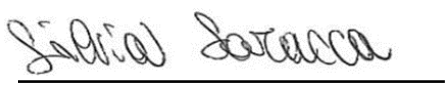
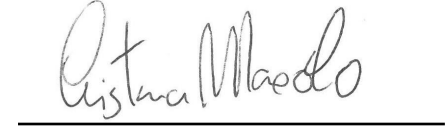


CENTRO SOCIALE PAPA GIOVANNI XXIII S.C.S. - ONLUS		D-PP Ed 02	
PIANO PROGRAMMA DELLA COOPERATIVA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025		Del 01/03/2024 Rev. 03	Pag. 1 di 16

FIRME DI VALIDAZIONE

Responsabile Qualità	
Presidente	
Direttrice Sanitaria	

Registrazioni delle Revisioni

Rev.	Data	Motivo	Elaboratore
01	04/07/2020	Integrazione riferimento ad azione di miglioramento "COVID-19", in relazione a quanto indicato nelle "Linee di Indirizzo per l'aggiornamento del Piano-Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio (in relazione all'epidemia COVID-19)", pag.9-11	Dir. Sanitaria e Resp. Qualità Mascolo/Mammi
02	24/05/2023	Integrazione Documento Nuove Linee di indirizzo per la elaborazione del piano programma annuale per la sicurezza delle cure e della rendicontazione annuale nelle organizzazioni Sanitarie della Regione Emilia Romagna Strutturazione matrice delle responsabilità (p.5/6) Integrazione parte su piano aziendale prevenzione e controllo infezioni correlate all'assistenza (D-PAI p.8)	Dir. Sanitaria e Resp. Qualità Mascolo/Mammi
03	21/02/2025	Inserimento "Programma strategico regionale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio Sanitario - Pianificazione delle Attività 2025-2026	Dir. Sanitaria e Resp. Qualità Mascolo/Saracca

CENTRO SOCIALE PAPA GIOVANNI XXIII S.C.S. - ONLUS		D-PP Ed 02	
PIANO PROGRAMMA DELLA COOPERATIVA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025		Del 01/03/2024 Rev. 03	Pag. 2 di 16

ACRONIMI

CA: Consiglio di Amministrazione
RQ: Responsabile Qualità

Indice

1. PREMESSA	3
2. RIFERIMENTI NORMATIVI	3
3. ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLA COOPERATIVA RELATIVO ALLA SICUREZZA DELLE CURE	4
4. PROCESSO E STRUMENTI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	5
5. PROGRAMMA E OBIETTIVI GENERALI 2025	7
6. OBIETTIVI RELATIVI AL PAI (Piano Aziendale Prevenzione e Controllo Infezioni)	8
7. OBIETTIVI SPECIFICI E AZIONI	9
8. FMEA - FMECA	13

CENTRO SOCIALE PAPA GIOVANNI XXIII S.C.S. - ONLUS		D-PP Ed 02
PIANO PROGRAMMA DELLA COOPERATIVA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Del 01/03/2024 Rev. 03	Pag. 3 di 16

1. PREMESSA

Il tema della sicurezza delle cure e della gestione del rischio clinico si configura sempre più come elemento centrale per tutte le organizzazioni che operano in ambito terapeutico assistenziale.

In questa ottica il Piano Programma della Cooperativa per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio Clinico rappresenta il principale atto istituzionale con il quale la Cooperativa assume un impegno di sistema formale e verificabile per la tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori. La stesura di un Piano programma è attività complessa che implica la definizione di una visione strategica, il mantenimento di un processo di crescita culturale, la costruzione di un percorso di condivisione all'interno della Cooperativa, l'identificazione di obiettivi mirati e verificabili, la capacità di allineare e promuovere l'utilizzo integrato dei principali e più efficaci strumenti per la gestione del rischio.

Componente fondamentale di un Piano Programma deve essere la progettazione di azioni di miglioramento documentabili e pertinenti rispetto alle criticità rilevate dagli strumenti di osservazione e analisi.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

Legge 8 marzo 2017, n. 24

Racc. Ministeriale n. 17(ottobre 2015) Sicurezza nella terapia farmacologica

Delibera num. 1943 del 04/12/2017 (6° Criterio Appropriatezza clinica e sicurezza)

Racc. n°8 - dicembre 2007 per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Linee di indirizzo per la elaborazione del piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie della regione Emilia-Romagna (PG/2016/0156648 del 07/03/2016), integrate nel 2020 con l'aggiornamento relativo all'epidemia Covid-19 (Prot. 30/06/2020.0477007.U).

