

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 1 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

**FONDAZIONE GIUSEPPINA PRINA ONLUS  
PIANO BIENNALE DI RISK MANAGEMENT 2025 - 2026  
ANNO 2025**



<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 2 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

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

## 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](#)
  - 4.4 [Relazione](#) consuntiva progetti biennali 2023/2024
5. [Matrice delle Responsabilità](#)
6. [Obiettivi e Progetti per la gestione del rischio sanitario](#)
  - 6.1 [Progetto rischio](#) infettivo e Piano igiene delle Mani
  - 6.2 [Progetto Lesioni da Pressione \(LPD\) e prevenzione delle Sepsis](#)
7. [Modalità di diffusione del Piano](#)
8. [Bibliografia](#)
9. [Abbreviazioni](#)

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 3 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

## 1. Premessa

Il Piano Annuale di Risk Management (PARM) è un importante strumento strategico dell’Azienda, pensato per guidare in modo sistematico le attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario.

La Direzione lo adotta ufficialmente attraverso un atto deliberativo, impegnandosi a promuovere una cultura della sicurezza basata sul principio del “no blame”, ovvero senza colpevolizzazioni, e a sostenere iniziative concrete per migliorare la qualità e la sicurezza dei processi sanitari.

Il PARM è redatto in linea con le indicazioni contenute nella Delibera della Giunta Regionale n. XII/3720 del 30 dicembre 2024 – “Regole 2024: indirizzi di programmazione del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2025” – e con le “Linee operative di Risk Management 2025” (protocollo G1.2025.0003856 del 30 gennaio 2025).

La ricerca della qualità nell’appropriatezza delle cure prevede 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.

Gli elementi di base su cui si fonda il presente Piano derivano dai risultati dell’attività di gestione del rischio svolta nel 2023 e 2024, dagli esiti dei piani di miglioramento attuati e dagli effetti delle attività formative realizzate. Le indicazioni utili per orientare lo sviluppo delle progettualità del PARM sono contenute nelle Linee operative 2025 e nei capitoli pertinenti della Delibera delle Regole (DGR).

Partendo da questo assunto Cà Prina già nel 2023 con prosecuzione nel 2024 prosegue con il 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.

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.

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 4 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

## 2. Scopo

Ogni anno viene definito un piano di gestione del rischio clinico che punta l'attenzione su alcuni progetti ritenuti fondamentali, scelti in base ai risultati dei monitoraggi e degli audit interni.

Per il 2025, gli obiettivi su cui Casa Prina intende concentrarsi sono allineati con le indicazioni contenute nel PARM 2025 predisposto da ATS Insubria, che promuove un approccio sistematico alla sicurezza del paziente e individua ambiti prioritari su cui intervenire, tra i quali la prevenzione degli errori in terapia farmacologica, la gestione delle infezioni correlate all'assistenza e il rafforzamento della cultura della segnalazione.

Casa Prina nel 2023 ha iniziato il percorso di sicurezza delle cure attraverso una attività di analisi sui rischi potenziali allo scopo di predisporre un piano operativo di gestione del rischio clinico.

Nel 2024 è stato istituito il gruppo di gestione del Rischio clinico ed ha preso il via un percorso di diffusione della cultura sull'importanza della segnalazione adottando un sistema di Incident Reporting attraverso un sistema di segnalazioni e di analisi delle segnalazioni pervenute utilizzando una piattaforma vocata a questo scopo.

Il piano annuale di gestione del rischio clinico appena concluso prevedeva due progetti con cadenza biennale 2023 -2024 in linea con le "Linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2024" elaborate dal Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente di Regione Lombardia - DG Welfare, UO Polo Ospedaliero.

Per il 2023/2024 è stata previsto un progetto specifico sul monitoraggio delle Lesioni da Pressione LDP (che rappresentano anche una possibile "criticità" per il rischio della diffusione della Sepsis). Inoltre, è stato costituito il CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere) ed è stata 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.

L'altro progetto sui cui si è focalizzata l'attività biennale è il monitoraggio del rischio caduta nell'ottica di riduzione del rischio anche imprimendo la gestione dei pazienti riducendo la contenzione.

