



*RSA - Fondazione Casa di Riposo
Villa del Sorriso di Bormio*

PIANO PARM

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT

Redatto da	Risk Manager	Data 10/11/2025
Preso Visione	Comitato Risk Management	Data 10/11/2025
Approvato da	Comitato Risk Management	Data 10/11/2025

Tipologia di documento	Piano Annuale
Codice Documento	PRO_PARM

ANNO 2025-2026



Indice

Indice	2
Oggetto, Scopo, Normativa di Riferimento.....	3
Contesto Organizzativo.....	5
Responsabilità di governo del PARM	6
Obiettivi, Attività, Indicatori, PARM 2025.....	7
Relazione Consuntiva su monitoraggio 2025 e risarcimenti erogati	9
Descrizione della Posizione Assicurativa 2023 -2025	13
Obiettivi, Attività, Indicatori, PARM 2026.....	14
Diffusione, Strategia Comunicativa, Monitoraggio.....	21
Tracciabilità e conservazione delle comunicazioni	23
Delibera di approvazione del PARM	24

Oggetto, Scopo, Normativa di Riferimento

Oggetto:

La **Fondazione Villa Sorriso**, su proposta della funzione **Risk Management** e in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente, adotta il **Piano Annuale di Risk Management (PARM)** per 2025 (consuntivo) e 2026 (previsionale).

Il presente documento definisce:

- **gli strumenti di analisi** della situazione attuale, per la definizione di tabelle di rischio specifiche per ambito organizzativo, sulla base di metodologie appropriate
- **gli obiettivi** strategici e le **azioni** operative in materia di gestione del rischio clinico e organizzativo, finalizzate al **miglioramento della qualità dei servizi erogati** e alla **prevenzione degli eventi avversi**.
- **il sistema di monitoraggio e valutazione** degli eventi avversi, individuando indicatori e target di riferimento, utili per l'analisi periodica dell'andamento al supporto alla definizione degli ambiti d'intervento e alle azioni da intraprendere.

Scopo:

Il Piano rappresenta un'evoluzione del percorso di gestione del rischio già intrapreso negli anni precedenti, valorizzando i risultati ottenuti e consolidando le **buone pratiche** sviluppate all'interno dell'organizzazione.

Il Piano si applica in modo **trasversale a tutti i servizi sociosanitari erogati dall'ente**, comprendendo sia l'attività residenziale della RSA sia i servizi territoriali e domiciliari, con particolare riferimento al **servizio di assistenza domiciliare C_DOM**, al fine di garantire un approccio uniforme alla sicurezza delle cure, alla prevenzione degli eventi avversi e al monitoraggio degli indicatori di rischio.

In tal modo, la Fondazione intende proseguire gli obiettivi di:

- rafforzamento della **cultura della sicurezza delle cure**,
- promozione di un **approccio sistematico, proattivo e multidisciplinare** alla prevenzione del rischio,
- tutela della sicurezza degli ospiti, degli operatori e dell'organizzazione nel suo complesso

*Il piano di Risk Management viene redatto come parte integrante del Modello di Organizzazione e Controllo ex D.Lgs 231/2001, con riferimento alla sezione in materia di salute e sicurezza (agli art. 589 e 590 c.p.), e costituisce supporto essenziale alla gestione delle **coperture assicurative** previste dalla Legge n.24/2017.*

Normativa di riferimento:

L'elaborazione del presente Piano si colloca nell'ambito del quadro normativo che disciplina la **gestione del rischio clinico e organizzativo** nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie. In particolare, esso recepisce le indicazioni contenute:

- nella **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"), che riconosce la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute, istituisce la funzione di Risk Management e ne definisce il rapporto con l'ente assicurativo.
- nel **D.Lgs. 81/2008** e s.m.i., in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- **Linee di indirizzo regionali** in materia di gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure nelle strutture sociosanitarie accreditate, nonché i requisiti previsti ai fini dell'accreditamento istituzionale;
- **Linee di indirizzo del Ministero della Salute** e documenti di buone pratiche in tema di patient safety.



Contesto Organizzativo

La Fondazione Villa del Sorriso è un'istituzione socio-assistenziale storica della realtà bormiese e valtellinese. Fondata nel 1945 come ente comunale di assistenza per opera del sacerdote Don Angelo Moltrasio, divenuta nel 1988 "Residenza sanitaria Assistenziale" ed è attualmente la Fondazione ONLUS accreditata presso il Servizio Sanitario Regionale della Lombardia.

La struttura si presenta con l'attività core di **RSA**, in grado di ospitare 72 persone in possesso dell'accreditamento del Servizio Sanitario Regionale e di 8 persone senza requisiti di accreditamento.

L'attività assistenziale è rivolta a persone anziane, in stato di fragilità e vari livelli di non autosufficienza, che necessitano di assistenza continuativa sanitaria, socio-assistenziale e alberghiera.

La RSA si configura quindi come un'istituzione inserita nella rete di protezione sociale volta a tutelare la salute e a promuovere la miglior qualità di vita possibile, aiutando l'ospite ad essere il più attivo e vitale possibile.

All'interno della stessa sede operano inoltre il servizio **Cure Domiciliari, Pasti a domicilio e Mensa Scolastica**.

Le cure domiciliari si consolidano con un servizio assistenziale realizzato non in struttura bensì a domicilio degli utenti. L'attività presenta personale, uffici e ambulatori dedicati.

Le cucine invece sono attive nei diversi servizi di erogazione pasti. Il servizio Pasti a domicilio si rivolge a soggetti che vivono al proprio domicilio, autonomi nello svolgimento delle principali attività di vita quotidiana, bisognosi tuttavia di un supporto sul piano alimentare, ossia nella realizzazione dei pasti. Si rende possibile quindi la fruizione di pasti prodotti in RSA e trasportati caldi al domicilio del richiedente.

