



# Piano annuale di Risk Management

Mod. PARM

Revisione 06

Data 24-03-2026



REV.	DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
01/03	10/03/2023	U.Q. dott.ssa L. Valeri	R.M. dott. G. Chiappano	D.G. dott. S. Spriano D.S. dott. G. Chiappano
01/04	19/03/2024	U.Q. dott.ssa L. Valeri	R.M. dott. G. Chiappano	D.G. dott. S. Spriano D.S. dott. G. Chiappano
01/05	14/03/2025	U.Q. dott.ssa L. Valeri	R.M. dott. G. Chiappano	D.G. dott. S. Spriano D.S. dott. G. Chiappano
01/06	24/03 2026	U.Q. dott.ssa L. Valeri	R.M. dott. G. Chiappano	D.G. dott. S. Spriano D.S. dott. G. Chiappano
		<i>L. Valeri</i>	<i>G. Chiappano</i>	<i>S. Spriano</i> <i>G. Chiappano</i>



# Piano annuale di Risk Management

Mod. PARM

Revisione 06

Data 24-03-2026

## INDICE

<b>1.</b>	<b>PREMESSA</b> .....	3
<b>1.1.</b>	<b>SCOPO</b> .....	4
<b>1.2.</b>	<b>CONTESTO ORGANIZZATIVO</b> .....	4
<b>1.2.1.</b>	<b>L'EREMO DI MIAZZINA</b> .....	4
<b>1.2.2.</b>	<b>ISTITUTO RAFFAELE GAROFALO</b> .....	4
<b>1.3.</b>	<b>RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI</b> .....	6
<b>1.3.1.</b>	<b>ISTITUTO RAFFAELE GAROFALO</b> .....	6
<b>1.4.</b>	<b>SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO</b> .....	7
<b>1.5.</b>	<b>GESTIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA</b> .....	7
<b>1.6.</b>	<b>RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM PRECEDENTE</b> .....	7
<b>2.</b>	<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM</b> .....	8
<b>3.</b>	<b>OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI</b> .....	8
<b>4.</b>	<b>ATTIVITÀ</b> .....	8
<b>4.1.</b>	<b>OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b> .....	8
<b>4.2.</b>	<b>OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA</b> .....	9
<b>4.3.</b>	<b>OBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA</b> .....	9
<b>5.</b>	<b>MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM</b> .....	10
<b>6.</b>	<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b> .....	10
<b>7.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</b> .....	11
	<b>SEZIONE RACCOLTA DATI</b> .....	12



# Piano annuale di Risk Management

Mod. PARM

Revisione 06

Data 24-03-2026

## 1. PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato la necessità che le organizzazioni sanitarie operino per assicurare ai Pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure.

La possibilità di "**Evento avverso**" è insita nei sistemi complessi e le realtà sanitarie, come sancito dall'OMS, sono l'ambito lavorativo a maggiore complessità possibile.

La sicurezza dei Pazienti deve essere, quindi, continuamente presidiata e le criticità devono essere affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando vari aspetti: monitoraggio e analisi degli eventi avversi, elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, coinvolgimento di Pazienti, formazione degli operatori sanitari, analisi delle interferenze e delle criticità; al fine di promuovere sia una visione che una gestione sistemica del rischio.

La **Gestione del Rischio Clinico** rappresenta un elemento di Governo (Clinico), meglio definito come "*il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica*".

La gestione del rischio in ambito sanitario è un'attività già prevista nella legge 189 del 2012 (Legge Balduzzi), che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Il legame consequenziale con una più efficace gestione delle risorse economiche aveva già indotto a scorporare alcune indicazioni dal disegno di legge Gelli (peraltro approvato in via definitiva il 28 febbraio 2017).

La **Legge Gelli** (Legge 8 marzo 2017, n. 24) qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Le attività di prevenzione del rischio – alle quali concorre tutto il personale – devono essere messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private.

Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico e nel documento "**Risk Management e Qualità in Sanità**" definisce le seguenti raccomandazioni:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- promuovere la segnalazione dei *Near Miss*;
- sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- monitorare periodicamente e garantire *feed-back* informativi;
- avviare la costituzione di un *network* per la realizzazione di un *database* nazionale per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza dei Pazienti, anche al fine di istituire un Osservatorio a livello centrale;
- definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;



# Piano annuale di Risk Management

Mod. PARM

Revisione 06

Data 24-03-2026

- favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

In questa dimensione, la **Gestione del Rischio Clinico** assume un ruolo fondamentale nel processo di identificazione degli obiettivi di sistema, di definizione dei processi organizzativi, di allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

## 1.1. SCOPO

Il **Piano Annuale di Risk Management** (PARM) è lo strumento per progettare, promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi. I progetti operativi esplicitati all'interno del PARM hanno come finalità l'analisi di possibili criticità di processo e l'individuazione di azioni per migliorare i processi esistenti.

Il PARM è, quindi, uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti e degli specifici contesti di lavoro. L'ottica è quella di diminuire le potenzialità di errore, attivo e di sistema, e di contenere la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie.

Attraverso il PARM, il *Risk Manager* fornisce alla Struttura uno strumento di fondamentale importanza nella gestione sistemica del rischio clinico.

Il PARM, inoltre, rappresentando le politiche di analisi e di prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli *stakeholder*.

Le attività indicate sono parte integrante delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza, economicità e sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

In questa ottica, il Piano Annuale di Risk Management è costruito nella prospettiva del miglioramento continuo e dell'implementazione di azioni qualificanti l'attività.

## 1.2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

### 1.2.1. L'EREMO DI MIAZZINA

Nel mese di gennaio 2025 è stato firmato un contratto di cessione di ramo d'azienda della sede storica dell'Eremo di Miazzina di Cambiasca. Nel mese di giugno del 2025 la Struttura ha avuto il cambio di ragione sociale in Istituto Raffaele Garofalo S.r.L.

### 1.2.2. ISTITUTO RAFFAELE GAROFALO

L'Istituto Raffaele Garofalo è una Struttura accreditata nelle discipline post-traumatiche e post-operatorie (post-acuzie) per il recupero e la riabilitazione funzionale motoria, neurologica e respiratoria.

È intitolata al prof. Raffaele Garofalo, fondatore del Gruppo.

Accoglie i pazienti nelle diverse fasi del loro percorso clinico (dalle strutture di ricovero, dal territorio o dal proprio domicilio) con un approccio terapeutico multi-specialistico grazie alla presenza di personale specializzato ed esperto.

La Struttura nel 2023 dopo la fine dei lavori della nuova ala è stata impegnata a rispondere ai requisiti richiesti, sia strutturali che organizzativi, ottenendo parere favorevole per l'accreditamento a luglio 2023. Questo ha comportato lo spostamento di 46 posti letto dalla Struttura storica con sede a Cambiasca, nella parte nuova di Gravellona per un totale di 98 posti letto in camere singole e doppie con aria condizionata, cassaforte, bagno, televisore e rete wi-fi. Nel 2024 le nuove necessità rilevate da Regione Piemonte e ASL VCO hanno invece richiesto una rimodulazione dell'assetto degenziale complessivo con l'obiettivo di allineare la disponibilità



# Piano annuale di Risk Management

Mod. PARM

Revisione 06

Data 24-03-2026

di posti letto alle reali necessità del territorio e permettere il massimo impegno per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali per le quali le liste d'attesa sono critiche. Si è raggiunto un accordo che prevede la restituzione di tutti i 38 p.l. di RRF I livello e l'istituzione di 15 p.l. di RRF II Livello e 8 p.l. di Day Hospital riabilitativo per un totale di 83 p.l. Dopo le verifiche da parte degli enti preposti è stato rilasciato parere favorevole all'accreditamento il 12 dicembre 2024.

L'Istituto Raffaele Garofalo nello stabile IRG I è dotato di un poliambulatorio che eroga prestazioni specialistiche di diagnosi e cura, sia in accreditamento che privatamente, di due grandi palestre con attrezzature all'avanguardia e di una piscina terapeutica computerizzata con percorso vascolare e controllo esterno tramite videocamere subacquee. Inoltre, è presente, un reparto di radiologia con apparecchiature tradizionali e di un innovativo mammografo dotato di Tomosintesi.