Per la rendicontazione si rimanda al capitolo specifico.

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 5 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

### 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.

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”.

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 6 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

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.

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	76.984	Sistema informativo Interno

*Dati aggiornati al 31/12/2024*

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 7 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

### 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).

### 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 2023/2024, è stato attivato un progetto di analisi e monitoraggio delle lesioni da pressione con l'obiettivo dell'aggiornamento delle procedure per il recepimento delle raccomandazioni allo scopo di agevolare la stesura di protocolli volti ad individuare precocemente soggetti a rischio consapevoli che le Lesioni da Pressione possono diventare la "porta di ingresso" per la Sepsis.

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).

## 4. Relazione consuntiva eventi avversi, sinistrosità e risarcimenti erogati

### 4.1 Relazione consuntiva sinistrosità e risarcimenti erogati

I decreti attuativi della Legge 24/2017, cambiano gli assetti di copertura assicurativa e della gestione del contenzioso. A tal proposito si sono attuate le seguenti attività:

- Attivazione CVS (sviluppato in collaborazione con il broker assicurativo Howden)
- Promozione precorsi di ascolto

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 8 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

#### 4.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi

Fondazione Prina in aprile del 2024 ha implementato un sistema di Incident Reporting con l'utilizzo di un software che consente il controllo sistematico delle segnalazioni avvenute.

Il SGQ compila ogni anno un report consuntivo di cui si riportano i dati dell'anno precedente. Nel 2024 il totale degli eventi registrati è di n° 67 di cui:

- Eventi avversi 41
- Near Miss (quasi eventi) n. 26
- Eventi Sentinella n. 0

La fonte del dato è il sistema di Incident Reporting oltre al servizio qualità anche per la non presenza di sinistrosità.

TIPO EVENTO	N°	% (su Tot. Eventi)	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
Near Miss	26	38.80 %	/	/	/
Eventi Avversi	41	61,20 %	Organizzativi 78 (%) Strutturali 0 (%) Tecnologici 22 (%) Procedure/Comunicazione 0 (%)	Sono stati aggiornati protocolli e procedure per risolvere le problematiche organizzative e tecnologiche emerse	SGQ 100 (%) Sistema informativo della gestione del contezioso dei sinistri 0 %
Eventi Sentinella	0	0 %	/	/	/
<b>Totale</b>	<b>67</b>	<b>100 %</b>	<b>/</b>	<b>/</b>	<b>/</b>

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

ANNO ACCADIMENTO	N° Sinistri denunciati RCT/RCO	N° Sinistri Chiusi	Importo liquidato anno
2020	2	2	0
2021	1	1	€ 4.500,00
2022	0	0	0
2023	1	0	0
2024	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>€ 4.500.00</b>

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 9 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

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 sezione trasparenza.

#### 4.3 Descrizione della posizione assicurativa

ANNO	REGIME DI COPERTURA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	N. POLIZZA	MASSIMALI RCT/RCO	FRANCHIGIA ATTIVITA' SANITARIA	BROKER
2020	LOSS OCCURRENCE	ALLIANZ ASSICURAZIONI	252419086	2.500.000,00€ /2.500.000,00€	0,00 €	SI
2021	LOSS OCCURRENCE	ALLIANZ ASSICURAZIONI	252419086	2.500.000,00€ /2.500.000,00€	0,00 €	SI
2022	LOSS OCCURRENCE	ALLIANZ ASSICURAZIONI	252419086	2.500.000,00€ /2.500.000,00€	0,00 €	SI
2023	LOSS OCCURRENCE	ALLIANZ ASSICURAZIONI	252419086	2.500.000,00€ /2.500.000,00€	0,00 €	SI
2024	CLAIM'S MADE	SARA ASS.NI	44857CN	2.500.000,00€ /2.500.000,00€	2.500,00 €	SI
2025	CLAIM'S MADE	SARA ASS.NI	48427JU	2.500.000,00€ /2.500.000,00€	2.500,00 €	SI

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

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 10 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

#### 4.4 Rendicontazione progetti biennio 2023/2024

“Linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2024” elaborate dal Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente di Regione Lombardia - DG Welfare, UO Polo Ospedaliero