In ultimo la mensa scolastica si concretizza nella fornitura ed erogazione di un pasto, a prezzo ridotto, per gli alunni della scuola primaria di Bormio, chiamati all'attività didattica continua del pomeriggio. Le linee guida di erogazione del servizio sono dettate da Regione Lombardia, in tema di salute e nutrizione.

Responsabilità di governo del PARM

La **Funzione del Risk Management**, rappresentata dal Risk Manager, dal Direttore Sanitario, dal Coordinatore infermieristico e socio-assistenziale, esercita la **responsabilità di governo del Piano Annuale di Risk Management (PARM)**, assicurando il coordinamento strategico e la coerenza con gli obiettivi aziendali. La Direzione Aziendale mantiene invece la responsabilità ultima del sistema di gestione del rischio, in coerenza con quanto previsto dalla Legge 24/2017.

Nello specifico il compito del Risk Management si sostanzia in:

- **Monitorare periodicamente** la progressione e i risultati delle attività, in collaborazione con il Risk Management aziendale;
- **Garantire** la piena e tempestiva **attuazione degli interventi** necessari al raggiungimento degli obiettivi previsti.

Figura	Ruolo e responsabilità
Direttore Sanitario	Supervisiona l'attuazione complessiva del Piano e ne approva i contenuti, garantendo l'allineamento con le politiche di sicurezza e qualità aziendali.
Coordinatore Infermieristico	Cura la gestione operativa delle attività di prevenzione e monitoraggio degli eventi, promuovendo la cultura della sicurezza tra gli operatori.
Responsabile Qualità / Risk Manager	È il referente operativo del Piano: coordina le attività di pianificazione, attuazione e monitoraggio; analizza gli eventi avversi e propone azioni correttive e preventive. Opera con autonomia decisionale e risponde del proprio operato alla Direzione Aziendale.
Tutti gli operatori	Sono tenuti alla segnalazione tempestiva degli eventi e alla partecipazione attiva alle azioni di miglioramento e formazione in tema di sicurezza.

Tutti i **dirigenti e referenti aziendali**, amministrativi e sanitari, sono tenuti a **collaborare attivamente** con il Risk Management per lo sviluppo e l'attuazione del Piano. La **partecipazione attiva e responsabile** del personale coinvolto sarà oggetto di verifica periodica, in **un'ottica di miglioramento continuo** della sicurezza, qualità e trasparenza dell'assistenza.

Azione	Risk Management	Direzione Generale	Direttore sanitario	Direttore Amministrativo	Strutture Tecniche-Amministrative di supporto
Redazione PARM e proposta di delibera	R	C	C	C	-
Adozione PARM con delibera	I	R	C	C	-
Monitoraggio PARM	R	I	C	C	C

Legenda

"R" : Responsabile

"C" : Coinvolto

"I" : Interessato

Obiettivi, Attività, Indicatori, PARM 2025

Nel 2025 le attività intraprese hanno riguardato principalmente la **mappatura delle aree e delle attività a maggior rischio**, il **monitoraggio degli eventi avversi** e delle segnalazioni, l'**utilizzo di strumenti di analisi** del rischio (FMEA) e l'avvio di **interventi formativi** mirati.

Gli obiettivi dell'anno 2025, hanno concentrano le azioni sul **consolidamento della cultura della sicurezza** e sul **rafforzamento delle competenze del personale** in materia di gestione del rischio.

Di seguito una tabella riepilogativa degli obiettivi 2025, suddivisa per aree d'intervento.

OBIETTIVO A. *Implementazione di Policy e compliance normativa*

<u>ATTIVITA' 1</u>	Incremento ore amministrative dedicate all'implementazione di policy operative-organizzative e di un servizio di compliance normativa
--------------------	---

OBIETTIVO B. *Incentivare un livello elevato di qualità del servizio assistenziale ed organizzativo*

<u>ATTIVITA' 1</u>	Attivazione di un sistema premiante che promuova comportamenti virtuosi e qualità in termini relazionali (tra operatori e tra operatore e ospite) e di applicazione delle procedure.
<u>ATTIVITA' 2</u>	Interventi di Formazione specifici riguardanti i proceddi assistenziali con maggiore possibilità di rischio (infortuni, igiene, gestione farmaci, gestione informazioni sensibili, utilizzo software)
<u>ATTIVITA' 3</u>	Incontri multidisciplinari con responsabili area per la periodica analisi delle esigenze produttivo-assistenziale in ottica di riadattamento dinamico e monitaraggio trend.

OBIETTIVO C. *Revisione processi di pulizia e sanificazione*

<u>ATTIVITA' 1</u>	Opere strutturali della lavanderia e revisioni organizzative per lo smistamento della biancheria sporca
<u>ATTIVITA' 2</u>	Utilizzo di ozonizzatori nelle camere di degenza (una volta al mese)

L'obiettivo A, risulta essere ampiamente raggiunto, con il riadattamento organizzativo e procedurale alle linee di regolamento in tema di compliance normativa. Le nuove direttive aprono nuove prospettive in merito a gestione dei rischi e best practice che portano l'organizzazione ad una nuova e più sistematica gestione ed analisi dei rischi.

Gli indicatori utilizzati per l'implementazione del piano di gestione e analisi dei rischi considerano gli aspetti clinici, formativi e di comunicazione.

1. Cadute (in termini di n. di eventi)
2. Lesioni (in termini di n. di eventi)
3. Segnalazioni (in termini quanti e qualitativi)
4. Sinistri (in termini di n. di eventi)
5. Tasso di partecipazione alla formazione (in termini %)

Gli indicatori di monitoraggio hanno evidenziato un numero ridotto di eventi, sia gravi che lievi, con indici di cadute e lesioni complessivamente minimi.