Nell'ambulatorio di neurofisiologia si effettuano elettromiografie, potenziali evocati ed elettroencefalogrammi, mentre nell'ambulatorio di cardiologia è possibile sottoporsi a visite cardiologiche, esami ecocardiografici, esami diagnostici dinamici con applicazione di apparecchi holter.

Attività di Oculistica è composta da diverse figure professionali, figure che collaborano e cooperano tra di loro per offrire un servizio completo ai Pazienti.

Presso gli ambulatori dell'U.O. di Oculistica è possibile eseguire visite specialistiche ambulatoriali (prime visite, anche pediatriche, controlli oculistici, esami del fondo oculare, specillazioni del dotto naso - lacrimale) sia trattamenti di laserterapia (yag laser per capsulotomia o per iridotomia), il tutto eseguito da Oftalmologi Specializzati.

È presente anche un ambulatorio di diagnostica strumentale per l'esecuzione di esami di alta specializzazione (i principali: AngioOCT, tomografie OCT e fotografie del segmento anteriore e/o posteriore anche non midriatiche, topografie e biomicroscopie corneali, campi visivi, elettroretinografia e quanto oggi sia possibile nella diagnostica strumentale). Tali prestazioni vengono eseguite da professionisti sanitari laureati e formati nell'esecuzione di tecniche di semeiologia strumentale-oftalmologica.

Presso l'Unità Operativa vi è anche il servizio di Ortottica ed Optometria che permette di eseguire esame della refrazione oculare, applicazioni di lenti a contatto, verifica del normale equilibrio del sistema visivo, valutazione e riabilitazione dello strabismo, dell'ambliopia (occhio pigro) e della diplopia (visione doppia), confusione visiva e/o errata localizzazione degli oggetti, valutazione e riabilitazione delle alterazioni oculo-motorie che comportano alterazioni della postura, degli aspetti visuo-percettivi nei pazienti affetti da Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) e dell'astenopia o affaticamento visivo responsabile di iperlacrimazione durante le attività di lettura e scrittura, mal di testa, difficoltà di messa a fuoco, posizioni anomale della testa. Possibile inoltre eseguire riabilitazione visiva con tecnica di bio-feed-back e/o realtà virtuale.

L'attività di chirurgia ambulatoriale complessa esegue gli interventi compresi nella chirurgia ambulatoriale complessa, principalmente interventi di cataratta ed iniezioni intravitreali per le patologie retiniche ma anche altre procedure chirurgiche come, ad esempio, interventi di chirurgia refrattiva ed impianto di lenti intraoculari specifiche per correggere eventuali difetti refrattivi.

Le procedure chirurgiche principalmente eseguite si possono effettuare sia in convenzione con il SSN sia in regime di solvenza.

La nuova ala della Struttura IRG II oltre a 23 p.l. dispone di ambulatori polispecialistici, day hospital e due palestre, una dedicata al day hospital ed una dedicata al reparto di degenza.

All'interno della nuova ala è presente anche un punto prelievi.

		<b>Piano annuale di Risk Management</b>
<b>Mod. PARM</b>	<b>Revisione 06</b>	<b>Data 24-03-2026</b>

### 1.3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI

#### 1.3.1. ISTITUTO RAFFAELE GAROFALO

Nell'anno 2025 presso il presidio Istituto Raffaele Garofalo si sono registrati n. 65 eventi avversi.

TIPO EVENTO	N°	% (su Tot. Eventi)	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUTENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
<b>Near Miss</b>	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunicazione (%)	Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (%) Procedure/Comunicazione (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
<b>Eventi Avversi</b>	65	100%	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunicazione (100 %)	Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (100 %) Procedure/Comunicazione (%)	Sistemi di reporting (100 %) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
<b>Eventi Sentinella</b>	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunicazione (%)	Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (%) Procedure/Comunicazione (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
<b>Totale</b>	65	100%	/	/	/

Tutti gli eventi ricadono nella tipologia degli Eventi Avversi e, nello specifico, delle cadute.

