



*“Primum non nocere”
“Non rilevare gli errori può avere
conseguenze disastrose”
Zapt & Reason 1994*

La gestione della sicurezza è imprescindibile in una organizzazione socio -sanitaria. Per gli ospiti la sicurezza è un requisito di buona qualità dell’assistenza. Il Piano è disponibile on-line col duplice obiettivo di favorire la crescita della cultura della sicurezza e la divulgazione - conoscenza a tutto il personale.

Funzione organizzativa - reparto-servizio coinvolti	Area di rischio – interesse Obiettivi	Intervento – attività – strategia ai fini del contenimento del rischio miglioramento efficacia appropriatezza assistenza	Responsabile	Tempi di realizzazione	Indicatore di valutazione Intervento realizzato Sì No		Note Considerazioni – Motivazioni
Tutti i nuclei 	Cadute <i>Attuare interventi mirati alla identificazione - gestione dei fattori di rischio per prevenire e comprimere il rischio di cadute e, nel caso che l'evento accada, ridurre le conseguenze. Assicurare la gestione immediata e appropriata del paziente caduto Monitorare l'applicazione della "Raccomandazione n° 13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" e della relativa procedura aziendale Pr 26 Prevenzione e trattamento delle cadute accidentali</i>	- Proseguire: - ad individuare gli Ospiti a rischio di caduta attraverso l'utilizzo di apposite scale validate; - ad adottare appropriate misure proattive; - ad attuare gli interventi educativi rivolti alla persona e alla sua famiglia sui fattori di rischio presenti, le possibili strategie proattive e alla consegna dell'apposito opuscolo; - a registrazione le circostanze della caduta e delle conseguenti attività messe in campo dai professionisti nell'apposito modulo; - ad attivare appropriate misure di gestione dell'Ospite caduto (secondo quanto previsto dalla Pr 26 Prevenzione e trattamento delle cadute accidentali); - a raccogliere l'indicatore che misura l'incidenza delle cadute prevedibili, per osservare i risultati conseguiti ed eventualmente porre in essere le più opportune misure proattive e/o di miglioramento, - proseguire il monitoraggio dell'indicatore n° 10, osservandone i risultati conseguiti e nel caso porre in essere le più opportune misure di miglioramento - presentare e condividere periodicamente i risultati dei monitoraggi - Approvare la Pr 26 Prevenzione e trattamento delle cadute accidentali e i documenti ad essa collegati - Formare – sensibilizzare il personale interessato	Direttrice Sanitaria – Risk Manager RAS Infermieri OSS Terapisti Medici	31/12/2026			
Tutti i nuclei	Infezioni correlate all'assistenza ICA <i>Mantenere la raccolta continua di informazioni, analisi dei dati, applicazione di misure di controllo e valutazione</i>	Proseguire il monitoraggio di indicatori e/o non conformità, relativamente a temi specifici quali: - polmoniti - infezioni delle vie urinarie - infezione associate alla presenza di catetere venoso centrale	Direttrice Sanitaria – Risk Manager RAS Medici	31/12/2026			

Funzione organizzativa - reparto-servizio coinvolti	Area di rischio – interesse Obiettivi	Intervento – attività – strategia ai fini del contenimento del rischio miglioramento efficacia appropriatezza assistenza	Responsabile	Tempi di realizzazione	Indicatore di valutazione Intervento realizzato		Note Considerazioni – Motivazioni
					Sì	No	
	<i>dell'efficacia delle stesse, attraverso gli strumenti-metodiche finora adottati. Migliorare le misure per la prevenzione del rischio di contrarre e trasmettere agenti infettivi</i>	4. infezioni da Clostridium difficile al fine di verificare l'efficacia degli interventi messi in campo e/o da attivare per apportare i miglioramenti che saranno ritenuti necessari. 5. Portare avanti la formazione – sensibilizzazione del personale alla prevenzione delle ICA 6. Programmare e realizzare almeno 2 incontri all'anno del Comitato ICA in sinergia con il CIO 7. Applicare – recepire le misure del Comitato Aziendale, diffonderle al personale e verificarne -monitorarne l'applicazione 8. Analizzare gli eventi occorsi e gestirli tempestivamente 9. Adottare azioni di miglioramento con rivalutazione delle indicazioni.					
Tutti i nuclei	Infezioni correlate all'assistenza ICA <i>Rafforzare le misure di controllo della prevenzione del rischio infettivo negli ospiti, nei visitatori e negli operatori Identificare precocemente eventuali casi sospetti Contenere il rischio di contagio</i>	1. Presa in carico della nuova edizione del documento regionale "Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie" 2. Eventuale aggiornamento della documentazione interna di riferimento 3. Formazione aggiornamento del personale interessato	Direttrice Sanitaria – Risk Manager RAS RAA Medici	31/12/2026			
Tutti i nuclei	Contenzione <i>Ridefinire gli strumenti per la buona pratica clinico - assistenziale dell'utilizzo dei mezzi di contenzione e salvaguardia Ridurre il ricorso alla contenzione fisica, Aumentare l'utilizzo e la ricerca di soluzioni alternative</i>	1. Approvare la Pr 27 Gestione delle misure contenitive di salvaguardia e i documenti ad essa collegati. 2. Formare – sensibilizzare il personale interessato 3. Mettere in atto possibili strategie di miglioramento per poter prevenire – ridurre l'utilizzo dei mezzi di contenzione	Direttrice Sanitaria – Risk Manager RAS RAA Medici	31/12/2026			
Tutti i nuclei	Clinico – Assistenziale <i>Migliorare la dignità e qualità della vita delle persone con dolore</i>	Dare continuità al progetto regionale "Evitare il dolore inutile: dignità e qualità della vita delle persone che vivono nelle strutture per anziani e disabili" e garanzia del possesso del requisito RG 8.22: 1. tracciare e analizzare semestralmente gli esiti del monitoraggio dell'indicatore n° 9 % di PAI o cartelle sociosanitarie attive che riportano obiettivi e azioni conseguenti definite sulla base della misurazione del dolore con valore superiore a 3 rilevato attraverso la somministrazione delle scale NRS o PAINAD.	RAS Medico	31/12/2026			