L'obiettivo B si è dimostrato un obiettivo con necessità di implementazione di un piano sistematico e a lungo periodo. Nel 2025 è stato attivato un sistema premiante per gli operatori, che associasse un compenso economico per scelte organizzative che richiedessero all'operatore un aumento di flessibilità e disponibilità. Parallelo al sistema premiante sono stati convocati incontri ad hoc per responsabile di area, valutando criticità e difficoltà organizzative. Dagli incontri è emersa la necessità di una calendarizzazione periodica di incontri, come strumento di supporto alle figure di responsabilità. In ultimo il piano formativo si è realizzato negli aspetti formativi in materia di sicurezza; si apre la necessità di formazione in merito alla gestione e al contenimento dei valori, risultato del monitoraggio indicatori dell'anno 2025. Si evince tuttavia, la necessità di un costante aggiornamento, al fine del mantenimento delle conoscenze in temi di procedure e appropriatezza clinica, e di un maggior gestione del clima lavorativo, incentivando valori di collaborazione, inclusione e positività. La buona disponibilità del personale a partecipare alle attività formative rappresenta un segnale positivo, che apre la strada a un intervento sistemico volto a promuovere qualità, visione condivisa e sicurezza.

L'obiettivo C si è risolto nell'implementazione sistematica dell'utilizzo dell'ozonizzatore, individuata come best practice per la gestione dell'igiene in struttura. Si sono implementate inoltre altre azioni volte a migliorare il flusso e la gestione della biancheria sporca, creando processi più accorti che isolino il flusso della biancheria sporca.

L'anno 2025 rappresenta dunque una **fase di consolidamento** e al tempo stesso di **preparazione** a un **Piano più strutturato e sistematico per il 2026**, in linea con i principi e le indicazioni della **Legge 24/2017 (Legge Gelli-Bianco)**, orientato alla prevenzione del rischio, alla trasparenza e al miglioramento continuo della qualità delle cure.

Relazione Consuntiva su monitoraggio 2025 e risarcimenti erogati

Nel corso dell'anno 2025, ai sensi dell'art.2 comma 5 della Legge n.24/2017, sono stati registrati, monitorati e analizzati eventi e segnalazioni.

I dati raccolti nel 2025 sono sinteticamente descritti nella tabella n.2:

Tab. Eventi segnalati nel 2025 (ai sensi dell'art.2, c.5 della L.24/2017)

Tipo di evento	N° e % sul totale degli eventi		Area di manifestazione		Conseguenze		Azioni di Miglioramento		Fonte del dato	
Near Miss	17	7%	clinica	0%	Nessuno	100%	strutturali	0%	Mod. Non conformità	100%
			assistenziale	53%	Lievi	0%	tecnologici	0%	Incident Reporting	0%
			organizzativa	0%	Moderate	0%	organizzativi	0%	Segnalazione diretta	0%
			strutturale	29%	Gravi	0%	Procedure	80%	Cart. Elettronica	0%
			servizi accessori	18%			Comunicazione	20%		
Eventi avversi	180	71%	clinica	100%	Nessuno	58%	strutturali	0%	Mod. Non conformità	0%
			assistenziale	0%	Lievi	42%	tecnologici	0%	Incident Reporting	0%
			organizzativa	0%	Moderate	0%	organizzativi	0%	Segnalazione diretta	0%
			strutturale	0%	Gravi	0%	Procedure	100%	Cart. Elettronica	100%
			servizi accessori	0%			Comunicazione	0%		
Eventi Sentinella	57	22%	clinica	100%	Nessuno	100%	strutturali	0%	Mod. Non conformità	0%
			assistenziale	0%	Lievi	0%	tecnologici	0%	Incident Reporting	0%
			organizzativa	0%	Moderate	0%	organizzativi	0%	Segnalazione diretta	0%
			strutturale	0%	Gravi	0%	Procedure	100%	Cart. Elettronica	100%
			servizi accessori	0%			Comunicazione	0%		
Totale eventi	254	100%								

Nell'anno 2025 si sono verificati n.17 near miss, segnalati tramite apposito modulo di non conformità, n.180 eventi avversi n.57 eventi sentinella rilevati tramite apposita sezione in cartella clinica elettronica.

I primi non hanno riportato alcuna conseguenza, se non quella di mettere in luce alcuni aspetti critici, quali i rapporti relazionali e comportamentali tra operatori e la corretta applicazione delle procedure assistenziali. Nella prima casistica, è risultato fondamentale l'intervento specifico sugli operatori per una valutazione dell'accaduto e la ricerca di un'armonizzazione del rapporto. Si è ritenuto tuttavia fondamentale l'implementazione di un piano volto alla creazione di una cultura aziendale solida e un piano formativo che tratti le tematiche di gestione del rapporto relazionale tra operatori, la gestione della comunicazione e del burnout. Nella seconda casistica, invece si ritiene necessaria una pianificazione annuale e sistematica per la valutazione delle conoscenze e la formazione sistemica sulle procedure in essere.

Gli eventi avversi e sentinella hanno riguardato interamente l'area clinica.

Nell'anno 2025 gli eventi avversi riguardano per il 71% dei casi episodi di cadute, per il 29% evidenze di lesioni cutanee e per l'1% (corrispondente ad 1 caso isolato) ad un episodio di agitazione comportamentale. Il 54% degli episodi non ha prodotto alcuna conseguenza, per cui l'ospite è risultato completamente illeso. Il 42% dei casi ha riscontrato una lieve conseguenza. Gli eventi sono stati gestiti all'interno della struttura, fatto salvo per cinque casi per cui si è reso necessario il trasporto al pronto soccorso. Il caso è stato oggetto di analisi delle cause e dei fattori concomitanti, portando una maggiore attenzione nella cura assistenziali dei casi con particolare quadro clinico. Il caso di agitazione comportamentale invece rientra nella casistica con alcuna conseguenza rilevata, interamente gestito e contenuto dagli operatori interni alla struttura evitando conseguenze sulle persone e sulla struttura.

