizio residenziale terapeutico riabilitativo si rivolge a uomini, di età compresa tra i 18 e i 65 anni, con problemi legati alla dipendenza patologiche o in doppia diagnosi (disagio psichico lieve o moderato).

La struttura è accreditata per 30 posti letto di cui n. 7 riservati a persone in doppia diagnosi e n. 7 riservati a persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria. Il processo di cura prevede una durata media non superiore ai 24 mesi, periodo questo che viene gestito comunque in maniera molto dinamica e flessibile, sulla base delle esigenze presentate degli utenti e dai rispettivi progetti terapeutici riabilitativi individualizzati. Fatto alvo i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria per i quali la durata del programma spesso coincide con quella della pena da scontare.

Il servizio è a carattere residenziale, attivo cioè nell'arco delle 24 ore per 365 giorni. La complessità delle problematiche legate alla dipendenza patologica richiede molto spesso un temporaneo allontanamento dal contesto di vita abituale, la struttura offre in percorso di cura e recupero delle capacità individuali e livelli di autonomia per un adeguato reinserimento sociale. L'equipe clinica è composta psicologi, educatori, assistenti sociali e operatori sociosanitari. Gli utenti beneficiano di un progetto terapeutico individualizzato che stabilisce obiettivi a breve, medio e lungo termine, metodologia e verifica del progetto stesso.

ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE PER LA GESTIONE DELLA SICUREZZA E DEL RISCHIO

La Cooperativa Sociale La Casa de Sole ha stabilito l'assetto organizzativo aziendale che definisce responsabilità e funzioni all'interno del sistema stesso, coerente con la propria Missione Vision per il conseguimento degli obiettivi stabiliti annualmente. Per quanto riguarda la gestione della sicurezza e la gestione del rischio è stato costituito un comitato aziendale composto dal Presidente della Cooperativa, il responsabile del programma Terapeutico (Responsabile Sanitario) con funzione di Risk Manager, il Responsabile e l'addetto al Sistema di Gestione della Qualità, il Responsabile della sicurezza dei lavoratori.
Le funzioni di monitoraggio sono definite in capo al Risk Manager che ha il compito di:

- Coordinare il comitato per la gestione sicurezza e rischio che fornisce i dati provenienti dai flussi informativi per le rispettive competenze;
- Raccogliere e analizzare i dati sugli eventi avversi, gli esiti sulle verifiche /audit effettuati (schede di segnalazione eventi, infortuni operatori, reclami, segnalazioni ecc.)
- Rendicontare annualmente le azioni svolte mediante la "relazione annuale eventi avversi e azioni di miglioramento";
- Proporre percorsi di formazione per l'accrescimento delle capacità degli operatori nell'uso delle tecniche per la prevenzione dei rischi.

Dall'analisi dei rischi sono emerse i seguenti aspetti, come indicati nella nostra Matrice dei rischi, da sottoporre a monitoraggio e valutazione annuale:

- Strategico;
- Finanziario
- Clinico;
- Informatico;
- Risorse umane;
- Normativo.

L 'analisi delle situazioni critiche possono essere effettuate attraverso vari strumenti in base alle diverse aree da valutare.

ASPETTO STRATEGICO

I rischi legati all'aspetto strategico sono rischi influenzati da fattori esterni quali la programmazione regionale dei servizi sanitari, condizionata dal lungo commissariamento sanitario a cui è sottoposta la Regione Calabria e l'ASP di Reggio Calabria, territorialmente competente.

ANALISI EVENTO AVVERSO	2022	2023	2024
1.Perdita autorizzazione e accreditamento o riduzione posti accreditamento	**0**	**1**	**0**
2.Perdita e/o riduzione budget contratto ASP di RC	**0**	**0**	**0**
3.Mancata programmazione di progetti	**0**	**0**	**0**

1. **Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale** rappresenta sia a livello nazionale sia a livello regionale la più ampia garanzia dei livelli di qualità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Pe la nostra azienda l'accreditamento istituzionale è di fondamentale importanza per la sua stessa esistenza anche se influenzato da fattori esterni come precedentemente indicato.

Autorizzazione all'esercizio e Accreditamento definitivo	Prestazioni	Cod. struttura	Cod. NSIS
Decreto Regione Calabria n. 302 del 14/10/24	**30 P.L. residenziali**	**CTD24**	**018900**

Secondo l'art- 11 della L.R. n. 24 l'accreditamento anche definitivo è soggetto a rinnovo ogni tre anni dalla data del relativo provvedimento, sulla base di apposita istanza da presentare sei mesi prima della data di scadenza dell'accreditamento.

Scadenza Accreditamento	14/10/2027	Rinnovo	13/04/2027

Analisi dei dati

A seguito dell'Audit di controllo da parte dell'OTA – Organismo Tecnicamente Accreditante in data 15/01/2024 l'ufficio Regionale "Autorizzazioni e Accreditamenti" ci inviava con protocollo n. 25174 preavviso di revoca per cinque posti letto. Alla quale rispondevamo con istanza di riesame alla revoca in data 06/02/2024 con nostro protocollo n. 34, allegando tutta la documentazione probatoria ai fini dell'antincendio. Si è provveduto pertanto ad adeguare la struttura e in data 29/07/2024 il Comando dei vigili del Fuoco di Reggio Calabria, a seguito di verifica, ha emesso certificato di conformità alle norme e ai criteri di prevenzioni incendi.

Azioni di miglioramento

Obiettivo	Azioni
Mantenimento accreditamento di 30 posti letto	Realizzazione impianto antincendio per attività 68.1 A- Ospedali, RSA, case di cura e simili da 25 a 50 posti; Comunicazione SUAP per attività di adeguamento ai fini della sicurezza antincendio Comunicazione SUAP per attività di adeguamento certificazione igienico sanitaria
Eliminazione barriere architettoniche	Messa in opera di impianto elevatore/montascale per l'accesso al piano superiore

Valutazione dei risultati

L'ufficio Regionale "Autorizzazioni e Accreditamenti" ha dato parere favorevole ed in data 14/10/24 la Regione Calabria ha emesso decreto n. 302 di accreditamento per 30 posti letto.

Per quanto di competenza della cooperativa nel corso dell'anno 2024 sono stati attuate tutte le azioni necessarie al mantenimento dei requisiti minimi previsti da legge regionale n. 24 e dal regolamento attuativo approvato con DCA n. 81 del 22/07/16 e relativi allegati.

