

PIANO 2026 GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE

CASA MIA
VERDELLO



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.45 |
| Capitolo 8 | |
| Raccomandazioni Ministeriali e Procedure | P.53 |
| Capitolo 9 | |
| La Formazione | P.59 |
| Capitolo 10 | |
| Gestione del rischio assicurativo | P.71 |
| Capitolo 11 | |
| Riferimenti bibliografici e normativi | P.73 |

Introduzione



Introduzione

La gestione del Rischio

La 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

Le 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

D.M. n. 232/2023, provvedimento attuativo della L 24/2017

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.

CasaMia Verdello: il contesto interno

3

Il contesto interno

L'attività presso la Residenza Casa Mia Verdello

La Residenza Casa Mia Verdello è situata a Verdello (BG) in Via XXV Aprile 9.

L'equipe multidisciplinare, costituita da OSS, infermieri, medici, personale della riabilitazione e animatori, è quotidianamente dedicata alla cura e al benessere di ciascun residente.

Il personale si occupa infatti della presa in carico globale dell'ospite, elaborando il PAI, il Progetto Assistenziale Individuale, al fine di garantire un'assistenza personalizzata

Il Progetto di Cura stilato dall'équipe multidisciplinare garantisce il percorso nell'ambito della:

- Riabilitazione dei deficit cognitivi
- Riabilitazione motoria
- Consulenza fisiatrica e neurologica
- Stimolazione multisensoriale nell'esclusivo spazio "Snoezelen"

Tutte le attività terapeutiche proposte dalla struttura sono progettate col fine di mantenere il più alto grado di autonomia possibile e con l'obiettivo d'incrementare e/o mantenere le capacità residue di ogni Ospite.

Il Progetto di Vita Individuale garantisce il percorso di socializzazione e di intrattenimento di ogni Ospite con le seguenti attività:

- Laboratori creativi
- Musicoterapia
- Giochi di parole
- Ginnastica dolce
- CasaMia Café
- Terapie non farmacologiche (tra cui Pet Therapy)
- Eventi musicali e feste
- Uscite culturali
- Attività religiose

Ognuno è libero di partecipare alle attività secondo i propri gusti e desideri.

CASAMIA VERDELLO ospita inoltre:

- Convegni a carattere scientifico e culturale
- Conferenze informative e formative aperte alla cittadinanza
- Giornate a porte aperte con intrattenimento e buffet
- Attività con le Scuole del territorio e le Associazioni locali



Il contesto interno

L'assistenza presso la RSA Casa Mia Verdello

Casa Mia Verdello è una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) di 100 posti letto, accreditata e convenzionata con il SSR: garantisce assistenza sociosanitaria continuativa, personalizzata e multidisciplinare a persone anziane non autosufficienti o parzialmente autosufficienti, assicurando elevati standard qualitativi, sicurezza clinica e centralità della persona.

Nell'anno 2025 sono stati accolti residenti per un totale di 35.391 giorni di degenza:

- 68 residenti ricoverati
- 67 residenti dimessi

Il tasso di occupazione medio/anno nel 2024 è stato di 99,6 posti letto.

La fase di preammissione rappresenta un momento fondamentale per garantire un inserimento appropriato e sicuro dell'ospite nella RSA. In questa fase la struttura raccoglie le prime informazioni cliniche e assistenziali attraverso un colloquio con la famiglia o il caregiver, durante il quale vengono approfondite le condizioni di salute, il livello di autonomia, le eventuali problematiche cognitive o comportamentali e le terapie in corso.

Successivamente viene analizzata la documentazione sanitaria disponibile e, quando necessario, viene effettuata una valutazione preliminare da parte dell'équipe (medico, infermiere e altre figure professionali coinvolte). Questa valutazione consente di comprendere il livello di intensità assistenziale richiesto e di verificare la compatibilità con i servizi offerti dalla struttura.

Sulla base degli elementi raccolti, l'équipe individua il nucleo assistenziale più adeguato e condivide con la famiglia il progetto di inserimento, fornendo tutte le informazioni organizzative e amministrative necessarie.

