

A.PRO.M.E.A. Enti Assistenziali	P.A.R.M.	DATA: 15/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Struttura: Fondazione Contessa Rizzini ETS	

Sommario

1. Struttura HERM.....	2
2. Attività in struttura.....	2
3. Analisi Incident report, near miss	3
3.1. Analisi aggressioni	3
3.2. Cadute	4
3.3. Analisi contenzioni	7
3.4. Analisi Infezioni Ospedaliere.....	8
4. Recepimento Raccomandazioni Ministeriali	14
5. Valutazione rischio nutrizionale	14
6. Somministrazione, controllo e prescrizione del farmaco	15
7. Valutazione del rischio	19
8. Progetti anno 2026.....	17

A.PRO.M.E.A. Enti Assistenziali	P.A.R.M.	DATA: 15/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Struttura: Fondazione Contessa Rizzini ETS	

1. Struttura HERM

Il Risk Manager, nell'applicazione del modello, ha il ruolo di stimolare e supportare le direzioni aziendali/unità operative (risk owner) nelle fasi di analisi e valutazione dei rischi e ha il compito di aggregare gli esiti delle analisi condotte dai risk owner al fine di rappresentare i rischi in una visione univoca e prioritizzata.

In particolare, il ruolo del Risk Manager è quello di implementare strumenti di risk management nei seguenti ambiti:

- gestione eventi inattesi ed incident reporting;
- gestione sicura del farmaco;
- gestione delle infezioni correlate all'assistenza;
- violenza a danno degli operatori;
- ulteriori criticità evidenziate dai Risk Manager in sede di analisi delle risposte dei questionari

L'organizzazione presente nella nostra Struttura è composta da:

Direttore Generale: Dott.ssa Monica Baracca

Direttore Sanitario: Dott. Giuliano Stocchero

Risk Manager: Coordinatrice infermieristica Savastre Craita

RSPP: Dott.ssa Giuliana Guastaroba

RLS : Asa Taraschi Chiara

Referente del gruppo è stata nominata inf. Coord. Savastre Craita

2. Attività in struttura

Durante l'anno 2025 le schede di segnalazione di incidente reporting, dopo opportuna compilazione, venivano raccolte nella cassetta posta all'ingresso della struttura o consegnate direttamente alla coordinatrice infermieristica o, in sua assenza, al Direttore Generale.

In seguito al tipo di segnalazione venivano intrapresi provvedimenti specifici in base al rischio rilevato.

La Fondazione eroga servizi per le seguenti Unità di Offerta:

- 60 posti letto di RSA accreditati,
- 2 posti letto di sollievo autorizzati,
- 12 posti letto di RSA autorizzati ,
- CDI posti accreditati e autorizzati per n.20 ospiti,
- Servizio di RSA APERTA, con un totale di 20 utenti nell'anno 2025

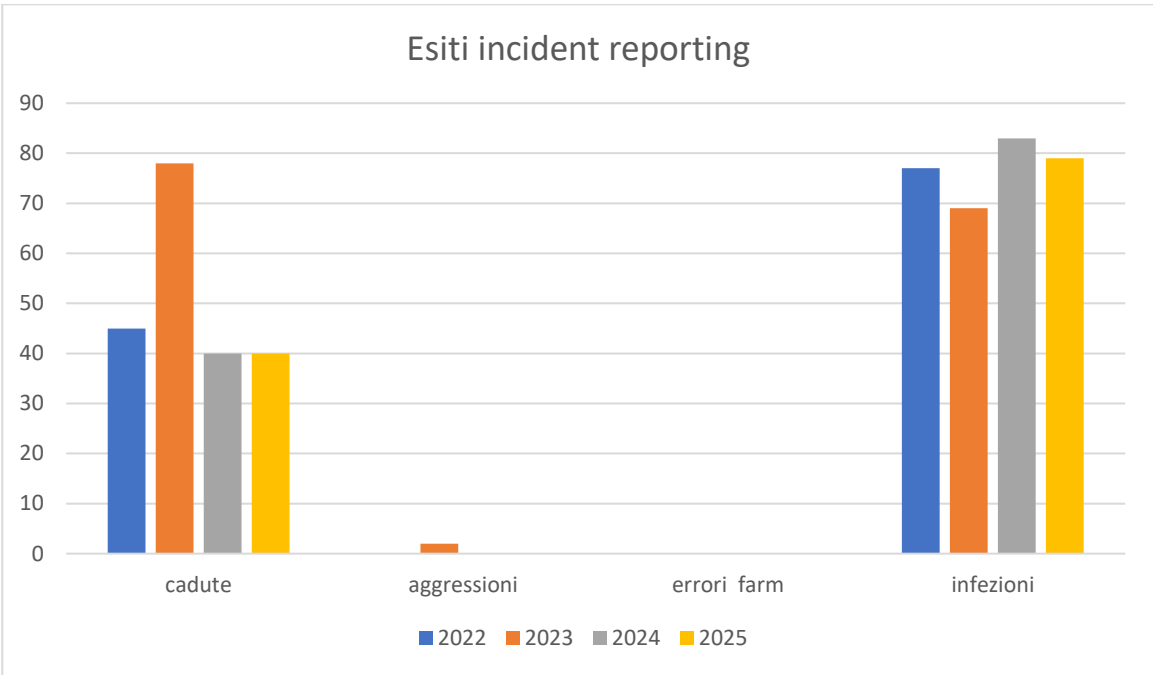
Si avvale della collaborazione di circa n. 60 operatori suddivisi fra: Direttore Generale, Responsabile Sanitario, servizio amministrativo, medici, infermiere coordinatore, infermieri, personale socio sanitario, terapisti della

A.PRO.M.E.A. Enti Assistenziali	P.A.R.M.	DATA: 15/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT	
	ANNO 2025	
	Struttura: Fondazione Contessa Rizzini ETS	

riabilitazione, educatori professionali, personale della cucina, manutenzione, lavanderia/guardaroba, personale pulizie.

3. Analisi Incident report, near miss

Nel corso del 2025 si registrano i seguenti IR:



In particolare si segnala:

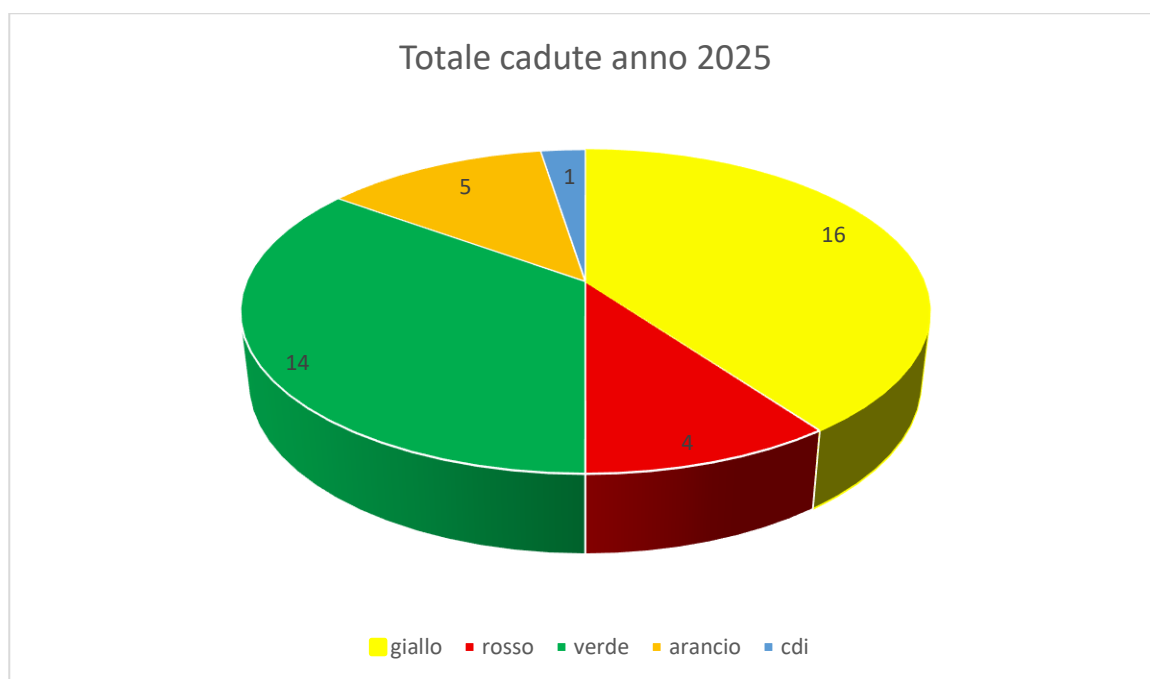
3.1. Analisi aggressioni

Per quanto riguarda le aggressioni si è verificata una unica aggressione UTENTE/PAZIENTE al nucleo giallo nella fascia oraria 07:00-13:00 riguardante un ospite con demenza, che ha dato un pugno non al volto all'operatrice OSS durante il bagno di pulizia, senza conseguenza fisiche per la dipendente.