REQUISITI STRUTTURALI	INDICATORI	CONTROLLO
Protezione antisismica	DM 2008 - nuove tecniche per la costruzione	Audit interni
Protezione antincendio	Normativa antincendio di riferimento	Audit interni
Protezione acustica	Normativa di riferimento	Audit interni
Sicurezza elettrica e continuità elettrica	Normativa di riferimento	Audit interni
Sicurezza antinfortunistica	D. LGS 81/2008	Audit interni e revisioni periodiche
Igiene dei luoghi di lavoro	D. LGS 81/2008	
Eliminazione barriere architettoniche	Normativa nazionale e regionale di riferimento	Audit interni
Smaltimento rifiuti	Normativa nazionale e regionale di riferimento	Audit interni
Condizioni microclimatiche	Normativa nazionale e regionale di riferimento	Audit interni
Rispetto del divieto di fumo	Normativa nazionale e regionale di riferimento	Audit interni
illuminazione	Normativa nazionale e regionale di riferimento	Audit interni
REQUISITI FUNZIONALI E ORGANIZZATIVI	GDPR 2016/679; Modello di gestione D. Lgs 231/01; DVR D. LGS 81	Audit interni e revisioni periodiche
Sistema di gestione della qualità	Norma UN ENI ISO 9001:2015 Rinnovo certificato di qualità	Audit interni e revisioni periodiche
Sistema di gestione privacy	GDPR 2016/619	Audit interni e revisioni periodiche
Sistema di organizzazione	L. 231/01	Audit interni e revisioni periodiche

La L.R. 24 e il regolamento attuativo prevedono inoltre, per il mantenimento dell'accreditamento, l'obbligo di adempiere a alcuni oneri informativi a cadenza annuale:

- **comunicazione riferimento art 4, comma 3 e art. 14, comma 1 della Legge Regionale n. 24 del 18/07/2008 - elenco personale e tipologia contratti - piano di formazione annuale - autocertificazione mantenimento requisiti minimi - rapporto AUDIT organismo di certificazione qualità.**
- **modello STS 11 – Sistema Informativo Sanitario – Dati anagrafici delle Strutture Sanitarie.**

Comunicazione	Invio PEC
Comunicazione art 4, comma 3 a art 14 Comma 1 LR 24 prot. 23/23 del 23/01/23	**23/01/2023**
Comunicazione art 4, comma 3 a art 14 Comma 1 LR 24 prot. 23/23 del 23/01/23	**24/01/2024**
Comunicazione art 4, comma 3 a art 14 Comma 1 LR 24 prot. 23/23 del 23/01/23	**20/01/2024**
Modello STS 11 2023	**14/01/2023**
Modello STS 11 2024	**13/01/2024**
Modello STS 11 2025	**09/01/2025**

Analisi dei dati

Anche per quest'anno la Direzione Generale del dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio Sanitari della Regione Calabria, con lettera inviata tramite pec in data 10/01/2025, ci comunicava di presentare tutta la documentazione

annuale per gli adempimenti L.R. 24/2008 tramite caricamento sulla piattaforma regionale al link: https://sisr-ap.sisr.regione.calabria.it. Ribadendo che qualsiasi diverso invio costituirà inadempimento.

Valutazione dei risultati

Pertanto, in data 20/01/2025 abbiamo provveduto a trasmettere la documentazione richiesta tramite piattaforma regionale.

2. Il contratto per l'erogazione di prestazioni di assistenza territoriale da parte dell'ASP di Reggio Calabria.

Rappresenta la garanzia di un impiego efficiente dei finanziamenti pubblici ed è concluso sulla base dei tetti di spesa definiti con periodicità annuale dalla Amministrazione Regionale, tenuto conto dell'effettivo fabbisogno di prestazioni sanitarie e della programmazione sanitaria regionale. **Naturalmente condizione sine qua non per la stipula del contratto è il mantenimento dell'accreditamento istituzionale.**

Analisi dei dati:

Nonostante la Regione Calabria con Decreto abbia stabilito che la contrattazione per gli acquisti di servizi sanitari territoriali debba essere triennale, l'ASP di Reggio Calabria prosegue con la stipula di contratti annuali.

Valutazione dei risultati

Il contratto è stato rinnovato con Delibera n. 382 del 14/05/25 per l'anno 2024. In data 24/01/2025 è stata disposta la proroga con Delibera n. 71 del 24/01/2025 del Direttore Generale dell'ASP di Reggio Calabria.

Si rimanda all'elenco aggiornato Contratti DOP01 Mod02 Rev0 13-06-16 - 2016.doc

3. Mancata programmazione di progetti

L'evento avverso è altamente influenzato da fattori esterni, quali bandi di progetto regionali e provinciali e requisiti richiesti per poter partecipare. La direzione ha ritenuto opportuno attribuire maggiore autonomia lavorativa al Responsabile Amministrativo sig. Pitrolo Giovanni in modo da poter attivare una rete di lavoro con le altre cooperative presenti sul territorio per un adeguata progettazione.

Analisi dei dati:

Nel corso del 2024 soso stati conclusi positivamente i seguenti progetti:

PROGETTO: Se. PO. PAS Sentieri Ponti Passerelle:

Per il diritto alla crescita e allo studio 2018 PAN 02149 Finanziato da Impresa sociale con i bambini, nell'ambito del bando "UN passo avanti" con partenariato capofila, l'Associazione Quartieri spagnoli e altri partner a Napoli, Massina, Reggio Calabria, Miano e Trento

DESCRIZIONE: la Cooperativa la casa del Sole è partner del progetto Se. Po. PAS. Sentieri ponti e passerelle per il diritto alla crescita e allo studio. L'obiettivo è quello di offrire un biennio ponte nuovo e alternativo a quello delle superiori, che il MIUR, gli USR e le Regioni seguiranno e valuteranno per una possibile adozione, per affiancarlo ai percorsi usuali ma inefficaci per il diritto allo studio. In aree molto fragili di Napoli, Reggio Calabria e Messina, si pensa di individuare un gruppo di 75 NEET offrendo loro la possibilità di frequentare un biennio, non finalizzato al rientro a scuola, ma alla soggettivazione del singolo. Una esperienza per ritrovare fiducia in sé, superare la stigmatizzazione, maturare abilità relazionali. Curando basilari literacy in laboratori su corpo, cibo, mare, terra, i ragazzi rifletteranno su gioco, regole, progetto, equilibrio, sfida, elaborazione dell'insuccesso, benessere, realizzare prodotti. competenze di base saranno tematizzate intorno ai concetti di misura, racconto, spiegazione. Con l'uso di strumenti digitali in ogni attività, saranno adottati: auto- narrazione e portfolio individuale, costruito anche con registrazioni vocali, in formato cartaceo e digitale. Essenziali saranno gli stage e visite a Napoli Milano, e le prove d'opera maturate nei tirocini semestrali nelle botteghe.

