

Relazione annualità 2023 del Piano annuale di rischio sanitario e dello stato dei progetti biennali (2023/2024) individuati dalla Fondazione Giuseppina Prina in ambito di gestione del rischio clinico

La Fondazione Giuseppina Prina ha intrapreso, a partire dall'anno 2023 un percorso di monitoraggio, revisione e implementazione delle procedure di gestione del rischio sanitario e rischio infettivo.

Nell'ambito della pianificazione di gestione il management della Fondazione si è dotato dei seguenti strumenti:

1. Costituzione del team di facilitatori per la gestione del risk management e per la predisposizione del piano delle emergenze
2. Individuazione della figura di coordinamento per le attività di monitoraggio e di gestione del rischio sanitario
3. Individuazione della figura di coordinamento per le attività di monitoraggio e gestione del rischio infettivo
4. Costituzione del Comitato gestione infezioni
5. Adozione della cartella clinica elettronica per la RSA
6. Sistema di Incident Reporting
7. Piano formativo
8. Individuazione referenti dei 2 progetti prioritari definiti in fase di programmazione del biennio 2023/2024 e più precisamente
 - o Analisi e monitoraggio delle lesioni da pressione
 - o Analisi e monitoraggio delle cadute
9. Presidio delle attività potenzialmente conflittuali sia in termini di sicurezza del paziente, che in termini risarcitori

In sintesi:

1. Il team dei facilitatori è stato costituito con atto aziendale ed è composto da:
 - o Direttore Sanitario, Coordinatori medici e Coordinatori Infermieristici
2. La figura di coordinamento del risk management, costituito con atto aziendale, è stata individuata nella persona del dirigente responsabile della struttura che ha le caratteristiche normative per poter svolgere il ruolo di Risk Manager
3. La figura di coordinatore del rischio infettivo, nominata con atto aziendale è svolta dal Direttore Sanitario
4. Il comitato gestione infezioni, adottato con atto aziendale, è individuato dalle figure del Direttore sanitario, un medico, un infermiere e altre figure di coordinamento
5. Alla fine del 2023 è stata istituita la cartella clinica elettronica. Nel corso del 2024 saranno svolte delle azioni di monitoraggio per verificarne l'usabilità
6. Previa attività formativo/divulgativa (vedi punto 7) nel corso del 2024 viene implementato e recepito con atto aziendale, un sistema di Incident Reporting informatizzato attraverso la piattaforma "SafetyRanger"

7. Nel corso del 2023, oltre alle attività formative obbligatorie la Fondazione Casa Prina ha messo a disposizione del proprio personale
- a. un corso di formazione in FAD della durata di 8 ore sulla Gestione del Risk Management fruito da circa 50 dipendenti della struttura che ha riconosciuto 8 crediti ECM per le professioni sanitarie aventi diritto
 - b. un laboratorio in presenza della durata di 4 ore sulla gestione degli eventi avversi con un focus specifico sulla gestione della caduta accidentale che ha riconosciuto 4 crediti ECM per le professioni sanitarie aventi diritto
 - c. una attività divulgativa, strutturata in 3 moduli di 4 ore ciascuno, per consentire la più ampia partecipazione di tutto il personale della Fondazione Casa Prina, sul tema del risk management e sull'importanza della segnalazione illustrando anche il modello di Incident Reporting
8. Come da indicazione di Regione Lombardia la Fondazione Casa Prina ha valutato di focalizzare l'attività su due progetti con l'obiettivo di rendicontazione complessiva entro il 31/12/2024. I due progetti individuati sono:

- a. monitorare e valutare interventi mirati alla gestione delle LDP anche in rapporto alla gestione della Sepsis, infezione che trova stretta attinenza anche con le cure gestite fuori dalle strutture sanitarie e/o ospedale e spesso non riconosciuta. Valutare l'incidenza delle LDP sviluppatesi in struttura rispetto alle LDP già presenti in pazienti che entrano in struttura.

Il 2023 viene considerato anno zero per il calcolo degli indicatori e per la definizione delle azioni di monitoraggio. Nel corso dell'anno sono svolte le fasi 1 e 2 del cronoprogramma impostato.

Le lesioni da pressione rilevate nel corso dell'anno sono state n° 21 suddivise in n° 14 di 2° grado n° 7 di 3° grado (le lesioni di 1° grado non sono state monitorate).

A seguito dei dati raccolti nel corso del 2024 saranno volte le altre attività individuate nella tabella progetto che si riepiloga:

1	Costituzione gruppo di lavoro
2	Analisi dei casi di LDP gestiti negli ultimi 6 mesi del 2023
3	Verifica di rispondenza alla procedura in essere e disamina della procedura
4	Formazione sugli indicatori da adottare per il monitoraggio
5	Identificare ulteriori misure di controllo o miglioramenti
6	Revisione procedura LDP
7	Adozione della procedura LPD
8	Formazione/condivisione della nuova procedura con il personale infermieristico
9	Verifica dei risultati attesi in base agli indicatori definiti - Reportistica annuale

- b. monitorare e valutare metodologie di “messa in protezione” degli ospiti riducendo drasticamente l’uso di strumenti di contenzione, ridurre le aree grigie della decisione, mettere ordine nelle criticità organizzative, ridurre il rischio caduta correlato alla contenzione.

Il 2023 viene considerato anno zero per il calcolo degli indicatori e per la definizione delle azioni di monitoraggio. Nel corso dell’anno è stato svolto il monitoraggio delle cadute.

Nel corso del 2023 sono state registrate 61 cadute. La maggior parte delle cadute è avvenuta nella camera di degenza mentre l’ospite tenta di svolgere in autonomia attività per le quali avrebbe dovuto richiedere assistenza. Delle 61 cadute solo 10 hanno provocato danno grave al paziente come la rottura del femore o dell’omero.