A.PRO.M.E.A. Enti Assistenziali	P.A.R.M.	DATA: 15/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Struttura: Fondazione Contessa Rizzini ETS	

3.2. Cadute

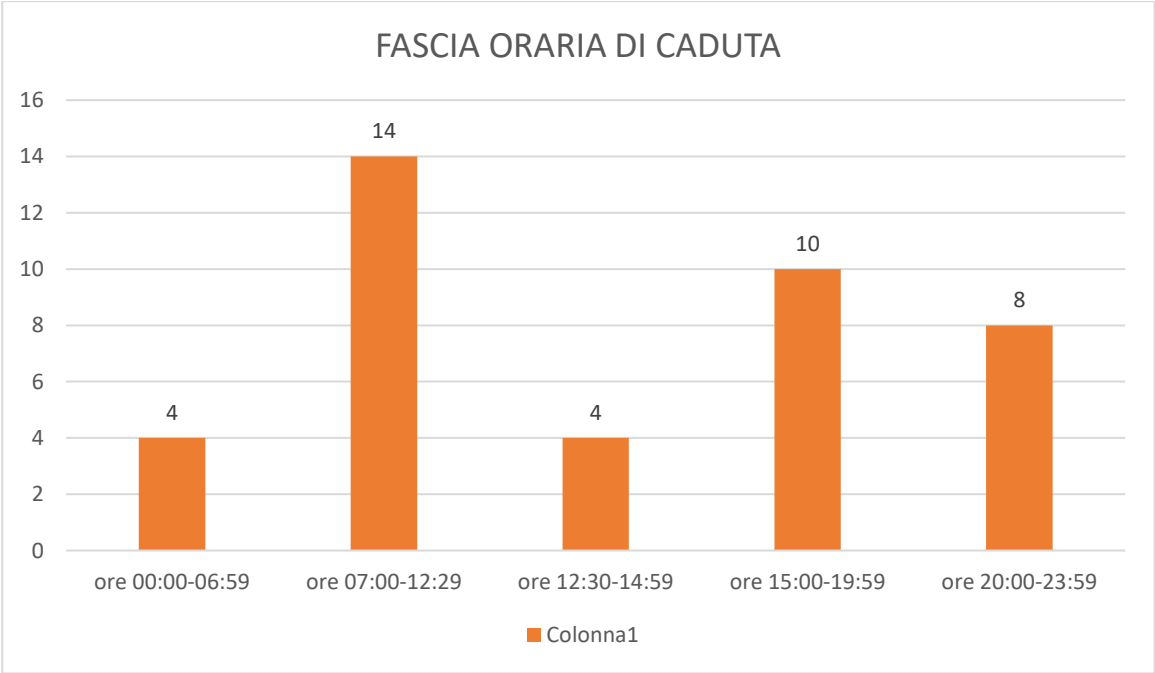
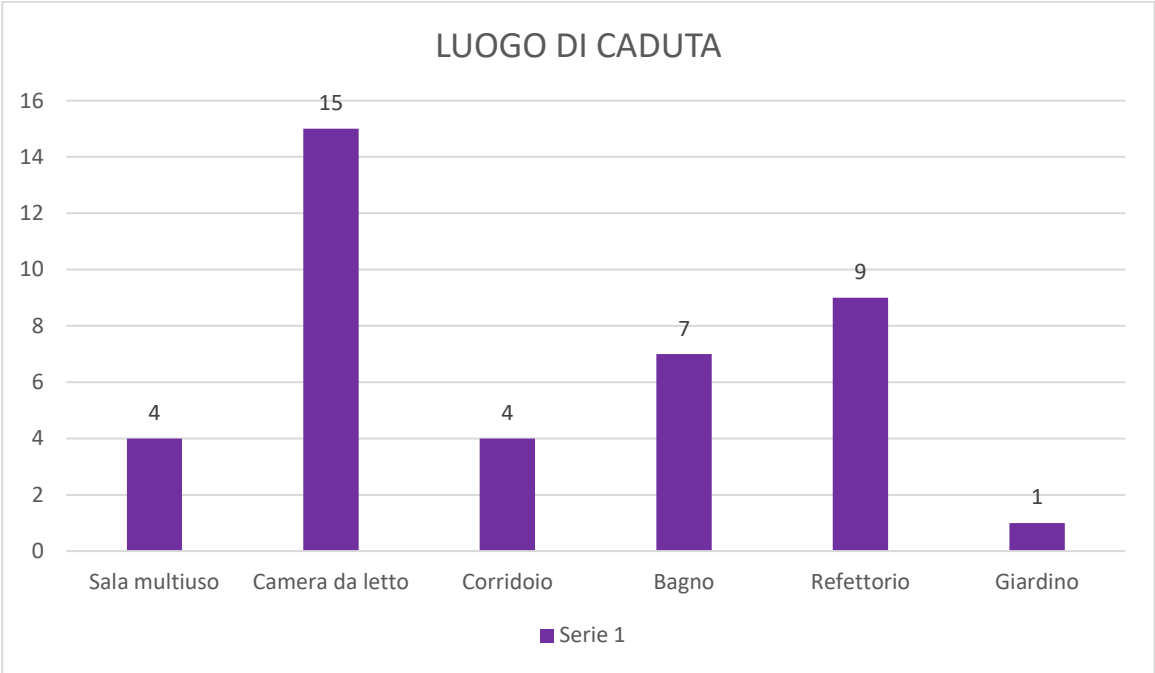
Per quanto riguarda l'argomento cadute, sono sempre state rendicontate annualmente e inviate nel flusso informativo trimestrale regionale; dal 2014 è stato istituito un registro di monitoraggio cadute, nel quale si segnala la data, l'ora, luogo e conseguenze della caduta. Nell'anno 2025 è proseguita la rendicontazione, il numero totale delle cadute a carico degli ospiti sono n. 40