Si allega la relazione delle attività di risk management del 2024 contenente anche elementi di rendicontazione relativa ai progetti in merito a:

- **Lesioni da Pressione e prevenzione della Sepsis**

Sulla base degli indicatori definiti nel progetto si è deciso di procedere alla prosecuzione anche nel biennio 2025 – 2026 del monitoraggio sulle lesioni da pressione. Nel corso delle analisi è infatti stata rilevata una migliorabile attività di monitoraggio che tenga conto degli indicatori pensati nel progetto e una migliore gestione del follow-up sull’esito dei trattamenti. Nel corso del 2025 la procedura di gestione sarà revisionata e monitorata nel corso del biennio.

- **Progetto dalla contenzione alla protezione nella gestione rischio caduta**

L’attività si è concentrata sulla gestione della caduta come rendicontato nella relazione delle attività 2024 di risk management. L’obiettivo del progetto inserito nella programmazione biennale prevedeva il monitoraggio di gestione delle cadute in rapporto alle contenzioni attivate in struttura. Il protocollo di gestione della contenzione in termini di sicurezza del paziente è stato ritenuto consono, tuttavia, durante il monitoraggio dei dati si è valutato di procedere alla verifica e conseguente aggiornamento del processo di consenso informato che contempla anche la procedura di acquisizione del consenso in merito alla contenzione.

Su questo ambito pur confermando la struttura la volontà di tendere alla contenzione zero, si rileva la necessità di adottare tale strumento di concerto con il paziente, i familiari e/o l’amministratore di sostegno e sarà implementata la modalità di acquisizione dei consensi nel rispetto della dignità e della sicurezza dell’ospite.

La relazione sul risk management 2024 riporta anche i dati del monitoraggio delle segnalazioni raccolte attraverso la piattaforma Safety Ranger.

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 11 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

## 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.

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.

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 12 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

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

*R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato*

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 13 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

## 6. Obiettivi e progetti biennio 2025/2026 per la gestione del rischio sanitario

Il Piano annuale di Risk Management è stato concepito come un percorso continuo che richiede impegno costante, ma che porta a risultati tangibili nella gestione del rischio clinico: riduzione degli eventi avversi, maggiore sicurezza per i pazienti e mantenimento di elevati standard qualitativi nell'assistenza.

Per il biennio 2025/2026, gli obiettivi fissati non solo recepiscono le indicazioni contenute nel PARM 2025 (Piano Annuale di Risk Management) elaborato da ATS Insubria in coerenza con le linee guida di Regione Lombardia, ma costituiscono anche, per la Fondazione, un supporto essenziale per garantire un'assistenza sempre più sicura, efficace e consapevole.

L'approccio è orientato all'apprendimento dagli errori, al consolidamento della cultura della sicurezza del paziente (patient safety) e alla diffusione di una visione "no blame", che mira al miglioramento continuo anziché alla ricerca del colpevole.

In questo contesto, sono stati individuati i seguenti obiettivi strategici:

- promuovere la cultura della sicurezza delle cure, con un focus particolare sulla prevenzione del rischio infettivo (ICA e Sepsi)
- migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, attraverso azioni mirate al potenziamento della qualità dei servizi e al monitoraggio (nonché contenimento) degli eventi avversi.

**In linea con quanto definito dalle Linee Guida Regionali e in aderenza al PARM dell'ATS Insubria si intende presidiare diverse aree aderenti ai setting assistenziali della struttura.**

**In particolare:**

### - **Prevenzione ICA e SEPSI**

Conduzione di audit su un campione di cartelle cliniche rappresentative, utilizzando la Scheda di Audit (ALL.4) e disponibilità a valutare la partecipazione alla formazione regionale che sarà proposta.

L'attività prevede la revisione dei propri PDTA implementando un sistema di allerta precoce per la gestione della sepsi e dello shock settico come indicato nelle Linee Guida 2021 "Surviving Sepsis Campaign". Il programma di miglioramento include lo screening dei soggetti a rischio, trattamenti codificati e formazione dedicata.