Specifiche rilevate:

Classificazione segnalazione	61
Con danno	10
Senza danno	51

Età pazienti	61
> 65	1
<66>85	21
<86	39

Sesso paziente	61
M	14
F	47

Fascia oraria	61
pomeriggio	29
notte	5
mattino	27

Giorno	
feriale	13
festivo	48

Unità Operativa	61
1A	9
2A	12
3A	9
4A	16
2D	3
3D	5
4D	7

Luogo	61
Bagno camera	11
Camera di degenza	35
Sala comune	5
Antibagno	1
Corridoio/Rotonda	9

L’analisi proseguirà nel 2024 con l’incrocio di quanti casi caduta siano collegati a pazienti contenuti e, sempre entro il 31/12/2024, saranno portate a termine le fasi indicate nella scheda progetto predisposta lo scorso anno e che si riportano:

1	Profilazione di un campione significativo di ospiti su cui viene svolta l'azione di contenzione e/o protezione anche in rapporto agli ospiti a rischio caduta
2	Analisi multidimensionale del campione precedentemente estrapolato
3	Safety Walk Round per verificare la gestione degli spazi avvalendosi eventualmente anche di un ergonomo
4	Formazione sugli indicatori da adottare per il monitoraggio
5	Revisione della procedura in atto e della modulistica di consenso informato
6	Analisi legale del consenso sulla contenzione
7	Individuazione degli indicatori per il monitoraggio
8	Adozione della nuova procedura e della modulistica
9	Verifica dei risultati attesi in base agli indicatori definiti - Reportistica annuale
10	<i>Formazione del personale per la gestione della nuova procedura e per l'applicazione degli indicatori per il monitoraggio</i>

9. La Fondazione monitora quotidianamente la sicurezza delle cure, periodicamente il livello di gradimento dei servizi e in caso di necessità attiva degli audit di approfondimento.

Sulla gestione della posizione assicurativa la Fondazione è affiancata dal broker Howden Assiteca che ha messo a disposizione le proprie competenze per dare supporto alla struttura in caso di potenziali e/o possibili eventi soggetti a contenzioso o a risarcimento.

A tale proposito, nel corso del 2023, in modo prudenziale, è stato attivato un audit per la gestione di un evento avverso che richiedeva un approfondimento finalizzato al miglioramento della performance clinico-assistenziale e della sicurezza del paziente.

Poiché il Piano di gestione è stato definito come biennale 2023/2024 si ritiene opportuno precisare che, oltre alle due attività progettuali di cui si è esposto lo stato dell'arte al 31/12/2023, a chiusura del biennio, 31/2/2024, sarà stilata una relazione consuntiva che non mancherà di mettere in evidenza anche le attività ulteriori svolte in ambito di gestione del rischio sanitario e del rischio infettivo.

Come previsto nel Piano di gestione del rischio sanitario quindi, del corso del 2024, saranno attivati percorsi di ascolto e sarà istituito e regolamentato il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) che sarà gestito direttamente all'interno della piattaforma Safety Ranger in aggiunta alla gestione degli eventi avversi rilevati con modulo informatizzato di Incident Reporting.

Saranno anche predisposti corsi di formazione, ECM e non, ritenuti opportuni per il buon esito dei progetti e corsi dedicati alla prevenzione e gestione del rischio infettivo.

Tali attività rappresenteranno il punto di partenza del prossimo piano biennale 2025/2026 in ambito di gestione dei rischi.

Infine, si riportano in allegato:

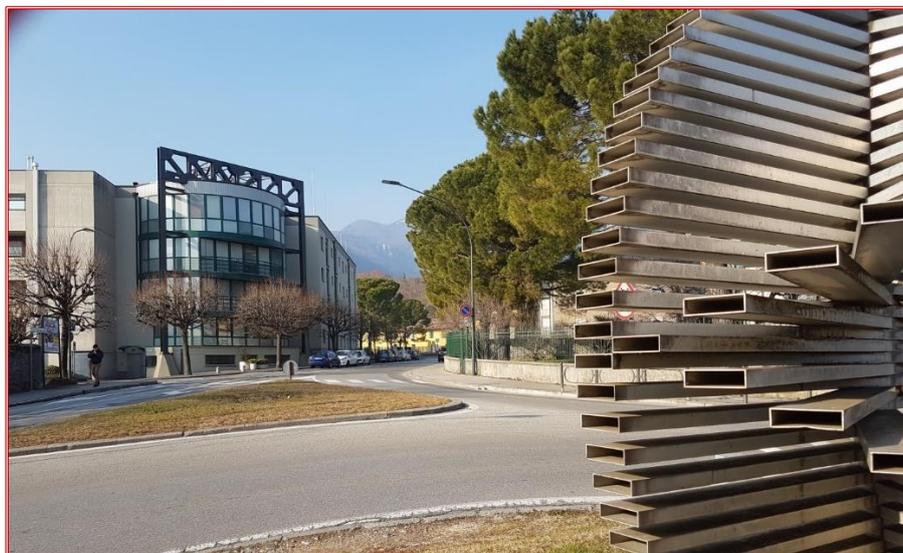
- Scheda rendicontazione RM (allegato 2 dalle linee operative regione Lombardia)
- Scheda rendiconto attività gruppi (allegato 3 delle linee operative regione Lombardia)
- Questionario ATS per RSA (allegato 4 delle linee operative regione Lombardia)

	SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE	Documento: Atto n° 02
		Data emissione: 15/06/2023
		Edizione: 0
		Pag.: 1 di 22
Oggetto: Piano Annuale di Risk Management		

FONDAZIONE GIUSEPPINA PRINA ONLUS

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT

ANNO 2023



	FUNZIONE E NOME	FIRMA
Redazione	Dott. Marco Frigerio – Assicurazione e Qualità	
Verifica e Approvazione	Dott. Antonella Biffi – Direttore Sanitario	
Validazione	Dott. Marco Frigerio – Direttore Generale	

	SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE	Documento: Atto n° 02
		Data emissione: 15/06/2023
		Edizione: 0
		Pag.: 2 di 22
Oggetto: Piano Annuale di Risk Management		

INDICE

1. [Premessa](#)
2. [Scopo](#)
3. [Contesto organizzativo](#)
 - 3.1 [Valutazione Rischio Sanitario](#)
 - 3.2 [Gestione del Rischio Infettivo](#)
4. [Relazione consuntiva eventi avversi, sinistrosità e risarcimenti erogati](#)
 - 4.1 [Relazione consuntiva sugli eventi avversi](#)
 - 4.2 [Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio](#)
 - 4.3 [Descrizione della posizione assicurativa](#)
5. [Matrice delle Responsabilità](#)
6. [Obiettivi e Progetti per la gestione del rischio sanitario](#)
 - 6.1 [Progetto dalla contenzione alla protezione nella gestione rischio caduta](#)
 - 6.2 [Progetto Lesioni da Pressione \(LPD\) e prevenzione delle Sepsis](#)
7. [Modalità di diffusione del Piano](#)
8. [Bibliografia](#)
9. [Abbreviazioni](#)

	SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE	Documento: Atto n° 02
		Data emissione: 15/06/2023
		Edizione: 0
		Pag.: 3 di 22
Oggetto: Piano Annuale di Risk Management		

1. Premessa

Il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria è una questione fondamentale del sistema sanitario nazionale e regionale. La ricerca della qualità nell'appropriatezza delle cure implica il coinvolgimento dei professionisti nei processi di miglioramento finalizzati ad aumentare la coerenza dei servizi sanitari con le attuali conoscenze scientifiche allo scopo di raggiungere i risultati di salute pianificati ed attesi.

Partendo da questo assunto Cà Prina ha intrapreso un percorso di pianificazione e monitoraggio di gestione delle procedure, delle azioni e dei metodi su governance, appropriatezza delle cure, implementazione di un sistema di segnalazione degli eventi avversi, dei near miss (quasi eventi) e degli eventi sentinella, adottando ogni anno un piano annuale di gestione del rischio clinico che focalizzi l'attenzione su alcuni progetti ritenuti determinanti sulla base dei monitoraggi e degli audit svolti. La conseguente analisi di indicatori di processo e di risultato saranno alla base del piano di gestione del rischio clinico dell'anno successivo.

L'obiettivo è quello di mettere sotto controllo il rischio sanitario e costruire un modello di implementazione progressiva delle procedure e delle attività di safety per rispondere in maniera conforme alle sfide del nuovo panorama sanitario che si sa prefigurando e di cui Pnrr e nuove direttive per l'accreditamento sono parte integrante.

2. Scopo

Con l'inizio dell'anno in corso ha preso il via una attività di analisi sui rischi potenziali allo scopo di predisporre un piano operativo di gestione del rischio clinico.

Il percorso è partito con un assesment di ricognizione organizzativa teso ad indagare le principali aree di gestione della struttura: governance, comunicazione e documentazione, conoscenze e abilità, ambiente e contesto sicuri, qualità dell'assistenza, gestione dell'evento avverso.

A tale assesment sono seguiti un audit e una Fmeca (failure, mode, effects and critically analysis - analisi dei modi, degli effetti e della criticità) sugli elementi più critici rilevati allo scopo di dare una priorità condivisa alle attività di gestione dei rischi organizzando, attraverso un elenco di azioni e di indicatori di verifica, la tempistica di implementazione del programma di gestione del rischio clinico.

Il piano annuale di gestione del rischio clinico riporta le linee di intervento individuate dalla struttura sulla base dell'analisi degli eventi avversi, degli eventi sentinella, dei near miss (quasi eventi), dell'andamento del contenzioso nonché delle indicazioni riportate nelle "Linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2023" elaborate dal Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente di Regione Lombardia - DG Welfare, UO Polo Ospedaliero.

	SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE	Documento: Atto n° 02
		Data emissione: 15/06/2023
		Edizione: 0
		Pag.: 4 di 22
Oggetto: Piano Annuale di Risk Management		

In ottemperanza al decreto DG Welfare n.3604 del 18/3/2022, il GRC (Gruppo Rischio Clinico) della Fondazione Giuseppina Prina ha tra i suoi obiettivi quello di svolgere azioni a tutela del rischio di contrazione della Sepsis tant'è che tra i suoi progetti per il 2023 ve ne è uno sul monitoraggio delle LDP (che rappresentano anche una possibile "criticità" per la diffusione della Sepsis).

Inoltre, sarà costituito il CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere) e sarà assicurata una stretta sinergia tra la funzione di Risk management, il CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere) e la Direzione Sanitaria, nell'ambito delle strategie di contrasto e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

Attraverso l'implementazione del sistema di segnalazione degli eventi avversi saranno monitorati anche eventi sentinella ed in modo particolare gli atti di violenza verso gli operatori in modo da soddisfare il debito informativo previsto verso l'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche per la Sicurezza del Paziente (in ottemperanza alla Legge 24/2017 e Legge 113/2020).

A tale scopo il risk manager si occuperà di raccogliere i dati e a svolgere le necessarie analisi degli eventi inerenti agli atti di violenza nei confronti degli operatori, al fine di elaborare le azioni di miglioramento e supportare il lavoro del Tavolo tecnico regionale sulla sicurezza del personale sanitario e sociosanitario istituito per effetto della Legge regionale 15/2000.

3. Contesto organizzativo

L'Opera Pia "Ricovero di Inabili al lavoro Giuseppina Prina" ha avuto origine dai legati delle Signore Irene Caspani fu Giovanni e Giuseppina Prina fu Pietro, di cui ai testamenti olografi 16 Luglio 1912 e 5 Agosto 1918 depositati e pubblicati rispettivamente, addì 25 Marzo 1914 per atti del Dott. Carpani-Fioroni e addì 17 Maggio 1925 per atto del Notaio Giuriani, legati aventi per fine l'istituzione di un Ospedale.

È stata eretta in Ente Morale – ai sensi della Legge 17.07.1890, n. 6972 e successive modificazioni ed integrazioni – con R.D. 23.04.1931.

Ha assunto la denominazione di Casa di Riposo "Giuseppina Prina" in forza del D.P.R. in data 08.08.1965.

Vista la L.R. n. 1 del 13.02.2003, la Casa di Riposo "Giuseppina Prina", denominata anche "Fondazione Prina", si è trasformata in persona giuridica di diritto privato senza scopo di lucro, ai sensi dell'art. 14 e seguenti del Codice civile ed ha assunto la denominazione di Fondazione Giuseppina Prina – ONLUS.

La missione aziendale prevede che l'accoglienza delle persone anziane non sia limitata al semplice assistenzialismo, ma orientata all'applicazione di prestazioni sanitarie, infermieristiche e riabilitative efficaci, accompagnate da una forte azione di integrazione e promozione umana.

	SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE	Documento: Atto n° 02
		Data emissione: 15/06/2023
		Edizione: 0
		Pag.: 5 di 22
Oggetto: Piano Annuale di Risk Management		

Gli strumenti per raggiungere tale scopo sono:

- la formazione continua del personale, al fine di sostenere negli Operatori la motivazione nel “lavoro di cura” ed il continuo aggiornamento professionale;
- l’apertura della Struttura al territorio, al fine di instaurare forme di collaborazione con le Istituzioni presenti nel tessuto civile e sociale e con le organizzazioni di volontariato;
- la ricerca di indicatori per monitorare la qualità del servizio, secondo i fattori di economicità del costo delle prestazioni erogate, efficienza, efficacia, appropriatezza, continuità, privacy;
- l’effettuazione di indagini sulla soddisfazione del Cliente: Ospiti, Familiari, ma anche Operatori, mediante la somministrazione di idonei questionari.

La Fondazione Giuseppina Prina è certificata secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015 in relazione alle attività di “Erogazione di servizi residenziali presso Nuclei Protetti per Anziani non Autosufficienti, Nucleo Alzheimer e Demenza Senile. Erogazione dei servizi di Centri Diurni Integrati. Erogazione del Servizio Centro Residenziale Cure Palliative – Hospice. Erogazione del Servizio Cure Domiciliari – C-DOM”.

Per il raggiungimento degli obiettivi aziendali, la Fondazione mette a disposizione metodi di lavoro e infrastrutture di supporto adeguate a favorire il coinvolgimento del personale ed il miglioramento dell’ambiente di lavoro.

Periodicamente è valutata l’adeguatezza delle infrastrutture, quali ad esempio strumenti, attrezzature e presidi sanitari, computer, software di sviluppo, collegamenti di rete e tutti gli altri strumenti necessari a garantire il buon andamento dei servizi.

Particolare attenzione viene posta al rispetto delle normative di sicurezza ed a tutte le normative riguardanti l’igiene ambientale e degli alimenti. Le attività, gli ambienti e le attrezzature di lavoro sono infatti oggetto di costante manutenzione eseguita e registrata secondo quanto previsto dal Sistema Qualità aziendale, dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i. e dal D.Lgs. n. 155/97 e s.m.i.

La Fondazione Giuseppina Prina gestisce i seguenti servizi:

- Residenza Sanitaria n° 179 posti letto;
- Nucleo Alzheimer n° 23 posti letto;
- Centri Diurni n° 55 assistiti;
- Servizio Cure Domiciliari circa n° 150 assistiti in via continuativa;
- Hospice e Cure Palliative n° 10 posti letto.

	SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE	Documento: Atto n° 02
		Data emissione: 15/06/2023
		Edizione: 0
		Pag.: 6 di 22
Oggetto: Piano Annuale di Risk Management		

FONDAZIONE PRINA		
DATI STRUTTURALI		Fonte del dato
ATS competente	ATS Insubria	Sistema informativo Interno
Posti letto ordinari autorizzati (RSA + HOS)	212	Sistema informativo Interno
di cui Posti letto ordinari Accreditati	212	Sistema informativo Interno
DATI DI ATTIVITÀ*		Fonte del dato
Giornate di degenza	76.325	Sistema informativo Interno

Dati aggiornati al 31/12/2022

3.1 Valutazione Rischio Sanitario

La sicurezza è una componente fondamentale dell'assistenza sanitaria e rappresenta un elemento imprescindibile per l'erogazione di prestazioni di elevata qualità.

La Fondazione Giuseppina Prina sta percorrendo un percorso di miglioramento nella gestione dell'appropriatezza delle cure e della patient safety attraverso attività di assesment e strumenti di analisi quali audit e fmeca, monitorando le varie fasi del percorso assistenziale, terapeutico ed organizzativo nel rispetto della normativa nazionale, Linee Guida, Raccomandazioni, Procedure, Istruzioni Operative e della normativa e dei documenti di indirizzo regionale.

Fondazione Giuseppina Prina monitora ogni sei mesi parametri di nutrizione attraverso la compilazione di una scheda di rischio nutrizionale (MNA) e l'utilizzo di scale per il controllo dei livelli di assunzione raccomandati di energia e nutrienti per la popolazione italiana (LARN) e i Recommended Dietary Allowance (RDA).

3.2 Gestione del Rischio Infettivo

La Fondazione Giuseppina Prina, nell'ambito della Gestione del Rischio Clinico, pone cura e attenzione alle infezioni correlate all'assistenza (ICA), alla prevenzione e alla loro gestione.

Nel biennio in corso, 2023/2024, sarà attivato un progetto di analisi e monitoraggio delle lesioni da pressione con revisione delle procedure per il recepimento delle raccomandazioni allo scopo di

	SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE	Documento: Atto n° 02
		Data emissione: 15/06/2023
		Edizione: 0
		Pag.: 7 di 22
Oggetto: Piano Annuale di Risk Management		

agevolare la stesura di protocolli volti ad individuare precocemente soggetti a rischio consapevoli che le LDP possono essere considerati la “porta di ingresso” per la Sepsis.

Sarà anche applicata la scheda di audit “Case Review Form (CRF)” predisposta dal GdL regionale per la revisione della documentazione clinica, al fine di valutare l’aderenza della gestione dei casi di sepsi al protocollo aziendale, in un campione di cartelle cliniche selezionate.

In ambito di gestione delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA), in accordo con la procedura interna parte del proprio Sistema di Gestione Qualità, in caso di sospetto di infezione trasmissibile, si procede all’isolamento del Paziente in ambiente idoneo, alla segnalazione del caso a parenti e operatori e all’applicazione, in aggiunta alle precauzioni standard, delle precauzioni per via aerea e/o da contatto.

Si provvede, quindi, all’impostazione di una corretta terapia farmacologica e, qualora il quadro clinico dovesse aggravarsi, al trasferimento in ambiente ospedaliero.

La struttura, inoltre, si è dotata di un Piano Operativo Pandemico (POP).

Inoltre, nel rispetto delle direttive del Ministero della Salute, anche nel corso del 2023 verrà monitorato l’uso dei DPI e della soluzione idroalcolica.