Le cadute continuano a essere il principale evento avverso presente in struttura.

Dagli eventi segnalati è seguito un monitoraggio con esecuzione degli esami diagnostici, se necessari, e/o trasferimento in pronto soccorso (necessario in 2 casi).

Analizzando i dati, costituiti dal totale dei giorni di degenza 23.211, in diminuzione rispetto all'anno precedente, (2024 = 26.086) e il numero totale delle cadute 65 (2024=74), risultano circa 28 cadute ogni 10.000 giorni di degenza, in linea con i parametri delle ricerche più recenti ed in linea con quanto registrato nel 2024 (28 cadute ogni 10.000 gg di degenza). Le cadute sono riconducibili alla tipologia di pazienti trattati, con mobilità molto ridotta, a volte fragili oltre che anziani e con comorbilità multiple. Nello specifico, delle 65 cadute, 57 sono riconducibili a pazienti con mobilità ridotta di cui 16 pazienti utilizzavano il deambulatore, 35 la carrozzina, 5 le stampelle ed 1 il girello. Il Ministero della Salute individua la caduta del paziente come evento avverso rilevante ai fini della sicurezza delle cure e ne raccomanda la prevenzione e il monitoraggio sistematico (Raccomandazione n. 13, 2011). La letteratura riporta tassi di caduta ospedaliera variabili in relazione al setting assistenziale; in particolare, sono descritti valori complessivi generalmente compresi tra circa 3 e 5 cadute per 1.000 giornate di degenza, con valori più elevati in ambiti quali geriatria, neurologia e riabilitazione.

Ulteriori dati di letteratura, ripresi anche nel portale Buone Pratiche di AGENAS, indicano una variabilità più ampia, con tassi compresi tra 3 e 13 cadute per 1.000 giornate di degenza, in funzione della popolazione assistita e del contesto organizzativo.

Si ritiene, quindi, che il dato registrato nel 2025, seppur da continuare a monitorare con l'obiettivo di ridurlo, possa essere considerato accettabile.



# Piano annuale di Risk Management

Mod. PARM

Revisione 06

Data 24-03-2026

## 1.4. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO (AI SENSI DELL'ARTICOLO 4. C. 3 L. 24/2017)

ANNO	N°	RISARCIMENTI EROGATI
2021	1	8.000,00 €
2022	0	0,00 €
2023	1	23.058,24 €
2024	2	6.043,48 €
2025	3	30.000,00 € 15.000,00 € 25.000,00 €

## 1.5. GESTIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Istituto Raffaele Garofalo ha istituito un fondo rischi ed un fondo riserva sinistri per eventuali risarcimenti danni.

## 1.6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM PRECEDENTE

ATTIVITÀ	REALIZZATA <sup>(A)</sup>	STATO ATTUAZIONE
ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso di gestione del rischio clinico per i nuovi assunti"	SI	
ATTIVITÀ 2: verifica, adattamento e implementazione delle procedure relative alle Raccomandazioni Ministeriali applicabili	IN CORSO	In funzione del cambio ragione sociale nel 2025 è stato avviato ed è a tutt'oggi in corso la revisione di tutta la documentazione
ATTIVITÀ 3: identificazione dei rischi attraverso il Safety Walkaround/FMEA	SI	
ATTIVITÀ 4: elaborazione/revisione ed implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo	IN CORSO	Nel 2025 sono state revisionati i Protocolli 25/09 sul lavaggio delle mani e PSQ 17/09 Infezioni ospedaliere-misure standard ed isolamento del paziente infetto. Si programma inoltre la redazione di una procedura sul Clostridium difficile.
ATTIVITÀ 5: implementazione cartella clinica informatizzata	IN PROGRAMMA	L'attività verrà implementata nel corso del 2026
ATTIVITÀ 6: report monitoraggio consumo prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani	SI	VEDASI ALLEGATO 1

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività



# Piano annuale di Risk Management

Mod. PARM

Revisione 06

Data 24-03-2026

## 2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
- quella dell'Alta Direzione che si impegna ad adottarlo con Deliberazione e a fornire al Risk Manager e all'organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive per la concreta realizzazione delle attività in esso previste (es. la definizione di specifici obiettivi di budget).

