

# PIANO 2026 GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE

---

RESIDENZA  
VENEZIA



# INDICE

Capitolo 1	
Introduzione	P. 02
Capitolo 2	
Obiettivo	P. 08
Capitolo 3	
La struttura e il suo contesto	P. 10
Capitolo 4	
Organizzazione della Gestione del Rischio	P. 13
Capitolo 5	
Modello di Gestione del Rischio	P. 21
Capitolo 6	
Relazione sugli Eventi occorsi nel 2025	P. 39
Capitolo 7	
Piani di Azione e attività per il Miglioramento	P. 43
Capitolo 8	
Raccomandazioni Ministeriali e Procedure	P. 51
Capitolo 9	
La Formazione	P. 56
Capitolo 10	
Gestione del Rischio Assicurativo	P. 69
Capitolo 11	
Riferimenti bibliografici e normativi	P. 71

# Introduzione



## Introduzione

# La gestione del Rischio

**L**a gestione del rischio in sanità riveste un ruolo fondamentale nel garantire la sicurezza e la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti e per il benessere aziendale.

In un contesto in cui la variabilità e la complessità delle cure possono far emergere situazioni imprevedibili, **la prevenzione e la gestione di potenziali rischi diventano elementi fondamentali per ottimizzare l'efficacia di un sistema sanitario.**

Il monitoraggio costante delle performance delle equipe, l'analisi retrospettiva degli eventi avversi e l'analisi proattiva di quelli che non si sono verificati per caso fortuito, oltre che la valutazione continua dei processi che stanno alla base della pratica quotidiana di ciascuna figura professionale, permettono di supportare le stesse nella gestione di problematiche insorte e di mettere in atto strategie preventive.

Gestire la sicurezza in un'organizzazione sanitaria significa individuare i rischi connessi con l'attività quotidiana e utilizzare modalità per prevenirli o limitarne gli effetti.

La prevenzione dei rischi necessita di un approccio multidisciplinare e ci sono alcuni fattori fondamentali che contribuiscono a creare un ambiente di lavoro in cui la prevenzione dei rischi deve diventare un processo integrato nella pratica quotidiana:

- l'implementazione di protocolli aggiornati e standardizzati, condivisibili e condivisi
- La formazione continua del personale coinvolto nelle cure
- La promozione di una cultura della sicurezza
- La comunicazione efficace all'interno di un'equipe sanitaria
- La trasmissione accurata delle informazioni, soprattutto se scritte e anche fisicamente trasmissibili.

# La gestione del Rischio

**L**e strategie di prevenzione rappresentano il primo elemento barriera, perché, se attuate correttamente, permettono un'azione mirata e ragionata per far sì che l'evento avverso non si verifichi.

La sicurezza del Paziente deve diventare prioritaria nella nostra pratica clinica quotidiana, sia per ragioni etiche, ma anche per motivazioni legate alla gestione e all'ottimizzazione dei costi (umani, professionali, economici e politici).

Inoltre, ricordiamo che il raggiungimento di un buon livello di qualità migliora la percezione che Residenti e Familiari hanno delle cure prestate, aumenta il gradimento, riduce il rischio di reclami e favorisce il miglioramento della qualità del lavoro e dell'ambiente di lavoro stesso.

# La gestione del Rischio

Il Ministero della Salute definisce “Sicurezza del paziente” la dimensione della qualità dell’assistenza sanitaria che garantisce, attraverso l’identificazione, l’analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l’implementazione di sistemi operativi e di processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.

Nel contesto della prevenzione del rischio clinico, il danno è una qualsiasi conseguenza negativa, non intenzionale e indesiderabile, che si verifica per un paziente a causa delle cure mediche ricevute, e che si manifesta come un prolungamento del ricovero, un peggioramento delle condizioni di salute o addirittura il decesso.

Si riporta la scala per la stima della severità del danno tratto da “Risk Management in Sanità. Il problema degli errori Commissione Tecnica sul rischio Clinico, DM 5 marzo 2003”.

Livello del danno	Descrizione
Morte (evento sentinella)	Decesso del paziente
Grave (evento sentinella)	L’errore ha causato un danno permanente al paziente (invalidità permanente) oppure ha comportato un evento prossimo alla morte (shock anafilattico, arresto cardiaco)
Lieve /Medio (evento avverso)	L’errore ha causato un danno temporaneo al paziente (disturbo o invalidità temporanea) e ha reso necessari trattamenti o interventi supplementari, oppure ha reso necessario un inizio o un prolungamento della degenza.
Nessun danno (near miss)	L’errore non ha comportato alcun danno oppure ha soltanto reso necessario un maggior monitoraggio del paziente

# La gestione del Rischio

## Contesto normativo di riferimento

Legge 24/2017 (Gelli-Bianco)  
Linee guida Ministero della Salute  
Normative e indirizzi regionali su  
accreditamento e qualità

## Cos'è il Rischio Clinico?

Definizione: Probabilità che un paziente subisca un danno involontario durante l'assistenza.

L'errore umano: non è la causa, ma l'effetto di falle nel sistema (Modello del Formaggio Svizzero di Reason).

Obiettivo: creare barriere protettive efficaci.



# La gestione del Rischio

## Obiettivi del piano per le RSA

- Riduzione eventi avversi
- Tutela dell'ospite fragile
- Miglioramento qualità assistenziale
- Conformità ai requisiti regionali

## Principali rischi nelle RSA

- Cadute
- Errori farmacologici
- Lesioni da pressione
- Infezioni correlate all'assistenza
- Malnutrizione e disidratazione

## Strumenti di Prevenzione

- Valutazione multidimensionale
- PAI
- Procedure e protocolli
- Formazione continua
- Segnalazione eventi avversi
- Analisi pro attiva e reattiva



# Obiettivo

# 02

## Obiettivo

# Obiettivo del Documento

Il presente documento descrive le modalità di prevenzione del rischio clinico all'interno della struttura, al fine di garantire la sicurezza dei Residenti e degli operatori.

L'obiettivo del piano annuale di Gestione del rischio è quello di migliorare la sicurezza delle cure offerte e la sicurezza dei nostri Residenti e dei nostri operatori, attraverso l'impegno costante nel formare una cultura della sicurezza.

Attraverso un processo sistematico di identificazione, valutazione e mitigazione dei rischi, l'obiettivo è quello di ridurre gli eventi avversi, migliorare l'appropriatezza delle cure e monitorare ogni evento in struttura che possa nuocere ai nostri Residenti e ai nostri operatori.

Tale documento è, inoltre, uno strumento che risponde agli obblighi di legge.

In data 08/03/2017 è stata emanata la cosiddetta legge Gelli Bianco recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

L'art. 2 comma 5 della legge prevede la 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 nel sito internet della struttura sanitaria.

# La Residenza: Il contesto interno

# 3

## Il contesto interno

# L'attività presso il Centro Servizi Residenza Venezia

Il Centro Servizi accoglie persone anziane non autosufficienti in una Residenza di recente costruzione. L'ambientazione della struttura è legata al mondo del cinema per rendere omaggio a Venezia e alla manifestazione cinematografica più antica al mondo, la *Mostra del Cinema di Venezia*, la cui prima edizione si tenne nell'agosto del 1932. La Struttura offre un livello di comfort alberghiero elevato e molto curato: è stata rifinita e arredata con mobili di pregio, rendendo gradevole l'ambiente e piacevole il soggiorno, soddisfacendo al contempo la necessità di carattere assistenziale e sanitario.

I Residenti alloggiano in camere singole o doppie con bagno indipendente, dotate di comfort e dei più moderni sistemi di sicurezza e di controllo.

Vi sono quattro nuclei:

- Nucleo Tiziano 30 posti letto al secondo piano;
- Nucleo Canaletto 30 posti letto al secondo piano;
- Nucleo Bellini 30 posti letto al primo piano nucleo protetto;
- Nucleo Tintoretto 30 posti letto al primo piano, nucleo élite con maggior comfort alberghiero.

La Struttura è dotata di ristorante, salone, sale polifunzionali, infermeria e studio medico, cappella, palestra, cucina interna, sala cinema; vi sono inoltre salottini, angoli pranzo e bagni attrezzati nei singoli nuclei.

La Residenza offre diversi spazi e occasioni per le relazioni sociali tra i Residenti, i familiari e gli amici, ma allo stesso tempo è strutturata e predisposta al fine di garantire il rispetto della privacy.

Tutt'attorno alla Residenza un grande giardino allestito e messo a disposizione dei Residenti e dei loro familiari, un giardino protetto è presente al piano terra adiacente alla sala cinema e ampie terrazze attrezzate sono a disposizione dei Residenti e famigliari.

Il parcheggio privato rende la Struttura più accessibile e favorisce gli scambi con l'esterno.



# Le patologie trattate presso Residenza Venezia

Residenza Venezia è un Centro Servizi per persone anziane non autosufficienti con varie compromissioni delle funzioni psichiche, fisiche, motorie, sia in regime privato sia convenzionato, a seconda della valutazione della scheda S.V.A.M.A compilata dal medico curante della persona accolta.

Nello specifico, l'ambito di intervento della Residenza fornisce ospitalità a persone anziane non autosufficienti con varie problematiche tra cui anche quelle sociali. L'obiettivo è quello di offrire un'assistenza qualificata e professionale, costruire con i Residenti un rapporto che compensi il distacco dal nucleo familiare e infonda sicurezza nell'assistito e nella sua famiglia. Il focus permane il Residente ed il rispetto della sua dignità e dei suoi diritti, della riservatezza, della personalità e del patrimonio religioso, politico e culturale.

L'obiettivo del nostro lavoro di assistenza è mantenere il più a lungo possibile l'autonomia dei residenti, promuovendo il loro benessere e sviluppando le loro potenzialità, consolidando nel contempo gli obiettivi da loro raggiunti.

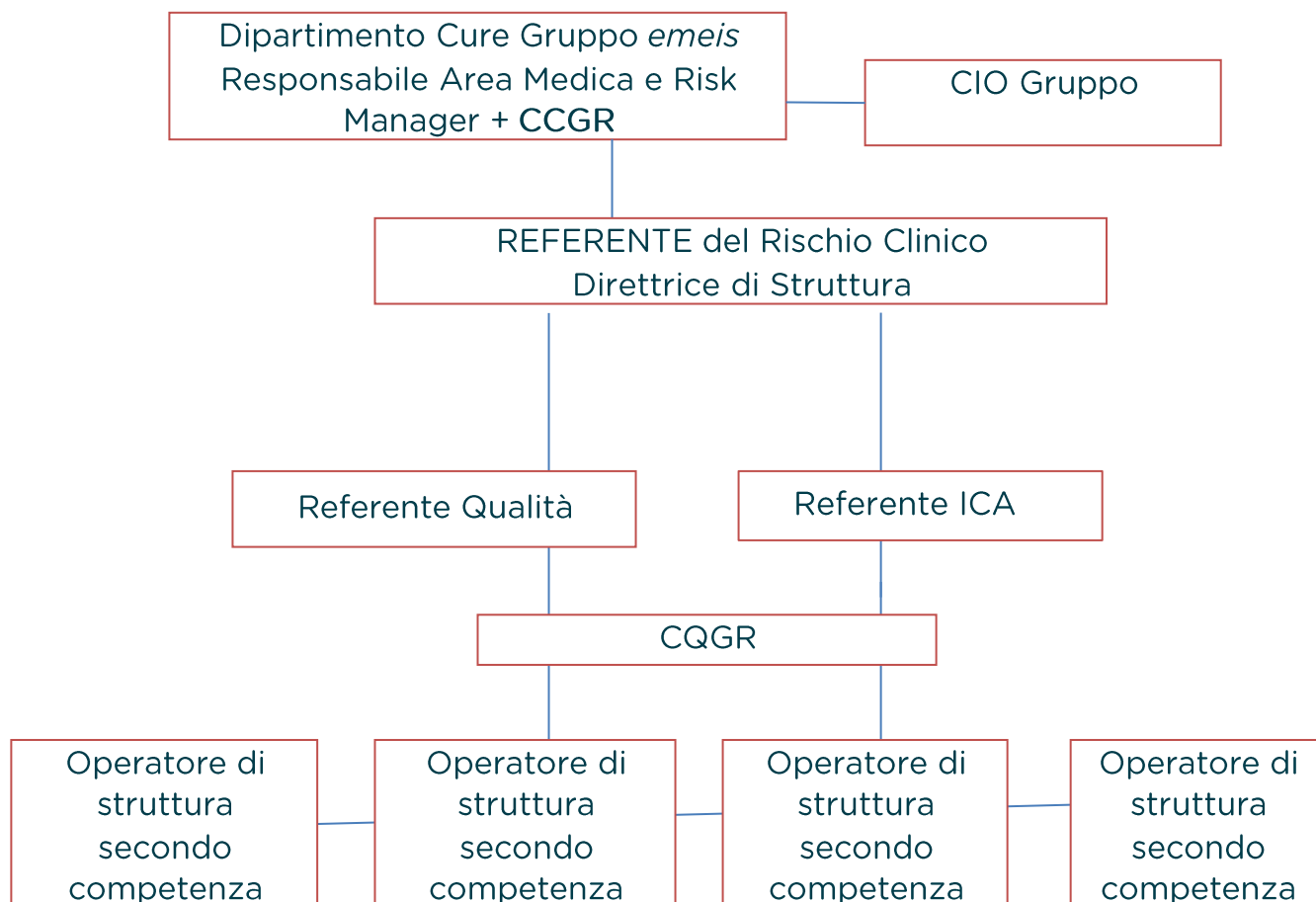
A tal proposito, all'ingresso in struttura del Residente viene redatto un progetto di vita e di cura personalizzato in collaborazione con l'equipe multidisciplinare consultando anche la famiglia, e rivisto di anno in anno, al fine di garantire un'assistenza di qualità durante tutto il soggiorno ed in tutte le fasi della dipendenza. Inoltre viene offerta la possibilità di personalizzare l'arredamento, con piccoli mobili e i ricordi personali al fine di creare un ambiente il più vicino possibile all'ambiente familiare nel quale il residente si possa sentire a proprio agio. Uno degli obiettivi della presa in carico del Residente è quello di stimolare e incoraggiare i residenti alla socialità, per il cui raggiungimento vengono programmate diverse attività di animazione e uscite organizzate. La nostra mission è quella di offrire ai Residenti un ambiente piacevole, capace di favorire il mantenimento delle abilità residue, di compensare le disabilità, di salvaguardare l'incolumità, sono i principali obiettivi della Residenza. Sulla base di tali presupposti, il lavoro della direzione e di tutti i suoi collaboratori consiste nel prendere in carico la cura e la perdita di autonomia delle persone anziane non autosufficienti, fornendo una risposta globale e personalizzata ai bisogni fisici e psicologici da loro espressi.