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 14 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

- **Monitoraggio Infezioni da germi MDR**

I germi MDR (Multi-Drug Resistant, multi-resistenti agli antibiotici) sono batteri che hanno sviluppato resistenza a più classi di antibiotici, rendendo le infezioni difficili da trattare e rappresentano una minaccia per la salute pubblica, soprattutto in ambienti come RSA, hospice e strutture di lungodegenza, dove pazienti fragili sono più esposti al rischio di complicanze.

Una gestione proattiva, basata su prevenzione, diagnosi precoce e uso razionale degli antibiotici, può ridurre significativamente l’impatto di queste infezioni. Con questo obiettivo nel corso del biennio 2025 – 2026 sarà adottata una scheda di rilevazione per fotografare la situazione in struttura e pensare ad eventuali correttivi da mettere in atto.

- **Rischio in ambito territoriale e sociosanitario**

Su questo particolare ambito di intervento la struttura, attraverso il sistema di segnalazione degli eventi (Incident Reporting) e le attività di analisi del team di gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure presidia:

- la corretta somministrazione dei farmaci
- prevenzione cadute
- infezioni correlate all’assistenza
- gestione eventi inattesi
- violenza sugli operatori

I dati raccolti attraverso il sistema di segnalazione della piattaforma Safety Ranger consentiranno l’adozione di azioni di miglioramento di cui ne sarà monitorata l’efficacia.

- **Monitoraggio delle attività**

La struttura, in aderenza alle indicazioni sul monitoraggio della Regione Lombardia, monitora l’aderenza delle procedure adottate alle raccomandazioni ministeriali, alle linee guida, alle best practice e ogni qualvolta se ne ravveda la necessità sulla base di attività di analisi degli eventi avversi e dei near miss.

Inoltre, la struttura si attiva, in caso di eventi sentinella per la segnalazione al SIMES secondo quanto previsto dal Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella pubblicato a luglio 2024.

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 15 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

- **Monitoraggio documentazione sanitaria**

Infine, in considerazione dell'adozione della cartella clinica informatizzata si attiverà un monitoraggio relativo alla corretta compilazione della cartella clinica e più in generale della documentazione sanitaria.

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

1. monitoraggio e valutazione interventi mirati alla implementazione dell'igiene delle mani attraverso il monitoraggio del consumo del gel, delle pratiche di igiene delle mani e attraverso l'adozione di un Piano di Azione Locale sull'Igiene delle mani
2. prosecuzione del monitoraggio sulle Lesioni da Pressione sulla base della implementazione dei monitoraggi relativi ai follow up assistenziali

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 16 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

## 6.1 Progetto corretta Igiene delle Mani

### Ambito e Motivazione:

L'igiene delle mani è uno dei gesti più semplici ma allo stesso tempo più importanti per garantire cure sicure e di qualità. Una corretta igiene da parte di tutti gli operatori sanitari è fondamentale per prevenire le infezioni e assicurare elevati standard assistenziali.

Per questo motivo, oltre a promuovere questa buona pratica in tutti gli ambienti sanitari e socio-sanitari, è essenziale verificarne l'effettiva applicazione nei diversi contesti di cura.

In Regione Lombardia, da anni è attivo un sistema di monitoraggio indiretto basato sulla sorveglianza del consumo di soluzione idroalcolica (CSIA), adottato da tutti gli ospedali pubblici e dalla maggior parte delle strutture private accreditate.

Tuttavia, il metodo più affidabile per valutare quanto viene effettivamente rispettata questa pratica è il monitoraggio diretto, considerato il vero punto di riferimento ("gold standard"). Questo avviene attraverso osservazioni strutturate effettuate da personale esperto, appositamente formato secondo i protocolli dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Inoltre, l'attività che la struttura metterà in campo, recepisce la richiesta di ATS Insubria VA Prot n.P.0037227.04-04-2025 e, sulla base delle indicazioni ricevute, adotta la modalità dell'osservazione dell'igiene delle mani ed il monitoraggio del consumo del gel secondo quanto definito dall'OMS

### Gli Obiettivi:

L'obiettivo che racchiude tutti i seguenti item è la redazione del Piano di azione locale dell'Igiene delle Mani

- **Valutare l'adesione** degli operatori sanitari alle corrette pratiche di igiene delle mani nei diversi momenti dell'assistenza, secondo le "5 indicazioni" dell'OMS.
- **Identificare aree critiche o a rischio**, ovvero contesti assistenziali in cui l'igiene delle mani viene praticata meno frequentemente o in modo non corretto.
- **Fornire dati oggettivi per orientare azioni di miglioramento continuo**, come interventi formativi mirati o modifiche organizzative.
- **Promuovere una cultura della sicurezza**, sensibilizzando tutto il personale sull'importanza di un gesto semplice ma fondamentale per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.
- **Monitorare l'efficacia delle campagne di sensibilizzazione**, verificando nel tempo se le attività promozionali hanno effettivamente migliorato i comportamenti.