Piano Prevenzione della Violenza a danno degli operatori sanitari (PG/2018/0564542 del 05/09/2018).

Nuove Linee di Indirizzo per la Elaborazione del Piano-Programma Annuale per la Sicurezza delle Cure e della Rendicontazione Annuale nelle Organizzazioni Sanitarie della Regione Emilia-Romagna (Marzo 2023)

Delibera N°1803 del 7/12/2020 Regione Emilia Romagna

Documento strategico per la sicurezza delle cure e di programmazione delle attività regionali 2019-2020 (Regione Emilia Romagna – Osservatorio Regionale per la Sicurezza della Cure).

Programma strategico regionale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio Sanitario - Pianificazione delle Attività 2025-2026

CENTRO SOCIALE PAPA GIOVANNI XXIII S.C.S. - ONLUS		D-PP Ed 02	
PIANO PROGRAMMA DELLA COOPERATIVA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025		Del 01/03/2024 Rev. 03	Pag. 4 di 16

3. ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLA COOPERATIVA RELATIVO ALLA SICUREZZA DELLE CURE

A partire da giugno 2021 l'assetto organizzativo relativo alla sicurezza delle cure ha subito delle modifiche, principalmente connesse all'introduzione della figura della Direttrice Sanitaria nell'organigramma della Cooperativa, che ha assunto la funzione di Risk Manager.

L'organismo delegato alla emissione del Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico coincide con il gruppo di lavoro per accreditamento e qualità della Cooperativa e con il Comitato per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

La **Direttrice Sanitaria svolge la funzione di Risk Manager** per le sedi accreditate.

Rispetto alla gestione del rischio è stata individuata la seguente matrice di responsabilità:

Attività/Processo	Direttrici Sanitarie / Direttrici Area	Responsabile Qualità	Direttrice Esecutiva	Direttore Amministrativo	Referente Sicurezza	Responsabile Formazione
Elaborazione Piano Programma Sicurezza delle Cure	R	C	I	I	C	C
Analisi eventi avversi e near miss	R	C	I	I	C	I
Implementazione sistema di segnalazione	C	R	I	I	C	I

CENTRO SOCIALE PAPA GIOVANNI XXIII S.C.S. - ONLUS		D-PP Ed 02	
PIANO PROGRAMMA DELLA COOPERATIVA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025		Del 01/03/2024 Rev. 03	Pag. 5 di 16

Valutazione proattiva del rischio (es. FMEA)	R	C	I	I	C	I
Gestione e revisione procedure per la sicurezza	C	R	I	I	C	I
Comunicazione interna su criticità e rischi rilevati	R	C	I	I	C	I
Definizione e aggiornamento formazione su rischio clinico	C	C	I	I	C	R
Supervisione strategica del sistema di gestione rischio	I	I	R	C	I	I
Verifica documentazione per accreditamento (rischio/sicurezza)	C	R	I	C	C	I

Questo assetto è stato pensato e realizzato nella consapevolezza che solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina all'utente e agli operatori, contribuire indirettamente ad una diminuzione dei costi delle prestazioni e, infine, a favorire la destinazione di risorse ad interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sicure ed efficienti.

Il piano programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico viene prodotto dalla Direttrice Sanitaria, in collaborazione con la Responsabile della Qualità a scadenza annuale. Il gruppo di lavoro monitora lo stato di realizzazione delle attività pianificate ogni sei mesi. Al termine di ogni annualità la Direttrice Sanitaria, in collaborazione con la Responsabile della Qualità, produce una Relazione Annuale Piano Programma (documento di rendicontazione sulla gestione della sicurezza e del rischio clinico, rispetto a quanto previsto dal Documento Piano Programma).