Analizzando e sintetizzando in termini assoluti il 71% dei casi riguardanti le cadute si sintetizza quanto segue: nel periodo 01/01/2025 – 31/12/2025 presso la RSA Villa del Sorriso sono state registrate 127 cadute, che hanno coinvolto 52 ospiti su un totale di 114 utenti presenti nel periodo. La maggior parte degli eventi ha riguardato il sesso femminile (73,23%), in linea con la composizione dell'utenza. L'analisi degli ambienti evidenzia una maggiore incidenza di cadute in camera da letto (40,94%) e in bagno (22,05%), seguite da sala multiuso e corridoi. Nel 73,23% dei casi la caduta è avvenuta in assenza di testimoni. Le conseguenze riportate sono risultate prevalentemente lievi o assenti, con 102 eventi senza esiti lesivi e un solo caso di frattura. La distribuzione per numero di eventi per ospite mostra che la maggioranza degli utenti (71,15%) ha riportato 1–2 cadute, mentre una quota minore presenta eventi ripetuti. Per quanto riguarda le misure di contenzione, 32 utenti sono caduti nonostante la presenza di presidi, prevalentemente spondine del letto (55,77%) e lenzuolo contenitivo (26,92%). I dati complessivi evidenziano come il fenomeno delle cadute, pur numericamente rilevante, presenti bassa gravità clinica e sia fortemente correlato a fattori ambientali, organizzativi e alle condizioni di fragilità dell'utenza.

Tali elementi, comparati con la letteratura internazionale ci portano ad affermare che la struttura si colloca in linea con le stime internazionali, dove tra il 30% e il 75% dei residenti in strutture di lungo termine sperimenta cadute annualmente e si registra una media di circa 1,7 eventi per residente per anno. La prevalenza di cadute nelle camere e nei bagni e la bassa percentuale di esiti lesivi gravi osservate sono coerenti con quanto descritto in studi scientifici, che evidenziano come la maggior parte delle cadute avvenga negli ambienti più frequentati e che solo una quota minoritaria di eventi porta a lesioni severe.

Ciò nonostante in linea con l'obiettivo della strategia di gestione del rischio, nonché oggetto del Progetto PARM, l'impegno futuro sarà rivolto al monitoraggio di tali dati, con lo scopo di ridurre il numero attraverso il rafforzamento delle strategie di prevenzione, con particolare attenzione alla sicurezza degli ambienti, alla sorveglianza nelle fasce orarie a maggior rischio, alla personalizzazione dei PAI e alla formazione continua del personale.

Considerando il 29% degli eventi avversi riguardanti le lesioni cutanee si definisce invece quanto segue: lesioni considerate tra gli eventi avversi sono le lesioni di vario genere, caratterizzate da interessamento di vario grado dei tessuti, reversibile, senza compromissione funzionale permanente, non richiedono ricovero ospedaliero né interventi invasivi e risultano gestibili mediante trattamento locale e monitoraggio clinico-assistenziale. Nel corso dell'anno sono stati rilevati 46 episodi di lesioni di vario genere, comprendenti lesioni cutanee traumatiche, lesioni accidentali e lesioni non classificate come da pressione. La residua categoria di lesione è quella di tipo post operatorio, con quota pari a 3 casi che sono stati gestiti e conclusi nella degenza post operatoria in RSA. La maggior parte delle lesioni di vario genere presenta decorso breve o moderato e non risulta associata a esiti clinici gravi, suggerendo un buon livello di intercettazione precoce, monitoraggio e trattamento da parte dell'équipe assistenziale. La bassa incidenza di lesioni traumatiche gravi osservata nella RSA risulta pertanto coerente con i dati di letteratura, in particolare nei contesti con elevata attenzione alla prevenzione del rischio e alla gestione multidisciplinare degli eventi avversi.

Nell'anno 2025 gli eventi sentinella sono integralmente costituiti da casi di lesione da pressione, verificatasi in struttura che comporta danno grave o profondo ai tessuti, con rischio per la salute. Nel caso specifico trattasi di piaghe da decubito (altrimenti dette lesioni da pressione), con 57 episodi registrati nel periodo di riferimento. Tali eventi risultano concentrati su un numero limitato di ospiti, configurando un sottogruppo di utenti ad elevata complessità clinica e assistenziale, spesso caratterizzati da ridotta mobilità, pluripatologie e aumentato rischio cutaneo. La durata degli episodi risulta variabile, con presenza di lesioni a decorso prolungato, coerente con la natura cronica e recidivante delle lesioni da pressione. La distribuzione per reparti/piani evidenzia una maggiore incidenza in nuclei ad alta intensità assistenziale, suggerendo una stretta correlazione tra piaghe da decubito e livello di dipendenza funzionale degli ospiti. La letteratura scientifica riporta, nelle strutture di lungo-degenza, una prevalenza di lesioni da pressione estremamente variabile, con valori che oscillano indicativamente tra 3% e oltre il 30%, a seconda delle caratteristiche della popolazione e delle modalità di rilevazione. Le metanalisi internazionali stimano una prevalenza media intorno al 10–12% nei nursing homes, con maggiore concentrazione di casi in ospiti non autosufficienti e ad elevata fragilità.

Il quadro complessivo risulta essere dunque coerente con il contesto assistenziale, evidenziando come le piaghe da decubito (altrimenti dette lesioni da pressione), rappresentino un indicatore sensibile della complessità clinica.

I dati risultano complessivamente in linea con quanto riportato dalla letteratura internazionale per strutture residenziali ad elevata complessità assistenziale. Considerata la fragilità dell'utenza, l'obiettivo futuro non sarà l'azzeramento del fenomeno, ma la riduzione delle nuove lesioni evitabili, la diminuzione della durata degli episodi e il contenimento della gravità clinica, attraverso il rafforzamento delle strategie di prevenzione, monitoraggio precoce e personalizzazione degli interventi assistenziali.