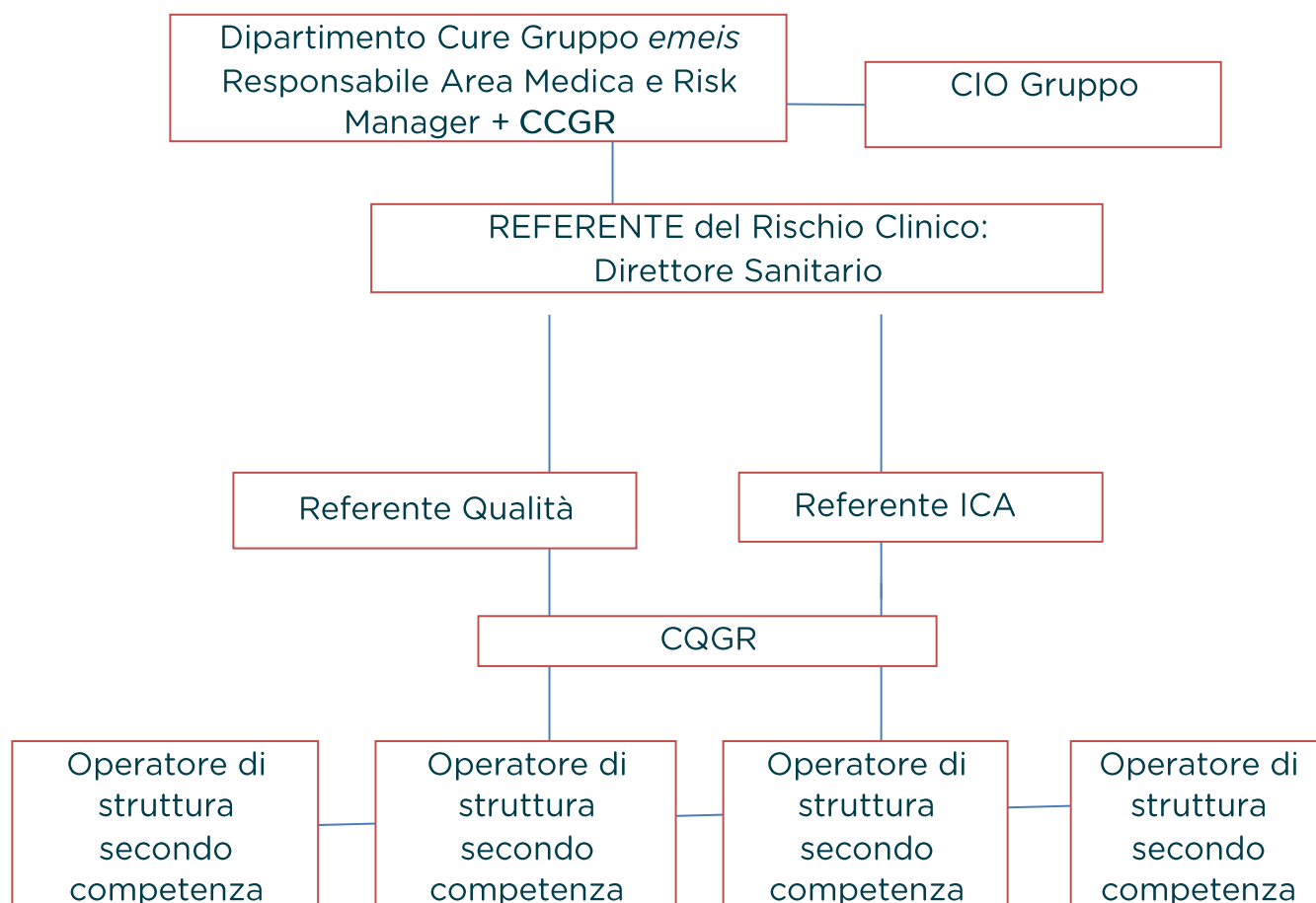
La fase si conclude con la pianificazione dell'ingresso, la predisposizione della documentazione e l'organizzazione interna, con l'obiettivo di favorire un'accoglienza serena e ben strutturata fin dal primo giorno.



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- RSPP *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

Risk Manager

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

Il Referente del rischio clinico per la RSA Casa Mia è il Responsabile Sanitario Dott.ssa Irina Gloria Gualdi.

Riporta gerarchicamente alla Direzione di Struttura e funzionalmente al Responsabile del Rischio Clinico (Risk Manager).

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

Il referente ICA della RSA Casa Mia di Verdello è la Coordinatrice Infermieristica Debora Sica.

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 la Sig.ra Annalisa Brambilla; 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

Il modello di gestione del rischio

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

L'Unità di offerta Casa Mia Verdello adotta dal 2016 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 complicità 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 "rinunciatori" 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

Riconoscere 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*).

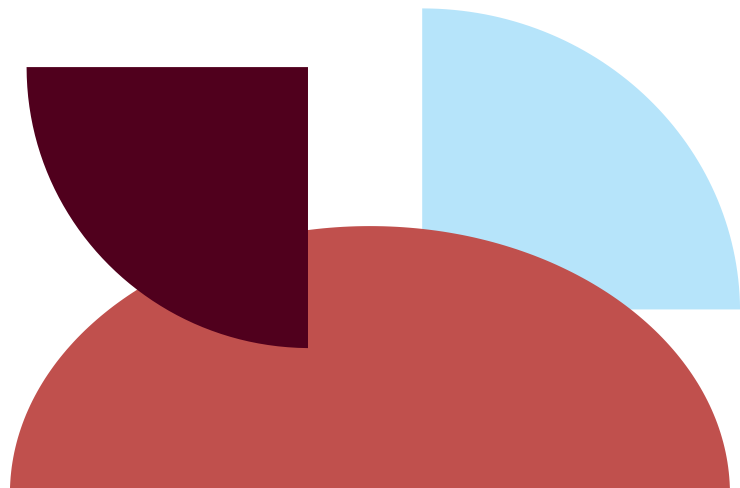
Una volta identificato l'evento bisognerà valutarne la criticità in base alla probabilità dell'evento e alla gravità dello stesso.

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

Lo 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

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

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.

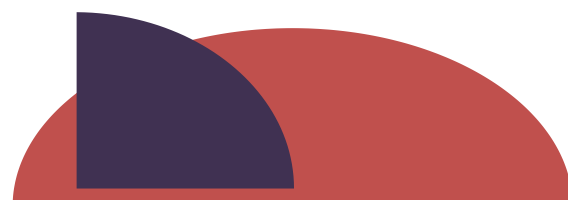
Un evento avverso attribuibile ad un errore è un evento avverso prevenibile.