Funzione organizzativa - reparto-servizio coinvolti	Area di rischio – interesse Obiettivi	Intervento – attività – strategia ai fini del contenimento del rischio miglioramento efficacia appropriatezza assistenza	Responsabile	Tempi di realizzazione	Indicatore di valutazione Intervento realizzato		Note Considerazioni – Motivazioni
					Si	No	
		2. avviare le azioni di miglioramento ritenute necessarie in base agli esiti del monitoraggio 3. partecipare agli eventuali eventi organizzati a livello Distrettuale					
Tutti i nuclei	Clinico – Assistenziale <i>Mantenere aggiornati i profili professionali di tutte le figure professionali. Promuovere la chiarezza e la condivisione dei livelli di responsabilità organizzativa e professionale del servizio</i>	1. Con la collaborazione degli operatori completare la rivisitazione e aggiornamento dei Piani di lavoro in uso per ciascuna figura professionale per poi predisporre Piani di lavori integrati.	Team	31/12/2026			
Tutti i nuclei	Clinico – Assistenziale <i>Assicurare l'organizzazione e l'erogazione dei servizi alberghieri integrata con le attività assistenziali e di cura</i>	1. Rivedere con la Direzione gli strumenti e le tempistiche per il monitoraggio di non conformità e/o indicatori su: pulizia e disinfezione degli ambienti e lavanolo al fine di verificare l'efficacia degli interventi messi in atto e nel caso apportare i miglioramenti che ritenuti necessari.	Operatore guardaroba Referente KOS Servizi	31/12/2026			
Tutti i nuclei	Emergenze & Urgenze <i>Raggiungere e mantenere adeguati livelli di performance del personale sanitario nella gestione dell'intervento di urgenza Migliorare l'approccio clinico e terapeutico alle principali emergenze cardio-respiratorie Assicurare l'uniformità dei comportamenti di tutti i professionisti coinvolti nelle urgenze</i>	1. Fare partecipare il personale sanitario ai corsi BLSD nel rispetto delle periodicità previste 2. Approvare l'IO 21 Gestione del carrello – presidio delle emergenze 3. Completare l'aggiornamento della PR 31 Gestione delle emergenze cliniche e dei documenti ad essa collegati 4. Formare – sensibilizzare il personale interessato 5. Fare ottenere/mantenere al personale la certificazione – abilitazione di addetto alla gestione delle emergenze, prevenzione incendi e lotta antincendio. Rischio 3 – D.M. 02/09/2021	Referente formazione	31/12/2026			
Tutti i nuclei	Sicurezza trasfusionale <i>Contenere il rischio di eventi avversi, complicanze e effetti collaterali dovuti all'utilizzo di emoderivati Mantenere elevata l'attenzione dei professionisti sul tema della sicurezza</i>	1. Proseguire: → la rilevazione e il monitoraggio dei possibili eventi avversi, da incompatibilità ABO, complicanze e effetti collaterali dovuti all'utilizzo di emoderivati → l'analisi delle caratteristiche degli eventi, dei fattori che hanno contribuito all'accadimento, degli esiti, ...; 2. Individuare gli ambiti di miglioramento e/o di criticità per poi stabilire programmi di miglioramento.	Direttrice Sanitaria – Risk Manager RAS	31/12/2026			