4. Relazione consuntiva eventi avversi, sinistrosità e risarcimenti erogati

4.1 Relazione consuntiva sugli eventi avversi

Fondazione Prina al momento possiede schede di segnalazione eventi cartacee. È in fase di implementazione un sistema di Incident Reporting con l’utilizzo di un software che consentirà il controllo sistematico delle segnalazioni avvenute.

Il SGQ compila ogni anno un report consuntivo di cui si riportano i dati del 2022. Il totale degli eventi registrati è di n° 58 di cui:

- Eventi avversi 58
- Near Miss (quasi eventi) n. 0
- Eventi Sentinella n. 0

La fonte del dato ad oggi quindi è esclusivamente il servizio qualità anche per la non presenza di sinistrosità.

	SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE	Documento: Atto n° 02
		Data emissione: 15/06/2023
		Edizione: 0
		Pag.: 8 di 22
Oggetto: Piano Annuale di Risk Management		

TIPO EVENTO	N°	% (su Tot. Eventi)	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUTENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
Near Miss	0	0 %	/	/	/
Eventi Avversi	58	100 %	Organizzativi 100 (%) Strutturali 0 (%) Tecnologici 0 (%) Procedure/Comunicazione 0 (%)	Organizzativi 100 (%) Strutturali 0 (%) Tecnologici 0 (%) Procedure/Comunicazione 0 (%)	SGQ 100 (%) Sistema informativo della gestione del contezioso dei sinistri 0 %
Eventi Sentinella	0	0 %	/	/	/
Totale	58	100 %	/	/	/

4.2 Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (AI SENSI DELL'ARTICOLO 4. C. 3 L. 24/2017)

ANNO	N° Sinistri aperti*	N° Sinistri liquidati/riservati*	Valore Risarcimenti erogati/riservati
2018	0	Nessuno	€ 0.00
2019	1 RCO	1	Erogato € 4.500.00
2020	2 **	Nessuno	Riservato € 3.000.00
2021	2 (1 danno a cose, l'altro RCO per 8 dipendenti con Covid)	Nessuno	Danni a cose Riservato € 1.000.00 RCO non riservato
2022	1 RCO	1	Senza seguito € 0.00
Totale			€ 0.00

*Si è preso come riferimento temporale l'anno in cui è stato aperto il sinistro; ciò non implica una liquidazione del sinistro nello stesso arco temporale. Di conseguenza il sinistro liquidato in un preciso anno non necessariamente è stato aperto nello stesso anno in cui è stato liquidato.

	SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE	Documento: Atto n° 02
		Data emissione: 15/06/2023
		Edizione: 0
		Pag.: 9 di 22
Oggetto: Piano Annuale di Risk Management		

Ai fini di ottemperare al comma 3 dell'art. 4 della legge 24/2017, tutti i dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio saranno pubblicati sul sito di Fondazione Prina nella apposita sezione.

** dei due sinistri è stato aperto dalla Compagnia 1 sinistro cautelativa per 38 ospiti deceduti CON Covid. L'altro sinistro è di una familiare di un ospite riservato per € 3.000

4.3 Descrizione della posizione assicurativa

ANNO	SCADENZA POLIZZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	FRANCHIGIA	BROKER
2018	CON TACITO RINNOVO. IN LOSS	ALLIANZ ASS.NI	€ 11.300 LORDO	€ 0.00,00	SI
2019	CON TACITO RINNOVO. IN LOSS	""	€ 11.300 LORDO	€ 0.00,00	SI
2020	CON TACITO RINNOVO. IN LOSS	""	€ 11.300 LORDO	€ 0.00,00	SI
2021	CON TACITO RINNOVO. IN LOSS	""	€ 11.300 LORDO	€ 0.00,00	SI
2022	CON TACITO RINNOVO. IN LOSS	""	€ 11.300 LORDO	€ 0.00,00	SI
2022	A SECONDO RISCHIO PER MAX € 2.500.000	SARA ASS.NI	€ 7.000	MAX POLIZZA ALLIANZ ASS.NI € 2.500.000	SI

La struttura ha optato per la copertura assicurativa con compagnia assicurativa proposta da Broker assicurativo Howden - Assiteca spa.

	SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE	Documento: Atto n° 02
		Data emissione: 15/06/2023
		Edizione: 0
		Pag.: 10 di 22
Oggetto: Piano Annuale di Risk Management		

5. Matrice delle Responsabilità del Piano

La realizzazione del Piano Annuale di Risk Management relativo alle strutture che erogano prestazioni in regime residenziale o strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera riconosce responsabilità non del tutto sovrapponibili a quelle previste per le strutture che erogano assistenza per l'acuzie e la post-acuzie.

Spesso, infatti, la figura del Direttore Sanitario (ove presente) o del Medico Responsabile concentrano sia le responsabilità igienico-sanitarie della struttura che quelle relative alla gestione del rischio.

La realizzazione del Piano riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

- Risk Manager redige e monitora l'implementazione del Piano ad esclusione della parte specifica sul rischio infettivo in capo al Direttore Sanitario anche responsabile del Comitato Infezioni Ospedaliere;
- Direttore Sanitario/Presidente del Comitato Infezioni Ospedaliere redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo;
- Responsabile Qualità redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
- Direzione Generale della Struttura si impegna a adottare il Piano con Deliberazione o atto equipollente entro il 30 aprile di ogni anno e a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

	SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE	Documento: Atto n° 02
		Data emissione: 15/06/2023
		Edizione: 0
		Pag.: 11 di 22
Oggetto: Piano Annuale di Risk Management		

AZIONE	Risk Manager	DS/Presidente CIO	Responsabile Qualità	Direttore Generale
Redazione Piano, Cap. 6 punto 2 e proposta di delibera	R	C	C	I
Redazione capitolo 4	I	I	R	I
Redazione cap. 6 punto 1	C	R	I	I
Validazione Piano con delibera	I	I	I	R
Monitoraggio Piano (eccetto il cap. 6 punto 1)	R	C	I	I
Monitoraggio Piano Cap. 6 punto 1	C	R	I	I

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

6. Obiettivi e progetti per la gestione del rischio sanitario

Il Piano annuale di Risk Management pensato richiede sforzi costanti che produrranno progressi significativi nella gestione del rischio clinico, riducendo così gli eventi avversi, migliorando la sicurezza dei pazienti e mantenendo un alto standard di qualità delle cure.