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 17 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

- **Contribuire al confronto tra strutture sanitarie**, grazie all'uso di indicatori standardizzati che permettono analisi locali, regionali e nazionali.
- **Predisporre un Piano di Igiene delle Mani** da rivalutare annualmente in sede di adozione PARM

#### **Gli Strumenti e Metodi:**

- Prevedere l'osservazione di 200 opportunità nel corso dell'anno. Coinvolgere tutti i reparti di degenza utilizzando la scheda di osservazione fornita dall'OMS
- Compilare un questionario di autovalutazione sul livello di compliance della struttura all'igiene delle mani
- Sulla base del Piano di azione locale di Igiene delle Mani che sarà predisposto, dal secondo anno monitorare, attraverso l'autovalutazione annuale il livello di aderenza all'igiene delle mani
- Monitorare il consumo del gel idroalcolico
- Predisporre formazione per tutto il personale sulle 5 azioni dell'igiene delle mani

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 18 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

### 6.1 Scheda progetto Igiene delle mani

<b>SCHEDA PROGETTO IGIENE MANI – ANNI 2025 - 2026</b>	
<b>ASST/IRCCS/ATS</b>	ATS Lombarde
se progetto interaziendale indicare le altre aziende	
<b>Risk Manager aziendale</b>	Marco Frigerio
<b>1. Titolo del Progetto</b>	<b>Progetto Corretta Igiene delle Mani</b>
<b>2. Motivazione della scelta</b>	<p>L'igiene delle mani è uno dei gesti più semplici ma allo stesso tempo più importanti per garantire cure sicure e di qualità. Una corretta igiene da parte di tutti gli operatori sanitari è fondamentale per prevenire le infezioni e assicurare elevati standard assistenziali. Per questo motivo, oltre a promuovere questa buona pratica in tutti gli ambienti sanitari e sociosanitari, è essenziale verificarne l'effettiva applicazione nei diversi contesti di cura. In Regione Lombardia, da anni è attivo un sistema di monitoraggio indiretto basato sulla sorveglianza del consumo di soluzione idroalcolica (CSIA), adottato da tutti gli ospedali pubblici e dalla maggior parte delle strutture private accreditate. Tuttavia, il metodo più affidabile per valutare quanto viene effettivamente rispettata questa pratica è il monitoraggio diretto, considerato il vero punto di riferimento ("gold standard"). Questo avviene attraverso osservazioni strutturate effettuate da personale esperto, appositamente formato secondo i protocolli dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Inoltre, l'attività che la struttura metterà in campo, recepisce la richiesta di ATS Insubria VA Prot n.P.0037227.04-04-2025 e, sulla base delle indicazioni ricevute, adotta la modalità dell'osservazione dell'igiene delle mani ed il monitoraggio del consumo del gel secondo quanto definito dall'OMS</p>
<b>3. Area di RISCHIO</b>	Infezioni
se ALTRO, specificare:	
<b>4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:</b>	RSA- Nucleo Alzheimer....
<b>5. Nuovo/Prosecuzione</b>	Nuovo
<b>6. Durata Progetto</b>	Annuale per la costruzione del Piano di Azione Locale Igiene delle Mani
<b>7. Obiettivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Valutare l'adesione</b> degli operatori sanitari alle corrette pratiche di igiene delle mani nei diversi momenti dell'assistenza, secondo le "5 indicazioni" dell'OMS.</li> <li>➤ <b>Identificare aree critiche o a rischio</b>, ovvero contesti assistenziali in cui l'igiene delle mani viene praticata meno frequentemente o in modo non corretto.</li> <li>➤ <b>Fornire dati oggettivi per orientare azioni di miglioramento continuo</b>, come</li> </ul>