# Organizzazione della gestione del rischio

# 4

# Organigramma della Gestione del rischio clinico



# Organizzazione del Gruppo di Prevenzione del Rischio Clinico

## Comitato Centralizzato per la Gestione del Rischio - CCGR

A livello centralizzato Gruppo, esiste un comitato di «pilotaggio» per la gestione del rischio, che è l'organismo interno alle aziende sanitarie incaricato di implementare strategie per migliorare la qualità delle prestazioni e garantire la sicurezza del paziente, imparando dall'errore.

A seguito della Legge Gelli-Bianco (Legge 24/2017), questo gruppo ha un ruolo fondamentale nella "sanità responsabile", passando da un approccio reattivo a uno proattivo, volto a prevenire il danno e ridurre i contenziosi.

### Compiti Principali di Prevenzione (Proattivi)

- Mappatura dei rischi: identificare e classificare i potenziali fattori di rischio nelle strutture aziendali.
- Procedure di sicurezza: elaborare, implementare e monitorare protocolli, buone pratiche e raccomandazioni per prevenire l'errore umano o procedurale.
- Formazione: organizzare corsi di aggiornamento continuo per il personale sanitario sulle tematiche della sicurezza.
- Audit Clinici: analisi periodica delle attività assistenziali per verificare l'adesione agli standard di sicurezza.

### Gestione e Analisi degli Eventi (Reattivi )

- Segnalazione Eventi Avversi (Incident Reporting): coordinare il sistema di segnalazione degli "incidenti" (incluso il *near miss*, ovvero il quasi errore) per imparare dagli errori senza finalità punitive.
- Gestione Eventi Sentinella: analisi approfondita di eventi avversi particolarmente gravi (morte o grave danno al paziente) per identificare le cause profonde (Root Cause Analysis).
- Analisi dei sinistri: partecipazione al Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS) per identificare le aree di miglioramento .



# Organizzazione del Gruppo di Prevenzione del Rischio Clinico a livello Gruppo

## Comitato Centralizzato per la Gestione del Rischio

Il Comitato Centralizzato di Gestione del Rischio CCGR si riunisce ogni quattro mesi ed è composto da :

- Dott.ssa Alessandra Taveri: CEO *emeis* Italia S.p.A.
- Avv. Elena Zara: Direttore Legale *emeis* Italia S.p.A.
- Dott.ssa Alessandra Rosselli: Direttore Medico *emeis* Italia S.p.A. e Risk Manager
- Dott.ssa Manuela Mariani: Responsabile Formazione *emeis* Italia S.p.A.
- Dott.ssa Giorgia Baldi: Responsabile Qualità *emeis* Italia S.p.A.
- Dott.ssa Miriam Buso: Care Project Manager *emeis* Italia S.p.A.
- Dott.ssa Alessandra Milano: Responsabile Strategia e Sviluppo *emeis* Italia
- Geom. Andrea Persichella: Responsabile Sicurezza- RSP *emeis* Italia S.p.A.

## Dipartimento Cure gruppo *emeis* e Risk Management

Il Dipartimento Cure è composto dalla dott.ssa Alessandra Rosselli, Direttore Medico Emeis Italia e Clinical Risk Manager, dalla dott.ssa Miriam Buso, Care Project Manager Emeis Italia e dalla dott.ssa Barbara Treves, medico psichiatra Referente per le Cliniche Psichiatriche Emeis Italia.

Il dipartimento svolge la funzione di monitoraggio e gestione del rischio clinico e fornisce istruzioni e supporto operativo alle strutture del gruppo *emeis* su questo tema.



## Organizzazione della Gestione del Rischio Clinico

---

Il Direttore Medico con funzione anche di Risk Manager, in collaborazione con gli altri membri del CCGR, ha la responsabilità di organizzare e coordinare il Piano Aziendale di Prevenzione del Rischio attraverso:

- Supporto nell'attivazione di percorsi Audit o di altre metodologie, finalizzati allo studio dei processi interni, delle criticità più frequenti e all'analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi di cura.
- Monitoraggio continuo dei processi attraverso lo sviluppo e l'applicazione di un sistema di gestione dei livelli di rischio inseriti nel sistema organizzativo.
- Realizzazioni statistiche descrittive e analitiche finalizzate all'analisi e all'orientamento degli interventi successivi.
- Assistenza tecnica al Dipartimento Legale in caso di contenzioso.
- Supporto al Dipartimento Qualità nella revisione di documenti, procedure e protocolli necessari alla gestione delle attività sanitarie e assistenziali e alla gestione del Rischio Clinico
- Supporto al Dipartimento Formazione nella predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua.
- Supporto e supervisione del lavoro in ciascuna struttura in tema di Rischio Clinico in collaborazione con il CQGR di struttura

## CIO Gruppo

Composto da Direttore Medico Gruppo dott.ssa Alessandra Rosselli, dal Care Project Manager dott.ssa Miriam Buso, dal Direttore Sanitario della CDC Madonna dei Boschi, dott. Marco Calegari, dal Medico Igienista e dall'Infettivologo Gruppo, dott. Guido Leo, dal Direttore Sanitario della RSA Casamia Borgaro, dott. Costantino Miravalle e dalla Coordinatrice Infermieristica dott.ssa Francesca Regina.

Il Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) è un organismo multidisciplinare fondamentale per la sicurezza dei residenti, con il ruolo di definire strategie, monitorare e prevenire le infezioni correlate all'assistenza (ICA).

Elabora protocolli, promuove l'igiene delle mani, gestisce la politica antibiotica e forma il personale.



# Organizzazione del Gruppo di Prevenzione del Rischio Clinico in Struttura

## Referente del Rischio Clinico

È il responsabile del Rischio Clinico in struttura.

La sua figura coincide con l'apice dell'organizzazione della Prevenzione del Rischio Clinico in Struttura; normalmente è il Direttore Sanitario o il Direttore di Struttura o altra figura nominata. A Residenza Venezia il Referente per il Rischio Clinico è la Direttrice di Struttura dott.ssa Monica Giulia De Martino.

Il Referente del Rischio Clinico ha il compito di:

- Organizzare e coordinare gli Audit Clinici.
- Contribuire attivamente all'analisi degli Eventi Avversi, Eventi Sentinella e *Near Miss*.
- Procedere alla segnalazione degli Eventi Sentinella tramite piattaforma dedicata specifica [Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità \(SIMES\)](#)
- Promuovere la cultura della sicurezza fra gli operatori e supervisionare dal punto di vista operativo i processi di Gestione dei Rischi.
- Fornire supporto nella revisione di documenti, procedure, protocolli necessari alla gestione corretta delle attività di cura.
- Contribuire alla redazione della relazione annuale consuntiva fornendo notizia al Risk Manager Gruppo per la propria area di competenza sugli Eventi Avversi e sulle conseguenti iniziative messe in atto.
- Collaborare con il Risk Manager e il CCGR per quello che riguarda l'elaborazione e la restituzione dati, l'individuazione di criticità e le azioni di miglioramento, la progettazione e la realizzazione di eventi formativi, con il coinvolgimento di residenti e famigliari.



## Organizzazione della Gestione del Rischio Clinico

---

### Referente ICA

È il Coordinatore infermieristico, incaricato di supportare la gestione del rischio infettivo in ambito sanitario. A Residenza Venezia il Referente ICA è il dott. Andrea Ferro, Coordinatore Infermieristico

Promuove, condivide e monitora le misure di prevenzione e controllo, per migliorare la sicurezza del residente e dell'operatore.

- **Ruolo:** agisce come punto di riferimento per l'attuazione del Piano Annuale ICA, facilitando l'adozione di buone pratiche cliniche e igieniche.
- **Compiti:** sorveglianza attiva delle infezioni, monitoraggio dei microrganismi sentinella, diffusione di protocolli, formazione del personale e analisi dei dati microbiologici o di consumo antibiotico.
- **Contesto:** opera in sinergia con la direzione strategica e il team multidisciplinare per ridurre l'incidenza di infezioni

### Referente Qualità

La Referente Qualità è l'assistente sociale Giorgia Zennaro e supporta le equipe nella diffusione interna delle procedure Gruppo e nella messa in atto dei prerequisiti Qualità *emeis*, assicurando il regolare aggiornamento delle Tabelle di bordo Qualità.

Assicura il collegamento costante con il servizio Qualità Gruppo per la verifica e l'analisi dei risultati in supporto alla Direzione di Struttura, segue le pratiche di reclamo e gli eventi indesiderati (registrazione e aggiornamento dei dati, in collaborazione con la direzione), segue gli Indicatori di qualità.



## Organizzazione della Gestione del Rischio Clinico

---

### CQGR

Il CQGR è il Comitato Qualità e Gestione del Rischio: si tratta di un comitato multidisciplinare diretto dal Referente del Rischio Clinico in Struttura che si riunisce ogni quattro mesi per elaborare programmi su politiche di gestione relative a:

- Gestione del Rischio Clinico
- Miglioramento della Qualità tramite verifica e analisi dei risultati degli indicatori di qualità
- Eventi Indesiderati e Sentinella
- Reclami
- Bilancio ispezioni esterne
- Bilancio Audit interni
- Raggiungimento Obiettivi e Indicatori fissati per l'anno in corso.

È composto dal Direttore Sanitario, dal Direttore di Struttura, dalla Coordinatrice infermieristica, dal Coordinatore settore alberghiero e pulizie, dalla Referente Qualità e dal Manutentore.

### Operatore di struttura secondo competenza

Tale funzione coincide con tutti i collaboratori, siano essi dipendenti della Residenza o liberi professionisti, che, con differenti ruoli suddivisi per area (Medica, Infermieristica, Riabilitativa, Assistenziale, Ristorazione, Manutentiva, Pulizie), operano nella Struttura.

Ognuno di essi riporta gerarchicamente al proprio responsabile di servizio e ha la responsabilità di segnalare criticità, eventi indesiderati, situazioni di rischio latenti, secondo le procedura del Gruppo (Gestione degli Eventi indesiderati, Prevenzione del Rischio clinico) e di collaborare e partecipare alla ricerca di soluzioni atte a ridurre il rischio e ad aumentare il livello di sicurezza in struttura.