Gli obiettivi previsti per il biennio 2023/2024 oltre ad essere un recepimento di regione Lombardia, rappresentano, per il management della Fondazione, un valido ed indispensabile supporto al migliore e più puntuale svolgimento delle attività di cura nella consapevolezza dell'apprendimento dall'errore, nel radicamento della cultura no blame e della patient safety.

A tale scopo, quindi, vengono definiti i seguenti obiettivi strategici:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;

	SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE	Documento: Atto n° 02
		Data emissione: 15/06/2023
		Edizione: 0
		Pag.: 12 di 22
Oggetto: Piano Annuale di Risk Management		

- migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

In particolare, i progetti su cui si concentrerà l'attività del Gruppo Rischio Clinico, oltre alle attività ordinarie svolte dal team, sono:

1. monitorare e valutare interventi mirati alla gestione delle Lesioni Da Pressione anche in rapporto alla gestione della Sepsis, infezione che trova stretta attinenza anche con le cure gestite fuori dalle strutture sanitarie e/o ospedale e spesso non riconosciuta. Valutare l'incidenza delle Lesioni Da Pressione sviluppatesi in struttura rispetto alle Lesioni Da Pressione già presenti in pazienti che entrano in struttura.
2. monitorare e valutare metodologie di "messa in protezione" degli ospiti riducendo drasticamente l'uso di strumenti di contenimento, ridurre le aree grigie della decisione, mettere ordine nelle criticità organizzative, ridurre il rischio caduta correlato alla contenimento.

6.1 Scheda progetto Lesioni da Pressione (LDP) e prevenzione delle Sepsis

Monitorare e valutare interventi mirati alla gestione delle Lesioni da pressione anche in rapporto alla gestione della Sepsis. Valutare l'incidenza delle Lesioni Da Pressione sviluppatesi in struttura rispetto alle Lesioni Da Pressione già presenti in pazienti che entrano in struttura.

Le Lesioni Da Pressione rientrano nelle infezioni che trovano stretta attinenza anche con le cure gestite in ambito non strettamente ospedaliero e che spesso non sono riconosciute.

In tal senso le Lesioni Da Pressione si possono configurare come la porta di ingresso per eventuali Sepsis.

Per prevenire e monitorare questa eventuale possibilità, nell'ambito di svolgimento del progetto, verrà costituito un gruppo di lavoro per la revisione della procedura aziendale correlata.

Il gruppo di lavoro svolgerà preventivamente una attività formativa di 2 ore sulle linee guida previste dal "Pressure ulcers: prevention and management of pressure" NICE clinical guideline 2014 e sugli indicatori dell'indice di Barthel e la scala di Braden (Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) e la classificazione NPUAP -E\$PUAP dell'ulcera da pressione che dovranno essere utilizzati durante le azioni di indagine sulle Lesioni Da Pressione.

A seguire sarà svolta attività di monitoraggio di adozione e aderenza alla procedura con l'ausilio anche di indicatori che determineranno le azioni di miglioramento che dovranno essere introdotte.

Vedi All. 1 scheda progetto Regione Lombardia – LDP e prevenzione Sepsis



**SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO
ATTO AZIENDALE**

Documento: **Atto n° 02**

Data emissione: 15/06/2023

Edizione: 0

Pag.: 13 di 22

Oggetto: Piano Annuale di Risk Management

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2020

SCHEDA PROGETTO 2023 - 2024 - N° 1 LDP			
ENTE	FONDAZIONE GIUSEPPINA PRINA ONLUS		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende			
Risk Manager aziendale	Dot. Marco Frigerio		
1. Titolo del Progetto	Lesioni da Pressione (LDP) e prevenzione delle Sepsis		
2. Motivazione della scelta	Monitorare e valutare interventi mirati alla gestione delle Lesioni da pressione anche in rapporto alla gestione della Sepsis		
3. Area di RISCHIO	INFEZIONI-SEPSI		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O./U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	RSA		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	Revisione della procedura sulle LDP. Adozione degli indicatori del NICE. Monitoraggio e verifica della miglioramento dell'attività di assistenza.		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Adottare con atto della direzione generale la nuova procedura. Svolgere ogni 6 mesi le azioni di monitoraggio		
9. Strumenti e metodi	Gruppo di lavoro. Procedura LDP. Lineee Guida ministeriali sulle LDP. Indicatori. Analisi dei casi e delle segnalazioni.		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine
	Migliorare la performance assistenziale. Safety dei pazienti a rischio in ambito infettivo	numero dei degenti con LDP/ numero totale dei degenti allettati	A fine 2023 raccolta del dato in un tempo definito. A fine 2024 nello stesso tempo definito del 2023 < al valore 2023. La percentuale di riduzione sarà determinata sulla base del dato raccolto al 31/12/2023.
		numero dei degenti con LDP in ingresso/ numero totale LDP	A fine 2023 raccolta del dato in un tempo definito. A fine 2024 nello stesso tempo definito del 2023 < al valore 2023. La percentuale di riduzione sarà determinata sulla base del dato raccolto al 31/12/2023.
		n° pazienti indice Eupab > 4/ numero pazienti con LDP	A fine 2023 raccolta del dato in un tempo definito. A fine 2024 nello stesso tempo definito del 2023 < al valore 2023. La percentuale di riduzione sarà determinata sulla base del dato raccolto al 31/12/2023.



**SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO
ATTO AZIENDALE**

Documento: **Atto n° 02**

Data emissione: 15/06/2023

Edizione: 0

Pag.: 14 di 22

Oggetto: Piano Annuale di Risk Management

SCHEDA DI PROGETTO

Planificazione del Progetto
(Cronoprogramma)

Azienda

FONDAZIONE GIUSEPPINA PRINA
ONLUS

Risk Manager

Dot. Marco Frigerio

Titolo del Progetto

Lesioni da Pressione (LDP) e prevenzione delle Sepsì

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione gruppo di lavoro	Interne	Responsabile CIO												
Analisi dei casi di LDP gestiti negli ultimi 6 mesi del 2023	Interne	Responsabile CIO												
Verifica di rispondenza alla procedura in essere e disamina della procedura	Interne	Responsabile CIO												
Formazione sugli indicatori da adottare per il monitoraggio	Esterne	Resp. Formazione												
Identificare ulteriori misure di controllo o miglioramenti	Interne	Responsabile CIO												
Revisione procedura LDP	Interne ed esterne	Risk Manager Fondazione Prina												
Adozione della procedura LPD	Interne	DG												
Formazione/condivisione della nuova procedura con il personale infermieristico	Interne ed esterne	Resp. Formazione												
Verifica dei risultati attesi in base agli indicatori definiti - Reportistica annuale	Interne ed esterne	Responsabile CIO												

Anno 2023
Anno 2024

	SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE	Documento: Atto n° 02
		Data emissione: 15/06/2023
		Edizione: 0
		Pag.: 15 di 22
Oggetto: Piano Annuale di Risk Management		

**Tabella e Matrice Responsabilità
Progetto Lesioni da Pressione e prevenzione della Sepsis**

INDICATORE: Riduzione rischio infettivo LDP

STANDARD: SI'

FONTE: Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO)

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	CIO	RISK MANAGER	DIREZIONE GENERALE	MEDICI RESPONSABILI NUCLEI	COORDINATORI INFERMIERISTICI	RESP. FORMAZIONE RESP. QUALITA'
Gruppo di lavoro Analisi dei casi di LDP gestiti negli ultimi 6 mesi del 2023	R	C	I	C	C	I
Revisione della procedura	C	R	I	C	C	I
Formazione sugli indicatori da adottare per il monitoraggio	C	C	I	C	C	R
Identificare ulteriori misure di controllo o miglioramenti	R	C	I	C	C	I
Revisione procedura LDP	C	R	I	C	I	I
Formazione/condivisione della nuova procedura con il personale infermieristico	C	C	I	C	I	R
Verifica dei risultati attesi in base agli indicatori definiti - Reportistica annuale	C	R	I	C	I	I

6.2 Progetto dalla contenzione alla protezione nella gestione rischio caduta

La finalità primaria del progetto è quella di mettere ordine nelle criticità organizzative attribuibili alla gestione del consenso informato sulla contenzione.

Il tema presuppone un approccio di analisi multidimensionale e multidisciplinare.

	SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE	Documento: Atto n° 02
		Data emissione: 15/06/2023
		Edizione: 0
		Pag.: 16 di 22
Oggetto: Piano Annuale di Risk Management		

Le aree grigie individuate dal management di Fondazione Prina e sulle quali si deve intervenire sono:

- Comunicazione con il soggetto da contenere e/o con la famiglia e/o caregiver e/o tutore.
- Appropriately e gestione della necessità variabile. Alla Fondazione Prina sono presenti ospiti che hanno variabile quadro clinico durante la giornata e l'individuazione dello strumento di protezione da adottare non sempre è così conseguente.
- Gestione degli spazi comuni che, essendo ampi, talvolta diventano i punti più a rischio

Il progetto prevede quindi:

- un'attività di profilazione di un campione significativo di ospiti su cui viene svolta l'azione di contenimento e/o protezione anche in rapporto agli ospiti a rischio caduta svolgendo una analisi multidimensionale
- una Safety Walkround per verificare la gestione degli spazi avvalendosi eventualmente anche di un ergonomo
- revisione della procedura in atto e della modulistica di consenso informato
- adozione della nuova procedura e della modulistica
- fissare gli indicatori per le azioni di monitoraggio
- formare il personale per la gestione della nuova procedura
- verificare i risultati attesi in base agli indicatori definiti - reportistica annuale

Vedi All. 1 scheda progetto Regione Lombardia dalla contenimento alla protezione nella gestione rischio caduta



**SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO
ATTO AZIENDALE**

Documento: **Atto n° 02**

Data emissione: 15/06/2023

Edizione: 0

Pag.: 17 di 22

Oggetto: Piano Annuale di Risk Management

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2020

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2023 - 2024 N° 2 Dalla contenzione alla protezione nella gestione rischio caduta			
ASST/RCCS/ATS	FONDAZIONE GIUSEPPINA PRINA ONLUS		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende			
Risk Manager aziendale	Dott. Marco Frigerio		
1. Titolo del Progetto	Dalla contenzione alla protezione nella gestione rischio caduta		
2. Motivazione della scelta	La finalità primaria del progetto è quella di mettere ordine nelle criticità organizzative attribuibili alla gestione del consenso informato sulla contenzione. Il tema presuppone un approccio di analisi multidimensionale e multidisciplinare. Le aree grigie individuate dal management di Cà Prina e sulle quali si deve intervenire		
3. Area di RISCHIO	RISCHIO CADUTE		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O./U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	RSA - HOS		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	Riduzione dell'uso della contenzione. Migliore gestione della prevenzione alla caduta. Migliore comunicazione con pazienti, familiari e caregiver		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Adottare con atto della direzione generale la nuova procedura. Svolgere ogni 6 mesi le azioni di monitoraggio		
9. Strumenti e metodi	Gruppo di lavoro. Audit, SWR, sistema di segnalazione eventi avversi, near miss e eventi sentinella		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine
	Migliorare la performance assistenziale. Migliorare la safety dei pazienti a rischio. Migliorare la comunicazione con i pazienti, familiari, caregiver	numero cadute/totale pazienti	A fine 2023 raccolta del dato in un tempo definito. A fine 2024 nello stesso tempo definito del 2023 < al valore 2023. La percentuale di riduzione sarà determinata sulla base del dato raccolto al 31/12/2023.
		numero pazienti contenuti che cadono/totale pazienti contenuti	A fine 2023 raccolta del dato in un tempo definito. A fine 2024 nello stesso tempo definito del 2023 < al valore 2023. La percentuale di riduzione sarà determinata sulla base del dato raccolto al 31/12/2023.
		numero pazienti caduti con danno/totale pazienti	A fine 2023 raccolta del dato in un tempo definito. A fine 2024 nello stesso tempo definito del 2023 < al valore 2023. La percentuale di riduzione sarà determinata sulla base del dato raccolto al 31/12/2023.
		numero di consensi informati aggiornati su numero di pazienti contenuti	A fine 2023 raccolta del dato in un tempo definito. A fine 2024 nello stesso tempo definito del 2023 < al valore 2023. La percentuale di riduzione sarà determinata sulla base del dato raccolto al 31/12/2023.



**SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO
ATTO AZIENDALE**

Documento: **Atto n° 02**

Data emissione: 15/06/2023

Edizione: 0

Pag.: 18 di 22

Oggetto: Piano Annuale di Risk Management

SCHEDA DI PROGETTO

Planificazione del Progetto
(Cronoprogramma)

Azienda

FONDAZIONE GIUSEPPINA PRINA
ONLUS

Risk Manager

Dot. Marco Frigeno

Titolo del Progetto

Dalla contenzione alla protezione nella gestione rischio caduta

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Profilonazione di un campione significativo di ospiti su cui viene svolta l'azione di contenzione e/o protezione anche in rapporto agli ospiti a rischio caduta	Interne	RM + GRC												
Analisi multidimensionale del campione precedentemente estrapolato	Interne	RM + GRC												
Safety Walk Round per verificare la gestione degli spazi avvalendosi eventualmente anche di un ergonomo	Esterne	RM + GRC + RSPP												
Formazione sugli indicatori da adottare per il monitoraggio	Esterne	Resp. Formazione												
Revisione della procedura in atto e della modulistica di consenso informato	Esterne	RM + GRC												
Analisi legale del consenso sulla contenzione	Interne ed Esterne	RM + GRC + CONSULENZA LEGALE												
Individuazione degli indicatori per il monitoraggio	Interne ed Esterne	RM + GRC												
Adozione della nuova procedura e della modulistica	Interne	DS												
Verifica dei risultati attesi in base agli indicatori definiti - Reportistica annuale	Interne ed Esterne	RM + GRC												
Formazione del personale per la gestione della nuova procedura e per l'applicazione degli indicatori per il monitoraggio	Interne ed Esterne	RM + Resp. Formazione												

Anno 2023

Anno 2024

	SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE	Documento: Atto n° 02
		Data emissione: 15/06/2023
		Edizione: 0
		Pag.: 19 di 22
Oggetto: Piano Annuale di Risk Management		

Tabella e Matrice Responsabilità
Progetto dalla contenzione alla protezione nella gestione rischio caduta

INDICATORE: Riduzione della contenzione. Gestione della comunicazione. Riduzione della caduta							
STANDARD: SI'	FONTE: Servizio Gestione Qualità e Gruppo Rischio Clinico						
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ							
AZIONE	ERGONOMO	RISK MANAGER	DIREZIONE GENERALE	DIRETTORE SANITARIO	COORDINATORI INFIERMIERISTICI	LEGALE	RESP. FORMAZIONE RESP. QUALITA'
Profilazione di un campione significativo di ospiti su cui viene svolta l'azione di contenzione e//o protezione anche in rapporto agli ospiti a rischio caduta	I	R	I	C	C	I	I
Analisi multidimensionale del campione precedentemente estrapolato	I	R	I	C	C	I	I
Safety Walkround per verificare la gestione degli spazi avvalendosi anche di un ergonomo	R	C	I	C	C	I	I



**SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO
ATTO AZIENDALE**

Documento: **Atto n° 02**

Data emissione: 15/06/2023

Edizione: 0

Pag.: 20 di 22

Oggetto: Piano Annuale di Risk Management

AZIONE	ERGONOMO	RISK MANAGER	DIREZIONE GENERALE	DIRETTORE SANITARIO	COORDINATORI INFERMIERISTICI	LEGALE	RESP. FORMAZIONE RESP. QUALITA'
Revisione della procedura in atto e della modulistica di consenso informato	I	R	I	C	C	C	I
Analisi con legale in tema di giurisprudenza sulla contenzione	I	C	I	C	C	R	I
Individuazione degli indicatori per il monitoraggio	C	R	I	C	C	I	I
Formazione del personale per la gestione della nuova procedura e per l'applicazione degli indicatori per il monitoraggio	I	C	I	C	C	I	R
Adozione della nuova procedura e della modulistica	C	C	C	R	I	I	I
Verifica dei risultati attesi in base agli indicatori definiti - Reportistica annuale	C	R	I	C	I	I	I

	SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE	Documento: Atto n° 02
		Data emissione: 15/06/2023
		Edizione: 0
		Pag.: 21 di 22
Oggetto: Piano Annuale di Risk Management		

7. Modalità di diffusione del Piano

Al fine di consentire agli operatori sanitari, non solo di prendere visione del Piano, ma anche di utilizzarlo come strumento di lavoro, e di implementazione dell'approccio alla gestione del rischio clinico e per ottemperare alle indicazioni regionali nonché a beneficio della trasparenza di gestione nei confronti dei pazienti e dei loro familiari, il presente Piano sarà reso disponibile secondo i seguenti step:

- Pubblicazione sul sito
- Trasmissione del Piano alla regione Lombardia all'indirizzo: rischiosanita@regione.lombardia.it
- Presentazione del Piano al personale di struttura
- Pubblicazione del Piano tramite Sistema Informativo Interno accessibile a tutto il personale
- Comunicazione ai dipendenti di avvenuta pubblicazione e utilizzo del questionario di comprensione per tutti gli operatori
- Stampa di una copia del Piano da rendere disponibile alla consultazione presso l'ufficio Qualità della struttura sanitaria.

8. Bibliografia

- Legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", pubblicata in Gazzetta Ufficiale, serie Generale, n. 64 del 17 marzo 2017, ed entrata in vigore giorno 1° aprile 2017;
- Linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2023 - Regione Lombardia - DG Welfare, UO Polo Ospedaliero - Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente.
- Ministero della Salute, Decreto 19 dicembre 2022: Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie – All. A e All. B.
- "Pressure ulcers: prevention and management of pressure" NICE clinical guideline 2014.

9. Abbreviazioni

DG – Direttore Generale
DS – Direttore Sanitario
AQ – Assicurazione Qualità

	SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE	Documento: Atto n° 02
		Data emissione: 15/06/2023
		Edizione: 0
		Pag.: 22 di 22
Oggetto: Piano Annuale di Risk Management		

GRC – Gruppo Rischio Clinico

LPD – Lesioni da Pressione

RM – Risk Manager

RSPP – Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione

SGQ – Servizio Gestione Qualità

UO – Unità Operativa