Gli eventi sentinella dell'anno 2025 pongono dunque un quesito per l'anno che viene e l'esigenza di una verifica puntuale degli eventi di lesione da decubito per individuare la misura di intervento più adatta per una riduzione della casistica sia in termini di casi che di durata, il tutto sempre relazionato alla tipologia clinica caratterizzante ogni singolo ospite. Uno studio più approfondito si renderà necessario per inquadrare le casistiche e trovare metodi di intervento specifici.

Nel complesso il monitoraggio di segnalazioni e eventi avversi puntuali permetterà di mantenere sotto controllo il quadro generico e i diversi processi assistenziali.

Sinistrosità

In merito alla sinistrosità della struttura, si conferma che nell'anno 2025 non si sono verificati sinistri né richieste risarcitorie, confermando il trend dell'ultimo quinquennio.

I dati relativi ai sinistri erogati nell'ultimo quinquennio, riferibili unicamente a rischio clinico, sono sintetizzati nella tabella n.3:

Tab. Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art.4, c.,3 della legge L.24/2017)

Anno	N° sinistri	Risarcimenti erogati
2025	0	0,00 €
2024	0	0,00 €
2023	0	0,00 €
2022	0	0,00 €
2021	0	0,00 €

Descrizione della Posizione Assicurativa 2023 -2025

La Fondazione è coperta da polizza assicurativa stipulata con **SARA Assicurazioni**, attiva dal 2020 e rinnovata negli anni successivi.

Si riportano di seguito valori di premio e franchigia per ogni anno.

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia	Premio	Franchigia (per sinistro)	Brokeraggio
2025	Polizza n. 5030772BJ (sc.30/04/2026)	SARA Assicurazioni	5.500,00 €	3.000.000,00 €	Howden S.p.a.
2024	Polizza n. 5030772BJ (sc.30/04/2025)	SARA Assicurazioni	5.500,00 €	3.000.000,00 €	Janua S.p.a
2023	Polizza n. 5030772BJ (sc.30/04/2024)	SARA Assicurazioni	5.500,00 €	3.000.000,00 €	Janua S.p.a

Si prevede per il 2026, in ottica di adeguamento al quadro normativo introdotto dalla Legge 24/2017, la garanzia di trasparenza e tracciabilità dei percorsi assicurativi e dei contratti di copertura, la continuità di tutela dei professionisti sanitari (in coerenza con l'art.10 e l'integrazione dei dati assicurativi nel Sistema di Gestione del Rischio Clinico e nel Parm.

Si consideri l'allegato J, per la consultazione specifica dei contratti assicurativi stipulati negli anni.

Obiettivi, Attività, Indicatori, PARM 2026

Nel recepire le Linee Guida Regionali per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM), approvate con Determinazione Regionale n. G00164 dell'11 gennaio 2019, Il documento definisce le principali **aree di intervento** in materia di **gestione del rischio, qualità e formazione del personale**, in coerenza con le **Linee Guida Regionali** e con gli **indirizzi strategici aziendali**.

Lo scopo generale è quello di **promuovere la cultura della sicurezza, prevenire gli eventi avversi e a migliorare la qualità delle prestazioni erogate**, attraverso azioni di formazione, monitoraggio, revisione dei processi e valorizzazione del benessere organizzativo.

Gli obiettivi del Piano Annuale di Risk Management 2026 sono stati definiti sulla base dell'analisi consuntiva dei dati relativi all'anno 2025, assunti come baseline di riferimento, e risultano coerenti con le Linee Guida Regionali in materia di gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure.

Il Piano 2026 si colloca in una fase di evoluzione del sistema di Risk Management aziendale, orientata al passaggio da un modello prevalentemente descrittivo e di monitoraggio degli eventi a un approccio maggiormente strutturato, sistematico e proattivo, fondato sull'analisi delle cause, sulla standardizzazione dei processi e sull'utilizzo degli indicatori come strumento di governo clinico-organizzativo.

In particolare, gli obiettivi individuati rispondono alle principali aree di rischio emerse nel 2025, con specifico riferimento:

- all'analisi dell'area clinica con particolare riferimento al monitoraggio di alcuni indici ritenuti fondamentali per il monitoraggio e l'analisi dinamici e aggiornata del contesto assistenziale della RSA;
- alla gestione dei fattori umani e organizzativi, emersi attraverso l'analisi dei near miss e delle segnalazioni interne;
- alla necessità di consolidare e rendere omogeneo il sistema di gestione e analisi degli eventi avversi;
- al ruolo strategico della formazione clinico-assistenziale come leva di prevenzione del rischio;
- al mantenimento e al monitoraggio delle buone pratiche igienico-sanitarie già implementate.

Per ciascun obiettivo sono **state definite attività operative, indicatori misurabili, target realistici e sostenibili, nonché le fonti dei dati e gli strumenti di rilevazione**, al fine di garantire la tracciabilità delle azioni, la verificabilità dei risultati e la rendicontazione secondo gli standard richiesti a livello regionale.

Il **monitoraggio degli obiettivi** sarà effettuato con periodicità definita (trimestrale, semestrale o annuale), mediante audit interni, analisi dei dati di cartella clinica elettronica, sistemi di segnalazione degli eventi avversi e reportistica dedicata. Gli esiti del monitoraggio confluiranno nella relazione consuntiva del PARM dell'anno successivo e costituiranno base informativa per la pianificazione degli obiettivi futuri, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure.

Gli indicatori potranno essere progressivamente estesi anche ai servizi territoriali e domiciliari (C_DOM), in modo da garantire un sistema di monitoraggio integrato del rischio clinico.