Evento avverso

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

Tabella comparativa definizioni Evento avverso/ Evento sentinella

| | Ministero Salute | Gruppo <i>emeis</i> |
|--|---|---|
| <p>EVENTO AVVERSO</p> <p>SAFETY EVENT</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 complicità 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>EVENTO SENTINELLA</p> <p>SENTINEL EVENT</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 ed Eventi Sentinella 1/2

| 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 ed Eventi Sentinella 2/2

| 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 imprevisti 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 | Decesso |
| 2 - JCI - Molestia, aggressione o omicidio di qualsiasi residente o paziente | Danno e danno severo |
| 3 - JCI - Molestia, aggressione o omicidio di un membro del personale | Lievi conseguenze |
| 4 - JCI - Procedura invasiva, compreso l'intervento chirurgico, sul paziente sbagliato, nel sito sbagliato o si tratta di una procedura sbagliata (non prevista) | Nessuna conseguenza |
| 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 annuale 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 dagli operatori presso la struttura Casa Mia Verdello sono stati 32.

Nel 2025 si sono verificati n 6 eventi sentinella (rif. Ministero della Salute Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella» 2024)

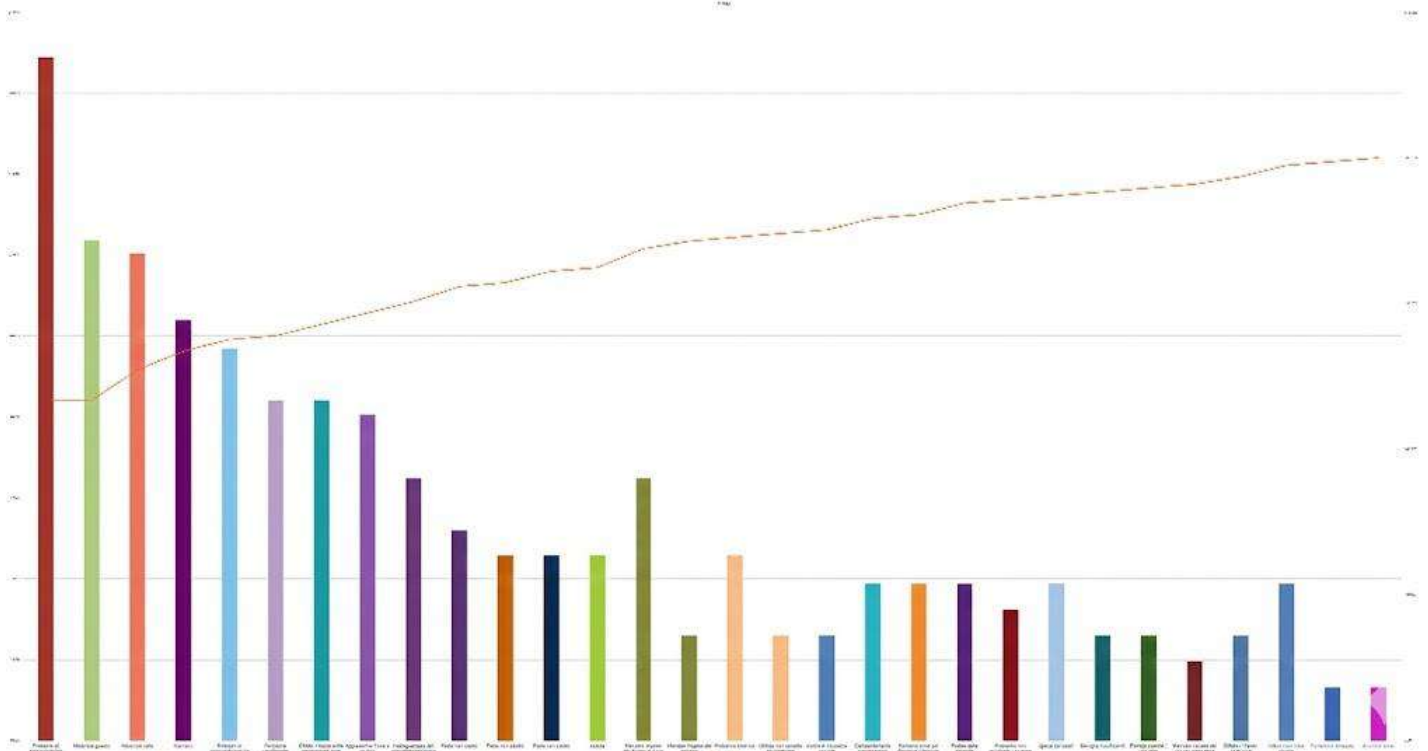
Dei 32 eventi occorsi:

- 1 evento indesiderato relativo *all'organizzazione interna dell'assistenza/cure* (es. mancato rispetto delle procedure in termini organizzativi).
- 5 eventi indesiderati relativi ad *aggressione fisica e verbale e/o comportamenti inappropriati subiti dagli operatori* da parte di pazienti.
- 1 evento relativo alla *ristorazione* (es rispetto delle scelte menù e dei regimi alimentari, portata assente, temperatura del piatto non adatta).
- 9 eventi relativi a *materiale/attrezzature non presenti o da mantenere*.
- 2 eventi relativi a *carenza/difficoltà di comunicazione* tra i servizi interni.
- 1 evento relativo a *Rischio infezioni* (focolai COVID, legionella).
- 2 eventi relativi ad *altro* (es. problemi informatici, elettrici, ispezione delle autorità).
- 2 eventi indesiderati relativi a *stato fisico* (es. malessere operatore).
- 1 evento indesiderato relativo ad *incidente distribuzione farmaci*.
- 1 evento indesiderato di *mancato rispetto delle regole*.
- 2 eventi indesiderati relativi alla *logistica*.
- 5 eventi indesiderati relativi alla *sicurezza*.