Di seguito la matrice delle responsabilità del PARM:

AZIONE	RM	DS	DG	STRUT. DI SUPPORTO
Redazione PARM e proposta di delibera	R	C	C	/
Adozione PARM con deliberazione	I	R	C	/
Monitoraggio PARM	R	I	C	C

RM: Risk Manager; DS: Direttore Sanitario; DG: Direttore Generale  
R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

## 3. OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

Le **linee di indirizzo** in materia di rischio clinico elaborate a livello regionale fornite alle **Aziende Sanitarie Regionali** danno indicazioni specifiche su tematiche di particolare interesse, allo scopo di:

- aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi
- indicare strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi
- promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori.

## 4. ATTIVITÀ

### 4.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

#### ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso di gestione del rischio clinico per i nuovi assunti"

**INDICATORE:** Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

**STANDARD:** 100%

**FONTE:** Risk Management

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Progettazione Corso	R	C
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	R	I

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

#### ATTIVITÀ 2: revisione e implementazione di tutta la documentazione del sistema di gestione qualità/rischio clinico (Procedure, Istruzioni, Consensi informati, ecc..)

**INDICATORE:** Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026

(n nuove procedure) / (n procedure previste)

**STANDARD:** 100%

**FONTE:** Risk Management

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Verifica necessità	R	C
Istituzione gruppo lavoro	R	R
Elaborazione documento	R	I
Implementazione procedura	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato



# Piano annuale di Risk Management

Mod. PARM

Revisione 06

Data 24-03-2026

## 4.2. OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA

### ATTIVITÀ 3: verifica, adattamento e implementazione delle procedure relative alle Raccomandazioni Ministeriali applicabili

**INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2026

(n nuove procedure) / (n procedure previste)

**STANDARD:** 90%

**FONTE:** Risk Management

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Verifica necessità	R	C
Istituzione gruppo lavoro	R	R
Elaborazione documento	R	I
Implementazione procedura	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

### ATTIVITÀ 4: identificazione dei rischi attraverso il Safety Walkaround/FMEA

**INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2026

(n Safety Walkaround/FMEA realizzati) / (n Safety Walkaround/FMEA programmati)

**STANDARD:** 90%

**FONTE:** Risk Management

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Implementazione strumento	R	C
Informazione/formazione	R	C
Verifica utilizzo	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

## 4.3. OBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA

### ATTIVITÀ 5: implementazione cartella clinica informatizzata

**INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2026

N. cartelle cliniche informatizzate implementate nell'anno

**STANDARD:** 90%

**FONTE:** Risk Management

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Implementazione strumento	R	C
Informazione/formazione	R	C
Verifica utilizzo	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

### ATTIVITÀ 6: report monitoraggio consumo prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani

**INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2026

Elaborazione processo monitoraggio utilizzo prodotti idroalcolici, in litri ogni 1000 giornate di degenza.

**STANDARD:** 20 litri / 1000 gg degenza

**FONTE:** OMS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE
Elaborazione report	C	R
Compilazione report	C	R
Condivisione risultati	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato



# Piano annuale di Risk Management

Mod. PARM

Revisione 06

Data 24-03-2026

## 5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

Il presente PARM sarà diffuso attraverso i seguenti strumenti:

- pubblicazione sul sito internet;
- presentazione alla Direzione Aziendale;
- diffusione al personale di struttura;
- presentazione al personale di struttura.