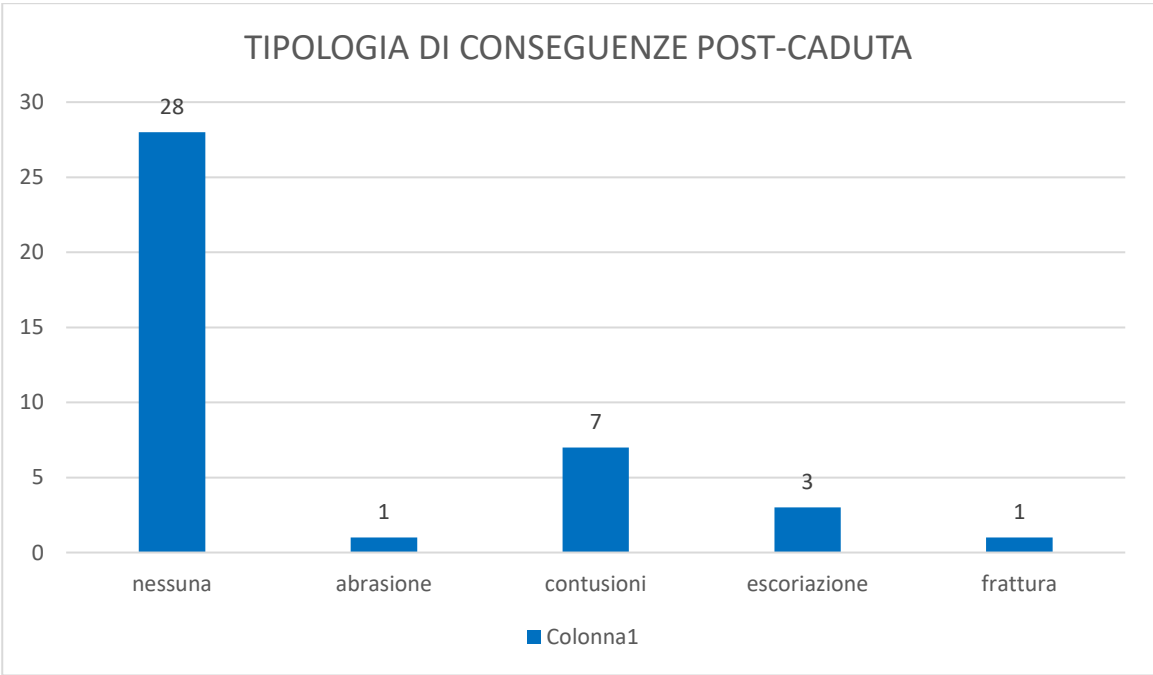
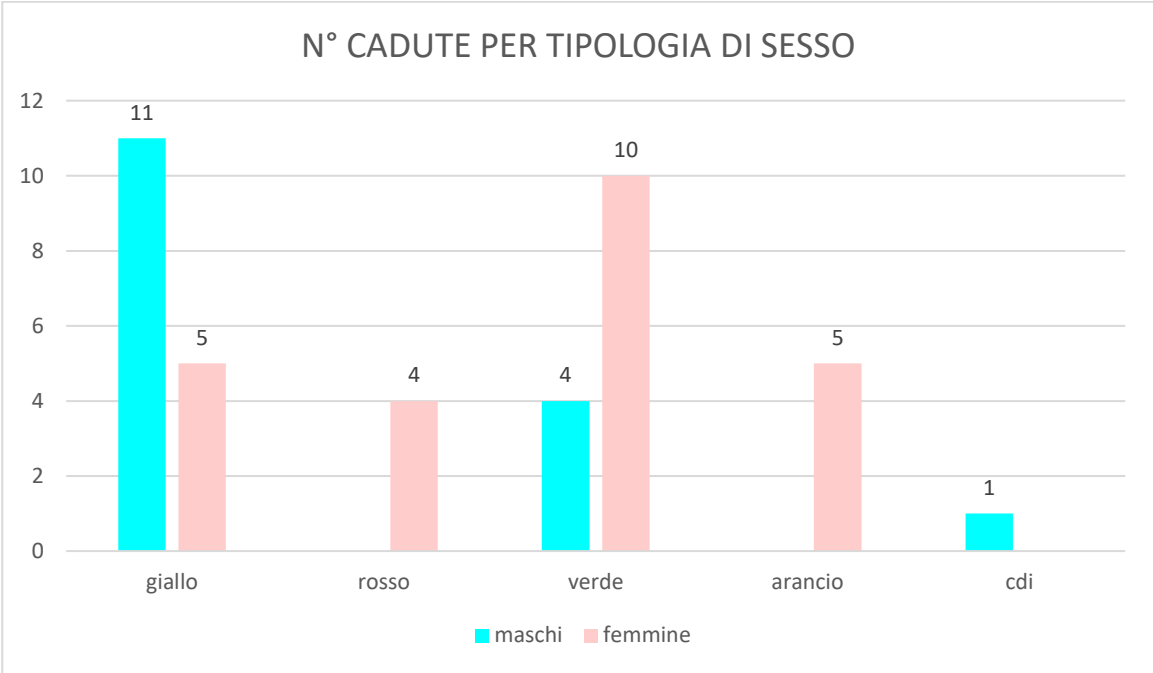
Da questi dati è stata eseguita un'analisi per:

- luogo di caduta,
- fascia oraria di caduta,
- tipologia di sesso
- tipologia di conseguenze post caduta,
- ricoveri in ospedale.

A.PRO.M.E.A. Enti Assistenziali	P.A.R.M.	DATA: 15/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Struttura: Fondazione Contessa Rizzini ETS	



A.PRO.M.E.A. Enti Assistenziali	P.A.R.M.	DATA: 15/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT	
	ANNO 2025	
	Struttura: Fondazione Contessa Rizzini ETS	



Dall'analisi di questi dati, comparandoli all'anno 2024 (n° 40), si nota una stabilità nel numero di cadute totali che rimane in diminuzione rispetto agli anni 2022/2023 (rispettivamente di n° 45 e n° 78)

Si segnala che, dal mese di ottobre 2023, è attivo presso il nucleo arancio il sistema di intelligenza artificiale Ancelia di Teiacare che, grazie al suo funzionamento, fornisce uno strumento di controllo a distanza dell'ospite che riposa nel letto, attraverso applicativo mobile in uso agli operatori in servizio, che permette di prevenire rischi correlati a cadute accidentali.

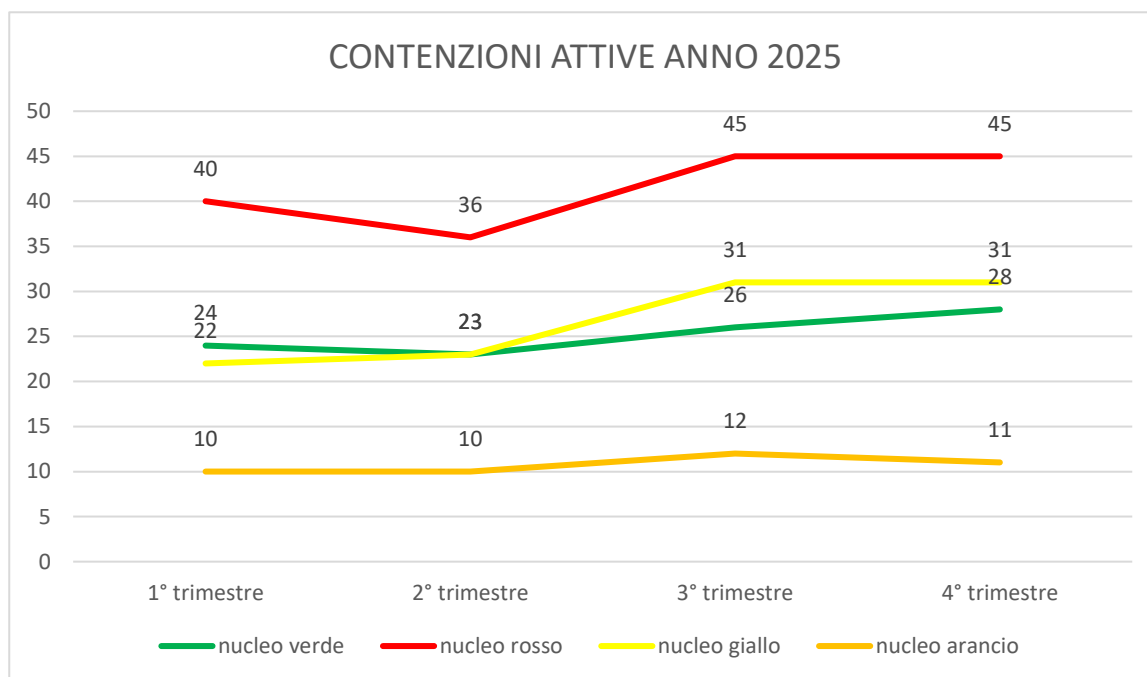
E' in progetto per l'anno 2026 l'ampliamento di questa tecnologia anche per i posti letto del nucleo rosso per favorire un' ulteriore potenziale prevenzione delle cadute durante le ore di riposo dell'ospite.