COMMITTENTE: Impresa sciale con i Bambini

DATA INIZIO: 01/09/2020 **DATA FINE**: 01/06/2024

PROGETTO: "A Carte scoperte" progetto di prevenzione e trattamento dei problemi correlati al gioco d'azzardo patologico

DESCRIZIONE: il progetto prevede la realizzazione di n. 6 centri specializzati nella cura della ludopatia con la previsione a loro interno di uno spazio rosa dedicato alle donne partener di soggetti con problematiche di dipendenza da gioco, che hanno subito violenza, e uomini ludopatici che riconoscono di aver usato violenza a causa della dipendenza. Il progetto prevede inoltre, la realizzazione di una piattaforma telematica con lo scopo di informare e sostenere i ludopatici, interventi di prevenzione e di educazione nelle scuole medie inferiori e superiori, la realizzazione di un tour anti-gap nelle piazze delle città interessate al progetto e l apertura di un centro antiusura con la collaborazione di Libera.

COMMITTENTE: Fondazione con il SUD

DATA INIZIO: 01/07/2022 **DATA FINE:** 01/06/2024

Per una maggiore definizione delle situazioni progettuali si rimanda alle singole schede progetto DOP02.01 Mod01 Rev0 01-09-04_Specifiche

Sono ancora in fase di realizzazione i seguenti progetti:

PROGETTO: "STATE AL NOSTRO GIOCO" - anno 2021

DESCRIZIONE: Progetto esecutivo annuale per il contrasto al gioco d'azzardo prima annualità - Promuovere attività di cura e riabilitazione per le persone affette da GAP. Il progetto prevede diverse aree d'intervento: in particolare la Cooperativa Sociale La casa del sole è stata inserita nella promozione delle attività di cura e riabilitazione per le persone affette da GAP attraverso l'attivazione di un centro semiresidenziale per 12 utenti affetti da GAP. Campagna di prevenzione primaria rivolta ai minori riguardo ai problemi del gioco d'azzardo attraverso la collaborazione delle scuole secondarie di primo e secondo grado, nel quale sono stati inseriti le psicologhe e l'assistente sociale.

COMMITTENTE: Regione Calabria - finanziato con decreto Ministro della salute del 06 ottobre 2016 – Fondo di cui all'art. 1, comma 946, L.28Dicembre 2015, per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette da gioco d'Azzardo patologico. Piano Regionale Gioco D'Azzardo Patologico

DATA INIZIO: 07/12/2024 **DATA FINE:** 06/12/2025

ASPETTO FINANZIARIO

ANALISI EVENTO AVVERSO	2022	2023	2024
1.Ritardi negli incassi	**0**	**0**	**0**
2.Diminuzioni delle prestazioni	**0**	**0**	**0**
3.Allentamento Controllo di Gestione	**0**	**0**	**0**

1.Ritardi negli incassi

L'azienda effettua controllo mensile sulla fatturazione emessa e saldo pagamenti in modo da avere in tempo reale la situazione finanziaria costantemente aggiornata.

In caso di ritardo sulla scadenza dei pagamenti, prima di inviare sollecito di pagamento, l'ufficio amministrativo procede ad una serie di controlli presso gli uffici pubblici amministrativi per verificare la corretta trasmissione delle fatture, situazione liquidazione e tempi per i mandati di pagamento.

Analisi dei dati

Non ci sono situazioni di grave ritardo negli incassi.

Valutazione dei risultati

Gli strumenti adottati dalla cooperativa per il controllo appaino efficaci.

2.Diminuzione delle prestazioni

L'azienda utilizza come indicatore delle prestazioni la media giornaliera di presenza nell'arco dell'anno, rilevata dal registro elettronico delle presenze utenti.

ANALISI EVENTO AVVERSO	
Media giornaliera di presenza anno 2022	22.50
Media giornaliera di presenza anno 2023	22.13
Media giornaliera di presenza anno 2024	23.60

Analisi dei dati

La media giornaliera 2024 è 23.60, in aumento rispetto l'anno precedente.

Valutazione dei risultati

La media sopra indicata ci permette comunque di valutare positivamente il volume delle prestazioni come adeguato al fabbisogno della comunità.

Azione di miglioramento

Per promuovere le attività terapeutiche la Direzione stende ogni mese un piano di trasferte per il personale dipendente in modo da raggiungere i servizi territoriali per le Dipendenze calabresi, siciliani e campani. Si continua a puntare anche su nuovi canali di conoscenza della struttura.

Pertanto, si è adeguato il sito internet e la carta dei servizi per permettere di accedere ad un sistema di informazioni aggiornato e comprensibile.

Documenti: Verbale di Riesame, Registro presenze giornaliero. Ordini di servizio trasferte, relazioni semestrali e annuali sulle attività terapeutiche.

3.Allentamento Controllo di gestione

Il controllo di gestione è l'attività di guida e orientamento della gestione, in grado di assicurare che le risorse economiche ed i fattori produttivi a disposizione dell'azienda siano impiegati in modo efficace ed efficiente coerentemente agli obiettivi prestabiliti. Il controllo di gestione è, quindi, uno strumento di government, di monitoraggio e di valutazione; risponde ad esigenze informative interne e, non essendo obbligatorio per legge, è organizzato e utilizzato da ogni impresa nel modo più appropriato rispetto alla tipologia di attività svolta, allo stile direzionale del management.

In particolare, Il *controllo budget* si interfaccia con il sistema di pianificazione e predispone il budget aziendale.

Attraverso questo strumento gli obiettivi operativi:

- vengono resi misurabili, con la definizione di *indicatori* e di un *target* (o *traguardo*)
- vengono corredati della previsione delle risorse (umane, finanziarie ecc.) necessarie al loro conseguimento, misurate in termini monetari e, precisamente, in termini di costo.

Gli *indicatori* possono essere:

- di efficacia, quando sono esprimibili come **rapporto tra un risultato raggiunto e un obiettivo prestabilito**;

- di efficienza, quando sono esprimibili come **rapporto tra un risultato raggiunto e le risorse impiegate** per raggiungerlo, espresse in termini di costo (quando le risorse sono espresse in termini di quantità materiale si hanno invece *indicatori di produttività*, di solito considerati non appropriati per il controllo di gestione).

I *centri di responsabilità* possono essere:

- centri di costi, se la loro missione consiste nel minimizzare un costo. I centri di costo si distinguono ulteriormente in:
  - *centri di costo standard*, allorché sia possibile rapportare il costo al volume di output (ad esempio determinando un costo unitario) e stabilire un *costo standard* al quale tale rapporto deve tendere;
  - *centri di costo discrezionale* o *centri di spesa*, allorché, non potendosi stabilire un costo *standard*, si stabilisce un massimale di spesa e si dà al centro la missione di massimizzare il suo output rispettando tale massimale;
- *centri di ricavo,* se la loro missione consiste nel massimizzare un ricavo;
- *centri di profitto,* se la loro missione consiste nel massimizzare la differenza tra un ricavo e un costo.