# Modello di gestione del rischio

# La gestione del rischio clinico attraverso l'analisi reattiva e proattiva

La struttura Residenza Venezia adotta la procedura *emeis Gestione dei Rischi: gestione degli eventi indesiderati e degli eventi sentinella*, che ha alla base la segnalazione degli stessi da parte degli operatori e che prevede i seguenti elementi fondamentali:

- La constatazione e conseguente segnalazione di un evento indesiderato, a cura di tutto il Personale.
- La valutazione qualitativa del rischio, determinata dal suo grado di criticità, ovvero dal prodotto di due fattori: *probabilità di evenienza e gravità di impatto*.

Si tratta di un modello reattivo, che si fonda su questi quattro punti

1. Identificazione dei rischi clinici e dei relativi determinanti
2. Monitoraggio nel tempo e correzione di comportamenti di rischi
3. Riconoscimento e segnalazione degli errori
4. Analisi delle cause delle insufficienze attive e di quelle latenti

Progressivamente a questo tipo di analisi, si è sviluppato anche un approccio proattivo, che mira ad individuare le criticità del sistema prima che l'incidente si verifichi

# 1. Identificare i rischi clinici e i relativi determinanti

Un evento avverso è un danno o disagio imputabile, anche se involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del tempo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.

Un evento avverso attribuibile ad un errore è un evento quasi sempre prevenibile.

L'errore d'altro canto rappresenta il fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.

Al momento dell'ingresso in struttura, il Paziente viene valutato da più professionisti.

**Una corretta e completa presa in carico fin dal primo momento è fondamentale per mettere già in atto, a volte anche in maniera inconsapevole, strategie di prevenzione.**

Tale presa in carico prevede una strategia di approccio multidisciplinare condivisa in equipe con precisa e puntuale, nonché costante, trasmissione delle informazioni fra i membri, e corretta applicazione delle procedure e delle indicazioni date.

Tutte le informazioni devono essere correttamente e attentamente tracciate in forma scritta e condivise costantemente con tutta l'equipe.

Le informazioni "fondamentali" sono quelle che, se NON trasmesse, potrebbero mettere a rischio il paziente fin dal primo momento.

Fra i possibili (e non unici) potenziali rischi, particolare rilevanza riveste la **Prevenzione delle Infezioni** che, anche all'interno di una Struttura ha un ruolo di notevole impatto.

Nel panorama dei potenziali rischi per la sicurezza del Residente attribuibili all'attività sanitaria, le complicanze infettive hanno un ruolo di primo piano, perché sono frequenti, hanno un elevato impatto clinico, umano ed economico e sono evitabili con l'adozione di misure specifiche e di provata efficacia.

In Italia dal 5 all'8% dei pazienti contrae un'infezione durante il ricovero ospedaliero (infezione correlata all'assistenza o ICA), cioè ogni anno da 450.000 a 700.000 Pazienti.

[Le infezioni correlate all'assistenza non affliggono solo l'ambiente ospedaliero ma anche quello territoriale, in particolare la popolazione delle residenze sanitarie assistenziali, con una prevalenza puntuale del 3,9%, secondo uno studio condotto dall'Università di Torino nel 2022].

## 2. Il monitoraggio nel tempo e la correzione dei comportamenti a rischio

Una volta stabilite le condizioni iniziali, la capacità dell'equipe di monitorare le varie situazioni e di rivalutarle nel tempo sarà fondamentale per individuare un rischio che non era presente all'ingresso e che magari si è presentato o potrebbe presentarsi nel tempo.

Nel lavoro di tutti i giorni, però, spesso ci si scontra con fattori che potrebbero portare ad una riduzione del livello di sicurezza e della nostra capacità di garantirla per il Residente.

Tali fattori rappresentano vere e proprie sfide atte a superare ostacoli che si frappongono fra il nostro operato e la massima sicurezza possibile.

Una delle criticità è sicuramente il caso in cui ci si trovi in condizioni di mancanza di leadership che focalizzi i problemi importanti, acquisisca risorse e introduca e implementi i cambiamenti trascinando le squadre verso un traguardo comune seppur difficile e faticoso da raggiungere.

Un altro elemento che potrebbe rappresentare un ostacolo nella prevenzione dei rischi è la paura di essere rimproverato o trovato in errore, o di danneggiare la propria immagine, elemento che influisce sulle segnalazioni di *near miss* o anche di eventi sentinella.

Un ambiente di lavoro poco sano o non sereno, con carico di lavoro elevato o sproporzione richiesta-tempo, potrebbe portare gli operatori a pensare che non ci sia tempo per raccogliere i dati o lavorare sul problema, così come i rapporti interprofessionali, soprattutto in caso di mancata comunicazione e cooperazione, portano ad un atteggiamento di scarsa attenzione e non rilevazione dell'importanza del processo.

Sempre in quest'ottica di problema rientra il rischio del diffondersi di atteggiamenti "rinunciatari" da parte del personale, sia amministrativo sia sanitario, con il pensiero che "non si possa fare più di così in queste condizioni".

## Il modello di gestione del rischio

Anche atteggiamenti errati nei confronti dell'errore stesso con focalizzazione sull'individuo e sull'evento immediato (soprattutto se non ha avuto conseguenze o ne ha avute di minime) rischiano di non andare ad analizzare le cause sottostanti, aumentando la probabilità di ripresentarsi dell'evento e limitando la capacità di analisi reattiva.

Un alto turnover del personale può rappresentare un altro ostacolo poiché riduce la comprensione dell'organizzazione e dell'impiego dei metodi e obbliga continuamente a dover ripartire da zero nella formazione, limitando la possibilità di crescita del gruppo come tale e come entità collaborativa e in evoluzione.

La mancanza di conoscenza di possibili miglioramenti e riduzioni di costo e dell'impiego di metodi per la sicurezza clinica e la gestione del rischio nella pratica possono reiterare sistemi di lavoro obsoleti e non più efficaci.

Se volessimo dare alcune indicazioni operative da utilizzare come strumenti per migliorare i livelli di sicurezza del residente allora potremmo dire che è utile:

1. **Ridurre la complessità dei processi** e usare la costruttività per semplificarli
2. **Ottimizzare l'informazione sul processo** con formazioni continue
3. **Non affidarsi troppo alla memoria** (tracciabilità scritta!)
4. **Automatizzare e informatizzare con saggezza**, senza rendere le cose più complicate (p.e. nello sviluppo di Software di Cartella Elettronica)
5. **Misurare gli effetti indesiderati** del cambiamento negativo e quelli inaspettati del cambiamento positivo
6. **Favorire il lavoro in team** e far emergere gli effetti positivi dello stesso, valorizzare il personale e coinvolgerlo, favorire lo sviluppo di un ambiente di lavoro sano
7. **Standardizzare le procedure** il più possibile e uniformarle fra le vare strutture
8. **Riprogettare sulla base degli errori**

### 3. Riconoscere e segnalare gli errori

**R**iconoscere gli errori è il punto di partenza per poterli segnalare e migliorare i processi. E il personale gioca un ruolo fondamentale. È infatti la **capacità da parte del personale di identificare l'evento** e quindi la conoscenza delle procedure e le conseguenze possibili di una disapplicazione delle stesse, nonché sul verificarsi di un evento che dà risultati diversi dall'atteso e che ha o avrebbe potuto causare danni sul paziente (c.d. *near miss*).

Una volta identificato l'evento bisognerà valutarne la criticità in base alla probabilità dell'evento e alla gravità dello stesso.

È chiaro che la **segnalazione degli eventi avversi indesiderati rappresenta una strategia di analisi che da reattiva deve diventare proattiva** e che i dati relativi a tali eventi non sono segnalati semplicemente a scopo statistico o di tracciabilità, ma devono essere oggetto di attenta analisi da parte dell'equipe di cura.

La base per il riconoscimento e la segnalazione è la **formazione del personale e il coinvolgimento** dello stesso in una visione ampia e condivisa che miri a garantire sicurezza e qualità delle cure.

È importante che **tutto il personale, ognuno secondo le proprie competenze, venga coinvolto in questo processo** perché sappia applicarlo e ne conosca le finalità.

La gestione del rischio clinico non è qualcosa imposto dalle alte sfere aziendali, ma un processo di miglioramento che coinvolge tutti e che può portare benefici a tutti.

## 4. Analizzare le cause delle insufficienze attive e di quelle latenti

**L**o step successivo è l'analisi delle cause che hanno portato al verificarsi di quell'evento e la messa in atto di azioni correttive con una priorità che sarà in funzione della criticità identificata.

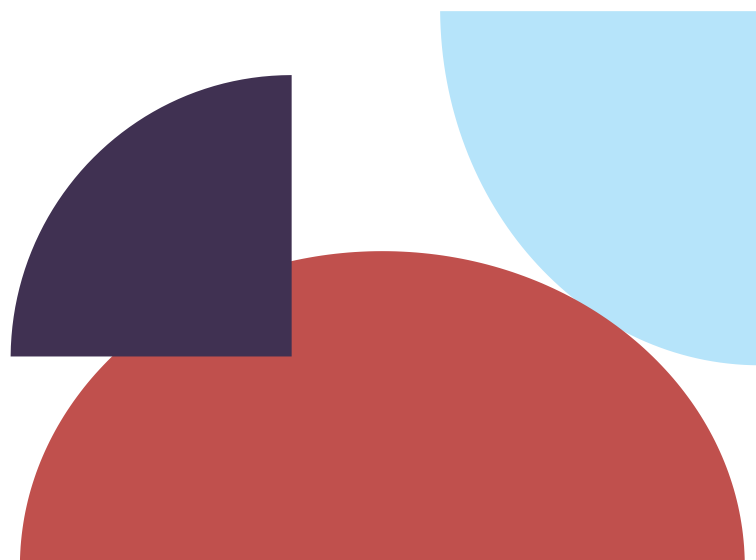
Infine, sarà fondamentale monitorare i piani d'azione messi in atto affinché le conseguenze non siano troppo impattanti e soprattutto al fine di costruire un'analisi proattiva e costruttiva che permetta all'equipe di discutere insieme delle cause ed evitare il riverificarsi dell'evento.

L'analisi dei rischi permette di identificare i potenziali rischi e di costruire processi con lo scopo di evitare il verificarsi di eventi avversi.

L'analisi delle cause di un evento già verificatosi invece permette di evidenziare gli elementi fondamentali di quell'evento al fine di comprenderne le cause, ed evitare che possa accadere ancora.

All'interno di questo discorso, particolare importanza rivestono le seguenti analisi:

- Analisi degli Eventi Sentinella
- Analisi dei *Near Miss*
- Analisi di ogni altro evento avverso, dovuto ad errore e/o substandard care



## Il modello di gestione del rischio

# Eventi Sentinella

## Ministero della Salute

Gli eventi sentinella sono quegli eventi il cui livello di soglia tollerabile è "1" perché anche solo il verificarsi una volta rende necessaria un'indagine immediata rivolta ad accertare i fattori che hanno contribuito al suo verificarsi.

Sono eventi inattesi che comportano la morte o gravi lesioni fisiche o psichiche o il rischio di queste.

### Esempi di eventi sentinella

- Procedura corretta in paziente sbagliato o procedura errata su paziente corretto
- Atto di violenza su un residente o su un operatore
- Suicidio o tentato suicidio
- Fuga di un residente
- Procedura errata su residente giusto
- Morte, coma o gravi alterazioni derivanti da errori in terapia farmacologica
- Morte, coma o gravi alterazioni derivanti da cadute del residente
- Atti di violenza a danno di un operatore o di un residente

### Evento Sentinella

Evento avverso di particolare gravità, che causa morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia nei confronti del Servizio Sanitario

## Il modello di gestione del rischio

# Near Miss (Quasi evento)

## Ministero della Salute

Un *near miss* è un qualsiasi evento accaduto in occasione di lavoro, generato da situazioni impreviste e improvvise, che sia potenziale causa di incidenti o infortuni, ma non comporta conseguenze negative a causa della presenza di condizioni fortuite favorevoli.

L'evento avverso non avviene perché è stato rilevato in anticipo l'errore o perché ci sono state coincidenze fortunate.

Quindi l'evento sentinella è un evento che ha causato un danno, di solito di una certa entità, la cui analisi permetterà il non ripresentarsi dell'evento.

Il *near miss* è un evento avverso "mancato" quindi qualcosa che non ha causato danni ma che è andato molto vicino a causarne.

Entrambi rappresentano un chiaro segnale di una falla nel sistema.

Quel sistema va rianalizzato in uno dei suoi punti fondamentali e cioè la progettazione del processo o l'applicazione del processo. Chiaramente alla base sta sempre la segnalazione degli stessi.