A.PRO.M.E.A. Enti Assistenziali	P.A.R.M.	DATA: 15/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Struttura: Fondazione Contessa Rizzini ETS	

3.3. Analisi contenzioni

Nella nostra struttura si è sempre tenuto monitorato il numero di ospiti in contenzione, come da protocollo operativo interno.

Nell'anno 2025 gli ospiti in contenzione sono stati n° 91 ospiti su un totale di n° 113 ospiti monitorati nello scorso anno, nella rilevazione dei dati si è incluso il numero di contenzioni attive, considerando la presenza di più contenzioni sullo stesso ospite



A.PRO.M.E.A. Enti Assistenziali	P.A.R.M.	DATA: 15/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Struttura: Fondazione Contessa Rizzini ETS	

3.4. Analisi Infezioni Ospedaliere

Le infezioni correlate all'assistenza rappresentano un importante e sensibile indicatore della qualità dell'assistenza prestata, in quanto, oltre ad essere legate a problemi di igiene ambientale, si associano anche a quelli derivanti da pratiche, comportamenti e modalità organizzative a volte inadeguate.

Ridurre il fenomeno delle infezioni concorre al contenimento:

- del peggioramento delle condizioni cliniche del paziente ricoverato e sulla mortalità;
- dell'aumento dei costi pubblici e aziendali;
- della diffusione di infezioni antibiotico-resistenti;

Inoltre, determina un miglioramento della qualità globale dell'intervento assistenziale e dell'immagine della struttura.

Al fine di iniziare a conoscere il fenomeno presente nella nostra struttura, con l'obiettivo di trarre dati che facciano da avvio ad una modalità di lavoro da perseguire nel tempo, è stata effettuata un'indagine di prevalenza delle infezioni su tutti gli ospiti presenti in una data giornata.

Dai dati emersi si è cercato di estrapolare dati di interesse che creassero la base su cui costruire nuove ricerche; pertanto, si è focalizzata l'attenzione sui seguenti elementi rilevabili:

- % di infezioni ospedaliere in struttura;
- moda della sede dell'infezione;
- % di infezioni per distretto corporeo:
- % di infezioni delle vie urinarie, % di infezioni distinte in portatori di catetere vescicale (CV), pannolone, entrambi;
- % di infezioni della cute e % di infezioni insorte con utilizzo di presidi antidecubito;
- % di infezioni delle vie respiratorie, con % di portatori di tracheotomia e di patologie respiratorie croniche (es: BPCO);
- % altre infezioni;
- % di trattamenti antibiotici/antimicotici in corso;
- moda/media della fascia di età più colpita;
- moda/media della fascia di genere più colpita;
- % di infezioni per nucleo di residenza;

Vengono sotto riportati i risultati della indagine annuale di prevalenza (che ricordiamo essere un'osservazione epidemiologica che misura la proporzione di individui in una popolazione che presentano una determinata condizione o malattia in un preciso istante temporale):

A.PRO.M.E.A. Enti Assistenziali	P.A.R.M.	DATA: 15/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Struttura: Fondazione Contessa Rizzini ETS	

INDAGINE DI PREVALENZA 2025

% INFEZIONI OSP. IN STRUTTURA	$\frac{\text{TOTALE INFEZIONI OSP. (3)}}{\text{TOTALE OSPITI (74)}} \times 100$	4,05	$\frac{3}{74} \times 100$
=		%	

URINARIE 66%	% CON PANNOLONE =	100%
	% CON CV =	0%
	% CON ENTRAMBI =	0%
	% SENZA ENTRAMBI=	0%

RESPIRATORIA 33%	% CON PANNOLONE =	0%
	% CON CV =	0%
	% CON ENTRAMBI =	0%

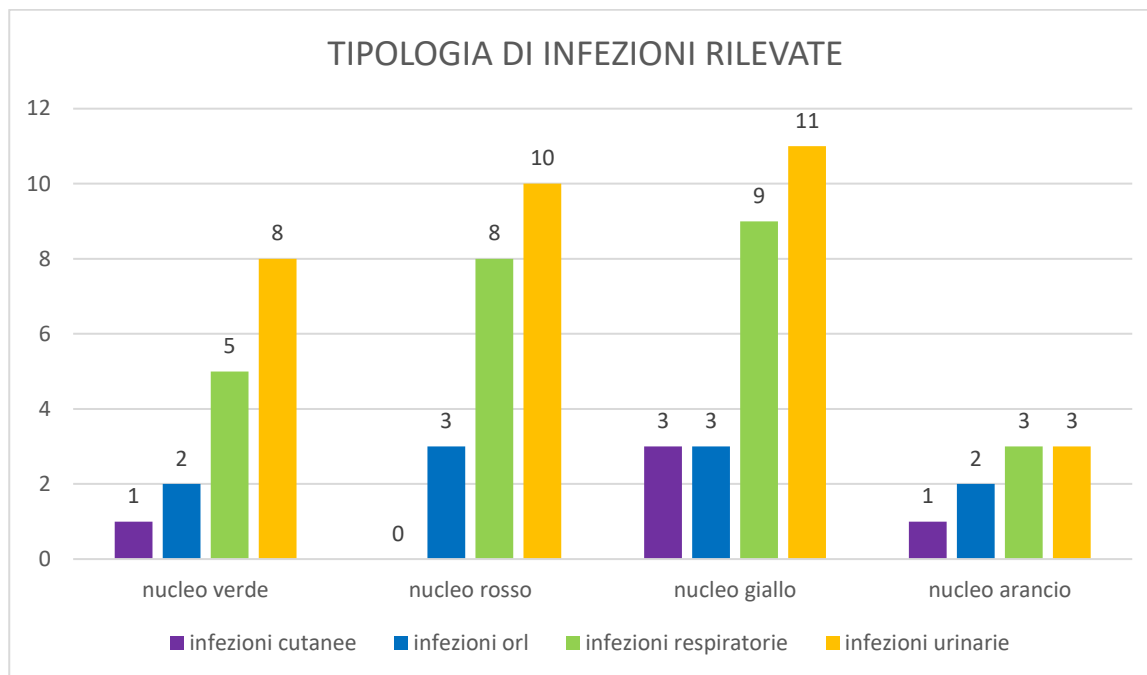
% TRATTAMENTI ANTIBIOTICI =	$\frac{\text{N° INF. OSP. TRATTATE CON ANTIBIOTICI}}{\text{TOTALE INFEZIONI}} \times 100$	100%	$\frac{3}{3} \times 100 =$	100
				%

MODA GENERE DI CHI HA CONTRATTO UN'INFEZIONE =	MASC HILE	0%	FEM MINE	100 %
			78	ANNI

% DI OCCORRENZA NEI NUCLEI	NUCLEO VERDE	0%
	NUCLEO ROSSO	0%
	NUCLEO GIALLO	100%
	NUCLEO ARANCIO	0%

A.PRO.M.E.A. Enti Assistenziali	P.A.R.M.	DATA: 15/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Struttura: Fondazione Contessa Rizzini ETS	

Dal 01.01.2025 al 31.12.2025, nella nostra struttura, sono state rilevate n° 72 infezioni di cui:



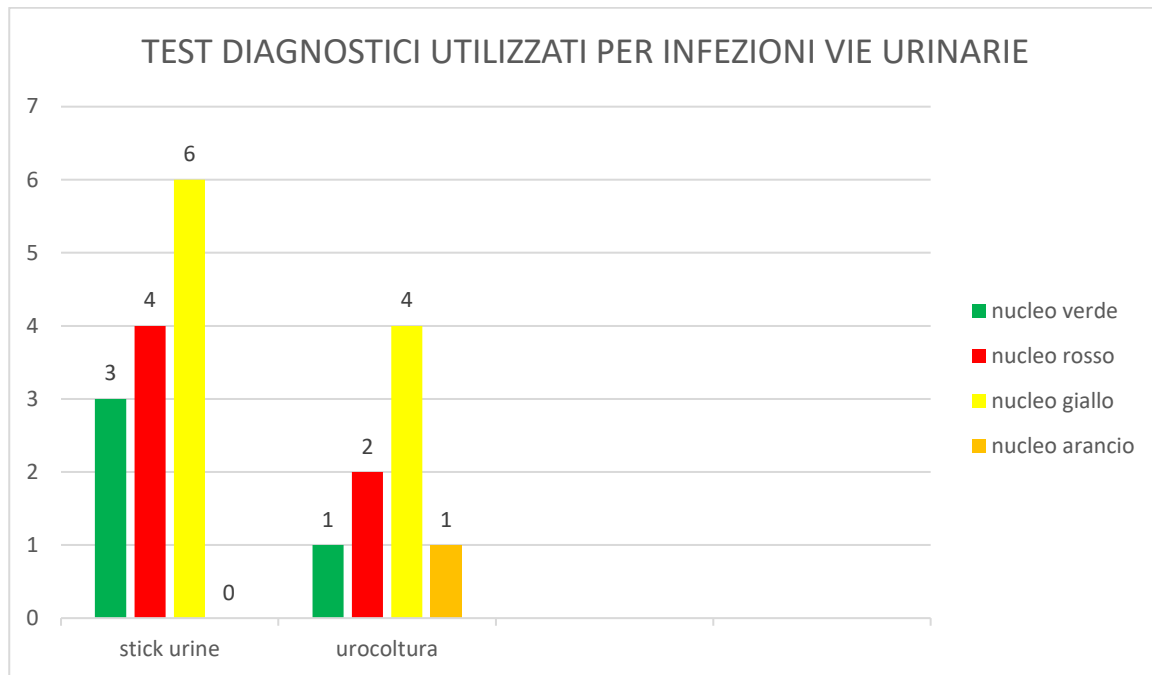
Si sono rilevate n.72 infezioni di cui:

- n. 32 urinarie
- n. 25 respiratorie
- n. 5 cutanee
- n. 10 orl

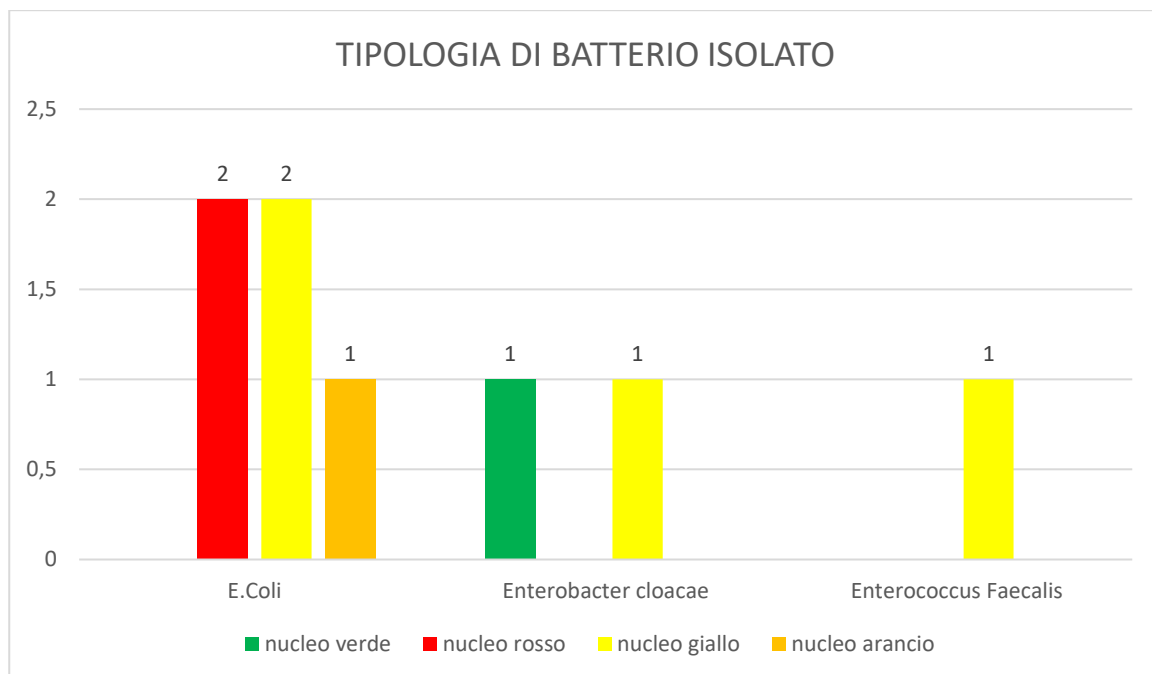
La percentuale maggiore di infezioni è di tipo urinario, sono stati eseguiti test per diagnosticare il tipo di batterio responsabile dell'infezione, che determina la presenza di nitriti e leucociti (stick urine), in altri casi si è eseguita direttamente una uro coltura per diagnosticare il tipo di batterio isolato nell'infezione.

A.PRO.M.E.A. Enti Assistenziali	P.A.R.M.	DATA: 15/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Struttura: Fondazione Contessa Rizzini ETS	

Di seguito si riportano i test utilizzati nei vari nuclei



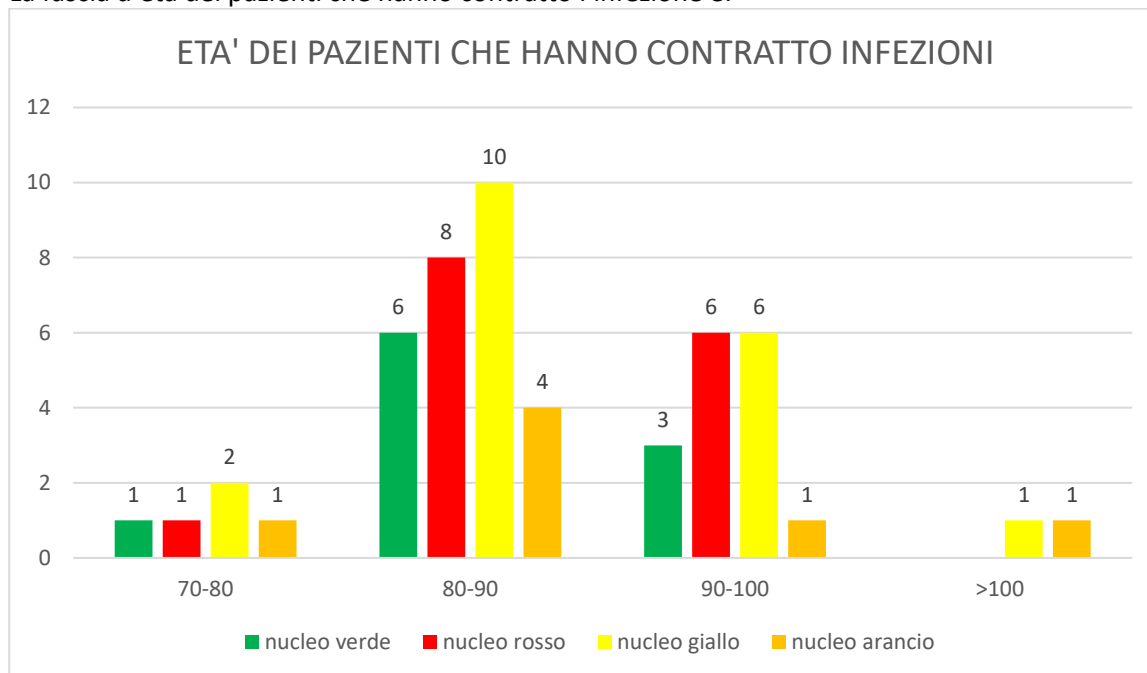
Dove è stata eseguita l'urocultura il ceppo isolato è stato