Analisi dei dati
Gli strumenti adottati fino ad oggi per il controllo di gestione sono efficaci

Azione di miglioramento
L'azienda ha istituito un gruppo di lavoro che consente di disporre di operatori con le necessarie competenze in grado di lavorare sistematicamente e con continuità sul controllo di Gestione.

Documenti per la valutazione: **software specifico o realizzazione interna di strumenti ed applicazioni informatiche**

ASPETTO CLINICO

Il Rischio clinico è "*la* ***probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte".*** (Kohn, IOM 1999).

Il rischio clinico promuove la cultura dell'imparare dall'errore: occorre considerare l'errore come fonte di apprendimento per evitare il ripetersi delle circostanze che hanno portato a sbagliare.

È necessario però definire che cosa si intende per errore e i possibili danni che ne possono derivare per il paziente. L'errore può essere definito come una "azione non sicura" o una "omissione" con potenziali conseguenze negative sul percorso di cura. Una delle distinzioni più importante è quella tra **errore attivo** ed **errore latente**:

- L'errore attivo è per lo più ben identificabile, prossimo al verificarsi dell'evento avverso, spesso è riconducibile ad un'azione sbagliata commessa da un operatore o ad un incidente, ad esempio il malfunzionamento di una strumentazione
- Gli errori latenti sono, invece, per lo più, insufficienze organizzative - gestionali del sistema, che hanno creato le condizioni favorevoli al verificarsi di un errore attivo.

La somministrazione di un farmaco sbagliato è un errore attivo commesso da un operatore, facilmente identificabile come comportamento sbagliato, che causa un danno, ma è necessario ripercorrere tutte le fasi del processo di lavoro, per individuare le circostanze che, direttamente o indirettamente, lo hanno reso possibile. Ad esempio, nel caso di un errore di somministrazione farmacologica, potrebbero essere identificati, come insufficienze latenti nel sistema: un sistema di prescrizione trascrizione manuale della terapia, un sistema di conservazione dei farmaci che rende possibile lo scambio di medicinali, un insufficiente addestramento del personale. Solo attraverso opportune analisi è possibile identificare le cause di errore, attive e latenti, e ridisegnare i processi al fine di ridurre la probabilità che lo stesso errore si ripeta.

L'errore può causare un **"evento avverso",** cioè un evento indesiderabile che comporta un danno al paziente non dovuto alle sue condizioni cliniche, ma correlato al processo assistenziale. L'evento avverso è, quindi, per sua natura, **indesiderabile, non intenzionale, dannoso per il paziente**; l'evento avverso derivato da errore è definito "prevenibile". Ai fini della identificazione delle misure di prevenzione da attuare, grande importanza riveste non solo l'analisi degli "eventi avversi", ma anche quella dei "quasi eventi" o near miss.

L'attività di Gestione del Rischio Clinico prevede diverse fasi:

- la conoscenza e l'analisi dell'errore (sistemi di report, revisione cartelle cliniche, utilizzo degli indicatori)
- l'individuazione e la correzione delle cause di errore. (Root Causes Analisys, Failure Mode and Effect Analisys)
- il monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore
- l'implementazione ed il sostegno attivo delle soluzioni proposte.

Più in dettaglio La Cooperativa Sociale La Casa del Sole utilizza per quanto riguarda l'identificazione dei rischi:

- **il sistema di incident reporting**.

La delibera di Giunta Regionale n. 369 del 18-6-2009 contiene le **"Linee di indirizzo per la attivazione Incident Reporting: Segnalazione e gestione degli eventi avversi".**
L'oggetto della segnalazione è l'evento avverso o il quasi evento che ha causato o aveva la potenzialità di causare un danno al paziente e che poteva essere previsto o evitato.
Gli operatori sanitari che erogano cure e assistenza ai pazienti hanno la responsabilità di segnalare gli eventi avversi attraverso l'utilizzo di apposita scheda.
Nel caso in cui l'evento abbia avuto o potenzialmente poteva avere conseguenze rilevanti /gravi per la sicurezza del paziente, deve essere comunicato al Direttore sanitario il quale provvede a trasmettere copia della scheda di rilevazione con una mail al responsabile Sistema di Qualità.
I dati relativi agli eventi avversi sono analizzati almeno con periodicità mensile e nei casi di eventi gravi nel tempo più breve possibile rispetto all'evento che si è segnalato.
In caso di Eventi Sentinella la Direzione sanitaria attiva le modalità definite nelle Linee guida individuate dalla **Delibera n. 369 del 18/6/2009 la Giunta Regionale ha adottato le "Linee di indirizzo per la segnalazione e gestione degli eventi avversi" e nel DCA 20/22 art. 6:**

- **Sistema di raccolta di segnalazioni scheda rilevazione eventi avversi DOP04.01 Ed01 Mod 34 Rev0 21/11/19**
- **Sistema di reclami degli utenti/ clienti/famiglie**
- **Registro di rilevazione degli infortuni sul lavoro sul lavoro**
- **Audit interni**

Raccomandazione	**Livello di applicazione**
Segnalazione eventi avversi Incidente reporting	Procedura formalizzata, applicazione adeguata
Segnalazione eventi sentinella	Procedura formalizzata, applicazione adeguata

Raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure e loro livello di applicazione

Le raccomandazioni ministeriali per la sicurezza della cura rappresentano un importante strumento di prevenzione dei principali rischi e pericoli connessi all'assistenza sanitaria. Il ministero della salute a partire dal 2005 ha iniziato a sviluppare un sistema di allerta per quelle condizioni cliniche a maggior rischio di errore potenzialmente produttive di gravi se non fatali conseguenze per i pazienti. Tutto questo attraverso l'emanazione di "Raccomandazioni "che si prefiggono l'obiettivo di mettere in guarda gli operatori guardo a potenziali pericoli insiti nella procedura o nella fase assistenziale e di fornire gli strumenti efficaci per mitigare i rischi a queste connessi, cercando quindi di promuovere anche una maggiore responsabilità da parte degli operatori. L'attività ministeriale si è sviluppata nel corso degli anni portando all'emanazione, ad oggi, di 19 raccomandazioni.
Sulla base dell'analisi del nostro contesto, Struttura residenziale per assistenza a persone con dipendenza patologica, la gestione del rischio clinico affronta molto dei rischi comuni delle strutture sanitarie quali il rischio legato al percorso del farmaco, alle infezioni collegate all'assistenza.