## 6. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Articolo 21 della legge regionale 14 maggio 2004, n. 9 e s.m.i. "Programma assicurativo per rischi di responsabilità civile delle aziende sanitarie regionali";
- DGR n. 35-9620 del 15 settembre 2008 costituzione dei Comitati di gestione dei sinistri nell'ambito di quattro Aree di coordinamento sovranazionale;
- Intesa Stato- Regioni - Rep. Atti n. 116/CSR del 20 marzo 2008;
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.
- DGR n. 55-12646 del 23 novembre 2009 avvio modello organizzativo-gestionale dei sinistri con i Comitati di gestione dei sinistri;
- Decreto Ministero della Salute del 11 dicembre 2009: Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
- Decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012 (c.d. "decreto omnibus" per la sanità) convertito nella Legge 8 novembre 2012, n° 189 art. 3 bis, comma 1: "Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari"
- DGR n. 25-6992 del 30.12.2013 - Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 - Programma 18. "Sicurezza e rischio clinico", Azione 18.1.10 "Programma per la gestione dei rischi sanitari della responsabilità civile della Regione Piemonte"; Programma 4. Azione 4.3.3 "Miglioramento della qualità del dato SIMES";
- DD n. 75/DB2000 del 3 febbraio 2014 "Costituzione del Comitato regionale gestione sinistri";
- Art. 1 comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come integrato dall'art.2, comma 5, della legge 8.3.2017 n. 24 "le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivano un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), per l'esercizio dei seguenti compiti: d-bis). Predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria".
- 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.
- Circolare Regione Piemonte del 16 giugno 2017 (Prot. N. 13352): "Legge 8 marzo 2017, n. 24. Prime indicazioni attuative".
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022-2025.
- Decreto del Ministero delle Imprese e del Made In Italy 15 Dicembre 2023, N. 232 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale 1° marzo 2024, n. 51): "Regolamento recante la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio e le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione, nonché la previsione nel bilancio



# Piano annuale di Risk Management

Mod. PARM

Revisione 06

Data 24-03-2026

delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati.

## 7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Ministero della Salute: "Risk Management e Qualità in Sanità - il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
- WHO – World Alliance for patient safety – The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Save Surgery Save Live".
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997.
- Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997.
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
- [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione)
- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
- [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza)
- AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators:
- <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>
- <http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita/servizi/835-simes-sistema-informativo-monitoraggio-errori-in-sanita>



# Piano annuale di Risk Management

Mod. PARM

Revisione 06

Data 24-03-2026

ALLEGATO 1

## REPORT MONITORAGGIO CONSUMO PRODOTTI IDROALCOLICI PER L'IGIENE DELLE MANI

### SEZIONE RACCOLTA DATI

Anno Riferimento	2025
Standard:	20 litri / 1000 gg degenza (0,02 L/gg di degenza)
Fonte	OMS

**Tabella 1: Consumo riferito all'intera struttura**

CSIA*	GDO*
246	23211

**Tabella 2: Se disponibile, inserire i dati di CSIA della struttura suddivise per aree di degenza/NON degenza**

Area di:	CSIA*	GDO*
Degenza***	246	23211
NON Degenza***	//	//
<b>Totale</b>	<b>246</b>	<b>23211</b>

**N.B. I dati ottenuti nella riga "totale" devono corrispondere ai rispettivi valori della Tabella 1**

**Tabella 3: Se disponibile inserire i dati di CSIA delle aree di degenza suddivise per Area/Disciplina**

U.O.	CSIA	GDO
<b>Totale</b>	<b>246</b>	<b>23211</b>

**N.B. I dati ottenuti nella riga "totale" devono corrispondere ai rispettivi valori riportati nella riga "Degenza" della Tabella 2**

**\* Per la definizione di CSIA e/o di GDO fare riferimento al foglio "Legenda"**

**\*\* Per l'identificazione delle aree di "Degenza" e "NON Degenza" fare riferimento al foglio "Legenda"**

#### LEGENDA

<b>CSIA</b>	Consumo di Soluzione Idroalcolica e/o prodotto equivalente espressa in litri.
<b>GDO</b>	Giornate di Degenza Ordinaria: somma del numero di interi giorni (24h) trascorsi dai pazienti nel reparto da cui vengono dimessi.
<b>Aree di degenza</b>	Include tutte le aree di degenza (Lungodegenza, R.S.A, Hospice)
<b>Aree di NON degenza</b>	Include le seguenti aree/Discipline: Sale di attesa, uffici etc. ed eventuali altre aree di NON Degenza.