Esempi di *near miss* in Struttura intercettati o senza conseguenze

- Caduta o altro evento accidentale senza conseguenze
- Infezioni correlate all'assistenza non clinicamente manifeste
- Incidenti di somministrazione di un farmaco senza conseguenze
- Errore di identificazione del paziente senza conseguenze
- Errore di dosaggio del farmaco senza conseguenze

### *Near Miss*

Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente

# Evento avverso

## Ministero della Salute

Bisogna porre estrema attenzione ad ogni altro evento avverso, dovuto ad errore e/o *substandard care* (livelli assistenziali inferiori rispetto agli standard previsti), non compreso tra gli eventi sentinella precedentemente segnalati, che causa morte o grave danno al residente

### Evento avverso

Un evento avverso è un evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al residente, non intenzionale e indesiderabile.

Sono tutti casi in cui il residente è stato realmente danneggiato, quindi non solo gli eventi avversi correlati all'utilizzo dei farmaci, ma **tutte le tipologie di eventi possibili che causino un danno al residente imputabili alle cure degli operatori.**

Gli eventi avversi possono essere **prevenibili o non prevenibili.**

Un evento avverso attribuibile ad un errore è un evento avverso prevenibile.

# Tabella comparativa definizioni Evento avverso/ Evento sentinella

	Ministero Salute	Gruppo <i>emeis</i>
<p><b>EVENTO AVVERSO</b></p> <p><b>SAFETY EVENT</b></p>	<p>Evento inatteso, non intenzionale e indesiderabile, correlato al processo di assistenza sanitaria, che provoca un danno al Paziente. Questo danno può manifestarsi con un prolungamento del ricovero, un peggioramento delle condizioni di salute o, nei casi più gravi, il decesso. Gli eventi avversi possono essere prevenibili (se causati da un errore) o non prevenibili (se sono complicitanze inevitabili).</p>	<p>Accidente, incidente, rischio incidente o disfunzionamento che sopravviene in un'entità del Gruppo (struttura, Sede, Sede Corporate) che ha o avrebbe potuto causare conseguenze dannose ai Residenti/Pazienti, ai visitatori, al Personale o ai beni della Struttura e/o del Gruppo.</p>
<p><b>EVENTO SENTINELLA</b></p> <p><b>SENTINEL EVENT</b></p>	<p>Sono definiti Eventi Sentinella quegli eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al Paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. Gli eventi sentinella sono considerati, per la loro gravità e il loro significato, un problema prioritario per la sicurezza dei Pazienti, con importanti ripercussioni sulle organizzazioni sanitarie, sui professionisti e sulle amministrazioni locali e regionali.</p>	<p>Un evento (non correlato principalmente al decorso naturale della malattia o alle condizioni del Residente/Paziente) che sopraggiunge e provoca una delle seguenti conseguenze: morte, danno o danno grave, lievi conseguenze o nessuna conseguenza.</p> <p>Altri eventi correlati al Personale o alla Struttura la cui segnalazione è richiesta dalla normativa vigente e che sopraggiungendo provoca: morte, danno o danno grave, lievi conseguenze o nessuna conseguenza.</p>

Il modello di gestione del rischio

# Tabella comparativa Procedure Eventi Sentinella

Ministero Salute	Gruppo emeis
1. Procedura in paziente sbagliato	4. JCI - Procedura invasiva, compreso l'intervento chirurgico, sul paziente sbagliato, nel sito sbagliato o si tratta di una procedura sbagliata (non prevista)
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	
3. Errata procedura su paziente corretto	
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure	
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO	5. JCI - Trasfusione emolitica
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	19. Incidente somministrazione farmaci grave
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	NA
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	NA
9. Morte o grave danno per caduta di paziente	12. Cadute
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	1. JCI - Suicidio e tentato suicidio
11. Violenza su paziente	2. JCI - Molestia, aggressione o omicidio di qualsiasi residente o paziente 6. JCI - Rapimento, Aggressione 17. Maltrattamento e sospetto di maltrattamento
12. Atti di violenza a danno di operatore	3. JCI - Molestia, aggressione o omicidio di un membro del personale

Il modello di gestione del rischio

# Tabella comparativa procedure Eventi Sentinella

Ministero Salute	Gruppo emeis
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	21. Incidente, danno, incidente terapeutico
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso	21. Incidente, danno, incidente terapeutico
15. Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico	4. JCI - Procedura invasiva, compreso l'intervento chirurgico, sul paziente sbagliato, nel sito sbagliato o si tratta di una procedura sbagliata (non prevista)
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	20. Incidente, danno, mancanza di cure
	7. JCI - Fuga/Uscita non autorizzata
	8. Intossicazione alimentare collettiva
	9. Data Breach, cyber attack e problemi informatici
	10. Epidemia e infezione parassitaria
	11. Gestione della struttura/Guasto tecnico
	13. Incendio, inondazione, terremoto
	14. Ispezione delle autorità
	15. Carenza di personale, sciopero, intrusione, perdita, furto
	16. Logistica (incl. legionella)
	18. Relazione con le famiglie
	22. Incidente sul lavoro

# Analisi reattiva

L'analisi reattiva è un'analisi delle cause radice. Il gruppo *emeis* utilizza la metodologia del Root Cause Analysis (RCA) e Diagramma ISHIKAWA: l'approccio reattivo per definizione, e cioè un'analisi che si svolge quando l'evento si è già verificato. L'analisi viene condotta a ritroso rispetto alla sequenza temporale che, dagli errori attivi, individua i fattori di rischio che li hanno favoriti o causati.

La RCA è uno strumento per il miglioramento della qualità che aiuta gli individui e le organizzazioni a identificare le cause e i fattori contribuenti correlati ad un evento avverso; sulla base dei risultati possono essere sviluppati i progetti di miglioramento. Il risultato è il riconoscimento delle cause profonde dell'errore.

## Analisi Reattiva

Studio a posteriori degli eventi avversi, mirato a individuare le cause che hanno permesso il loro verificarsi

La sicurezza dei Pazienti e la gestione del Rischio Clinico, GLOSSARIO Ministero della Salute, 2006

Il modello di gestione del rischio

# Analisi reattiva dell'E.I.

## La valutazione QUALITATIVA di un Evento Indesiderato.

La valutazione QUALITATIVA di un E.I. è determinata dalla sua "CRITICITÀ" (o livello di rischio), che comporta i seguenti fattori:

- Probabilità di evenienza e
- Gravità di impatto

Questa scala definisce:

- La **probabilità** che il rischio identificato accada
- Il suo **impatto** (le sue conseguenze) sulle persone e/o sui valori, gli obiettivi, l'operatività, l'immagine del Gruppo

CRITICITÀ: PROBABILITÀ DI EVENIENZA & GRAVITÀ DI IMPATTO				
Probabilità di Evenienza			Gravità di Impatto	
Questa scala definisce la probabilità che l'evento segnalato sopravvenga			Sullo stato clinico o fisico dell'Ospite o sulla notorietà del Gruppo	
Descrizione		Corrispondenza nella sintesi	Descrizione	
				Corrispondenza nella sintesi
Raro	Evento che rischia di prodursi unicamente in casi eccezionali	1	Debole	Poche conseguenze
Possibile	Evento che rischia di prodursi in un dato momento	2	Medio	Superabile e gestibile a livello funzionale senza impatto sullo stato clinico o fisico dell'Ospite o sulla notorietà del Gruppo
Probabile	Evento che si produce in un dato momento	3	Forte/Grave	Impatto significativo sullo stato clinico o fisico dell'Ospite o sulla notorietà del Gruppo
Certo	Evento atteso nella maggior parte dei casi	4	Molto forte/ Molto grave	Rimessa in discussione della presa in carico. Rischio che ha un impatto molto grave (rischio vitale, decesso di un ospite...) sullo stato clinico o fisico dell'Ospite o sulla notorietà del Gruppo.

Il modello di gestione del rischio

# Analisi reattiva dell'E.I.

## Fissare le PRIORITÀ

La priorità di un E.I. è determinata dall'URGENZA di CORREZIONE da mettere in atto per una soluzione definitiva o di contenimento dei danni.

\***urgenza:** sforzo richiesto e velocità di reazione e di esecuzione dell'azione/i necessaria/e per risolvere l'E.I., per esempio se la prognosi vitale del Paziente è in gioco).

È possibile allora definire i livelli di priorità in base alla matrice seguente:

PROBABILITA' EVENIENZA	4	rischio moderato 4	rischio significativo 8	rischio critico 12	rischio critico 16
	3	rischio limitato 3	rischio moderato 6	rischio significativo 9	rischio critico 12
	2	rischio limitato 2	rischio moderato 4	rischio moderato 6	rischio significativo 8
	1	rischio limitato 1	rischio limitato 2	rischio limitato 3	rischio moderato 4
		1	2	3	4
		GRAVITA' IMPATTO			

Le zone della MATRICE indicano il livello di CRITICITÀ, attraverso la moltiplicazione dei 2 valori (probabilità di evenienza e gravità di impatto).





## Il modello di gestione del rischio

# Analisi reattiva

Gli eventi vengono suddivisi in 22 categorie, sulla base della Joint Commission, sui Requisiti Iso 9001 e sui Requisiti Ministeriali e vengono valutati sulla base della loro Criticità (da *Nessuna conseguenza* a *Morte*) e, a seconda del tipologia, vengono analizzati dall'equipe interna alla struttura.

Categoria	Livello di Criticità
1 - JCI - Suicidio e tentato suicidio	<b>Decesso</b>
2 - JCI - Molestia, aggressione o omicidio di qualsiasi residente o paziente	<b>Danno e danno severo</b>
3 - JCI - Molestia, aggressione o omicidio di un membro del personale	<b>Lievi conseguenze</b>
4 - JCI - Procedura invasiva, compreso l'intervento chirurgico, sul paziente sbagliato, nel sito sbagliato o si tratta di una procedura sbagliata (non prevista)	<b>Nessuna conseguenza</b>
5 - JCI - Trasfusione emolitica	
6 - JCI - Rapimento, aggressione	
7 - JCI - Fuga/Uscita non autorizzata	
8 - Intossicazione alimentare collettiva	
9 - Data Breach, cyber attack e problemi informatici	
10 - Epidemia e infezione parassitaria	
11 - Gestione della struttura/Guasto tecnico	
12 - Cadute	
13 - Incendio, inondazione, terremoto	
14 - Ispezioni delle autorità	
15 - Carenza di personale, sciopero, intrusione, perdita, furto	
16 - Logistica (incl: legionella)	
17 - Maltrattamento e sospetto di maltrattamento	
18 - Relazione con le famiglie	
19 - Incidente sommin.ne farmaci grave	
20 - Accidente, danno, mancanza di cure	
21 - Accidente, danno, incidente terapeutico	
22 - Incidente sul lavoro	

# Relazione sugli eventi occorsi 2025

# Relazione sugli eventi occorsi

La relazione consultiva sugli eventi avversi è un obbligo di legge (ex art.2 Legge 24/2017), e va pubblicata sul sito internet della struttura.