4. PROCESSO E STRUMENTI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il percorso di gestione del rischio clinico si articola in cinque step di seguito descritti:

CENTRO SOCIALE PAPA GIOVANNI XXIII S.C.S. - ONLUS		D-PP Ed 02	
PIANO PROGRAMMA DELLA COOPERATIVA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025		Del 01/03/2024 Rev. 03	Pag. 6 di 16



Dall' identificazione ed analisi dei rischi si generano le informazioni necessarie per individuare le priorità di rischio, utilizzando sia un approccio retroattivo che uno proattivo. L'approccio retroattivo si esprime attraverso l'analisi quantitativa e qualitativa degli *incident reporting* e la conseguente individuazione di azioni di miglioramento. L'approccio proattivo si esprime invece tramite l'utilizzo del metodo FMEA-FMECA, i cui vantaggi sono:

- migliorare la qualità, l'affidabilità e la sicurezza del processo
- identificare le aree critiche di un processo attraverso un procedimento logico e strutturato
- ridurre il tempo necessario per lo sviluppo di un processo ed i relativi costi
- documentare e rendere rintracciabili le attività di riduzione del rischio
- aiutare ad identificare le criticità
- fornire una base dati

Una volta individuate le priorità di rischio la Cooperativa sviluppa le linee strategiche di intervento al fine di mettere in atto azioni specifiche mirate alla gestione e al trattamento dei rischi. Gli ambiti prioritari di intervento vengono ulteriormente selezionati mediante la valutazione preliminare di efficacia e di sostenibilità delle specifiche azioni, privilegiando quelle maggiormente realizzabili.

CENTRO SOCIALE PAPA GIOVANNI XXIII S.C.S. - ONLUS		D-PP Ed 02	
PIANO PROGRAMMA DELLA COOPERATIVA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025		Del 01/03/2024 Rev. 03	Pag. 7 di 16

5. PROGRAMMA E OBIETTIVI GENERALI 2025

Obiettivo	Azione	Indicatore di risultato	Tempi di attuazione	Responsabile
1. Promuovere una cultura della sicurezza	- Riunioni di équipe, di coordinamento responsabili e del Gruppo per la gestione della sicurezza delle Cure e del Rischio Clinico - Formazione su rischio clinico e sicurezza	- N° riunioni effettuate - % operatori formati	Annuale (con verifica semestrale) Formazione entro Settembre 2025	Direttrice Sanitaria
2. Alimentare il sistema di segnalazione e analisi eventi	- Raccolta e analisi degli eventi	- N° eventi segnalati - N° report SEA - Audit annuale su abbandoni e non conformità	Aggiornamento continuo	Responsabile Qualità per raccolta e Direttrice Sanitaria per Analisi
3. Migliorare la sicurezza nella terapia farmacologica	- Controllo mensile terapie farmacologiche - Verifiche semestrali	- Ricezione da parte della D. Sanitaria delle Schede M-CF (modulo controllo farmaci) - Compilazione da parte della D-Sanitaria della check list controllo farmaci	- Mensile - Due volte all'anno	Direttrice Sanitaria
4. Applicare strumenti proattivi di analisi del rischio	- Almeno 1 FMEA annuale	- Evidenza effettuazione Fmea	Entro l'anno	Direttrice Sanitaria

CENTRO SOCIALE PAPA GIOVANNI XXIII S.C.S. - ONLUS		D-PP Ed 02
PIANO PROGRAMMA DELLA COOPERATIVA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025		Del 01/03/2024 Rev. 03 Pag. 8 di 16

5. Coinvolgere utenti nei processi di cura	- Esito Questionario Soddisfazione Utente	- Analisi item riguardanti il rischio percepito - Analisi dei reclami raccolti	Entro l'anno	Responsabile Qualità
5. Implementare il lavoro di rete sul rischio clinico	- Partecipazione al Gruppo Misto Qualità - Partecipazione alla settimana della sicurezza delle cure	- Mail e verbali	Annuale, aggiornamento continuo	Direttrice Sanitaria

6. OBIETTIVI RELATIVI AL PAI (Piano Aziendale Prevenzione e Controllo Infezioni)

Di seguito gli indicatori con relativi standard individuati nel "piano aziendale prevenzione e controllo infezioni" del 2025:

	AMBITO	OBIETTIVO	INDICATORE DI ATTIVITA'	STANDARD
1	COMITATO PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	Garantire un adeguato monitoraggio delle ICA all'interno delle strutture	Verbale di almeno due incontri annuali del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (monitoraggio semestrale dell'andamento delle ICA)	100%
2	LAVAGGIO DELLE MANI	Garantire in tutte le strutture un corretto approvvigionamento di gel idroalcolico	Controlli da effettuarsi almeno due volte all'anno in ogni struttura, da parte della direttrice sanitaria, in occasione del controllo sulla gestione dei farmaci	100%
3	GUANTI MASCHERINE	Garantire in tutte le strutture un corretto approvvigionamento di guanti e mascherine	Controlli da effettuarsi almeno due volte all'anno in ogni struttura, da parte della direttrice sanitaria, in occasione del controllo sulla gestione dei farmaci	100%
4	GESTIONE RIFIUTI SANITARI	Garantire in tutte le strutture un corretto smaltimento dei rifiuti sanitari	Controlli da effettuarsi almeno due volte all'anno in ogni struttura, da parte della direttrice sanitaria, in occasione del controllo sulla gestione dei farmaci (registro rifiuti)	100%
5	GESTIONE PULIZIA QUOTIDIANA LAVANDERIA	Garantire nelle strutture standard di pulizia tali da evitare la trasmissione di agenti patogeni.	Compilazione settimanale del modulo M-PAF (Pulizie a Fondo) da parte dell'operatore in turno.	90%
6	INFEZIONE LEGIONELLA	Evitare casi di infezione polmonare causata dal batterio <i>Legionella pneumophila</i>	Effettuazione visita annuale da parte dei fornitori, per controllo specifico	100%

CENTRO SOCIALE PAPA GIOVANNI XXIII S.C.S. - ONLUS		D-PP Ed 02	
PIANO PROGRAMMA DELLA COOPERATIVA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025		Del 01/03/2024 Rev. 03	Pag. 9 di 16

7	EVENTI AVVERSI	Effettuare analisi qualitativa di eventuali eventi avversi relativi al rischio infettivo, al fine di mettere in atto azioni di miglioramento	Schede Segnalazione Evento Avverso (M-SEC) relative al rischio infettivo compilate nelle strutture accreditate e relativa analisi all'interno della relazione annuale Piano Programma.	0% di Eventi Sentinella generati da eventuali M-SEC prodotti.
---	----------------	--	--	---

7. OBIETTIVI SPECIFICI E AZIONI

Sulla base degli esiti e delle riflessioni operate in sede di equipe, di coordinamento responsabili e di audit si vanno ad identificare gli obiettivi specifici programmati per il 2025:

1. All'interno delle sedi accreditate, il benessere psico-fisico degli operatori rappresenta un fattore strategico per garantire la qualità e la sicurezza dei percorsi assistenziali. Gli operatori costituiscono il primo presidio di tutela per gli ospiti, e la loro capacità di agire in modo lucido, empatico e competente incide in maniera diretta sulla prevenzione degli eventi avversi e sulla gestione del rischio clinico.

A tale scopo, il Piano Programma per il 2025 prevede l'attivazione di **percorsi formativi dedicati al benessere organizzativo**, volti a:

- potenziare le competenze comunicative e relazionali nelle situazioni complesse o ad alto impatto emotivo;
- sviluppare strategie di autoregolazione emotiva e gestione dello stress;
- rafforzare la consapevolezza del ruolo e la coesione dell'équipe;
- prevenire il burnout e le ricadute in termini di errori operativi, conflittualità interna e logoramento relazionale.

Questi interventi formativi non solo sostengono gli operatori nella quotidianità del lavoro educativo e assistenziale, ma costituiscono anche **azioni preventive nei confronti del rischio clinico**, promuovendo contesti lavorativi sicuri, riflessivi e resilienti.

La costruzione di una cultura della sicurezza passa dunque anche attraverso la **cura delle persone che curano**, in una logica sistemica che riconosce la centralità dell'operatore nei percorsi di salute e riabilitazione della persona con dipendenza patologica.

La cura del benessere psico-fisico degli operatori è risultato essere anche un obiettivo per il 2025 dell'audit sugli abbandoni effettuato relativamente agli esiti del 2024.

2. La presenza, sempre più significativa, di utenti con pattern di consumo riferibili al crack all'interno delle strutture residenziali terapeutico-riabilitative, pone sfide complesse sia sotto il profilo clinico che sotto quello gestionale. Una corretta presa in carico di tali utenti rappresenta un fattore strategico per garantire la sicurezza delle cure, la qualità dell'intervento terapeutico e una gestione proattiva del rischio clinico e comportamentale.