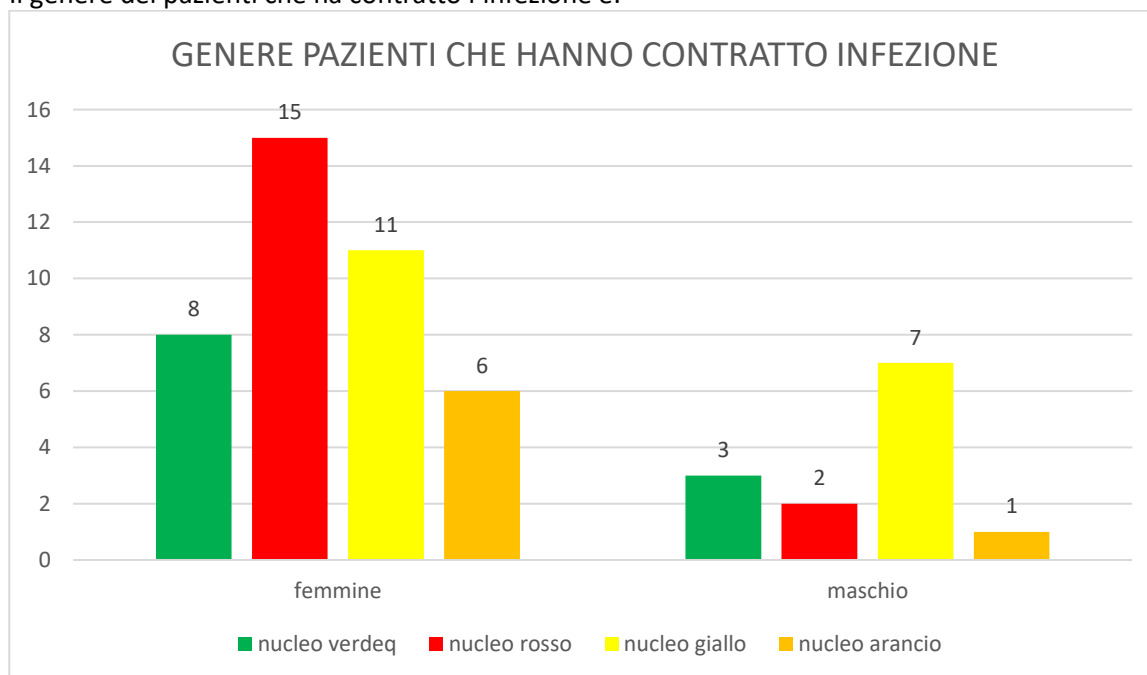
Dall'analisi dei dati rilevati, emerge che il batterio prevalente nelle infezioni delle vie urinarie è Escherichia Coli nel reparti rosso e giallo, ove sono presenti il maggior numero di ospiti portatori di CV a permanenza.

A.PRO.M.E.A. Enti Assistenziali	P.A.R.M.	DATA: 15/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Struttura: Fondazione Contessa Rizzini ETS	

La fascia d'età dei pazienti che hanno contratto l'infezione è:



Il genere dei pazienti che ha contratto l'infezione è:

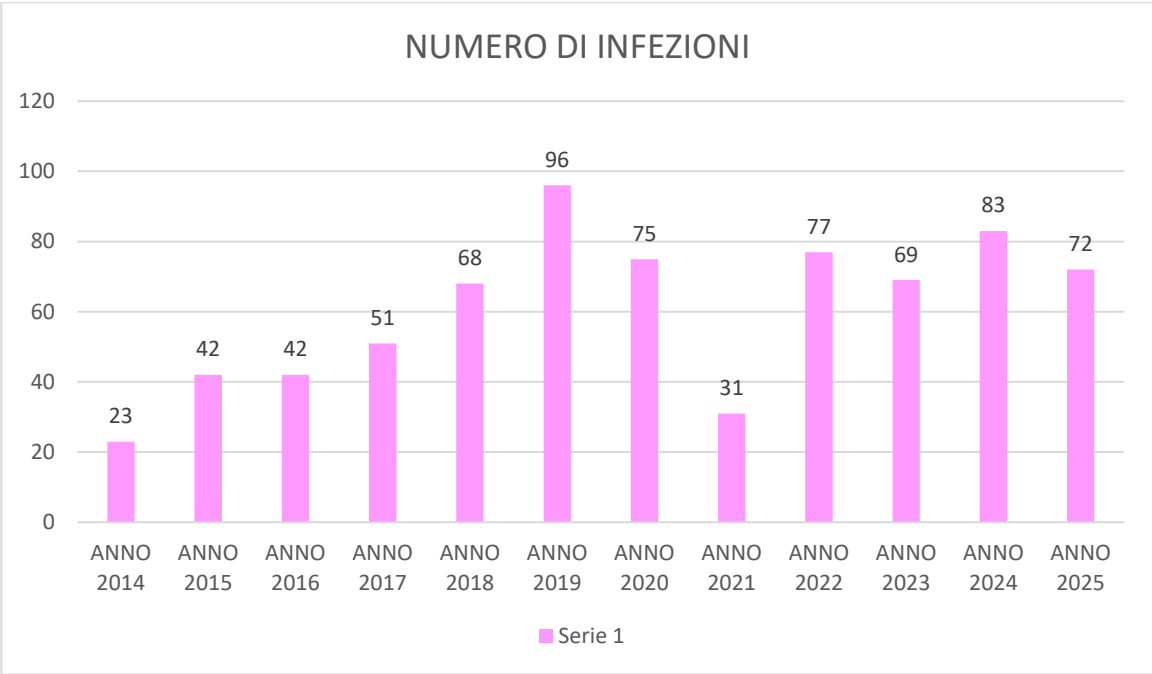


Per le infezioni di tipo respiratorio, non sono stati eseguiti test diagnostici di laboratorio o strumentali , per cui non è stato possibile definire la tipologia del batterio responsabile dell'infezione.

Altri tipi di infezioni rilevate sono di tipo cutaneo e otrl (otorinolaringoiatrico), ma in minor misura e senza complicanze croniche.

A.PRO.M.E.A. Enti Assistenziali	P.A.R.M.	DATA: 15/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT	
	ANNO 2025	
	Struttura: Fondazione Contessa Rizzini ETS	

Rapportando i dati



La segnalazione delle infezioni viene effettuata attraverso apposita sezione sul FASAS pazienti dal medico, che rileva l’infezione e che prescrive eventuale antibiotico terapia.

Nell’anno 2025 tutto il personale infermieristico e medico ha avuto partecipazione attiva ai corsi formativi con cadenza mensile inseriti nel “Percorso formativo sulla sorveglianza delle malattie infettive” riservato ai mmg/pls e operatori UDO dell’ambito sociosanitario, per una migliore prevenzione e cura degli aspetti infettivologici.