Gli indicatori oggetto di focus per l'anno 2026, oggetto di monitoraggio strutturato:

1. **Cadute**, in termini di numero di eventi registrati;
2. **Lesioni**, in termini di numero di eventi rilevati;
3. **Infezioni correlate all'assistenza (ICA)**, con particolare riferimento alle principali sindromi infettive in ambito residenziale;
4. **Errori terapeutici**, in termini di numero e tipologia di evento;
5. **Segnalazioni interne**, in termini quantitativi e qualitativi (analisi della tipologia e della gravità);
6. **Sinistri**, in termini di numero di eventi e andamento nel tempo;
7. **Tasso di partecipazione alla formazione**, espresso in percentuale rispetto al personale coinvolto.

Nel dettaglio le logiche alla base dell'analisi:

- **Cadute e lesioni**, già oggetto di monitoraggio e analisi strutturata nel corso del 2025, continueranno ad essere presidiate al fine di dare maggiore sviluppo all'analisi degli eventi, approfondendone le cause e garantendone continuità nel controllo del rischio clinico correlato alla fragilità della popolazione assistita;
- **Le infezioni correlate all'assistenza (ICA)** saranno oggetto, nel 2026, di un monitoraggio più sistemico e strutturato, con particolare attenzione alle tipologie maggiormente rilevate nell'ambito delle RSA (infezioni delle vie urinarie e infezioni delle vie respiratorie). L'obiettivo è disporre di indicatori specifici, dinamici e confrontabili nel tempo, al fine di migliorare la capacità di analisi della casistica interna, orientando interventi mirati;
- **L'errore terapeutico**, aspetto clinico da indagare, attualmente mitigato dall'adozione del processo di somministrazione in modalità "deblistering", che ha contribuito a standardizzare e rendere più sicuro il percorso di gestione della terapia farmacologica. Il monitoraggio consentirà comunque di valutare nel tempo l'effettiva tenuta del sistema e l'eventuale necessità di ulteriori interventi migliorativi;
- Sviluppo del **livello organizzativo** interno volto a incentivare un utilizzo positivo e proattivo dei sistemi di segnalazione, promuovendo una cultura non punitiva dell'errore e orientata al miglioramento continuo. Rafforzare la qualità e la completezza delle segnalazioni, valorizzandole come strumento di apprendimento organizzativo e prevenzione del rischio.
- **La formazione clinico-assistenziale** sarà considerata leva strategica trasversale a tutti gli obiettivi individuati. Il monitoraggio del tasso di partecipazione ai percorsi formativi consentirà di valutare il livello di coinvolgimento del personale, garantendo un aggiornamento continuo in materia di prevenzione, appropriatezza e sicurezza delle cure.



OBIETTIVO A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure
Gestione Area Rischio Clinico e Appropriatezza Assistenziale

<u>RATIO</u>	Formazione clinico-assistenziale basata sugli indicatori di rischio, migliorando le competenze del personale sulle aree critiche emerse dagli indicatori
<u>ATTIVITA'</u>	Attivazione Piano Formativo su cadute, ospite complesso e procedure; verificandone l'apprendimento
<u>INDICATORE</u>	% personale formato, miglioramento indicatori
<u>TARGET</u>	Partecipazione del 80% del personale
<u>FONTE</u>	Registri formazione, Test di apprendimento

Matrice delle Responsabilità		
Azione	Risk Management	Responsabile Formazione
Progettazione del Corso	R	C
Esecuzione del Corso	C	R
Test apprendimento finale	C	-
Legenda "R" : Responsabile "C" : Coinvolto "I" : Interessato		

OBIETTIVO B. Favorire una visione unitaria sulla gestione della sicurezza
Governance del rischio clinico

<u>RATIO</u>	Garantire uniformità, tracciabilità e qualità nell'analisi degli eventi avversi
<u>ATTIVITA'</u>	Adozione procedura standard di gestione eventi, classificazione eventi per tipologia e gravità, audit trimestrali
<u>INDICATORE</u>	% utilizzo dei strumenti di gestione eventi, numero di segnalazioni, utilizzo dei codici di codifica eventi e gravità
<u>TARGET</u>	100% utilizzo degli strumenti di segnalazione e analisi (incident reporting e cba), almeno 4 audit all'anno
<u>FONTE</u>	Procedure aziendali, verbali audit

Matrice delle Responsabilità		
Azione	Risk Management	Responsabile Formazione
Progettazione del Corso	R	C
Esecuzione del Corso	C	R
Verifica di messa in opera	C	-
Legenda "R" : Responsabile "C" : Coinvolto "I" : Interessato		

OBIETTIVO C. *Rafforzamento della cultura della sicurezza e del benessere organizzativo*

Gestione rischio organizzativo e fattore umano

RATIO	Promuovere una cultura della sicurezza non punitiva, migliorando la comunicazione, la collaborazione tra operatori e il clima organizzativo
ATTIVITA'	Formazione su comunicazione efficace, gestione del conflitto e burnout, Incontri periodici con coordinatori e responsabili, Debriefing sugli eventi e near miss, Raccolta feedback
INDICATORE	Partecipazione alla formazione, esiti questionari di clima organizzativa, numero di near miss segnalati
TARGET	Incremento segnalazioni >20%, partecipazione formazione >80%, Clima percepito di benessere
FONTE	Moduli di Segnalazione, Registri formazione, Questionari interni di clima

Matrice delle Responsabilità		
Azione	Risk Management	Responsabile Formazione
Progettazione del Corso	R	C
Esecuzione del Corso	C	R
Monitoraggio Report	C	-