CENTRO SOCIALE PAPA GIOVANNI XXIII S.C.S. - ONLUS		D-PP Ed 02	
PIANO PROGRAMMA DELLA COOPERATIVA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025		Del 01/03/2024 Rev. 03	Pag. 10 di 16

Alla luce dei risultati positivi ottenuti nell'anno precedente, si è ritenuto opportuno proseguire anche per l'anno in corso l'approfondimento **clinico-comportamentale dedicato all'utenza consumatrice di crack**, con l'obiettivo di migliorare la comprensione dei bisogni specifici, affinare le strategie di intervento e prevenire situazioni critiche o disfunzionali in contesto comunitario.

Il percorso, strutturato in modo interdisciplinare, prevede il coinvolgimento attivo di:

- **Direttrice Sanitaria, con funzione di indirizzo generale del percorso**, a garanzia della coerenza con i principi terapeutico-riabilitativi adottati dalle sedi;
- **Responsabili di sede**, con ruolo di coordinamento operativo e verifica delle ricadute gestionali;
- **Psicologi delle sedi**, per l'analisi delle dinamiche individuali e gruppal e per la somministrazione di testistica.
- **Psichiatra della struttura**, per la supervisione clinica, la definizione diagnostica e la regolazione farmacologica dei casi.

Tale lavoro si configura come un'azione di sistema orientata alla prevenzione dei comportamenti disorganizzati, alla stabilizzazione del quadro clinico e al consolidamento delle condizioni di sicurezza, sia per gli utenti che per gli operatori.

La prosecuzione dell'approfondimento sul consumo di crack è risultato essere anche un obiettivo per il 2025 dell'audit sugli abbandoni effettuato relativamente agli esiti del 2024.

3. Nel corso dell'ultimo anno, l'area che la Cooperativa gestisce a Mancasale ha vissuto un significativo processo di riorganizzazione strutturale e funzionale, con ricadute dirette sulla complessità gestionale e sul livello di esposizione al rischio assistenziale. In particolare, la **ricollocazione logistica di due comunità una accanto all'altra**, l'**incremento della capienza complessiva**, nonché l'**aumento della complessità clinico-comportamentale dell'utenza accolta** – in particolare per la crescente presenza di soggetti con consumo attivo di crack – hanno determinato un nuovo assetto dinamico che richiede una particolare attenzione in termini di sicurezza e qualità delle cure.

A questo si aggiunge l'**aumento significativo di utenti inseriti in misura alternativa alla detenzione**, i quali, per profili giudiziari e terapeutici, possono presentare elementi di maggiore vulnerabilità, instabilità o rischio per l'ambiente comunitario.

Alla luce di tali fattori, si è ritenuto opportuno istituire un **Gruppo di Miglioramento Multidisciplinare** dedicato all'area, con l'obiettivo di: promuovere interventi correttivi e migliorativi volti ad aumentare la **sicurezza ambientale**, la **prevenzione degli eventi critici** e la **qualità dell'assistenza**.

CENTRO SOCIALE PAPA GIOVANNI XXIII S.C.S. - ONLUS		D-PP Ed 02	
PIANO PROGRAMMA DELLA COOPERATIVA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025		Del 01/03/2024 Rev. 03	Pag. 11 di 16

L'attivazione del gruppo di miglioramento si configura come un'azione di sistema strettamente connessa agli obiettivi di **gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure**, contribuendo a costruire un contesto organizzativo capace di anticipare e contenere i potenziali fattori di discontinuità o criticità.

4. Nel corso dell'anno 2024 sono stati rilevati n. 29 reclami formalizzati da parte degli utenti della struttura di Mancasale, aventi come oggetto l'insoddisfazione per la qualità dei pasti erogati dalla ditta appaltatrice CIR. Tale dato, registrato attraverso il sistema di gestione dei feedback degli utenti, rappresenta un segnale di criticità non solo in termini di qualità percepita del servizio, ma anche dal punto di vista del **rischio clinico e comportamentale**.

La scarsa accettazione del vitto, infatti, può determinare stati di frustrazione, insoddisfazione cronica e, in alcuni casi, può fungere da fattore scatenante per **comportamenti reattivi o aggressivi**, soprattutto in utenti con fragilità psichiche o quadri comportamentali complessi. Tali comportamenti possono compromettere il benessere complessivo dell'utenza e interferire negativamente con la gestione quotidiana delle attività socio-sanitarie ed educative.

Alla luce di tali considerazioni, per l'anno 2025 è stato definito un **piano di miglioramento specifico**, che vede l'**attivazione di un gruppo di miglioramento multidisciplinare**, con l'obiettivo di co-progettare interventi correttivi.