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 19 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

	<p>interventi formativi mirati o modifiche organizzative.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Promuovere una cultura della sicurezza</b>, sensibilizzando tutto il personale sull'importanza di un gesto semplice ma fondamentale per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.</li> <li>➤ <b>Monitorare l'efficacia delle campagne di sensibilizzazione</b>, verificando nel tempo se le attività promozionali hanno effettivamente migliorato i comportamenti.</li> <li>➤ <b>Contribuire al confronto tra strutture sanitarie</b>, grazie all'uso di indicatori standardizzati che permettono analisi locali, regionali e nazionali.</li> <li>➤ <b>Predisporre un Piano di Igiene delle Mani</b> da rivalutare annualmente in sede di adozione PARM</li> </ul>
<b>8. Realizzazione/Prodotto Finale</b>	Redazione del Piano di azione locale dell'Igiene delle Mani
<b>9. Strumenti e metodi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prevedere l'osservazione di 200 opportunità nel corso dell'anno. Coinvolgere tutti i reparti di degenza utilizzando la scheda di osservazione fornita dall'OMS</li> <li>➤ Compilare un questionario di autovalutazione sul livello di compliance della struttura all'igiene delle mani</li> <li>➤ Sulla base del Piano di azione locale di Igiene delle Mani dal secondo anno monitorare, attraverso l'autovalutazione annuale il livello di aderenza all'igiene delle mani</li> <li>➤ Monitorare il consumo del gel idroalcolico</li> <li>➤ Predisporre formazione per tutto il personale sulle 5 azioni dell'igiene delle mani</li> </ul>

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 20 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

<b>10. Risultati e indicatori</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Dati della Misurazione a fine anno</b>
Il 2025 è anno zero per la raccolta del dato sia per l'osservazione dell'igiene mani che per il monitoraggio di consumo del gel			
	Aderenza igiene mani	% Aderenza = (n. di momenti rispettati / n. di momenti osservati) × 100	200 schede di osservazione igiene mani
	Formazione del personale	% Personale formato = (n. di operatori formati / n. totale di operatori) × 100	100% del personale sanitario e non sanitario sull'igiene delle mani e sulla osservazione
	Corretto uso della soluzione idroalcolica per il lavaggio delle mani attraverso il monitoraggio del consumo del gel	Raccolta del dato anno 2025 come anno zero	Analisi degli acquisti e dei consumi
<b>2026</b>	Aderenza igiene mani ≥85% rispetto al 2025	% Aderenza = (n. di momenti rispettati / n. di momenti osservati) × 100	200 schede di osservazione igiene mani

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 21 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

### Cronoprogramma

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione gruppo di lavoro	Interne	Responsabile CIO												
Formazione	Esterne	Responsabile CIO												
Adozione scheda osservazione igiene mani	Interne	Responsabile CIO												
Adozione modulo rilevazione consumo gel	Esterne	Resp. Formazione												
Identificare ulteriori misure di controllo o miglioramenti	Interne	Responsabile CIO												
Redazione procedura igiene mani e consumo gel	Interne ed esterne	Risk Manager Ca' Prina												
Adozione delle procedure	Interne	DG												
Verifica dei risultati attesi in base agli indicatori definiti - Reportistica annuale	Interne ed esterne	Responsabile CIO												

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 22 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

<b>Tabella e Matrice Responsabilità Progetto Igiene delle Mani</b>						
<b>INDICATORE:</b> Implementazione Igiene delle Mani						
<b>STANDARD:</b>		<b>FONTE:</b> Risk Management				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>						
<b>AZIONE</b>	<b>CIO</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>DIREZIONE GENERALE</b>	<b>MEDICI RESPONSABILI NUCLEI</b>	<b>COORDINATORI INFERMIERISTICI</b>	<b>RESP. FORMAZIONE RESP. QUALITA'</b>
Gruppo di lavoro con osservatori Analisi dei moduli di osservazione gestiti negli ultimi 6 mesi	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
Revisione della procedura e del Piano di azione dell'igiene delle mani	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
Formazione sull'igiene delle mani	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>R</b>
Formazione del team degli osservatori	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>R</b>
Monitoraggio consumo gel idroalcolico	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
Formazione/condivisione della nuova procedura con il personale	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>R</b>
Verifica dei risultati attesi in base agli indicatori definiti - Reportistica annuale	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>I</b>