Relazione sugli eventi occorsi

Grafico Pareto

E.I. Pareto 31.12 .2025



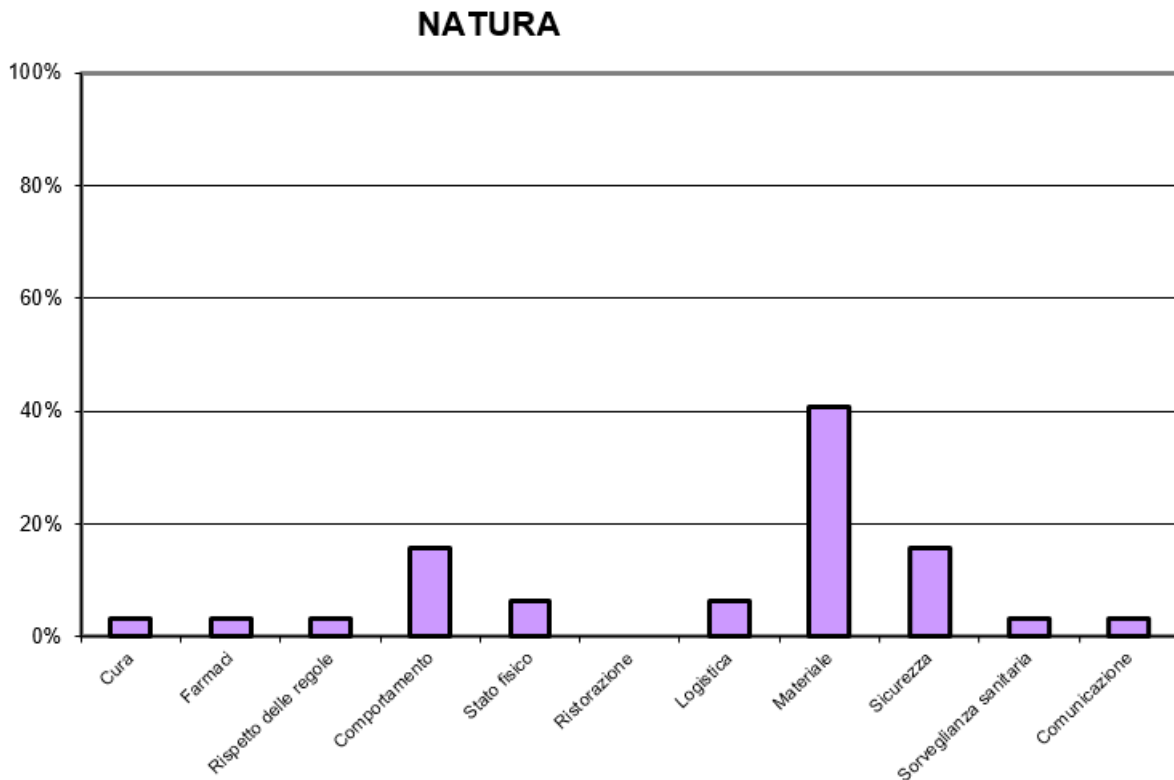
| |
|--|
| ■ Problema di organizzazione dell'assistenza |
| ■ Difetto / ritardo nelle cure |
| ■ Mancato rispetto divieto di fumo |
| ■ Aggressione fisica o verbale |
| ■ Comportamento inappropriato |
| ■ Reclamo orale del Paziente / famiglia |
| ■ caduta |
| ■ Mancato rispetto del regime alimentare |
| ■ Portata assente / non data |
| ■ Pulizia delle stoviglie |
| ■ Stoviglie insufficienti |
| ■ Pasto non adatto |

| |
|---|
| ■ Igiene dei locali |
| ■ Materiale rotto |
| ■ Materiale guasto |
| ■ Materiale insufficiente |
| ■ Problema informatico |
| ■ Utilizzo non corretto del materiale |
| ■ Uscite di sicurezza ostruite |
| ■ Protocollo non rispettato / assente |
| ■ Problema elettrico |
| ■ Incidente dovuto ad un materiale / dispositivo non medicale |
| ■ Difetto / ritardo nella trasmissione delle informazioni |