A.PRO.M.E.A. Enti Assistenziali	P.A.R.M.	DATA: 15/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Struttura: Fondazione Contessa Rizzini ETS	

4. Recepimento raccomandazioni ministeriali

Si riporta di seguito l'evidenza del recepimento delle raccomandazioni ministeriali:

N	Titolo Raccomandazione ministeriale	Applicato	Documento prodotto
1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio – KCL - ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	SI	Protocollo n°San-15
2	Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	N.A.	
3	Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	N.A.	
4	Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	SI	Protocollo n°San-02
5	Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	N.A.	
6	Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	N.A.	
7	Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	SI	Protocollo n°San-15
8	Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari - DGR n.3672 del 16.12.2024	SI	Protocollo n° Amm-01
9	Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	SI	Protocollo n° Tec-23
10	Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	N.A.	
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	N.A.	
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	SI	Protocollo n°San-15
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	SI	Protocollo n°San-17
14	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	N.A.	
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	N.A.	
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	N.A.	
17	Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica	SI	Protocollo n°San-15
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	SI	Protocollo n°San-15
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	SI	Protocollo n°San-15

A.PRO.M.E.A. Enti Assistenziali	P.A.R.M.	DATA: 15/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Struttura: Fondazione Contessa Rizzini ETS	

5. Valutazione rischio nutrizionale

La valutazione precoce del rischio nutrizionale dell'ospite, effettuata al momento dell'ingresso in struttura e nei successivi monitoraggi, è indispensabile per poter cogliere in modo precoce segni di malnutrizione e contrastarne gli effetti, impostando un corretto inquadramento alimentare.

Nella nostra Struttura viene utilizzata la scheda MUST per la rilevazione del rischio nutrizionale dell'ospite già a partire dal momento dell'ingresso e con rivalutazioni successive durante la discussione dei piani assistenziali periodici, attraverso la rilevazione mensile dei parametri biometrici di peso e altezza e il conseguente indice BMI e la rilevazione dell'introito alimentare durante i pasti da parte del personale dedicato all'assistenza.

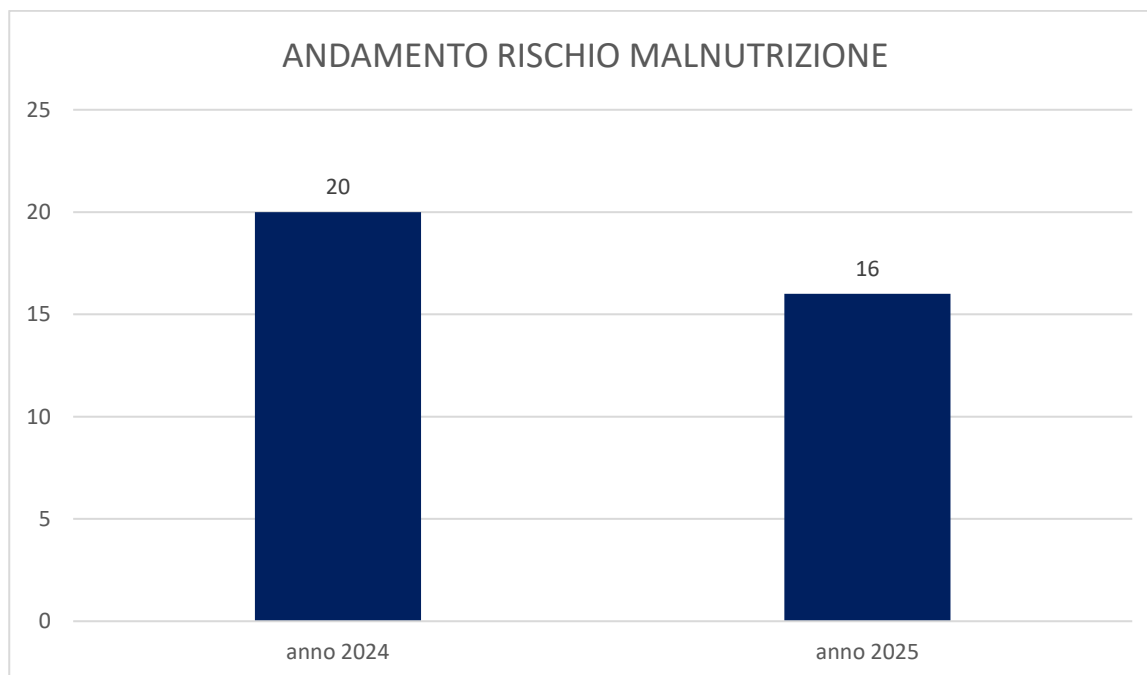
Per la gestione degli apporti nutritivi e la gestione del rischio nutrizionale sono presenti in struttura protocolli dedicati:

- Protocollo n° San-23 "protocollo per la somministrazione di alimenti e bevande"
- Protocollo n° San-14 "protocollo per la gestione del paziente con disfagia"
- Protocollo n° Tec-25 "protocollo per la gestione delle diete speciali"

all'interno dei quali vi sono tutte le indicazioni necessarie per una corretta gestione degli apporti alimentari.

Nell'anno 2025 vi è stata inoltre formazione specifica del personale attraverso una rappresentanza di 3 dipendenti (1 responsabile fkt, 1 infermiere, 1 operatore socio sanitario), che hanno preso parte a un corso di formazione "Nutrizione e malnutrizione nell'anziano istituzionalizzato" organizzato da ATS Val Padana.

Nell'anno 2025 gli ospiti che hanno presentato un rischio nutrizionale all'interno della nostra struttura sono stati un totale di n° 16 con rilevazione di scala Must $\geq 2/6$, su un totale di n° 124 ospiti monitorati nel corso dell'anno (Rsa+posti autorizzati+cdi) rispetto ai 20 casi del 2024.



A.PRO.M.E.A. Enti Assistenziali	P.A.R.M.	DATA: 15/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Struttura: Fondazione Contessa Rizzini ETS	

6. Somministrazione, controllo e prescrizione del farmaco

Per quanto riguarda l'argomento farmaci, dal 2013 si è iniziato a monitorare gli incidenti inerenti la gestione del farmaco.

Nella nostra struttura nel 2013, dopo l'analisi di 4 incidenti inerenti la prescrizione del farmaco, si è deciso di istituire un FUCI (Foglio Unico di terapia informatizzato).

A Novembre del 2018 è stato impostato il programma informatizzato della cartella socio sanitaria comprendente la terapia dalla prescrizione alla somministrazione.

Nel 2019 si è verificato un incidente inerente la gestione del farmaco, dovuto alla mancata adesione al protocollo per la somministrazione dei farmaci, da parte del personale infermieristico in turno.

Nel 2020 non si sono verificati incidenti inerenti la gestione del farmaco.

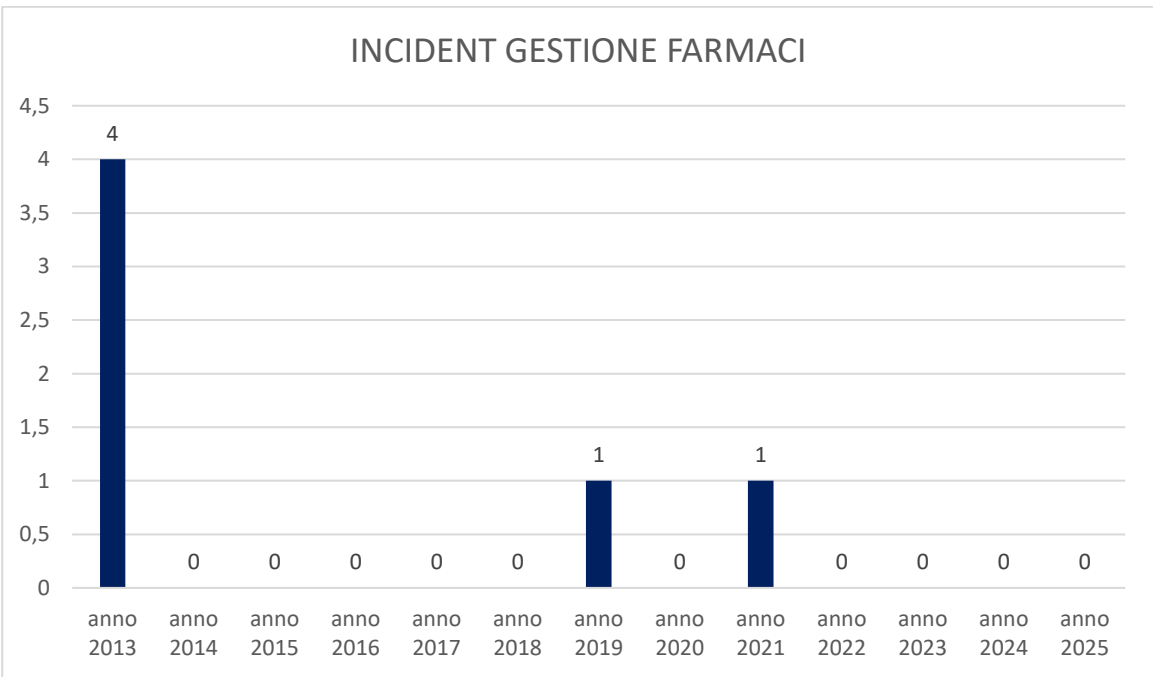
Nel 2021 si è verificato un incidente inerente il protocollo controllo scadenze farmaci, dovuto all'emergenza carenza personale infermieristico.