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 23 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

## 6.2 Prosecuzione Progetto Monitoraggio Lesioni da Pressione

<b>SCHEDA PROGETTO BIENNALE LESIONI DA PRESSIONE – ANNI 2025 - 2026</b>			
<b>ASST/IRCCS/ATS</b>	ATS Lombarde		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende			
<b>Risk Manager aziendale</b>	Marco Frigerio		
<b>1. Titolo del Progetto</b>	<b>Progetto Monitoraggio Lesioni da Pressione</b>		
<b>2. Motivazione della scelta</b>	Monitorare e valutare interventi mirati alla gestione delle Lesioni da pressione anche in rapporto alla gestione della Sepsì		
<b>3. Area di RISCHIO</b>	Infezioni - Sepsì		
se ALTRO, specificare:			
<b>4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:</b>	RSA- Nucleo Alzheimer....		
<b>5. Nuovo/Prosecuzione</b>	Prosecuzione		
<b>6. Durata Progetto</b>	Biennale		
<b>7. Obiettivo</b>	<b>Prosecuzione del monitoraggio sulle Lesioni da Pressione</b> sulla base della implementazione dei monitoraggi relativi ai follow up assistenziali		
<b>8. Realizzazione/Prodotto Finale</b>	Nuova procedura e nuove schede di follow-up		
<b>9. Strumenti e metodi</b>	Adottare una metodologia di follow-up implementando la scheda di monitoraggio		
<b>10. Risultati e indicatori</b>	<b>Risultato atteso</b>  Compilazione delle schede di follow-up	<b>Indicatore</b>  Compilazione del 100% delle schede di follow-up rispetto ai casi di LdP registrati	<b>Dati della Misurazione a fine anno</b>

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 24 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

### Cronoprogramma

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 2025	Interne	Responsabile CIO												
Redazione e Adozione scheda follo-up	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 Ca' 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												

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 25 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

<b>Tabella e Matrice Responsabilità</b>						
<b>Progetto Lesioni da Pressione e prevenzione della Sepsis</b>						
<b>INDICATORE:</b> Riduzione rischio infettivo LDP						
<b>STANDARD:</b> SI'		<b>FONTE:</b> CIO				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>						
<b>AZIONE</b>	<b>CIO</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>DIREZIONE GENERALE</b>	<b>MEDICI RESPONSABILI NUCLEI</b>	<b>COORDINATORI INFERMIERISTICI</b>	<b>RESP. FORMAZIONE RESP. QUALITA'</b>
Gruppo di lavoro Analisi dei casi di LDP gestiti negli ultimi 6 mesi del 2025	R	C	I	C	C	I
Monitoraggio della procedura	C	R	I	C	C	I
Adozione schede follow-up e monitoraggio	C	R	I	C	C	I
Formazione sulle schede	C	C	I	C	C	R
Identificare ulteriori misure di controllo o miglioramenti	R	C	I	C	C	I
Verifica dei risultati attesi in base agli indicatori definiti - Reportistica annuale	C	R	I	C	I	I

## 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

<b>CÀ PRINA</b>	<b>SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO ATTO AZIENDALE</b>	Documento: <b>Atto n° 04</b>
		Data emissione: 26/04/2025
		Edizione: 0
		Pag.: 26 di 22
<b>Oggetto: Piano Annuale di Risk Management</b>		

- 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 2025 - 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
- Manuale per gli osservatori -Strategia multimodale dell'OMS mirata al miglioramento dell'Igiene delle Mani – OMS – Ministero della Salute – Centro Nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie

## 9. Abbreviazioni

DG – Direttore Generale  
DS – Direttore Sanitario  
AQ – Assicurazione Qualità  
GRC – Gruppo Rischio Clinico  
RM – Risk Manager  
RSPP – Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione  
SGQ – Servizio Gestione Qualità  
UO – Unità Operativa