L'obiettivo è duplice: da un lato **aumentare il gradimento e la qualità percepita del servizio ristorazione**; dall'altro **prevenire l'insorgenza di disagi comportamentali correlati**, agendo in ottica proattiva sulla riduzione dei fattori di rischio ambientale e relazionale.

Ambito di Rischio	Obiettivi	Azioni	Tempi	Responsabil e
Disagio emotivo e stress lavoro-correlato	Favorire il benessere psico-fisico degli operatori e rafforzare la coesione dell'équipe	- Attivazione di percorsi formativi su benessere, team building e gestione dello stress - Incontri di Mindfulness e rilassamento guidato	Anno 2025	Responsabil e Formazione
Rischio clinico legato all'uso di crack	Proseguire l'approfondimento clinico-comportamentale legato all'uso di crack	- Monitoraggio interno e raccolta dati	Anno 2025	Direttrice Sanitaria
Sicurezza ambientale e rischio eventi critici area Mancasale	Migliorare le condizioni di sicurezza fisica per operatori e utenti	- Valutazione ambientale con eventuali modifiche strutturali - Rafforzamento delle equipe	Anno 2025	Direttrice Esecutiva

CENTRO SOCIALE PAPA GIOVANNI XXIII S.C.S. - ONLUS		D-PP Ed 02
PIANO PROGRAMMA DELLA COOPERATIVA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Del 01/03/2024 Rev. 03	Pag. 12 di 16

Rischio comportamentale e relazionale correlato all'insoddisfazione per la qualità percepita del servizio ristorazione, che può generare comportamenti reattivi, conflittualità interna e disagio nell'ambiente di vita comunitario	Migliorare la qualità percepita del servizio di ristorazione e prevenire l'insorgenza di comportamenti disfunzionali correlati all'insoddisfazione per il vitto.	- Analisi qualitativa dei reclami e raccolta feedback utenti - Audit interno con la ditta CIR - Attivazione gruppo di miglioramento multidisciplinare - Monitoraggio periodico dei reclami	Anno 2025	Direttore di Area in collaborazione con il Responsabile di Struttura, Coordinatore educativo, e Ufficio Qualità
---	---	---	-------------------------	--

Nel presente documento ci si impegna ad integrare gli obiettivi individuati, con quelli definiti dalla Direzione della Cooperativa nell'ambito della formazione continua afferenti alle tematiche del rischio clinico e della sicurezza delle cure e riportati nel **Piano della Politica della Formazione Triennale 2025-2027**, in particolare:

- *Rispetto all'istruzione operativa sulla gestione dell'aggressività l'Area Formazione della Cooperativa ha avviato un'azione di miglioramento in data 4 settembre 2024, con l'obiettivo di potenziare il percorso formativo programmato, valorizzando le proposte degli operatori. L'intento era quello di raccogliere stimoli e riflessioni che andassero ad ampliare, articolare e perfezionare l'istruzione operativa, rendendola più efficace e aderente ai bisogni reali, emersi dall'esperienza sul campo. L'esperienza si è rivelata molto positiva; tuttavia, l'elaborazione dei numerosi e ricchi dati emersi si è presentata piuttosto complessa. In particolare, sono affiorate indicazioni e suggestioni che non sempre risultano immediatamente traducibili o integrabili in un'istruzione operativa. In quest'ottica, come obiettivo per il prossimo triennio (primo anno), si è deciso di redigere un documento di sintesi dei contenuti emersi, da sottoporre all'attenzione della Direzione della Cooperativa, che sarà chiamata a esprimersi in merito. Si tratta di un tema che incide direttamente sulle questioni legate alla sicurezza e alla gestione del rischio, e che si collega anche all'azione di miglioramento attualmente in corso, finalizzata all'incremento della sicurezza nell'area di Mancasale.*
- *In considerazione dei livelli di stress degli/delle educatori/educatrici che operano all'interno delle sedi accreditate e sempre in relazione al tema della sicurezza, si è deciso di dedicare*

CENTRO SOCIALE PAPA GIOVANNI XXIII S.C.S. - ONLUS		D-PP Ed 02
PIANO PROGRAMMA DELLA COOPERATIVA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Del 01/03/2024 Rev. 03	Pag. 13 di 16