Ma in aggiunta fronteggia, rischi connessi alle problematiche tipiche della dipendenza e della malattia psichiatrica. È necessario, pertanto individuare dove si annidino i rischi e correggere e/o migliorare le procedure organizzative o cliniche con strumenti analitici propri del risk management con il contributo dei diversi professionisti coinvolti. È solo la conoscenza di quanto è avvenuto che permette di prevenire in futuro.

Pertanto, non tutte le raccomandazioni ministeriali sono state recepite in procedere formalizzate ma solo quelle attinenti alla tipologia del servizio offerto.

Si riporta di seguito una sintesi dei livelli di applicazione delle raccomandazioni ministeriali

N.	Raccomandazione	Livello di applicazione
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
7	Prevenzione morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
8	Prevenire gli atti di violenza a danni degli operatori sanitari	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA "Look – alike/sound -alike"	Raccomandazione formalizzata all'interno di procedure diverse
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Procedura formalizzata, applicazione adeguata
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	Procedure formalizzate all'interno di applicazione adeguata

Analisi dei dati e criticità

EVENTI AVVERSI ACCORSI IN STRUTTURA	2022	2023	2024
Infortuni conflitti tra pz	**0**	**0**	**0**
Infortuni conflitti tra pz e operatori	**0**	**0**	**0**
Intolleranza ai farmaci	**0**	**0**	**0**
Cadute	**0**	**0**	**0**
Agiti Autolesivi	**0**	**0**	**1**
Agiti Eterodiretti	**0**	**0**	**0**
Suicidio	**0**	**0**	**0**
Inadeguata procedura terapeutica	**0**	**0**	**0**
Mancata prestazione assistenziale	**0**	**0**	**0**
Rischio infettivo	**0**	**0**	**0**
Rischio ambientale	**0**	**0**	**0**
Overdose	**0**	**0**	**0**
Allontanamenti da struttura	**0**	**0**	**0**

Valutazione dei risultati

Per l'anno 2024, come negli anni precedenti, non sono stati segnalati eventi avversi, near miss o sentinella. L'unico evento riguarda atti autolesivi messi in atto da un utente senza gravi conseguenze medico sanitarie, grazie al rispetto della procedura da parte degli operatori**.**

Azioni di miglioramento

TIPOLOGIA EVENTI AVVERSI	AZIONI INTRAPRESE E PIANIFICATE PER IL 2024
Infortuni conflitti tra pz e op	Anno 2024 – Attività di formazione specifica per la gestione del paziente aggressivo - non eseguita da programmare

Agiti Autolesivi	Anno 2024 – Attività di formazione per la gestione del paziente con problematiche di impulsività – non eseguita da programmare
Suicidio	Anno 2024 – Attività di formazione per la gestione del paziente – non eseguita da programmare

Rischio AGENTE BIOLOGICO CORONAVIRUS

Il diffondersi dell'infezione Sars COV 2 a livello nazionale ha determinato l'individuazione di un rischio grave per la nostra struttura, come per tutte le strutture a carattere residenziale. Pertanto, è stato costituito un comitato aziendale COVID 19 ed è stato adottato un protocollo aziendale di contratto e contenimento della diffusione del virus. Vedi ALL. DVR Procedura di sicurezza aziendale Rev 2 18/05/2020 oltre che delle procedure operative elaborate sui rapporti ISS per le strutture residenziali vedi DOP04.06 Ed 01 Rev 3 del 15/01/2021.

In sintesi, abbiamo attuato le seguenti azioni che sono di volta in volta, intensificate o rallentate a seconda dell'andamento delle infezioni a livello locale.

SORVEGLIANZA		
Criterio di sicurezza	**Requisito**	**Azioni**
Filtro in ingresso del possibile contagio	Riduzione al minimo consentito le possibilità di accesso in struttura	Identificazione di punti di ingresso separati per personale, fornitori, utenti, con verifica e controllo agli ingressi dei dispositivi di sicurezza (mascherine, temperatura, gel disinfettante etc,)
	Riduzione/sospensione delle visite dei familiari	Prenotazione visite familiari, sottoscrizione patto di corresponsabilità, richiesta esecuzione covid test
	Separazione contatto tra ospite e familiare	Individuazione stanza di colloquio con indicazione di distanza di sicurezza; individuazione di logo esterno per effettuare i colloqui con indicazioni di distanza di sicurezza
Riduzione possibilità contatti a rischio tra personale, degenti, visitatori	Adozione procedure di sicurezza	Acquisizione programmata e controllata dei DPI previsti (Gel, mascherine, camici, guanti etc,)
		Disposizioni operative su vestizione ed utilizzo dei DPI nelle diverse situazioni/corsi di addestramento
		Disposizione misure di sicurezza nei luoghi di lavoro (distanziamento, numero max di persone previsto, adozioni DPI ecc.)
Gestione interna delle procedure e dei comportamenti in sicurezza	Formazione / informazione degli operatori	Corsi di formazione sui requisiti di base della igiene e sui criteri base della Infezione COVID-19. Emanazione direttive su distanziamento/ isolamento nell'ambito della Struttura
Sorveglianza attiva		
Criterio di sicurezza	Requisito	Azioni

Controllo e gestione dei contatti a rischio	Piano di sorveglianza degli operatori e dei pazienti	Utilizzo test per la verifica delle possibili positività- (antigenici e sierologici)
	Piano di vaccinazione operatori utenti secondo le indicazioni regionali	Vaccinazione operatori e inserimento utenti per categorie di rischio ed età
Gestione dei casi positivi	Attuazione misure di contenimento dei luoghi e dei casi	Isolamento in appartamenti indicati per la quarantena; gestione dimissioni verso Ospedale o Covid Hotel

Analisi dei dati
Nel corso dell'anno 2024, hanno contratto l'infezione da SARS Cov2 all'interno della struttura 19 utenti.

Azioni di miglioramento
Persistono per la nostra struttura tutte le condizioni di rischio infettivo essendo una struttura residenziale con soggetti fragili; pertanto, si continuerà nel rispetto delle indicazioni nazionali, regionali e aziendali già individuate.

Rischio ambientale
L'azienda per la valutazione del rischio ambientale procede a verifiche periodiche nella sede ed attraverso interventi strutturali e logistici per la riduzione del rischio.
Sono stati effettuati nel corso del tempo i seguenti interventi programmati, come riportato nei verbali della direzione annuali:

- Installazione di sistema di videosorveglianza perimetrale;
- Controlli periodici sulla conformità della recinzione perimetrale;
- Installazione in ogni stanza di degenza di allarmi di emergenza
- Installazione di sistema di rilevazione fumi;
- Antiscivolo nelle scale;
- Adozione di tutte le misure antinfortunistiche nei bagni e nelle aree di degenza.