Nel 2025 gli **eventi avversi** segnalati dal personale presso la Residenza Venezia sono **110**

Nel 2025 si sono verificati n.**60** eventi sentinella (rif. Ministero della salute Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella 2024)

Dei **60** eventi sentinella, si segnalano:

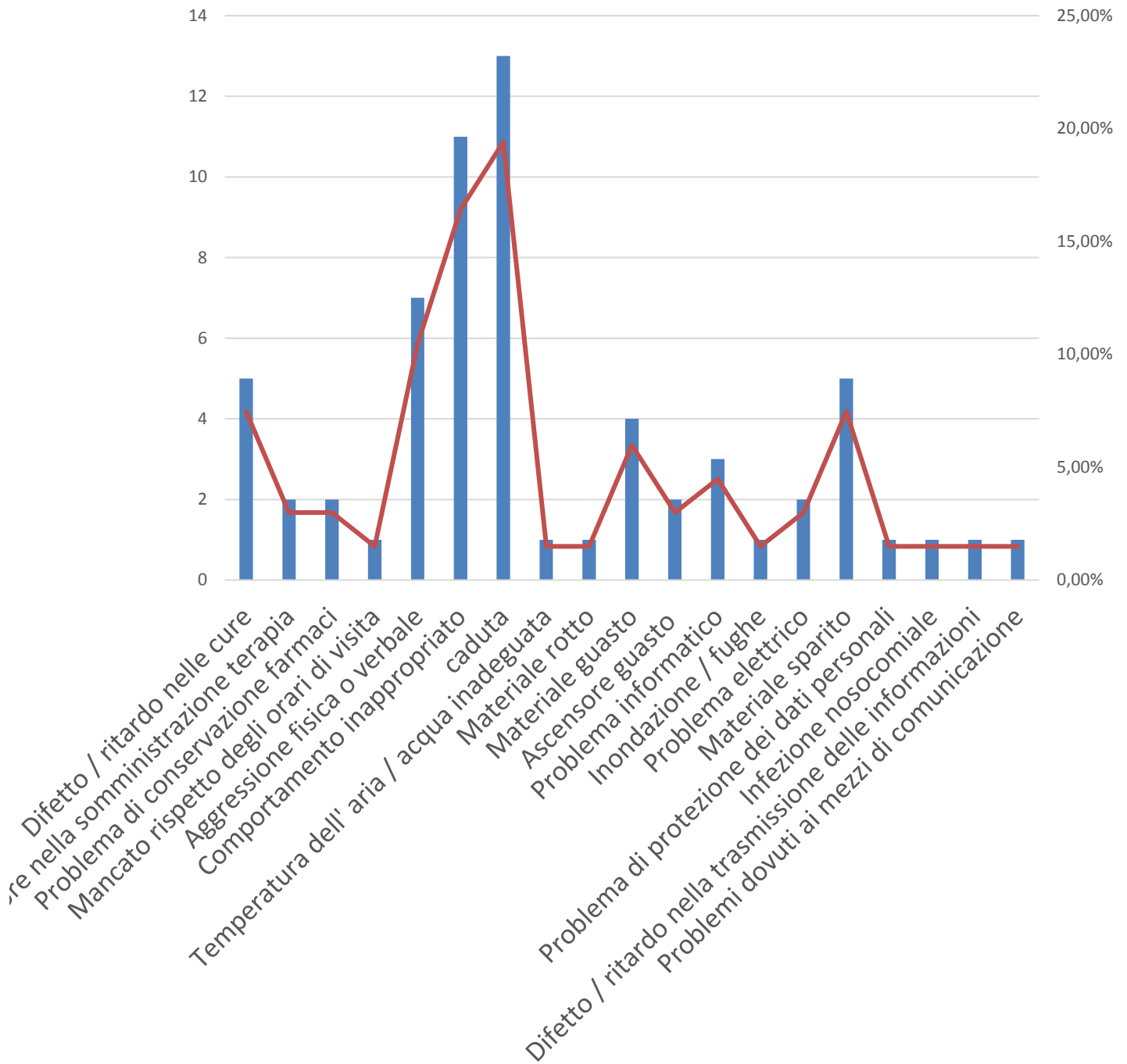
- 35 eventi indesiderati per cadute
- 8 eventi indesiderati per molestie
- 3 eventi indesiderati per maltrattamento
- 2 eventi indesiderati per fuga
- 4 eventi indesiderati per incidente su lavoro
- 1 evento indesiderato per rischio suicidio
- 1 evento indesiderato per ispezione
- 2 evento indesiderato per epidemia
- 1 evento indesiderato per Cyber attack
- 3 eventi indesiderati legati alle attrezzature/impianti

Relazione annuale sugli eventi occorsi

# Grafico Pareto

E.I. 31.12 .2025

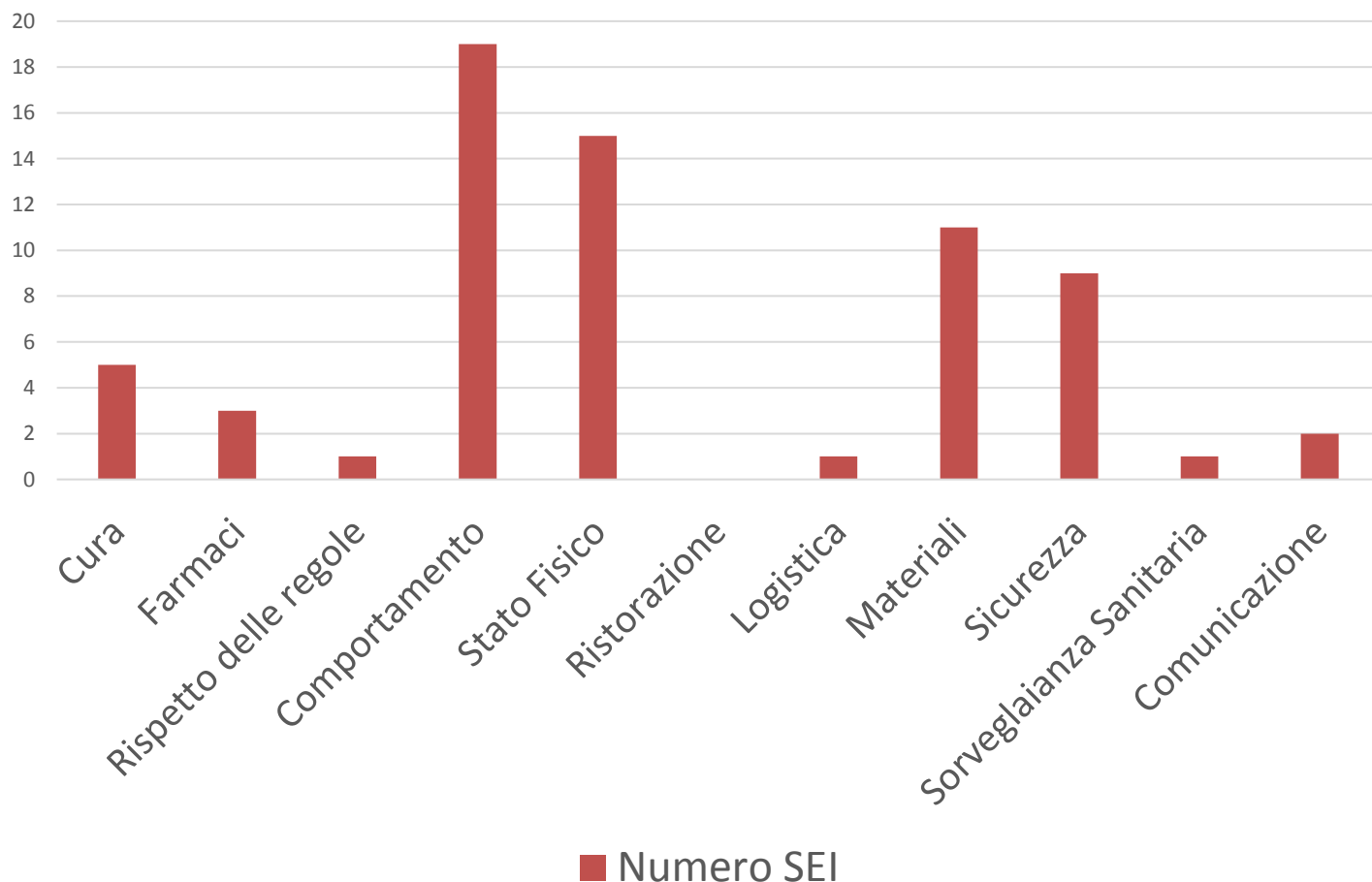
GRAFICO COLONNE



## Relazione annuale sugli eventi occorsi

# Natura degli eventi occorsi

Nel 2025 gli eventi indesiderati sono stati 110, suddivisi in 10 tipologie



Natura	%	Numero SEI
Cura	4,55%	5
Farmaci	1,82%	2
Rispetto delle regole	0,91%	1
Comportamento	18,18%	20
Stato fisico	52,73%	58
Ristorazione	0,91%	1
Materiale	7,27%	8
Sicurezza	11,82%	13
Comunicazione	1,82%	2

# Piani di Azione e Attività di miglioramento

# 07

# Obiettivi del Risk Management Gruppo *emeis* 2026

- Prevenzione e Gestione delle Lesioni da Pressione
- Prevenzione Infezioni e Lavaggio Mani
- Analisi e Prevenzione delle Cadute
- Diffusione di una cultura di sicurezza delle cure e presa in carico di *Near Miss*, Eventi Avversi ed Eventi Sentinella
- Piano Aziendale di Riduzione delle Contenzioni

# Piani di azione specifici della struttura

**G**li Eventi Indesiderati rilevati dagli operatori nel corso del 2025, sono stati tutti analizzati in sede di staff settimanale, a cura della Direzione di Struttura, della Direzione Sanitaria e dei referenti di settore, di volta in volta individuati in base al servizio interessato.

Ove necessario e in base alla gravità sono stati approntati **piani d'azione** che hanno riguardato :

- Formazione o mini-formazione del personale
- Verifica di protocolli / piani di lavoro esistenti ed eventuale modifica degli stessi
- Richiami disciplinari
- Incontri/chiarimenti con i pazienti/famiglie che hanno sporto reclamo orale
- Manutenzione straordinaria di attrezzature
- Acquisto di materiale/attrezzatura

A seguito di analisi in riunione di staff degli eventi occorsi nel 2025, sono stati definiti alcuni piani di azione migliorativi per il 2026 :

1. Prevenzione delle cadute e tutela dello stato fisico del residente
2. Gestione dei comportamenti critici e dei residenti affetti da disturbi del comportamento
3. Miglioramento delle comunicazioni con i famigliari e nell'equipe
4. Migliore aderenza alle procedure
- 5, Prevenzione cadute
- 6, Prevenzione rischio fuga

# Attività e obiettivi 2026 specifici della Struttura

**L**e attività di miglioramento messe in atto da parte della  
si possono suddividere in 3 tipologie :

- Piani di azione migliorativi a seguito degli eventi occorsi nel 2025:
  - Formazione sulla comunicazione efficace
  - Laboratori prevenzione cadute
  - Gestione residenti con deterioramento cognitivo
  - Prevenzione e presa in carico LDP
- Analisi proattiva di almeno un processo all'anno : circuito del farmaco
- Implementazione delle attività inerenti alla gestione del rischio che tengano conto delle indicazioni fornite dal Ministero della Salute e della Regione, come l'adesione ai flussi di segnalazione degli Eventi Sentinella

# Analisi proattiva

L'analisi Proattiva è un approccio preventivo al sistema per evitare che si verificano eventi avversi, attraverso l'applicazione di metodi e strumenti per identificarne ed eliminarne le criticità

*La Sicurezza dei Pazienti e la gestione del Rischio Clinico, GLOSSARIO Ministero della Salute 2006*

La FMEA (Failure Mode and Effects Analysis) è un'analisi orientata al team che viene utilizzata per trovare sin dall'inizio potenziali fonti di errori nei prodotti o processi, per riconoscerne l'importanza e per valutarli al fine di ricavare misure preventive adeguate a evitarli se necessario. In questo modo, è possibile evitare o ridurre significativamente i costi elevati di controllo ed errore.

La FMECA (Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis) è una estensione della FMEA, in aggiunta alla quale include un'analisi di criticità usata per valutare, mediante opportuni diagrammi, la gravità delle conseguenze di un guasto correlata con la probabilità del suo verificarsi.

In entrambe l'oggetto dell'osservazione non è l'evento avverso o il *near-miss* ma il processo così come si svolge routinariamente e per ciascuna delle azioni identificate viene stabilito un Indice di Priorità del Rischio (IPR) che è dato dal prodotto fra la Probabilità, la Gravità e la Rilevabilità.

Un'analisi proattiva è stata applicata, per tutte le strutture del gruppo *emeis*, al processo della Somministrazione del farmaco

Piani di azione e Attività di Miglioramento

# Analisi proattiva

**D**urante l'aggiornamento della procedura Gestione dei rischi-Gestione degli Eventi indesiderati Rif. GEI 001 V002 del 26/08/2019, il Gruppo di Lavoro costituito dai Direttori Sanitari del Gruppo *emeis*, dal Direttore Medico Gruppo, dal Care Project Manager e dal Responsabile Qualità, ha individuato il momento della distribuzione dei farmaci come elemento critico su cui avviare un'analisi di tipo proattivo. Per valutare e prevenire i possibili punti deboli di questo processo, si è fatto ricorso allo strumento metodologico della FMEA, che si basa su un principio semplice ma potente:

analizzare preventivamente ogni fase di tale processo per identificare dove, come e con quali conseguenze potrebbero verificarsi gli errori.

Per ciascuna modalità di errore ipotizzata, si è valutato il livello di rischio sulla base di tre parametri: la gravità dell'effetto, la probabilità che si verifichi e la capacità di rilevarlo in tempo. Il prodotto di questi tre fattori genera un indice numerico (RPN - Risk Priority Number) che consente di stabilire le priorità di intervento.