Nel 2022 non si sono verificati incidenti inerenti la gestione del farmaco

Nel 2023 non si sono verificati incidenti inerenti la gestione del farmaco

Nel 2024 non si sono verificati incidenti inerenti la gestione del farmaco

Nel 2025 non si sono verificati incidenti inerenti la gestione del farmaco



A.PRO.M.E.A. Enti Assistenziali	P.A.R.M.	DATA: 15/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Struttura: Fondazione Contessa Rizzini ETS	

7. Valutazione del rischio

Per effettuare la valutazione del rischio, occorre utilizzare la seguente matrice, ove il rischio è calcolato secondo la formula $P \times D = R$ ossia la probabilità di un evento moltiplicata per il danno che ne consegue determina la misura del rischio.

IMPATTO/ GRAVITÀ	5					
	4					
	3					
	2					
	1					
		1	2	3	4	5
	PROBABILITÀ					

anagrafica			analisi	valutazione rischio inerente RISCHIO PRIMA DI INTRODUZIONE MISURE ORGANIZZATIVE (punteggio da 1 a 5)			MISURE INTRODOTTE	valutazione rischio residuo DOPO INTRODUZIONE MISURE			azioni da intraprendere
referente	processo	rischio		Impatto	Probab.	rischio inerente		impatto residuo	probabilità residua	rischio residuo	
DS RM	Cura Clinico	Atto autolesivo	Stato paziente con disturbi cognitivi Contesto strutturale	4	4	16	Definizione di procedura assistenziale per ospiti con disturbi comportamentali (prot. n. San 02) Sostituzione infissi con adeguati meccanismi di chiusura	4	1	4	nessuna
DS RM DG	Cura Clinico	Allontanamento del pz	Stato paziente Contesto strutturale	4	4	16	Recinzione Tastiera con codice per i varchi critici Formazione al personale Potenziamento imp.videosorveglianza	4	1	4	nessuna
DS RM DG	Cura Clinico Strutturale	Caduta	Stato paziente Contesto ambientale	4	4	16	Protocollo per la prevenzione delle cadute (prot. n. San 17) Impianto IA Cura dei pavimenti	4	1	4	nessuna
DS RM	organizzativo	Incompletezza documentazione sanitaria	Turn over personale Paziente nuovo	4	2	8	Procedura inserimento personale neoassunto (n. prot. Amm 06) Protocollo gestione Fa.S.A.S. (prot. n. Tec 10)	4	1	4	nessuna

A.PRO.M.E.A. Enti Assistenziali	P.A.R.M.		DATA: 15/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025		
	Struttura: Fondazione Contessa Rizzini ETS		

DS RM	Cura Clinico	Errata identificazione paziente	Omonimia Turn over personale Paziente nuovo	4	2	8	Segnaposto Procedura inserimento personale neoassunto (n. prot. Amm 06)	4	1	4	nessuna
DS RM	Cura Clinico	Infezione	Turn over personale Regolamentazione non rispettata	4	2	8	Protocollo prevenzione e controllo infezioni correlate all'assistenza (prot. n. San 06) Formazione al personale Utilizzo corretto dei DPI	4	1	4	nessuna
DS RM	Cura Clinico	Errata somministrazione farmaco	Omonimia Turn over personale Paziente nuovo Carico di lavoro	4	2	8	Procedura somministrazione farmaci (prot. n. San 15) Revisione piano di lavoro	4	1	4	nessuna
DG	Strutturale	Eventi naturali dannosi	Manutenzioni inadeguate	3	3	9	Piano delle manutenzioni	3	1	3	nessuna
DS DG	organizzativo	Evoluzione contesto normativo non recepito correttamente	Carico di lavoro Carenze formative	4	2	8	Formazione del personale dirigenziale	4	1	4	nessuna
C-SIRT	Strutturale	Carente sicurezza informatica	SW non funzionante Attacchi informatici	4	4	16	Adeguamento sistemi informatici alla NIS2 Manutenzioni apparati HW e SW	5	1	5	Implementazione ulteriori misure di sicurezza secondo normativa NIS2 Formazione al personale e al CDA
DG ODV DPO	organizzativo	Danno reputazionale	Evento dannoso a carico della Struttura Violazione privacy	4	2	8	Formazione al personale su Codice Etico/privacy Attività dell'ODV	4	1	4	nessuna
DS RM DG	Cura Clinico	Malfunzionamento apparecchiatura elettromedicale	Manutenzioni inadeguate	4	4	16	Manutenzioni apparecchiature Procedura uso sicuro e appropriato apparecchi elettromedicali (prot. n. Tec 23)	4	1	4	nessuna
DG	Strutturale	Infortunio personale	Carico di lavoro Mancato rispetto procedure Contesto ambientale	4	4	16	Formazione sulla sicurezza (TU 81/08) per tutto il personale Piano delle manutenzioni	4	1	4	nessuna
DS RM	organizzativo	Aggressione personale	Carico di lavoro Carenze formative	4	2	8	Protocollo prevenzione e gestione atti di violenza a danno degli operatori (prot. n. Amm 01)	4	1	4	nessuna

A.PRO.M.E.A. Enti Assistenziali	P.A.R.M.	DATA: 15/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Struttura: Fondazione Contessa Rizzini ETS	

8. Progetti anno 2026

OBIETTIVO n. 1	MIGLIORARE LA SICUREZZA DEI PAZIENTI EVITANDO CADUTE			
TIPOLOGIA	☐ Obiettivo di qualità x Obiettivo di salute ☐ Obiettivo legato alle risorse			
TEMPI	30/06/2026			
PRIORITA'	ALTA			
RISORSE	25.000 €			
RESPONSABILE	DIREZIONE GENERALE / DIREZIONE SANITARIA			
	Attività	Tempi	Nuova tempistica	Responsabile
PIANIFICAZIONE	Raccolta di preventivi	01/2026		
	Verifica di fattibilità	01/2026		
	Approvazione preventivo	01/2026		
	Installazione	03/2026		
	Formazione personale	06/2026		
INDICATORE DI EFFICACIA	N di IR per cadute			
VERIFICA				
ESITO:				

OBIETTIVO n. 2	RIDUZIONE DEL NUMERO DI INFEZIONI NEGLI OSPITI			
TIPOLOGIA	x Obiettivo di qualità ☐ Obiettivo di salute ☐ Obiettivo legato alle risorse			
TEMPI	31/12/2026			
PRIORITA'	ALTA			
RISORSE				
RESPONSABILE	DIREZIONE SANITARIA/COORDINATRICE IP			
	Attività	Tempi	Nuova tempistica	Responsabile
PIANIFICAZIONE	Formazione personale	10/2026		
INDICATORE DI EFFICACIA	N di IR per infezioni			
VERIFICA				
ESITO:				

A.PRO.M.E.A. Enti Assistenziali	P.A.R.M.	DATA: 15/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Struttura: Fondazione Contessa Rizzini ETS	