Si rimanda comunque a quanto stabilito dal Manuale Gestione Rischi e relative azioni di miglioramento D. LGS 81/2008 **e** L. 231/01 sulla "responsabilità amministrativa delle persone giuridiche"

Infortuni operatori
L'azienda adopera da tempo il Sistema di gestione della Sicurezza sul Lavoro conforme a quanto stabilito dal DVR D. Lgs 81 si rimanda pertanto al Manuale Gestione Rischi.
Valutazione del rischio e controllo. L'analisi è coordinata dal Responsabile Servizio Prevenzione Protezione (RSP) in collaborazione con tutta la struttura aziendale e con il medico competente.

Analisi dei dati e criticità
Dal 2001 al 2024 non si non si sono mai verificati infortuni sul lavoro di operatori vedi Registro infortuni dipendenti.

Azioni di miglioramento

2025	Si procede con la formazione specifica sulla sicurezza sul lavoro D. Lgs 81

Reclami, suggerimenti utenti

Al fine di prevenire i disservizi, coinvolgere gli utenti nel percorso riabilitativo e migliorare la qualità delle cure sono previsti strumenti volti all'ascolto dei suggerimenti dei pazienti, dei loro familiari e sei servizi invianti la Cooperativa ha attivato meccanismi di misurazione del livello di soddisfazione dei Clienti/utenti.

- Questionario soddisfazione utenti

L'utente della Struttura ha inoltre il diritto a sporgere reclamo ogniqualvolta rilevi il mancato rispetto dei propri diritti. Gli operatori che hanno contatto con il pubblico con mansioni di assistenza e servizio devono registrare qualsiasi reclamo presentato e prospettare la possibilità di inoltrare reclamo scritto alla Struttura.
I dati desunti dai questionari e quelli relativi ai reclami vengono elaborati periodicamente e vengono sempre analizzati dalla Direzione in sede di Riesame del Sistema di Qualità, al fine di identificare eventuali aree di criticità e di avviare adeguate azioni di miglioramento.

ANALISI DEI RECLAMI, DATI E CRITICITA'

	2022	2023	2024
SODDISFAZIONE UTENTI	Buono	Buono	Buono
RECLAMI	0	0	0
RISARCIMENTOI DANNI EROGATI	0	0	0
SINISTRI	0	0	0

DESCRIZIONE POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	**TIPOLOGIA**	**COMPAGNIA**	**PREMIO**	**FRANCHIGIA**
2021	**RCA E RISCHI DIVERSI**	**UNIPOL SAI**	**2000,01 euro**	**500,00 euro per ogni sinistro**
	INCENDIO		**824,69 euro**	
2022	**RCA E RISCHI DIVERSI**	**UNIPOL SAI**	**2000,01 euro**	**500,00 euro per ogni sinistro**
	INCENDIO		**845,69 euro**	
2023	**RCA E RISCHI DIVERSI**	**UNIPOL SAI**	**2000.01 euro**	**500,00 euro per ogni sinistro**
	INCENDIO		**916.78 euro**	
2024	**RCA E RISCHI DIVERSI**	**UNIPOL SAI**	**2000.01 euro**	**500,0 euro per ogni sinistro**
	INCENDIO		**1107.25 euro**	

POLIZZE E GARANZIE PRESTATE/MASSIMALI ASSICURATI	
RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI	**MASSIMALE ASSICURATO**
PER SINISTRO	**500.000,00**
PER PERSONA	**500.000,00**
PER DANNI A COSE	**500.000,00**
RESPONSABILITA' CIVILE VERSO I DIPENDENTI	
RCT PER PERSONA	**100.000,00**
RCT PER SINISTRO	**100.000,00**
RCT PER DANNI A COSE	**100.000,00**

NUMERO E ANALISI CONTENZIOSO

Nessun contenzioso pendente

Azioni di miglioramento

L'azienda è costantemente impegnata a monitorare la soddisfazione degli utenti tramite questionario sia attraverso la raccolta dei reclami e suggerimenti. Le risposte agli utenti sui singoli reclami sono date entro 15 giorni dal ricevimento del reclamo stesso.
L'impegno della struttura è continuo nel cercare di assicurare adeguati livelli di qualità delle prestazioni e dei servizi.

AUDIT

La valutazione del rispetto delle norme stabilite che determinano specifiche responsabilità e modalità operative è seguita attraverso Audit della qualità.
L'esecuzione degli Audit avviene sulla base di un Piano annuale approvato dalla Direzione con l'intento di sottoporre tutta l'organizzazione almeno annualmente a valutazione.
Documenti: Piano annuale e Audit Verifiche Ispettive Interne

ASPETTO INFORMATICO

ANALISI EVENTI AVVERSI	2022	2023	2024
Perdita Dati	0	0	0
Violazione sicurezza programma	0	0	0
Violazione sicurezza rete	0	0	0

La sicurezza informatica è un problema molto sentito in ambito tecnico-informatico per via della crescente informatizzazione della società e dei servizi (pubblici e privati) in termini di apparati e sistemi informatici e della parallela diffusione e specializzazione degli attaccanti.
Dal momento che l'informazione è un bene aziendale, e che ormai la maggior parte delle informazioni sono custodite su supporti informatici, ogni organizzazione deve essere in grado di garantire la sicurezza dei propri dati, in un contesto dove i rischi informatici causati dalle violazioni dei sistemi di sicurezza sono in continuo aumento.
L'approccio odierno alla *cybersecurity* si focalizza su cosa e come fare per prevenire un incidente di sicurezza e come comportarsi nel caso un tale incidente si verifichi.

Analisi del rischio
La cosiddetta analisi del rischio parte dall'identificazione dei beni da proteggere, per poi valutare le possibili minacce in termini di probabilità di occorrenza e relativo danno potenziale (gravità). In base alla stima del rischio si decide se, come e quali contromisure di sicurezza adottare (piano di rischio).
Spesso l'obiettivo dell'attaccante non è rappresentato dai sistemi informatici in sé, ma piuttosto dai dati in essi contenuti: la sicurezza informatica deve quindi preoccuparsi di impedire l'accesso non solo agli utenti non autorizzati, ma anche a soggetti con autorizzazione limitata a specifiche operazioni, per evitare che dei dati appartenenti al sistema informatico vengano copiati, modificati o cancellati.
Le violazioni possono essere molteplici: vi possono essere tentativi non autorizzati di accesso a zone riservate, furto di identità digitale o di file riservati, utilizzo di risorse che l'utente non dovrebbe potere utilizzare ecc.
La sicurezza informatica si occupa anche di prevenire eventuali situazioni di Denial of service (DoS). I DoS sono attacchi sferrati al sistema con l'obiettivo di renderne inutilizzabili alcune risorse in modo da danneggiare gli utenti del sistema.