*specifici momenti formativi al benessere del singolo operatore e dell'équipe di lavoro. Tali percorsi saranno integrati con l'analisi del **Decreto Legge n. 137/2024 – "Prevenzione della violenza sul personale sanitario"** – che verrà approfondito insieme agli operatori nell'ambito di una formazione dedicata alla sicurezza delle cure e alla gestione del rischio clinico. Il percorso sarà inoltre orientato all'ascolto dei vissuti e delle suggestioni degli operatori, con l'obiettivo di favorire una maggiore consapevolezza e condivisione sui temi trattati.*

- *Per il prossimo triennio, ci si propone l'obiettivo di formare il personale educativo delle sedi accreditate sull'utilizzo del Mental Health Recovery Star (MHRS), al fine di rafforzare la cultura della valutazione nei percorsi riabilitativi orientati alla recovery. Inoltre, come concordato all'interno del gruppo qualità, attivo tra gli enti del privato sociale e i referenti del SerDP di Reggio Emilia, sarà avanzata alla Regione la richiesta di estendere il percorso formativo sull'utilizzo della scala HONOS, attualmente previsto per i dipendenti dell'Azienda Sanitaria, anche al personale degli enti accreditati.*

8. FMEA - FMECA

E' stato individuato un processo critico da analizzare con il metodo FMEA-FMECA, nel 2025:

PROCESSO CRITICO DA ANALIZZARE: Trasferimento temporaneo di utenti presso altra struttura accreditata o da appartamento a struttura accreditata

Il processo di trasferimento temporaneo degli utenti, sia da una struttura residenziale accreditata ad un'altra, sia da un appartamento a un contesto comunitario, costituisce una fase operativa ad elevata complessità organizzativa e gestionale. Tale processo espone l'organizzazione a una molteplicità di **rischi potenziali**, che possono manifestarsi lungo le diverse fasi di attuazione, dall'avvio della pianificazione logistica fino alla fase di reinserimento nella nuova unità abitativa.

I rischi identificabili riguardano aspetti **assistenziali, relazionali, ambientali, documentali e organizzativi**, con possibili ripercussioni sul benessere psico-fisico degli utenti, sulla continuità assistenziale e sull'equilibrio dei gruppi ospitanti.

COMPOSIZIONE TEAM: DIRETTRICE DI AREA/SANITARIA, RESPONSABILI DI SEDE DELLE SEDI ACCREDITATE E DEGLI APPARTAMENTI, RESPONSABILE QUALITA'.

ANALISI DEL PROCESSO: il processo prevede una serie di fasi che ingaggiano diversi soggetti:

FASI	SOGETTI INGAGGIATI
------	--------------------

CENTRO SOCIALE PAPA GIOVANNI XXIII S.C.S. - ONLUS		D-PP Ed 02
PIANO PROGRAMMA DELLA COOPERATIVA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Del 01/03/2024 Rev. 03	Pag. 14 di 16

VALUTAZIONE DELL'OPPORTUNITA' DI UN PASSAGGIO TEMPORANEO DI UTENTE PRESSO ALTRA SEDE	Responsabile della sede ospitante, direttrice di area, eventuali altre figure quali psichiatra, referenti del SerT inviante
CONFRONTO CON IPOTETICA SEDE RICEVENTE	Responsabile della sede ospitante, direttrice di area, responsabile della sede ricevente
ORGANIZZAZIONE SPOSTAMENTO	Responsabile della sede ospitante, responsabile della sede ricevente, operatori/operatorici delle sedi, eventuali accompagnatori
ORGANIZZAZIONE E GESTIONE PERMANENZA TEMPORANEA	Equipe della sede ospitante, direttrice di area, equipe della sede inviante
VALUTAZIONE RIENTRO NELLA SEDE DI PROVENIENZA	Equipe della sede ospitante, direttrice di area, equipe della sede inviante, referenti SerT inviante

E' stata impostata la cornice di lavoro in base al metodo FMEA-FMECA:

Fase del processo	Rischi potenziali	Effetti potenziali	Cause potenziali	P	G	R	IPR	Azioni preventive / correttive
Pianificazione del trasferimento	Valutazione incompleta dei bisogni dell'utente	Inserimento in struttura non idonea, disagi individuali	Comunicazione incompleta tra servizi, mancanza di valutazione multidisciplinare	4	8	3	96	Coinvolgimento dei servizi invianti Coinvolgimento medico psichiatra in caso di scompenso evidente Valutazione approfondita da parte dell'intera equipe (no agire sull'impulsività) Verifica impegno spesa
Transizione utente tra equipe inviante e ricevente	Informazioni passate in modo incompleto o errato	Piani di intervento inadeguati; discontinuità nel supporto	Comunicazione verbale non strutturata; documentazione assente o incompleta	3	8	4	96	Stilare un contratto scritto con definizione di obiettivi, tempi e azioni, firmati da utente e due sedi Trasferire la cartella digitale aggiornata da sede inviante a sede ricevente Quando le condizioni lo permettono, effettuare un colloquio condiviso di passaggio tra utente e due sedi

**PIANO PROGRAMMA DELLA COOPERATIVA PER
LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL
RISCHIO CLINICO 2025**

Del 01/03/2024
Rev. 03

Pag. 15 di 16

Fase del processo	Rischi potenziali	Effetti potenziali	Cause potenziali	P	G	R	IPR	Azioni preventive / correttive
								Compilazione SPP da parte della sede ricevente (in collaborazione con quella inviante) Comunicazione completa e corrette delle visite/impegni dell'utente
Comunicazione agli utenti e familiari	Comunicazione tardiva o poco chiara	Ansia, rifiuto del trasferimento, resistenze relazionali	Mancanza di piano comunicativo dedicato	3	7	3	63	Incontri informativi, mediazione educativa, comunicazione anticipata
Trasferimento documentazione	Documentazione clinica e amministrativa incompleta o non trasferita	Rischio per la continuità assistenziale e legale	Archiviazione disorganizzata, mancato follow-up	2	9	5	90	Archiviazione digitale, supervisione responsabile
Copertura terapeutica	Mancata copertura farmacologica e/o prescrizione non aggiornata	Interruzione trattamento, riacutizzazione clinica, rischio sanitario, difficoltà logistiche per il reperimento	Difficoltà di comunicazione tra équipes, errori nella trascrizione, scarsa verifica	3	9	3	81	Controllo congiunto prescrizioni, verifica farmaci in struttura ricevente Attenzione da parte della sede inviante di garantire la copertura farmacologica per l'intero periodo di trasferimento (direttamente con i farmaci e/o con prescrizioni) Attenzione particolare all'organizzazione al trasporto dei sostitutivi (solo le persone che sono autorizzate al trasporto)
Inserimento nella nuova struttura	Difficoltà di adattamento, conflitti con altri utenti	Isolamento, crisi relazionali, comportamenti disfunzionali	Inserimento non accompagnato, mancanza di supporto, gruppi poco omogenei	4	9	3	108	Attività di accoglienza guidata, tutoraggio, mediazione educativa
Gestione degli impegni condivisi	Non rispetto degli accordi da parte dell'utente o dell'équipe	Fallimento del progetto, rottura dell'alleanza educativa	Comunicazione non strutturata, mancanza di monitoraggio	3	7	4	84	Formalizzazione degli accordi, colloqui periodici di monitoraggio e verifica concordati preventivamente da parte della sede inviante,, organizzazione di incontri con i servizi, supervisione educativa condivisa tra équipes Produzione di una relazione finale standardizzata sul

**CENTRO SOCIALE PAPA GIOVANNI XXIII
S.C.S. - ONLUS**



D-PP Ed 02

**PIANO PROGRAMMA DELLA COOPERATIVA PER
LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL
RISCHIO CLINICO 2025**

Del 01/03/2024
Rev. 03

Pag. 16 di 16

Fase del processo	Rischi potenziali	Effetti potenziali	Cause potenziali	P	G	R	IPR	Azioni preventive / correttive
								provvedimento specifico dell'utente
Ritorno alla sede originaria	Discontinuità nella presa in carico, ricomparsa di criticità	Regressione, perdita di riferimenti, destabilizzazione	Mancanza di piano di rientro strutturato	2	7	4	56	Progetto di rientro condiviso, follow-up post-rientro, continuità educativa
Rientro non possibile	Impossibilità di rientro nella sede di provenienza	Crisi, disorganizzazione, rottura progettuale	Gravi agiti o caratteristiche di personalità dell'utente che lo rendono incompatibile con la struttura	2	8	3	48	Pianificazione alternativa, gestione precoce delle ipotesi di non rientro Accordi precisi con il servizio inviante Attenzione della sede inviante nella ricerca di strutture alternative o comunque nel mantenere alta l'attenzione sul progetto dell'utente