Relazione sugli eventi occorsi

Natura degli eventi occorsi

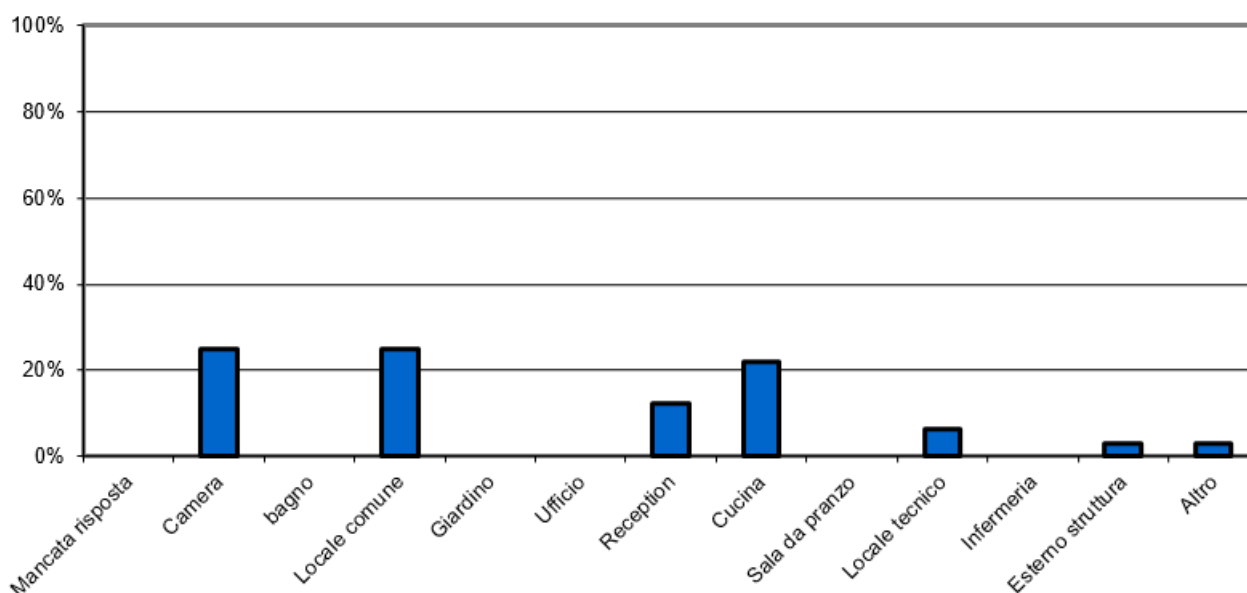
Nel 2025 gli eventi indesiderati sono stati 32, suddivisi in 10 tipologie



| Natura | % | Numero SEI |
|------------------------|--------|------------|
| Cura | 3,13% | 1 |
| Farmaci | 3,13% | 1 |
| Rispetto delle regole | 3,13% | 1 |
| Comportamento | 15,63% | 5 |
| Stato fisico | 6,25% | 2 |
| Ristorazione | 0,00% | 0 |
| Logistica | 6,25% | 2 |
| Materiale | 40,63% | 13 |
| Sicurezza | 15,63% | 5 |
| Sorveglianza sanitaria | 3,13% | 1 |
| Comunicazione | 3,13% | 1 |

Luogo in cui avviene l'E.I.

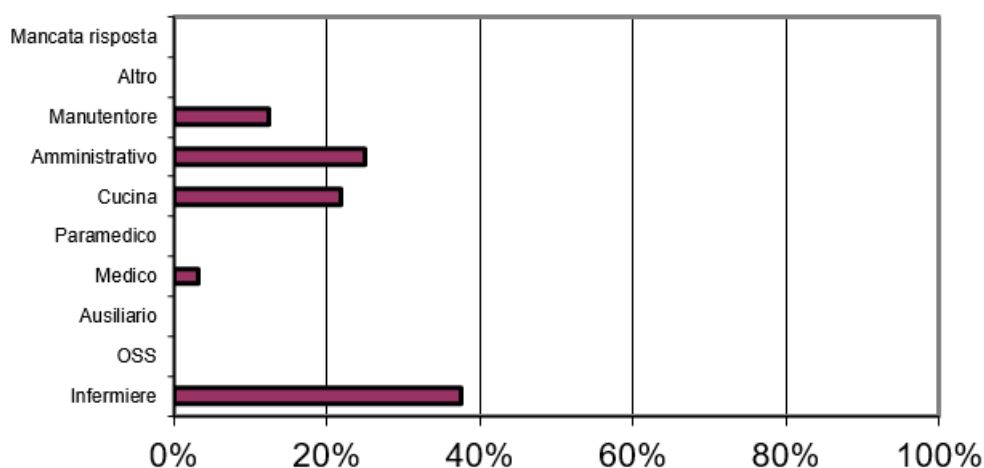
LUOGO



| Luogo | % | Numero SEI |
|-------------------|-----|------------|
| Mancata risposta | 0% | 0 |
| Camera | 25% | 8 |
| bagno | 0% | 0 |
| Locale comune | 25% | 8 |
| Giardino | 0% | 0 |
| Ufficio | 0% | 0 |
| Reception | 13% | 4 |
| Cucina | 22% | 7 |
| Sala da pranzo | 0% | 0 |
| Locale tecnico | 6% | 2 |
| Infermeria | 0% | 0 |
| Esterno struttura | 3% | 1 |
| Altro | 3% | 1 |