Minacce
Gli eventi che possono minacciare il sistema informatico possono essere raggruppati in due classi:
- Eventi accidentali
- Eventi indesiderati

Eventi accidentali: non riguardano attacchi malevoli, ma fanno riferimento a eventi causati accidentalmente dall'utente stesso, tipo: uso difforme dal consigliato di un qualche sistema, incompatibilità di parti hardware, guasti imprevisti, ecc.
Eventi indesiderati: sono i cosiddetti attacchi da parte di utenti non autorizzati al trattamento di dati o all'utilizzo di servizi. Alcuni degli eventi indesiderati che si possono subire possono essere:
- attacchi malevoli;
- uso delle proprie autorizzazioni per l'accesso a sistemi da parte di utenti non autorizzati.

Principali cause di perdita di dati
Le cause di probabile perdita di dati nei sistemi informatici possono essere classificate in:
1. Malware,
2. Smarrimento o Furto di documenti, dispositivi mobili o fissi,
3. Divulgazione non intenzionale,
4. Frodi con carte di pagamento.

Attacchi tipici
Gli attacchi malevoli vengono fatti, tramite la rete Internet o altra connessione, da parte di utenti remoti che, usando software particolari, a volte creati da loro stessi, si inseriscono abusivamente all'interno del sistema, riuscendo a ottenere disponibilità della macchina, per gestire risorse e dati senza avere i giusti requisiti richiesti.
Un caso un po' diverso è l'accesso a sistemi da parte di utenti non autorizzati: consiste nell'accesso non autorizzato alla varie risorse e servizi del sistema, ma a differenza di un attacco malevolo, viene usata la macchina e non la ret
Azioni di miglioramento

Evento avverso	Azione intraprese
Perdita dei dati	• Installazione di un firewall che garantisce un sistema di controllo degli accessi verificando tutto il traffico che lo attraverso • Utilizzo di un server esterno con backup settimanale • Backup settimanali

Sicurezza dei programmi

l problema della sicurezza dei programmi (sistemi operativi e applicazioni) si è posto all'attenzione degli sviluppatori di software come conseguenza della sensibile crescita dell'uso degli strumenti informatici e di Internet. Per quanto riguarda la produzione di software "protetti", il concetto di *sicurezza* si può definire come l'assenza di condizioni conflittuali capaci di produrre danni mortali o irreparabili a un sistema. Nella progettazione di software è quindi fondamentale raggiungere il compromesso più funzionale tra l'efficienza d'uso del programma in questione e la sua capacità di "sopravvivenza" ad attacchi esterni e a errori più o meno critici. Il livello base della sicurezza dei programmi è fornito dalla sicurezza del sistema operativo su cui poggiano i programmi applicativi.
Attacchi tipici
- Virus informatici
- Trojan (informatica)
- Cracking

Azioni di miglioramento

Evento avverso	Azioni intraprese
Violazione sicurezza dei programmi	• Update e Upgrade di sistemi operativi con patch di sicurezza. • Installazione di un Antivirus più sofisticato: consente di proteggere il proprio personal computer da software dannosi conosciuti come virus. Un buon antivirus deve essere costantemente aggiornato ad avere in continua esecuzione le funzioni di scansione in tempo reale. • Avviare con regolarità la scansione dei dispositivi del PC (dischi fissi, CD, DVD e floppy-disk), per verificare la presenza di virus, worm ecc. • Controllare tutti i file che si ricevono o che vengono spediti tramite posta elettronica facendoli verificare dall'antivirus correttamente configurato a tale scopo

Sicurezza delle reti
Un altro filone della sicurezza informatica si occupa delle problematiche di sicurezza connesse alla trasmissione di informazioni confidenziali in rete o su qualunque sistema di telecomunicazioni ovvero l'invio e la ricezione di dati confidenziali protetti ovvero protezione dei dati in transito.
Attacchi tipici
- Sniffing
- Port scanning

Contromisure
In tale ambito sono diffuse tecniche di autenticazione (Kerberos) e crittografia come contromisure allo sniffing.

Sul fronte tecnico le misure di protezione in rete si concretizzano nell'uso di opportuni protocolli di rete quale HTTPS, SSL, TLS, IPsec e SSH che non fanno altro che applicare i metodi crittografici su uno o più livelli di architettura di rete del modello ISO/OSI.

Sicurezza della rete Internet
Con la crescita a dismisura di internet e del World Wide Web, le problematiche di sicurezza si sono estese anche ad essa e servono quindi idee e principi su cui basarsi. Per far fronte ai rischi che si corrono utilizzandola, l'Unione europea mette il suo contributo tramite il programma di protezione "Safer Internet".
Nell'anno 2023 non si è verificato nessuno degli eventi avversi sopra indicati.

ASPETTO RISORSE UMANE

ANALISI EVENTI AVVERSI	2022	2023	2024
Reclutamento del personale			
• inserimento di personale non necessario o in numero superiore al reale fabbisogno	0	0	0
• svolgimento selezione con valutazione volta a favorire soggetti pre-individuati	0	0	0
• mancato rispetto graduatoria idonei	0	0	0
Gestione del personale			
Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti "particolar	0	0	0
Perdita di personale qualificato per dimissioni/ licenziamento	0	0	0

Gestire le risorse umane in autonomia può comportare dei rischi più o meno evidenti per le aziende. In uno scenario produttivo dominato dalla fluidità dei rapporti di lavoro, infatti, prendersi carico di tutte le fasi di selezione e gestione del personale non è semplice.

Reclutamento del personale

L'assunzione di personale è subordinata all'esistenza di presupposti normativi che lo legittimano; deve essere volta a far fronte ad esigenze strutturali o temporanee dell'azienda correlate alla sua operatività, una volta verificato che a tali esigenze non è possibile dare una risposta efficace e efficiente utilizzando nell'organico normalmente impiegato.
A titolo semplificativo: professionalità non presenti, professionalità presenti ma quantitativamente insufficienti per dare risposte alle esigenze.
Nessuna ricerca di nuovo personale può essere avviata senza darne tempestiva pubblica evidenza attraverso la pubblicazione di un annuncio sul sito internet dell'azienda, oltre che ai tradizionali canali di reclutamento riconosciuti di volta in volta idonei ed opportuni. La fase di selezione deve avvenire sulla base di requisiti indicati nell'avviso di selezione pubblicato ad opera del Consiglio di amministrazione.