## FMEA - Legenda item

Probabilità: Occorrenza del errore.	Descrizione	NOTE DI VALUTAZIONE
1	remota	Può capitare ogni 10-30 anni
2	bassa	Può capitare ogni 5-10 anni
3	moderata	Può verificarsi ogni 1-2 volte all'anno
4	frequente	Si verifica circa una volta al mese
5	molto frequente	Si verifica più volte al mese

Gravità: Severità dell'effetto conseguente all'errore se si verifica.	Descrizione	NOTE DI VALUTAZIONE
1	Nessun danno	L'evento non ha comportato alcun danno oppure ha comportato soltanto un maggior monitoraggio del pz
2	Danno lieve	L'evento ha causato un danno temporaneo al pz e ha reso necessari interventi o trattamenti supplementari o un prolungamento della degenza al di sopra del valore medio del DRG specifico.
3	Danno medio	L'evento ha causato un danno temporaneo al pz (invalidità temporanea) e ha reso necessari un inizio o un prolungamento della degenza
4	Danno grave	L'evento ha causato un danno permanente al pz (invalidità permanente) oppure ha generato un evento prossimo alla morte
5	Morte	Decesso del residente

Rilevabilità: Probabilità che il errore venga individuato prima di causare danno.	Descrizione	NOTE DI VALUTAZIONE
1	Altissima (errore sempre rilevato)	Si rileva 9 volte su 10 che l'evento accada
2	Alta (errore probabilmente rilevato)	Si rileva 7 volte su 10 che l'evento accada
3	Media (probabilità moderata di rilevazione dell'errore)	Si rileva 5 volte su 10 che l'evento accada
4	Bassa (probabilità bassa di rilevazione dell'errore)	Si rileva 2 volte su 10 che l'evento accada
5	Remota (rilevazione praticamente impossibile)	Si rileva 0 volte su 10 che l'evento accada

RPN (Risk Priority Number): Numero di priorità del rischio; misura complessiva del rischio combinando gravità, probabilità e rilevabilità.	Formula	NOTE DI VALUTAZIONE
	SxOxD (Gravità x Probabilità x Rilevabilità)	Più alto è l'RPN, maggiore è il rischio e prioritaria è l'azione correttiva.

Priorità Intervento: Livello di urgenza delle azioni correttive basato sull'RPN.	Criteri utilizzati	NOTE DI VALUTAZIONE
	- Alta: RPN ≥ 50 → interventi immediati e rigorosi - Media: 20 ≤ RPN < 50 → interventi programmati e controllati - Bassa: RPN < 20 → monitoraggio sufficiente, interventi minori	La priorità guida l'allocazione delle risorse e l'attenzione del team.

Piani di azione e Attività di Miglioramento

# La Somministrazione dei farmaci

Il processo della somministrazione del farmaco è analizzato con il metodo FMEA

Failure Mode Effect Analysis (FMEA)													
Processo	Fase del Processo	Rischio (Modalità di Errore)	Danno derivante dal rischio (Modalità di errore)	Probabilità (P)	Gravità (G)	Rilevabilità (D)	RPN (SxOxD)	Controlli attuali	Azioni migliorative	Responsabile	Data Target	Priorità intervento	Azioni per Fase
SOMMINISTRAZIONE FARMACI	PRIMA	Distrazioni/Interruzioni durante la somministrazione dei farmaci	Errori vari: dose, farmaco, omissione	5	4	3	60	Prescrizione terapia CCE	Zona silenziosa per somministrazione, segnaletica, comunicazione e condivisione orari di somministrazione terapia con famigliari	Coordinatore Infermieristico/Referente Infermieristico	Sempre	ALTA	Controllo prescrizione, verifica scadenze e conservazione, valutazione interazioni, conferma identità del residente ( fotografia e de visu )
	PRIMA	Errore di trascrizione della terapia	Dimenticanza di farmaci prescritti, inserimento dosaggio o posologia errata	5	4	3	60	Visivo	Inserimento scheda di Riconciliazione e Ricognizione farmacologica	Project Manager CCE - Risk Manager	giu-26	ALTA	Definizione modello elettronico con fornitore, inserimento scheda in CCE, formazione dei prescrittori
	PRIMA	Farmaco errato (molecola sbagliata)	Reazioni gravi, mancata terapia	3	5	3	45	Prescrizione terapia su CCE	Separazione LASA, armadi e cassette dedicati	Coordinatore Infermieristico/Referente Infermieristico/ Direttore Sanitario dove presente	Sempre	MEDIA	Controllo prescrizione, verifica scadenze e conservazione, valutazione interazioni, conferma identità del residente ( fotografia e de visu )
	PRIMA	Somministrazione e Al bisogno non giustificata	Sovradosaggio, dipendenza, effetti collaterali	4	4	3	48	Prescrizione terapia AB su CCE	Formazione staff, indicazione puntuale delle indicazioni alla somministrazione al bisogno	Medico Prescrittore	Sempre	MEDIA	Controllo prescrizione, verifica scadenze e conservazione, valutazione interazioni, conferma identità del residente ( fotografia e de visu )
	PRIMA	Dosaggio errato (troppo alto)	Tossicità, ricovero, danno permanente	3	5	3	45	Prescrizione elettronica	Verifica terapia mensile	Medico Prescrittore/Direttore Sanitario	Sempre	MEDIA	Controllo prescrizione, verifica scadenze e conservazione, valutazione interazioni, conferma identità del residente ( fotografia e de visu )
	DURANTE	Mancata somministrazione e (omissione)	Terapia inefficace, ricaduta, sintomi acuti	3	4	3	36	Controllo presenza farmaco in carrello terapia e giacenza armadi	Verifica degli stock durante il turno programmato	Infermiere	Sempre	MEDIA	Verifica dose/farmaco/residente, rispetto via e forma, ambiente senza distrazioni, verifica orari, verifica identità
	DURANTE	Mancata sorveglianza post-somministrazione	Reazioni avverse non identificate tempestivamente	3	4	3	36	Osservazione standard 15-30 min dove previsto	Monitoraggio continuo per farmaci ad alto rischio	Infermiere	Sempre	MEDIA	Verifica dose/farmaco/residente, rispetto via e forma, ambiente senza distrazioni, verifica orari, verifica identità
	DURANTE	Paziente errato o farmaco errato	Reazioni avverse, evento sentinella	2	5	4	40	Controllo de visu dell'identità del residente, fotografia su foglio terapia	Formazione IP	Coordinatore Infermieristico/Referente Infermieristico/ Direttore Sanitario dove presente	Sempre	MEDIA	Verifica dose/farmaco/residente, rispetto via e forma, ambiente senza distrazioni, verifica orari, verifica identità
	DURANTE	Orario errato	Ridotta efficacia, interazioni	5	4	2	40	Prescrizione in CCE	Formazione IP	Coordinatore Infermieristico/Referente Infermieristico/ Direttore Sanitario dove presente	Sempre	MEDIA	Verifica dose/farmaco/residente, rispetto via e forma, ambiente senza distrazioni, verifica orari, verifica identità
	DURANTE	Documentazione incompleta o errata	Discrepanze, somministrazione duplicata o omissione	4	4	3	48	Verifica della presenza della documentazione all'ingresso e al rientro da visite o ospedalizzazioni	Scannerizzazione referti in CCE	Medico Responsabile del residente/ Direttore Sanitario/ Coordinatore Infermieristico	Sempre	MEDIA	Richiesta documentazione all'ingresso, verifica documentazione al rientro dall'ospedalizzazione o visita specialistiche, inserimento in CCE dei referti
	DOPO	Interazione non valutata	Aumento effetti avversi, tossicità	3	5	3	45	Verifica terapia in CCE	Revisione farmacologica mensile, software aggiornato	Medico Prescrittore/Direttore Sanitario	Sempre	MEDIA	Monitoraggio reazioni, documentazione completa, audit Circuito del Farmaco
	DOPO	Dosaggio errato (troppo basso)	Inefficacia terapeutica, peggioramento condizioni	4	4	2	32	Verifica terapia in CCE	Standardizzare confezioni, formazione, verifica dosaggi farmaci nei cassette terapia	Coordinatore Infermieristico/Referente Infermieristico	Sempre	MEDIA	Monitoraggio reazioni, documentazione completa, audit Circuito del Farmaco
	DOPO	Forma farmaco errata (es. sospensione vs compressa)	Assorbimento errato, inefficacia	3	4	3	36	Verifica terapia in CCE	Controllo prescrizione in CCE e verifica presenza farmaco nella corretta forma	Infermiere	Sempre	MEDIA	Monitoraggio reazioni, documentazione completa, audit Circuito del Farmaco
	DOPO	Via di somministrazione errata	Complicanze, inefficacia	2	5	3	30	Verifica terapia in CCE	Controllo prescrizione in CCE e verifica della corretta forma	Infermiere	Sempre	MEDIA	Monitoraggio reazioni, documentazione completa, audit Circuito del Farmaco
	DOPO	Farmaco scaduto o conservato male	Perdita efficacia, rischio tossicità	2	4	2	16	Verifica degli stock, controlli scadenze programmati	Doppia verifica (carrello e stock)	Infermiere	Sempre	MEDIA	Monitoraggio scadenze e controlli, evidenziazione della data di scadenza, valutazione trimestrale infermeria

# Monitoraggio degli Eventi Sentinella SIMES

La Residenza Venezia recepisce il Protocollo del Ministero della Salute per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella e si impegna nell'attuazione del monitoraggio sul portale NSIS/ SIMES, promuovendone la conoscenza tra gli operatori, in particolare i referenti per il rischio clinico.

In aggiunta alla segnalazione interna degli eventi indesiderati, secondo la procedura Gruppo, la Residenza nella figura del Referente per la Gestione del Rischio, si impegna a segnalare il 100% degli Eventi Sentinella sul portale nazionale NSIS/SIMES

# Raccomandazioni Ministeriali e Procedure sulla gestione del rischio clinico

# Le procedure *emeis* e l'allineamento alle Raccomandazioni Ministeriali

Il gruppo *emeis* recepisce le Raccomandazioni Ministeriali relative alla gestione del rischio clinico e all'attività sanitaria attraverso le seguenti procedure e sessioni formative. Il Centro Servizi Residenza Venezia si impegna al recepimento delle Raccomandazioni attraverso la condivisione con i propri operatori per mezzo di appositi momenti formativi, consapevole che esse rappresentano uno degli elementi preliminari nello sviluppo della gestione del rischio clinico.

	Raccomandazioni ministeriali	Procedure / applicazione <i>emeis</i>
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale Marzo 2008	Procedura Valutazione e sorveglianza del rischio suicidario Rif. SUIC 001 V002 del 21.02.2025
5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO Gennaio 2020 (prima edizione marzo 2008)	Gestione dei rischi – Gestione degli eventi indesiderati Rif. GEI 001 V002 del 26/08/2019 (diffusione aggiornamento entro Q1 2026)
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica Marzo 2008	Gestione dei rischi – Gestione degli eventi indesiderati Rif. GEI 001 V002 del 26/08/2019 (diffusione aggiornamento entro Q1 2026)
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari Novembre 2007	Affissione che deriva dall'avviso ministeriale Procedura Rif. AGG 001 V001 (in fase di predisposizione) Formazione specifica sulla gestione dei comportamenti aggressivi Procedura Prevenzione del rischio di aggressione ( Diffusione entro S1 2026)

# Le procedure *emeis* e l'allineamento alle raccomandazioni ministeriali

	Raccomandazioni ministeriali	Procedure/ applicazione <i>emeis</i>
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali Aprile 2009	Gestione dei rischi – Gestione degli eventi indesiderati Rif. GEI 001 V002 del 26/08/2019 (diffusione aggiornamento entro Q1 2026) Documento Ufficio tecnico: Programma manutenzione apparecchiature elettriche Modulo di richiesta intervento tecnico Manutenzione correttiva
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci “ <i>Look-alike/sound-alike</i> ” Agosto 2010 in fase di aggiornamento	Circuito del farmaco: Prescrizione, Preparazione, Sommin.ne e Monitoraggio Rif. STER 004 V005 di Ottobre 2025
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie Novembre 2011	Protocollo di prevenzione delle cadute delle RSA Rif. CAD 002 di 12.2023
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica Dicembre 2014	Riconciliazione farmacologica protocollo operativo Rif. RICFAR 001 V001 del 01.10.2025
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all’uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli Settembre 2018	Circuito del farmaco: Prescrizione, Preparazione, Sommin.ne e Monitoraggio Rif. STER 004 V005 di Ottobre 2025
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide Novembre 2019	Circuito del farmaco: Prescrizione, Preparazione, Sommin.ne e Monitoraggio Rif. STER 004 V005 di Ottobre 2025

## Raccomandazioni ministeriali sulla sicurezza delle cure e procedure interne

# Le procedure di gestione del rischio

In aggiunta alle procedure per la Gestione del Rischio allineate alle Raccomandazioni Ministeriali, la struttura Residenza Venezia adotta le seguenti procedure per la gestione e prevenzione del rischio:

Procedure	Rif
Condotta da tenere in caso di sospetto o di infezione da Clostridium difficile	ICD 001 V001 Novembre 2022
Procedura circuito biancheria sporca	CBS 001 V002 Aprile 2023
Procedura circuito biancheria pulita	CBP 001 V002 Aprile 2023
Affissione epidemia influenzale	Doc GED Strutture V003 Ottobre 2025
Procedura Condotta da tenere nella gestione della fase post pandemica da COVID 19	CORO007 V2 Settembre 2025
Protocollo lavaggio semplice delle mani	LAVS.001 V003 Sett. 2025
Affissione Lavaggio Mani semplice	LAVS.001 V003 Sett. 2025 All. 1
Protocollo disinfezione delle mani per Frizione	LAVD 001 V007 sett. 2025
Affissione Lavaggio mani per Frizione idroalcolica	LAVD. 001 V003 Sett. 2025 All. 1
Protocollo lavaggio Antisettico delle mani	LAVS 001 -V003 Sett. 2025
Affissione lavaggio Antisettico Mani	LAVD.002-V003 Sett.2025 All.1
Procedura corretto utilizzo dei guanti durante le attività di cura	GUAN002 v 002 Sett.2025
Procedura precauzioni standard	PRS001 V005 Sett. 2025
Procedura precauzioni aggiuntive	PRC001 V005 Sett. 2025

# Le procedure di gestione del rischio

Procedure	Rif
Procedura Gestione dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo	SAN 001 - Documento di lavoro interno CLINEA - V002 - Giugno 2019
Smaltimento Differenziato Dei Residui Delle Attività di Cura	SAN 001 - Documento di lavoro interno CLINEA - V002 - Aprile 2020 All. 1
Regole applicabili al deposito dei RSP (DRSP) e al loro ritiro	RIFSAN 001 - Documento di lavoro interno CLINEA - V002 - Giugno 2019 All. 2
Circuito gestione Dei Rifiuti Sanitari Pericolosi	RIFSAN 001 - Documento di lavoro interno CLINEA - V001 - Giugno 2019 All. 3
Procedura Comportamento da tenere in caso di BMR	BMR 001 V004 Settembre 2025
Affissione BMR	BMR 001 V002 Settembre 2025
Procedura Condotta da tenere in caso di EAS (esposizione accidentale sangue)	EAS 001 V1 giugno 2019
Procedura Pulizia e decontaminazione dei locali e dei materiali infetti	DEC.AMB 001 V1 Aprile 2020
Procedura prevenzione e controllo delle ICA	ICA 001-V001- Aprile 2025
Protocollo Linee Guida ICA su antibiotico-resistenza	ICA 001-V001- Aprile 2025
Procedura in caso di scabbia e pediculosi comprovata	SCA001 V001 Novembre 2019
Procedura prevenzione del rischio legionella e screening dei residenti a rischio	LEG.PREV 001 V02 Settembre 25

# Le valutazioni interne

Per la gestione del rischio sono adottate anche valutazioni interne sulla base di check list per l'autovalutazione delle conoscenze e dell'applicazione delle procedure da parte degli operatori.

Semestralmente la commissione Qualità del gruppo *emeis* effettua la Valutazione della Qualità percepita.

	Valutazioni
1	Auto Valutazione trimestrale Infermeria e Cure
2	Auto Valutazione trimestrale lavori-sicurezza
3	Auto Valutazione trimestrale igiene dei locali-lavanderia
4	Valutazione flash lavaggio mani
6	Valutazione semestrale Qualità percepita
7	Audit Clinici : circuito del farmaco, cadute, contenzioni

# La Formazione

## La Formazione specifica sulla cultura della gestione del rischio

---

# La formazione

La formazione specifica sulla Gestione del Rischio si attua attraverso due strumenti:

- la Formazione, gestita dal Servizio Formazione Gruppo
- la Mini formazione, vale a dire un sistema di aggiornamento e rinforzo costante delle competenze attraverso sessioni ridotte di “mini formazione”.

### FORMAZIONE GRUPPO

L'obiettivo prioritario per il triennio 2025-2027 stabilito dal Gruppo *emeis* è il potenziamento delle competenze del personale al fine di garantire un'assistenza riabilitativa di qualità, sicura e centrata sui bisogni del residente.

Gli obiettivi specifici si declinano nei seguenti punti:

- Aggiornamento professionale, al fine di mantenere costante l'aggiornamento sulle migliori pratiche assistenziali, normative e tecnologie sanitarie.
- Qualità dell'assistenza - sviluppare competenze specifiche per rispondere in modo efficace ai bisogni clinici e riabilitativi dei pazienti.
- Umanizzazione delle cure - promuovere un approccio empatico, comunicativo e rispettoso, valorizzando la relazione con pazienti e famiglie.
- Gestione delle emergenze e del rischio al fine di formare il personale a gestire situazioni critiche (cadute, arresti cardiaci, emergenze cliniche).
- Sicurezza sul lavoro, per rafforzare le competenze in materia di prevenzione dei rischi per operatori e pazienti.
- Relazione e comunicazione efficace, per potenziare la collaborazione multidisciplinare e la comunicazione con pazienti, familiari e colleghi.

### MINI FORMAZIONE

Le mini formazioni sono programmate annualmente e pianificate mensilmente, al fine di riprendere i temi e gli argomenti più rilevanti dal punto di vista dell'operatività, sia in funzione dei bisogni rilevati mensilmente dallo staff (es. Lavaggio e disinfezione delle mani), sia per condividere conoscenze acquisite in sedi formative esterne alla struttura.

# Formazione obbligatoria ex lege effettuata nel 2025

	TITOLO/TEMA CORSO	N. Edizioni previste	Formatore	DATE
Formazione obbligatoria ex lege	FORMAZIONE LAVORATORI DIPENDENTI ED EQUIPARATI CORSO BASE (soci lavoratori di cooperative o società).	4	SIOTEMA	13-17 gen 17-22 apr 8-11 lug 9-11dic
	FORMAZIONE LAVORATORI DIPENDENTI ED EQUIPARATI CORSO SPECIFICO (soci lavoratori di cooperative o società)	4	SIOTEMA	13-17 gen 17-22 apr 8-11 lug 9-11dic
	AGGIORNAMENTO FORMAZIONE LAVORATORI	3	SIOTEMA	31 gen 4 giu 7-ott
	FORMAZIONE ADDETTI ALLA LOTTA ANTINCENDIO ED EMERGENZA	4	SIOTEMA	4-15-18-29 apr 6-9-16-23 mag 3-10-17-24 ott 2-5-12-16 dic
	AGGIORNAMENTO FORMAZIONE ADDETTI ALLA LOTTA ANTINCENDIO ED EMERGENZA	1	SIOTEMA	4 giug
	BLSD	1	SIOTEMA	30 gen
	RLS - RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (D.Lgs 81/08)	1	SIOTEMA	8 sett
	MAPO - MOVIMENTAZIONE MANUALE PAZIENTI	2	Personale interno	25 nov 4 dice
	ADDETTO HACCP - DGLS n. 193 6/11/2007 (Ex 155 del 26/05/97)	3	Responsabile Ristorazione Gruppo	20-marzo 20 giug 15 ott
	IGIENE E HACCP PER ADDETTI ALLA SOMMINISTRAZIONE	3	Responsabile Ristorazione Gruppo	19 giug 26 nov
FORMAZIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI (Regolamento Europeo 2016/679 del 27 aprile 2016)	1	DPO	10 dic	

La Formazione specifica sulla cultura della gestione del rischio

# Formazione Gruppo e Formazione Interna effettuata nel 2025

	TITOLO/TEMA CORSO	N. Edizioni previste	Formatore	DATE
<b>Formazione Gruppo</b>	CODICE ETICO	1	DPO Gruppo e Direttore Legale Gruppo	ON DEMANDE
	ANTICORRUZIONE	1	DPO Gruppo e Direttore Legale Gruppo	ON DEMANDE
	PREVENZIONE AL MALTRATTAMENTO	2	Direttore Medico Gruppo con funzione di Risk Manager	25 gennaio 26 novembre
<b>Formazione interna</b>	LA PREVENZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO	1	Responsabile servizio psicologi gruppo	sincrona
	LA CONTENZIONE FISICA E FARMACOLOGICA	1	Project Care Manager	23 settembre
	IL PAZIENTE DISFAGICO	2	Professionista interno <i>emeis</i> dott. Poli	22 febbraio 15 maggio
	AGGIORNAMENTO PANDEMIE e USO DEGLI ANTIBIOTICI	1	Infettivologo esterno, dott. Leo	5 febbraio
	LESIONI DA PRESSIONE	1	SIOTEMA	19 marzo
	CORSO DI LEGITTIMA DIFESA ED EDUCAZIONE RELAZIONALE	1	SIOTEMA	9 aprile
	BODYWORK EMOTIVO STRUTTURALE: IL CORPO	1	SIOTEMA	6 giugno
	IGIENE E PULIZIA DEI LOCALI E DELLA CUCINA	1	MAGRIS	3 luglio

# Formazione obbligatoria ex lege programmata per il 2026

	TITOLO/TEMA CORSO	N. Edizioni previste	Formatore	DATE
Formazione obbligatoria ex lege	FORMAZIONE LAVORATORI DIPENDENTI ED EQUIPARATI CORSO BASE (soci lavoratori di cooperative o società).	14	RSPP	8-15-22 gen 10-17-24 feb 14 apr, 12 mag, 9 giu, 7 luglio, 15 sett, 13 ott, 10 nov, 3 dic
	FORMAZIONE LAVORATORI DIPENDENTI ED EQUIPARATI CORSO SPECIFICO (soci lavoratori di cooperative o società)	10	RSPP	10-17 mar 21 e 28 apr 19 e 26 mag 16 e 23 giu 14 e 21 lug 22 e 29 sett 22 e 27 ott 17 e 24 nov 10 e 17 dic
	AGGIORNAMENTO FORMAZIONE LAVORATORI	4	Formamentis	Apr, giu, ott, dic
	FORMAZIONE ADDETTI ALLA LOTTA ANTINCENDIO ED EMERGENZA	4	Formamentis	Apr, giu, ott, nov
	AGGIORNAMENTO FORMAZIONE ADDETTI ALLA LOTTA ANTINCENDIO ED EMERGENZA	1	Formamentis	Maggio
	BLSD	1	Formamentis	settembre
	AGG. RLS - RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (D.Lgs 81/08)	/	Formamentis	E-learning
	MAPO - MOVIMENTAZIONE MANUALE PAZIENTI	4	Interno/ Formamentis	Apr, mag, sett, ott.
	ADDETTO HACCP - DGLS n. 193 6/11/2007 (Ex 155 del 26/05/97)	3	Responsabile Ristorazione Gruppo	18 mar 25 giu 25 ott
	IGIENE E HACCP PER ADDETTI ALLA SOMMINISTRAZIONE	4	Responsabile Ristorazione Gruppo	21 gen 14 mag 9 set
FORMAZIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI (Regolamento Europeo 2016/679 del 27 aprile 2016)	2	DPO	19 mar 26 nov	

## La Formazione specifica sulla cultura della gestione del rischio

# Formazione Gruppo e Formazione interna programmata per il 2026

	TITOLO/TEMA CORSO	N. Edizioni previste	Formatore	DATE
Formazione Gruppo	CODICE ETICO	1	DPO Gruppo e Direttore Legale Gruppo	E-learning
	ANTICORRUZIONE SPECIFICA	4	DPO Gruppo e Direttore Legale Gruppo	11 feb, 11 giu, 11 set, 11 dic
	ANTICORRUZIONE BASE	/	Meta compliance	E-learning
	PREVENZIONE AL MALTRATTAMENTO	2	Direttore Medico Gruppo con funzione di Risk Manager	18 feb 18 nov
Formazione interna	LA PREVENZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO	1	Direttore Medico Gruppo, Bronzin, Secco	29 maggio
	LA PRESA IN CARICO DEL DOLORE	1	Direttore Medico Gruppo	17 Aprile
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE INFEZIONI NOSOCOMIALI	1	Infettivologo Dott. Leo	19 ottobre
	PREVENZIONE E GESTIONE INFEZIONE VIE RESPIRATORIE	1	Dott.ssa Buso Project Care Manager	14 ottobre
	LA CONTENZIONE NON FARMACOLOGICA	1	Dott.ssa Buso Project Care Manager	3 feb
	LA DEMENZA E LA MALATTIA DI ALZHEIMER: il punto di vista del Medico	2	Direttore Medico Gruppo	28 gennaio, giugno
	LA DEMENZA E LA MALATTIA DI ALZHEIMER: il punto di vista dello Psicologo ( <i>Sentemente, Gentle Care, Personal Centred Care</i> )	2	Strangio, Todaro, Tagliabue, Michieletto	27 febbraio, luglio
	LA DEMENZA E LA MALATTIA DI ALZHEIMER: il punto di vista dello Psicologo e dell'Educatore( <i>Stanza Snoezelen, Doll therapy, Stimolazione Cognitova</i> )	2	Tacchetto, Giraldo, Cabuderra, Cassano	27 marzo settembre
	LA DEMENZA E LA MALATTIA DI ALZHEIMER: il punto di vista del Fisioterapista, dell'OSS, dell'Infermiere	2	Cibin, Mannino, Regina	27 aprile, ottobre
	LA DEMENZA E LA MALATTIA DI ALZHEIMER: il punto di vista del Logopedista, Nutrizionista, Cuoco ( <i>Disfagia, Denutrizione, Texture Modificata</i> )	2	Gavazzoni, Rossetto, Gallon	27 maggio, novembre
	LA DEMENZA E LA MALATTIA DI ALZHEIMER: il punto di vista del Direttore e del Project Care Manager	2	Celentano, Dott.ssa Buso Project Care Manager	Giugno dicembre