Figure coinvolte nella rilevazione dell'Evento Indesiderato

FUNZIONE



| Funzione | % | Numero SEI |
|------------------|--------|------------|
| Infermiere | 37,50% | 12 |
| OSS | 0,00% | - |
| Ausiliario | 0,00% | - |
| Medico | 3,13% | 1 |
| Paramedico | 0,00% | - |
| Cucina | 21,88% | 7 |
| Amministrativo | 25,00% | 8 |
| Manutentore | 12,50% | 4 |
| Altro | 0,00% | - |
| Mancata risposta | 0,00% | - |

Piani di Azione e Attività di miglioramento

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

Attività e obiettivi 2026 specifici della Struttura

Le attività di miglioramento messe in atto da parte della Residenza Casa Mia Verdello si possono suddividere in tre tipologie :

- Piani di azione migliorativi, a seguito degli eventi occorsi nel 2025:
 - Prevenzione e gestione delle cadute
 - Prevenzione e gestione delle LDP
 - Perfezionare gestione formazione ANTI-INCENDIO
 - Perfezionare organizzazione BILANCI DI INSERIMENTO (BILANCI 1° MESE)
 - Migliorare organizzazione LAVANDERIA
 - Migliorare l'igiene dei locali comuni della cucina
- 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

Piani di azione specifici della struttura

Gli 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
- Manutenzione straordinaria di attrezzature
- Acquisto di materiale/attrezzatura

Analisi proattiva

L'analisi Proattiva è un approccio preventivo al sistema per evitare che si verifichino 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

Durante 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 paziente |

| 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 |
|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Alta: $RPN \geq 50$ → interventi immediati e rigorosi - Media: $20 \leq RPN < 50$ → 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 paziente, 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 Casa Mia Verdello 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.

La RSA Casa Mia Verdello 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 |

Le procedure di gestione del rischio

In aggiunta alle procedure per la Gestione del Rischio allineate alle Raccomandazioni Ministeriali, la RSA Casa Mia Verdello 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 e
- 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 paziente.

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.

La Formazione specifica sulla cultura della gestione del rischio

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). | 8 | CONSULMAN | 16-17 gennaio; 17-22 aprile; 2-5-8-12-28-29 maggio; 8-11 luglio; 11-15 settembre 4-6 novembre; 9-11 dicembre |
| | FORMAZIONE LAVORATORI DIPENDENTI ED EQUIPARATI CORSO SPECIFICO (soci lavoratori di cooperative o società) | | CONSULMAN | 16-17 gennaio 17-22 aprile 2-5-8-12 maggio 28-29 maggio 8-11 luglio 11-15 settembre 4-6 novembre 9-11 dicembre |
| | AGGIORNAMENTO FORMAZIONE LAVORATORI | 4 | CONSULMAN | 31 gennaio 16 aprile 4 giugno 7 ottobre |
| | FORMAZIONE ADDETTI ALLA LOTTA ANTINCENDIO ED EMERGENZA | 3 | CONSULMAN | 10-11 aprile 12-19 settembre 12-14 novembre |
| | AGGIORNAMENTO FORMAZIONE ADDETTI ALLA LOTTA ANTINCENDIO ED EMERGENZA | 2 | CONSULMAN | 16 maggio 12 settembre |
| | BLSD | 1 | CONSULMAN | 8 ottobre |
| | RLS - RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (D.Lgs 81/08) | 1 | CONSULMAN | 21 ottobre |
| | MAPO - MOVIMENTAZIONE MANUALE PAZIENTI | 1 | CONSULMAN | 25 settembre |
| | ADDETTO HACCP - DGLS n. 193 6/11/2007 (Ex 155 del 26/05/97) | 1 | Responsabile Ristorazione Gruppo | 30 ottobre |
| | IGIENE E HACCP PER ADDETTI ALLA SOMMINISTRAZIONE | 3 | Responsabile Ristorazione Gruppo | 12 marzo 19 giugno 20 novembre |
| FORMAZIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI (Regolamento Europeo 2016/679 del 27 aprile 2016) | 2 | DPO | 1 luglio e 15 dicembre | |

Formazione Gruppo e Formazione Interna effettuata nel 2025

| | TITOLO/TEMA CORSO | N. Edizioni previste | Formatore | DATE |
|--------------------|--|----------------------|--|---|
| Formazione Gruppo | CODICE ETICO | 1 | DPO Gruppo e Direttore Legale Gruppo | 1 giugno 2 dicembre |
| | ANTICORRUZIONE | 4 | DPO Gruppo e Direttore Legale Gruppo | 11 febbraio 11 giugno 11 settembre 11 dicembre |
| | PREVENZIONE AL MALTRATTAMENTO | 2 | Direttore Medico Gruppo con funzione di Risk Manager | 15 aprile 13 ottobre |
| Formazione Interna | LA PREVENZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO | 1 | Direttore Medico Gruppo con funzione di Risk Manager | 28 marzo |
| | LA PRESA IN CARICO DEL DOLORE | 1 | Direttore Medico Gruppo con funzione di Risk Manager | 28 settembre |
| | PREVENZIONE E GESTIONE DELLE INFEZIONI NOSOCOMIALI | 1 | Infettivologo esterno dott. Leo | 12 maggio |
| | PREVENZIONE E GESTIONE INFEZIONE VIE RESPIRATORIE | 1 | Project Care Manager | 27 ottobre |
| | LESIONI DA PRESSIONE | 1 | Dr.ssa Buso | 6 maggio |
| | IGIENE E PULIZIA DEI LOCALI E DELLA CUCINA | 1 | MAGRIS | 7 luglio |