Legenda

"R" : Responsabile "C" : Coinvolto "I" : Interessato

OBIETTIVO D. *Riduzione rischio cadute*

Gestione rischio clinico e della sicurezza dell'ospite

RATIO	Ridurre la frequenza delle cadute e delle cadute ripetute attraverso l'analisi di interventi preventivi mirati
ATTIVITA'	Analisi strutturata di ogni evento, identificazione dei fattori di rischio ricorrenti, aggiornamento delle misure assistenziali
INDICATORE	Numero di cadute per 1000 giornate di degenza, % di cadute analizzate, Numero di cadute ripetute per ospite
TARGET	100% eventi analizzati, Riduzione del 10% delle cadute ripetute
FONTE	Cartella clinica elettronica, Modulo di incident Reporting, Report di monitoraggio; Modello di Analisi RCA

Matrice delle Responsabilità		
Azione	Risk Management	Responsabile Formazione
Progettazione del Corso	R	C
Esecuzione del Corso	C	R
Monitoraggio Report	C	-

Legenda

"R" : Responsabile "C" : Coinvolto "I" : Interessato

OBIETTIVO E. *Riduzione lesioni - piaghe da decubito*

Gestione rischio clinico e della sicurezza dell'ospite

<u>RATIO</u>	Sulla base degli eventi sentinella 2025, riduzione delle casistiche di piaghe da decubito
<u>ATTIVITA'</u>	Analisi dei casi di lesione per approfondimento sulla relazione causa effetto tra lesione e complessità clinica dell'assistito, con lo scopo di ridurre l'emergere di casi
<u>INDICATORE</u>	Numero di lesioni-piaghe di decubito
<u>TARGET</u>	Riduzione dei livelli 2025
<u>FONTE</u>	Cartella Clinica Elettronica

Matrice delle Responsabilità		
Azione	Risk Management	Responsabile Formazione
Progettazione del Corso	R	C
Esecuzione del Corso	C	R
Monitoraggio Report	C	-

Legenda

"R" : Responsabile "C" : Coinvolto "I" : Interessato

OBIETTIVO F. *Monitoraggio Infezioni ICA -*

Gestione rischio clinico e della sicurezza dell'ospite

<u>RATIO</u>	Indagine sul numero di casi, monitoraggio processi di igiene, assistenza, bundle prevenzione
<u>ATTIVITA'</u>	Analisi dei casi di infezione mediante l'utilizzo degli indicatori di esito e di processo individuati, specifici per l'indagine delle cause ed effetto dei casi.
<u>INDICATORE</u>	Indicatori di esito e di processo, infezioni vie urinarie e vie respiratorie
<u>TARGET</u>	Rapporto con letteratura internazionale in merito ai target emetodi di lettura dei dati raccolti (secondo quanto indicato da allegato analisi infezioni)
<u>FONTE</u>	Cartella Clinica Elettronica

Matrice delle Responsabilità		
Azione	Risk Management	Responsabile Formazione
Progettazione del Corso	R	C
Esecuzione del Corso	C	R
Monitoraggio Report	C	-

Legenda

"R" : Responsabile "C" : Coinvolto "I" : Interessato

OBIETTIVO G. Consolidamento buone pratiche igienico-sanitarie

Rischio infettivo e ambientale

<u>RATIO</u>	Mantenere elevati standard igienico-sanitari e prevenire criticità secondo le nuove norme Regione Lombardia
<u>ATTIVITA'</u>	Analisi nuova procedura Regione Lombardia, modifica procedura di sanificazione, verifica aderenza alle procedure
<u>INDICATORE</u>	Numero non conformità, esiti audit, segnalazioni correlate
<u>TARGET</u>	Nessuna conformità grave, Mantenimento livelli 2025
<u>FONTE</u>	Report igienico- sanitari, Registro segnalazioni

Matrice delle Responsabilità		
Azione	Risk Management	Responsabile Formazione
Progettazione del Corso	R	C
Esecuzione del Corso	C	R
Monitoraggio Report	C	-

Legenda

"R" : Responsabile "C" : Coinvolto "I" : Interessato

OBIETTIVO H. Consolidamento buone pratiche igienico-sanitarie

Rischio infettivo e ambientale-legionella

<u>RATIO</u>	Mantenimento dl livello di rischio "basso", garantendo il controllo attivo al fine di minimizzare il rischio e garantire la tempestiva gestione di eventi sospetti
<u>ATTIVITA'</u>	Esecuzione campionamento, monitoraggio periodico, flussaggio punti poco utilizzati, sorveglianza clinica attiva
<u>INDICATORE</u>	Classificazione annuale del rischio, % campioni microbiologici; % flussaggi eseguiti rispetto ai programmati; tempi di attivazione protocollo, casi correlabili
<u>TARGET</u>	Classificazione Rischio "BASSO", > 90% dei campioni negativi, 100% del flussaggio eseguito rispetto al programmato, tempo di attivazione protocollo <24 ore, nessun caso correlabile riscontrato
<u>FONTE</u>	Documento valutazione rischio legionella, referti di laboratorio, registro temperature, registro flussaggi, segnalazioni

Matrice delle Responsabilità		
Azione	Risk Management	Responsabile Formazione
Progettazione del Corso	R	C
Esecuzione del Corso	C	R
Monitoraggio Report	C	-

Legenda

"R" : Responsabile "C" : Coinvolto "I" : Interessato

Diffusione, Strategia Comunicativa, Monitoraggio

La Fondazione Villa Sorriso riconosce l'importanza di una comunicazione efficace e capillare del Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2026, quale strumento fondamentale per promuovere la **cultura della sicurezza** e garantire la **partecipazione attiva di tutto il personale** ai processi di prevenzione e miglioramento della qualità. Il PARM viene diffuso e applicato in modo trasversale a tutte le unità operative e ai servizi gestiti dalla Fondazione, inclusi i servizi domiciliari (C_DOM), al fine di garantire uniformità nei processi di segnalazione, monitoraggio e gestione del rischio clinico.

Finalità

La diffusione del PARM ha lo scopo di:

- Assicurare la **conoscenza condivisa** degli obiettivi strategici e operativi;
- Favorire il **coinvolgimento di tutte le figure professionali** nelle azioni di gestione del rischio;
- Promuovere una **comunicazione trasparente, continua e bidirezionale** tra Direzione, Risk Management e personale.