Evento avverso	Azioni intraprese
inserimento di personale non necessario o in numero superiore al reale fabbisogno	Individuazione di misure/azioni codificate in documenti operativi
svolgimento selezione con valutazione volta a favorire soggetti pre-individuati	Verifica dei criteri di selezioni del bando
Mancato rispetto graduatoria idonei	Trasparenza

Gestione del personale

La fase che più necessita di attenzione nella gestione delle risorse umane è quella della valutazione dei lavoratori. è necessario trovare il modo di misurare l'impatto di ciascuno e il contributo apportato non solo per individuare problemi da risolvere, ma anche per ottimizzare la collocazione interna, i percorsi di sviluppo e gli avanzamenti di carriera

Evento avverso	Azioni intraprese

Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti "particolari"	Definizione requisiti professionali e verifica congruità requisiti richiesti con il profilo da ricoprire secondo il CCNL. Elaborazione di un documento che regoli le modalità di progressione del personale.

Dimissioni, licenziamento

Spesso per una azienda uno dei danni più grandi che possono essere arrecati al suo sviluppo è avere una partenza indesiderata. L'azienda deve adottare tutte quelle azioni necessarie ad assicurarsi che le risorse impiegate siano soddisfatte della propria posizione ed evitare che ci siano dimissioni inaspettate con conseguenti danni in termini economici.
È anche vero che in una realtà produttiva in cui ciascuna collaborazione è soggetta a fluttuazione di mercato e soggettiva, è necessario considerare l'eventualità che un collaboratore possa rinunciare alla sua posizione o che le esigenze della propria attività richiedano una ristrutturazione, in alcuni casi prevedendo licenziamenti.

Evento avverso	Azioni intraprese
Dimissioni	Verifica della correttezza nella gestione ammnistrativa e retributiva del dipendente Verifica di assenza di obbligo di comportamenti scorretti da parte di altri dipendenti o della direzione nei confronti del dipendete
Licenziamento	Ad oggi non si è verificato

RISCHIO NORMATIVO

Nelle aziende la compliance normativa indica il rispetto di specifiche disposizioni impartite dal legislatore, da autorità di settore nonché di regolamentazioni interne alle società stesse.
Il rischio di non conformità alle norme è il rischio di incorrere in sanzioni giudiziarie o amministrative, perdite finanziarie rilevanti o danni di reputazione in conseguenza di violazioni di norme imperative (di legge o di regolamenti) ovvero di autoregolamentazione (es. statuti, codici di condotta, codici di autodisciplina)

ANALISI EVENTI AVVERSI	2022	2023	2024
Violazione delle norme D. Lgs 81/08 sulla sicurezza sul posto di lavoro	**0**	**0**	**0**
Violazione delle norme L.231/01 sulla "responsabilità amministrativa delle persone giuridiche"	**0**	**0**	**0**
Violazione delle normative ambientali	**0**	**0**	**0**
Violazione norme HACCP	**0**	**0**	**0**
Violazione del GDPR 2016/609 sulla privacy e violazione dati personali	**0**	**0**	**0**
Incidenti/infortuni	**0**	**0**	**0**
Reclami	**0**	**0**	**0**

Perimetro normativo

Ogni azienda deve definire il perimetro di riferimento della propria "funzione di Compliance", individuando le norme, di etero e autoregolamentazione, rispetto alle quali essa ha la responsabilità di assicurare la conformità in via attuale e prospettica; in tale ambito, vanno considerati settori e aree di operatività, strategie perseguite, modelli di business adottati, prodotti e servizi offerti, tipologia di clientela, priorità di rischio eventualmente rilevate.

Tra le normative generali che generalmente vengono fatte rientrare in tutte le aziende nell'ambito della compliance vi sono appunto quelle già individuate sopra.

- D. Lgs 81/2008 sulla sicurezza sul posto di lavoro
- L. 231/01 sulla "responsabilità amministrativa delle persone giuridiche"
- GDPR 2016/609 sulla "privacy e sicurezza dati personali"

- HACCP
- Norme ambientali

Vanno aggiunte norme ulteriori quali ad esempio le norme per le cooperative sociali e tutti i regolamenti regionali e leggi nazionali per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi sanitari.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Il consiglio di amministrazione, il collegio sindacale e il direttore generale – ciascuno secondo le proprie specifiche competenze - devono assicurare una efficace gestione del rischio di conformità. A tal fine:

- definiscono adeguate politiche e procedure di conformità;
- stabiliscono canali di comunicazione efficaci per assicurare che il personale a tutti i livelli dell'organizzazione sia a conoscenza dei presidi di conformità relativi ai propri compiti e responsabilità;
- assicurano che le politiche e le procedure vengano osservate all'interno della organizzazione nel caso emergano violazioni,
- accertano che siano apportati i rimedi necessari;
- delineano flussi informativi volti ad assicurare agli organi di vertice della società piena consapevolezza sulle modalità di gestione del rischio di non conformità.

Per ogni normativa individuata dal nostro perimetro si fa riferimento ai relativi manuali di riferimento e i relativi audit

PIANO DI SICUREZZA 2025

Gli interventi e le azioni proposte in questa sezione della relazione annuale hanno come finalità quelle di definire un piano di sicurezza facendo riferimento alle linee guida nazionali per l'elaborazione del Piano Annuale Risk management (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) ,adattato alla nostra realtà aziendale e elaborato dal Responsabile della Gestione della qualità e l'addetto alla gestione.

Gli obiettivi individuati per l'anno 2025 sono:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- 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: Acquisizione di un software Giuss.eu per la gestione della cartella clinica informatizzata
- Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- Partecipare alle attività regionali in tema di risk management.

Obiettivo a)	**DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE**
Attività 1	Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti. Sarà assicurata la partecipazione a corsi, seminari, convegni sul tema da parte della direzione aziendale sanitaria. Corsi di formazione all'utilizzo della diffusione di dati e report sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate: corretto utilizzo dei farmaci
Attività 2	Riunione di equipe clinica Settimanale
Obiettivo b)	**MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI**
Attività 1	Implementazione delle procedure per il rispetto delle raccomandazioni ministeriali e regionali per la sicurezza dei pazienti. Attività di verifica delle procedure avviate. Riunione di equipe clinica Settimanale. Progettazione e implementazione di attività legate all'utilizzo degli strumenti di risk assessment. Fase di risk analysis, attraverso l'utilizzo degli audit di rischio clinico. Elaborazione di procedure aziendali volta al recepimento di documenti regionali o nazionali. Attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti delle strutture.
Attività 2	Programma di valutazione della cartella clinica come strumento di risk Management
Attività 3	Programma farmaci (gestione archivio, segnalazione farmaci in scadenza). Procedura gestione farmaci in paziente sbagliato; errata procedura gestione farmaci su paziente corretto.
Obiettivo c)	**FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE**
	Svolgimento di audit reattivi o proattivi su eventi, processi o esiti. Riunione di equipe clinica settimanale.

Reggio Calabria lì, 25/01/2025