Formazione obbligatoria ex lege programmata per il 2026

| | TITOLO/TEMA CORSO | N. Edizioni previste | Formatori | DATE |
|---|---|----------------------|----------------------------------|--|
| Formazione obbligatoria ex lege | FORMAZIONE LAVORATORI DIPENDENTI ED EQUIPARATI CORSO BASE (soci lavoratori di cooperative o società). | 14 | RSPP | Gennaio - Febbraio Aprile - Maggio Giugno - Luglio Settembre - Ottobre Novembre - Dicembre |
| | FORMAZIONE LAVORATORI DIPENDENTI ED EQUIPARATI CORSO SPECIFICO (soci lavoratori di cooperative o società) | 10 | RSPP | Marzo - Aprile Maggio - Giugno Luglio - Settembre Ottobre - Novembre Dicembre |
| | AGGIORNAMENTO FORMAZIONE LAVORATORI | 4 | FORMAMENTIS | Aprile - Giugno - Ottobre - Dicembre |
| | FORMAZIONE ADDETTI ALLA LOTTA ANTINCENDIO ED EMERGENZA | 4 | VIGILI DEL FUOCO | Febbraio-Settembre |
| | AGGIORNAMENTO FORMAZIONE ADDETTI ALLA LOTTA ANTINCENDIO ED EMERGENZA | 1 | FORMAMENTIS | Maggio |
| | BLSD | 2 | FORMAMENTIS | Giugno - Settembre |
| | RLS - RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (D.Lgs 81/08) | 1 | FORMAMENTIS | E- Learning |
| | MAPO - MOVIMENTAZIONE MANUALE PAZIENTI | 3 | FORMAMENTIS | Aprile-Maggio- Settembre-Ottobre |
| | ADDETTO HACCP - DGLS n. 193 6/11/2007 (Ex 155 del 26/05/97) | 3 | Responsabile Ristorazione Gruppo | Marzo - Giugno - Ottobre |
| | IGIENE E HACCP PER ADDETTI ALLA SOMMINISTRAZIONE | 4 | Responsabile Ristorazione Gruppo | Gennaio - Maggio - Settembre - Novembre |
| FORMAZIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI (Regolamento Europeo 2016/679 del 27 aprile 2016) | 2 | DPO | Marzo - Novembre | |

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 | / | DPO Gruppo e Direttore Legale Gruppo | E - Learning |
| | ANTICORRUZIONE | 4 | DPO Gruppo e Direttore Legale Gruppo | Febbraio - Giugno - Settembre - Dicembre |
| | PREVENZIONE AL MALTRATTAMENTO | 2 | Direttore Medico Gruppo con funzione di Risk Manager | Febbraio - Novembre |
| Formazione interna | LA PREVENZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO | 1 | Direttore Medico Gruppo con funzione di Risk Manager Bronzin, Secco | Maggio |
| | LA PRESA IN CARICO DEL DOLORE | 1 | Direttore Medico Gruppo con funzione di Risk Manager | Aprile |
| | LA DEMENZA E LA MALATTIA DI ALZHEIMER: il punto di vista medico | 2 | Direttore Medico Gruppo con funzione di Risk Manager | Gennaio - Giugno |
| | LA DEMENZA E LA MALATTIA DI ALZHEIMER: il punto di vista dello psicologo | 2 | Strangio, Todaro, Tagliabue, Michieletto | Febbraio - Luglio |
| | LA DEMENZA E LA MALATTIA DI ALZHEIMER: il punto di vista dell'educatore professionale | 2 | Tacchetto, Giraldo, Cabuderra, Cassano | Marzo - Settembre |
| | LA DEMENZA E LA MALATTIA DI ALZHEIMER: il punto di vista dei fisioterapisti, OSS, infermiere | 2 | Cibin, Mannino, Regina | Aprile - Ottobre |
| | LA DEMENZA E LA MALATTIA DI ALZHEIMER: il punto di vista del logopedista, nutrizionista, cuoco | 2 | Gavazzoni, Rossetto, Gallon | Maggio - Novembre |
| | LA DEMENZA E LA MALATTIA DI ALZHEIMER: il punto di vista del direttore e del project care | 2 | Care project manager, Celentano | Maggio - Novembre |
| | PREVENZIONE E GESTIONE DELLE INFEZIONI NOSOCOMIALI | 1 | Leo | Ottobre |
| | PREVENZIONE E GESTIONE INFEZIONE VIE RESPIRATORIE | 1 | Project Care Manager | Ottobre |
| | IL PAZIENTE DISFAGICO | 1 | Professionista interno <i>emeis</i> dott. Poli | Settembre |
| | LA PRESA IN CARICO DEL DOLORE | 1 | Direttore Medico Gruppo con funzione di Risk Manager | Aprile |
| | IGIENE E PULIZIA DEI LOCALI E DELLA CUCINA | 1 | MAGRIS | Aprile |

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.