Modalità di comunicazione

La comunicazione del PARM 2026 avverrà attraverso i seguenti canali e strumenti:

1. **Presentazione ufficiale interna**, a cura della Direzione e del Risk Management, rivolta ai coordinatori, ai responsabili dell'area, ai referenti per la sicurezza e al personale dirigente.
2. **Comunicazione formale scritta**, mediante circolare interna e pubblicazione del documento sul portale o bacheca aziendale, per garantirne la tracciabilità e la consultabilità da parte di tutto il personale.
3. **Coinvolgimento dei coordinatori di area**, incaricati di illustrare i contenuti del piano nelle rispettive unità operative e di favorire il raccordo con il personale.
4. **Integrazione con la formazione aziendale**, attraverso momenti formativi dedicati alla presentazione del PARM e alla diffusione della cultura della sicurezza.
5. **Comunicazione periodica dei risultati**, mediante report semestrali o incontri di aggiornamento, volti a condividere l'andamento degli indicatori e le azioni di miglioramento attuate.

Feedback e Monitoraggio

È previsto un **sistema di comunicazione di ritorno (feedback)** che consenta al personale di segnalare criticità, segnalare proposte d'intervento.

Le informazioni raccolte saranno analizzate dal **Risk Management**, che provvederà a valutare le azioni correttive e di miglioramento adeguate ed appropriate, che verranno condivise ed approvate in ultimo dalla **Direzione Aziendale**.

L'allegato I riporta la calendarizzazione delle riunioni di monitoraggio, fissando delle riunioni trimestrali in cui verranno analizzati segnalazioni, dati e trend degli indicatori, verrà valutato l'avanzamento e lo status rispetto agli obiettivi prefissati e prese in considerazione eventuali azioni da intraprendere con tempistiche e responsabilità. Nell'intermezzo si prevedono audit e indagini



interni con l'emissione di questionari di gradimento, per un riscontro immediato e diretto con il personale operante. Verifiche sul campo estemporane si ritengono siano strumenti utili per una

rilevazione reale e un riscontro diretto sull'effettiva applicazione delle direttive della Funzione del risk management.

Annualmente a termine dell'anno verrà redatto il PARM comprendente le valutazioni consuntive dell'anno trascorso e le previsioni dell'anno successivo. La parte consuntiva sintetizza gli obiettivi prefissati, valuta il raggiungimento degli stessi, analizzando i dati raccolti, gli indicatori e i rispettivi target. Tratte le conclusioni di sintesi e rivalutato lo status in corso, si pongono le basi per la redazione previsionale dell'anno successivo con esplicitazione degli obiettivi, relative azioni, indicatori di monitoraggio e target. La sintesi annuale chiude dunque il cerchio dell'anno valutandone complessivamente l'esito sulla base del grado di raggiungimento e completamento di quanto prefissato.

La sintesi annuale viene dunque condivisa in primis con la Direzione che prende atto di quanto consuntivato e approva quanto previsto in termini di futuro, affinché il PARM si integri con il piano strategico direzionale. La condivisione si propaga poi a tutte le linee di operatori, divulgando le nuove prospettive, gli ambiti di lavoro, le tempistiche di realizzazione e le modalità di partecipazione e valutazione.

Tracciabilità e conservazione delle comunicazioni

Tutte le attività inerenti alla diffusione, la comunicazione e la formazione relative al Piano Annuale di Risk Management (PARM) vengono **documentate e archiviate** al fine di garantire la **tracciabilità** e la **verificabilità** delle azioni intraprese.

In particolare, vengono conservati:

- I **verbali** delle riunioni di presentazione e dei momenti di condivisione con la Direzione e i Coordinatori di area;
- Le **circolari interne**, le **comunicazioni ufficiali** e ogni documento attestante la diffusione del piano;
- Gli **elenchi dei partecipanti** agli incontri formativi e informativi;
- Le **relazioni periodiche** sullo stato di avanzamento degli obiettivi e sugli indicatori di monitoraggio;
- Eventuali **segnalazioni, proposte o feedback** provenienti dal personale, raccolti tramite i canali istituzionali (moduli, e-mail dedicata, verbali di riunione, ecc.).

Tutta la documentazione viene archiviata in formato cartaceo e/o digitale presso l'Ufficio Qualità e Risk Management, nel rispetto delle procedure aziendali in materia di **gestione documentale**, **riservatezza** e **protezione dei dati personali**.

La tracciabilità delle attività di comunicazione costituisce elemento di **verifica periodica interna** e di **valutazione esterna** nell'ambito dei processi di **accreditamento istituzionale** e di **audit di qualità**.

Delibera di approvazione del PARM

Determinazione della Direzione Aziendale n. 1/2026

Premesso che

- la Legge 8 marzo 2017, n. 24, riconosce la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute;
- la Regione Lombardia richiede alle strutture accreditate l'adozione di un sistema strutturato di gestione del rischio;

la Fondazione Villa del Sorriso ha implementato la funzione del Risk Management;

Considerato che

- il Risk Manager, in collaborazione con i membri della funzione del risk management, ha predisposto il Piano Annuale di Risk Management per l'anno 2025/2026;
- il Piano è approvato da tutti i membri della funzione in quanto coerente con la normativa vigente e con gli obiettivi strategici aziendali;

La Direzione Aziendale

DETERMINA

1. di **approvare il Piano Annuale di Risk Management (PARM) – anno 2025/2026;**
2. di affidarne l'attuazione a tutti i membri della funzione del risk management;
3. di disporre la diffusione a tutto il personale;
4. di prevedere un monitoraggio periodico dello stato di avanzamento.

Data, 10 / 12 / 2025

Il Comitato Risk Management

La Direzione Aziendale