## La Formazione specifica sulla cultura della gestione del rischio

# Formazione Gruppo e Formazione interna programmata per il 2026

	TITOLO/TEMA CORSO	N. Edizioni previste	Formatore	DATE
Formazione interna	IL PAZIENTE DISFAGICO	1	Professionista interno <i>emeis</i> dott. Poli	17 sett
	ANTIBIOTICO RESISTENZA: indicazioni prescrittive	1	Infettivologo esterno, dott. Leo	25 maggio
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE INFEZIONI NOSOCOMIALI	1	Infettivologo esterno, dott. Leo	5 ottobre
	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE INFEZIONI RESPIRATORIE	1	Dott.ssa Buso Project Care Manager	14 dicembre
	LESIONI DA PRESSIONE	1	Dott.ssa Buso Project Care Manager	8 aprile
	GESTIONE DEI CONFLITTI E MEDIAZIONE	1	Dott.ssa Piovesan Mediatore	9 marzo
	MAESTRI DI MESTIERE	1	Direttori Regionali e Project Care Manager	settembre
	DIVERSAMENTE UNICI	1	Engim	aprile
	NOZIONI DI PRIMO SOCCORSO	-	Formamentis	E-learning
	NOZIONI DI ANTINCENDIO	-	Formamentis	E-learning
	NOZIONI DI MOVIMENTAZIONE	-	Formamentis	E-learning
	PIANO DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	-	Direttore Medico Gruppo con funzione di Risk Manager	E-learning
	TECNICHE OPERATIVE DI GESTIONE DELLE SITUAZIONI DI EMERGENZA	-	Direttore Medico Gruppo con funzione di Risk Manager	E-learning
	IGIENE E PULIZIA DEI LOCALI E DELLA CUCINA	1	MAGRIS	13 maggio

# La mini formazione programmata per il 2026

La programmazione delle mini-formazioni prevede la ripresa e l'approfondimento di tematiche relative al *Rischio clinico e sicurezza* per i seguenti ambiti di attività: Cure, Alberghiero-Ristorazione, Comportamento e Valori, amministrativo.

Le **mini-formazioni contrassegnate col colore rosso** si definiscono ad «alta importanza» e devono essere ripetute due volte nel corso dell'anno.

Le mini-formazioni si svolgono di norma al cambio turno e prevedono una durata massima di 30 minuti.

		AREA CURE	DATE
Temi ad alta importanza obbligatori	1	Lavaggio delle mani	9 Gen/ 9 Sett
	2	Ospedalizzazione di un paziente	10 Apr/ 10 Sett
	3	In caso di caduta (cosa fare-analisi e prevenzione)	12 Febb/9Sett
	4	Cartella clinica	10 Apr/10 Ap
	5	La fuga	10Gen/10 Sett
	6	Gestione situazioni di urgenza	9 Gen/9 Sett
	7	I protocolli di urgenza	11 Apr/11 Ott
	8	Canicola	3 Giug/ luglio
	9	La contenzione	20 Gen/ 20 Ott
	10	Gestione permessi di uscita	14 Apr/ 14 Ott
	11	Corretto utilizzo DPI	12 Mag/ 12 Ott
	12	Paziente a rischio denutrizione	20 Mag/ 20 Sett
	13	Rilevazione delle temperature	6 Mag/ 6 Nov
	14	Accoglienza di un nuovo Paziente/Residente	3Gen/ 3 Feb

# La mini formazione programmata per il 2026

TEMI	AREA CURE	DATE	
Temi	1	Gestione evento indesiderato	30 marzo
	2	Gestione reclami	20 Aprile
	3	Strutture modificate	22 Aprile
	4	Piatti campione	22 Aprile
	5	Circuito del farmaco	10 Febbraio
	6	Somministrazione dei farmaci	10 Febbraio
	7	Sorveglianza delle evacuazioni	20 Marzo
	8	EAS (esposizione accidentale a sangue)	15 Febbraio
	9	Schede di sorveglianza	10 Gennaio
	10	Counselling (INCONTRO CON FAMILIARI)	20 Maggio
	11	Gestione dell'incontinenza	4 Maggio
	12	Accoglienza nuovo ospite	9 Gennaio

# La mini formazione programmata per il 2026

La programmazione delle mini-formazioni per il 2026 prevede la ripresa e l'approfondimento delle seguenti tematiche per l'area Ristorazione-alberghiera

TEMI	AREA RISTORAZIONE ALBERGHIERA	DATE
1	Circuito della Biancheria	12 Maggio- 12 novembre
2	Igiene dei locali	19 Aprile 19 Maggio
3	Igiene in cucina	20 Aprile 20 Maggio
4	Menu specifici	22 Aprile 22 Maggio
5	Piatti campione	23 Aprile 23 Maggio
6	Regimi e texture modificate	1 Aprile
7	Servizio ai pasti	20 Giugno
8	Rilevazione delle temperature	18 Luglio

# La mini formazione programmata per il 2026

La programmazione delle mini-formazioni per il 2026 prevede la ripresa e l'approfondimento delle seguenti procedure relative all'ambito dei Comportamenti e dei Valori

TEMI	AREA COMPORTAMENTO - VALORI	DATE
1	Impegni EMEIS (codice etico + diritti del paziente + valori del gruppo)	Aprile-Settembre
2	Impegni dell'équipe	Aprile
3	Dovere di riservatezza/segreto professionale (Privacy+GDPR)	Maggio
4	Buon trattamento dei pazienti	Gennaio-Settembre
5	Prevenzione del maltrattamento/rispetto	Gennaio-Settembre

# La mini formazione programmata per il 2026

La programmazione delle mini-formazioni per il 2026 prevede la ripresa e l'approfondimento delle seguenti procedure relative all'area amministrativa:

TEMI	AREA AMMINISTRATIVA	DATE
1	Sicurezza dei pazienti	Aprile
2	Gestione di un evento indesiderato	Aprile Settembre
3	Ispezioni	Maggio
4	In caso di incendio	Maggio Settembre
5	In caso di guasto elettrico, guasto ascensori,..	Aprile
6	Piano di emergenza e evacuazione	Aprile
7	Scheda di rischio professionale	Aprile
8	Utilizzo dei DPI	Aprile
9	Trasmissione della documentazione sanitaria	Aprile
10	Accoglienza telefonica e fisica nuovo paziente	Aprile Settembre

# Proposta formativa 2026

## RELAZIONE CON IL RESIDENTE

- Prevenzione del Maltrattamento
- Prevenzione Rischio Suicidio
- La Presa in Carico del Dolore
- La relazione tra operatore sanitario e residente-caregiver
- Accompagnamento al Fine Vita
- Terapie non farmacologiche e Snoezelen Room
- Corso introduttivo di Aromaterapia
- La contenzione non farmacologica
- Percorso sulle Demenze e la malattia di Alzheimer

## RELAZIONE CON I COLLEGHI E I FAMILIARI

- Gestione dei Conflitti
- Maestri di Mestiere
- Diversamente Unici: lavoriamo sull'inclusione

## RELAZIONE CON SÉ

- Corso Introduttivo sui Fiori di Bach
- Bodywork Emotivo Strutturale
- Legittima Difesa e Educazione Relazionale
- EAP (Employee Assistance Program)

## ASSITENZA DIRETTA ALL'OSPITE

- Definire il PAI
- Il Paziente Disfagico
- Mindfuleating
- Prevenzione della denutrizione nell'anziano
- Prevenzione e Gestione delle Infezioni Nosocomiali
- Antibioticoresistenza: indicazioni prescrittive
- Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza
- Lesioni da pressione
- La disidratazione nell'anziano

## SICUREZZA OPERATIVA E RISCHIO CLINICO

- Percorso formativo sulla Sicurezza per il Neo assunto
- Piano di Gestione del Rischio Clinico
- Tecniche operative di gestione delle situazioni di emergenza

# Gestione del Rischio Assicurativo

# 10

# Responsabilità Civile e Risarcimenti liquidati

Le strutture del Gruppo Emeis Italia, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge n. 24/2017, sono regolarmente assicurate per la responsabilità civile verso terzi e verso prestatori di lavoro. La società Casamia Mestre SRL, che gestisce il Centro Servizi Residenza Venezia, è assicurata con la compagnia «Reale Mutua»:

N. Polizza	Ramo
2025/032630995	RCT/RCO-MED MAL

Ai sensi della Legge 24/2017, art. 3, si rendono disponibili i dati relativi ai risarcimenti liquidati nell'ultimo quinquennio.

CASAMIA MESTRE SRL		Polizza in vigore al 31.12.2025 n. 2025032630995	
N. Polizza	Num. Sx Sigea	Data Evento	
2017032303811	2022/21569200	08/03/2022	
Esito Sx	Imp. Tot. liquidato al 100%	Data ultimo pagamento	
Chiuso	300.000	23/02/2023	

Le garanzie assicurative sono prestate nella forma “*claims made*”, che prevede una retroattività di 10 anni e massimali in linea con quanto previsto per le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, dal Decreto n. 232 del 15 dicembre 2023.

La Società Casamia Mestre SRL ha identificato i principali rischi di responsabilità civile in ambito sanitario cui la stessa è esposta, e le azioni necessarie per la loro mitigazione, compiendo un costante monitoraggio in ottica di rivalutazione della medesima mappatura.

Ha il compito di valutare, gestire e monitorare i rischi in un'ottica attuale e prospettica e, per questo motivo, si dota, per la determinazione del fondo rischi e del fondo riserva sinistri, di processi di valutazione, effettuati su base continuativa, anche per tenere conto dell'insorgenza di nuovi rischi nascenti dall'offerta di nuove prestazioni sanitarie o dal mutamento di quelle già fornite.

# Riferimenti bibliografici e normativa

# 11

## Bibliografia

# Bibliografia, riferimenti normativi e documenti consultati

- Ministero della Salute - Risk Management in Sanità. Il problema degli errori, Commissione Tecnica sul rischio Clinico (DM 5 marzo 2003) Roma marzo 2004.
- Le 19 Raccomandazioni Ministeriali per la Gestione del Rischio Clinico.
- Ministero della Salute: i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, 18 marzo 2017
- Ministero della Salute: Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico - Manuale per la formazione degli operatori sanitari
- Ministero della Salute, Qualità e sicurezza delle cure nell'uso dei farmaci Raccomandazioni, Integrazione e Formazione, settembre 2010
- Ministero della Salute: Linee Guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità, Roma, giugno 2011
- Legge 8 marzo 2017 n. 24 (Legge Gelli-Bianco) "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".
- D.M. n. 232/2023, provvedimento attuativo della L 24/2017
- D.Lgs. 81/2008 (Testo Unico sulla Sicurezza sul Lavoro)
- Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) e Programma Nazionale Esiti (PNE)
- Ministero della Salute: Protocollo per la segnalazione degli eventi sentinella, luglio 2024
- Piano Sanitario 25-30 Regione Piemonte, La visione per il Sistema Salute del Piemonte, 30 luglio 2025



Sede Legale: Via San Donato 97, 10144  
Torino (TO)

Sede Amministrativa: Via Carlo Angela  
1, 10077 San Maurizio Canavese (TO)  
+39 011 9274111

[www.emeisitalia.it](http://www.emeisitalia.it)

Piano Gestione del Rischio Clinico e  
Sicurezza delle Cure 2026  
Residenza Venezia  
Versione n.1 Marzo 2026