| TEMI AREA CURE | | DATE | |
|-------------------------------------|----|---|---------------------------|
| Temi ad alta importanza obbligatori | 1 | Lavaggio delle mani | Maggio e Dicembre 2026 |
| | 2 | Clostridium | Giugno e Novembre 2026 |
| | 3 | In caso di caduta (cosa fare-analisi e prevenzione) | Gennaio e Luglio 2026 |
| | 4 | Disturbi del comportamento | Marzo e Luglio 2026 |
| | 5 | La fuga | Aprile e Ottobre 2026 |
| | 6 | Gestione situazioni di urgenza | Febbraio e Maggio 2026 |
| | 7 | Disfagia | Aprile e Novembre 2026 |
| | 8 | Canicola | Maggio e Agosto 2026 |
| | 9 | La contenzione | Gennaio e Ottobre 2026 |
| | 10 | Incontinenza | Giugno e Dicembre 2026 |
| | 11 | EAS | Febbraio e Settembre 2026 |
| | 12 | Scabbia | Marzo e Agosto 2026 |
| | 13 | Suicidio | Aprile e Settembre 2026 |
| | 14 | Accoglienza di un nuovo Paziente/Residente | Giugno e Dicembre 2026 |
| | 15 | BMR | Aprile e Novembre 2026 |
| | 16 | Prevenzione ICA | Marzo e Settembre 2026 |
| | 17 | Prevenzioni standard e aggiuntive | Febbraio e Luglio 2026 |
| | 18 | Stupefacenti | Gennaio e Agosto 2026 |
| | 19 | LDP | Febbraio e Novembre 2026 |
| | 20 | Denutrizione | Aprile e Dicembre 2026 |
| | 21 | Infezioni vie aeree - COVID | Gennaio e Ottobre 2026 |
| | 22 | Infezioni gastro enteriche | Maggio e Settembre 2026 |
| | 23 | Circuito del farmaco | Gennaio e Agosto 2026 |

La mini formazione programmata per il 2026

| TEMI | TEMI AREA CURE | DATE | |
|------|----------------|--------------------------------|---------------|
| Temi | 1 | Tubercolosi | Marzo 2026 |
| | 2 | In caso di diarrea | Giugno 2026 |
| | 3 | In caso di febbre | Luglio 2026 |
| | 4 | Cartella sanitaria elettronica | Ottobre 2026 |
| | 5 | Utilizzo del DAE | Novembre 2026 |
| | 6 | Legionella | Febbraio 2026 |
| | 7 | Epatite C | Aprile 2026 |
| | 8 | Organizzazione dell'infermeria | Maggio 2026 |
| | 9 | Sorveglianza delle evacuazioni | Agosto 2026 |
| | 10 | Consenso informato alle cure | Dicembre 2026 |
| | 11 | Sicurezza dei pazienti | Marzo 2026 |

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 | Luglio 2026 Ottobre 2026 |
| 2 | Igiene dei locali | Luglio 2026 |
| 3 | Igiene in cucina | Luglio 2026 |
| 4 | Menu specifici | Maggio 2026 |
| 5 | Piatti campione | Maggio 2026 |
| 6 | Regimi e texture modificate | Maggio 2026 |
| 7 | Servizio ai pasti | Ottobre 2026 |
| 8 | Rilevazione delle temperature | Ottobre 2026 |

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) | Giugno e Settembre 2026 |
| 2 | Impegni dell'équipe | Maggio e Ottobre 2026 |
| 3 | Dovere di riservatezza/segreto professionale (Privacy+GDPR) | Luglio e Dicembre 2026 |
| 4 | Buon trattamento dei pazienti | Aprile e Novembre 2026 |
| 5 | Prevenzione del maltrattamento/rispetto | Aprile e Novembre 2026 |

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 | Gestione dei reclami | Gennaio e Luglio 2026 |
| 2 | Gestione di un evento indesiderato | Febbraio e Agosto 2026 |
| 3 | In caso di ispezioni | Maggio e Ottobre 2026 |
| 4 | In caso di incendio | Aprile e Ottobre 2026 |
| 5 | In caso di guasto elettrico, guasto ascensori,.. | Febbraio 2026 |
| 6 | Piano di emergenza e evacuazione | Aprile e Ottobre 2026 |
| 7 | Scheda di rischio professionale | Giugno e Novembre 2026 |
| 8 | Utilizzo dei DPI | Settembre 2026 |
| 9 | Trasmissione della documentazione sanitaria | Agosto 2026 |
| 10 | Accoglienza telefonica e fisica nuovo paziente | Gennaio e Luglio 2026 |
| 11 | Accoglienza di un nuovo collaboratore | Marzo 2026 |
| 12 | Lettera newcomers | Maggio e Dicembre 2026 |

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 Verdello Srl è assicurata con la compagnia «Reale Mutua»:

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.

| N. Polizza | Ramo |
|----------------|-----------------|
| 2025/032630999 | RCT/RCO-MED MAL |

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

La Società Verdello 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.

| VERDELLO SRL | N. polizza in vigore | 2025/032630999 | | |
|---------------|----------------------|----------------|-----------------------------|-----------------------|
| Num.Sx Sigea | Data Evento | Esito Sx | Imp. Tot. liquidato al 100% | Data ultimo pagamento |
| 2023/88966/00 | 14/03/2023 | Chiuso | 75.925,12 | 23/04/2024 |

Riferimenti bibliografici e normativa

11

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

Piano Gestione del Rischio Clinico e
Sicurezza delle Cure 2026
Casa Mia Verdello
Versione n.1 marzo 2026