Funzione organizzativa - reparto-servizio coinvolti	Area di rischio – interesse Obiettivi	Intervento – attività – strategia ai fini del contenimento del rischio miglioramento efficacia appropriatezza assistenza	Responsabile	Tempi di realizzazione	Indicatore di valutazione Intervento realizzato		Note Considerazioni – Motivazioni
					Sì	No	
	trasfusionale Monitorare l'applicazione della "Raccomandazione n° 5 per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0" e della relativa procedura aziendale						
Tutti i nuclei	Violenza a danno degli Operatori Sanitari <i>Prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari attraverso la implementazione di misure che consentano l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono. Migliorare la sensibilità del personale nei confronti della puntuale segnalazione degli episodi di violenza. Monitorare l'applicazione della "Raccomandazione n° 8 per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" e della relativa procedura aziendale "Pr 79 Prevenzione degli episodi di aggressività e/o violenza sul lavoro"</i>	- Proseguire: - il monitoraggio delle segnalazioni di episodi di aggressività e/o violenza sul lavoro, - la loro analisi al fine di identificare gli eventuali eventi sentinella (flusso SIMENS), - la revisione dei dati raccolti anche allo scopo di individuare i contesti a maggior rischio, - l'analisi delle caratteristiche degli eventi, dei fattori che hanno contribuito all'accadimento, degli esiti, ...; - la individuazione degli eventuali interventi preventivi/correttivi/migliorativi; - il feedback ai referenti dei nuclei; - Portare avanti la diffusione, il rilancio e il consolidamento della cultura della sicurezza degli operatori e della gestione del rischio, attraverso un'attività formativa mirata - Formare – sensibilizzare il personale interessato - Programmare e realizzare almeno 2 incontri all'anno del Comitato - Applicare – recepire le misure del Comitato Aziendale, diffonderle al personale e verificarne -monitorarne l'applicazione.	Direttrice Sanitaria – Risk Manager Direttore Medico RAS RAA Coordinatori fisioterapisti Coordinatore di Struttura	31/12/2026			
Tutti i nuclei	Maltrattamento a danno di ospiti <i>Prevenire i maltrattamenti a danno di ospiti Migliorare la consapevolezza del personale riguardo alla messa in atto di comportamenti</i>	- Proseguire: - il monitoraggio delle segnalazioni di episodi di maltrattamento a danno di ospiti, - l'analisi delle caratteristiche degli eventi, dei fattori che hanno contribuito all'accadimento, degli esiti, ...; - la individuazione degli eventuali interventi preventivi/correttivi/migliorativi; - Programmare e realizzare almeno 2 incontri all'anno del	Direttrice Sanitaria – Risk Manager Direttore Medico RAS RAA Coordinatori	31/12/2026			

Funzione organizzativa - reparto-servizio coinvolti	Area di rischio – interesse Obiettivi	Intervento – attività – strategia ai fini del contenimento del rischio miglioramento efficacia appropriatezza assistenza	Responsabile	Tempi di realizzazione	Indicatore di valutazione Intervento realizzato Sì No		Note Considerazioni – Motivazioni
	<i>potenzialmente non appropriati Implementare le competenze del personale per affrontare in modo adeguato i problemi di assistenza e il rischio di incomprensioni e conflitti</i>	Comitato 3. Applicare – recepire le misure del Comitato Aziendale, diffonderle al personale e verificarne -monitorarne l'applicazione.	fisioterapisti				
Programma di miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza alle persone con demenza ALLEGATO DC							
Tutti i nuclei	Clinico – Assistenziale <i>Migliorare la gestione e la qualità della vita e dell'assistenza delle persone affette da demenza e dei loro familiari</i>	1. Proseguire nel: ✍ ridurre al minimo il ricorso alla terapia farmacologica, monitorare gli ospiti che assumono terapie con sedativi/ansiolitici/ipnoinduttori 2. Realizzare incontri formativi e di sensibilizzazione rivolti al personale finalizzati a migliorare: ✗ l'approccio dell'operatore con la persona con demenza e con i familiari; ✗ la gestione dei disturbi comportamentali; ✗ le conoscenze sulla progressione della malattia e sugli strumenti utili al suo monitoraggio.	Direttrice Sanitaria – Risk Manager Team	31/12/2026			

Note:



- 📄 Il Piano riporta le aree sulle quali la Direzione ha ritenuto prioritario intervenire nell'anno 2026 e/o che proseguono dall'anno 2025.
- 📄 Il Piano può essere modificato - integrato in corso d'anno, in conseguenza ad esempio a riforme legislative - organizzative e/o nuove priorità individuate (reclami, segnalazioni, non conformità, eventi, quasi eventi, ecc. ...).
- 📄 Le modifiche e/o integrazioni apportate sono soggette all'approvazione della Direzione.
- 📄 L'aggiornamento del Piano è responsabilità del Referente Qualità.
- 📄 Le eventuali modifiche – integrazioni apportate saranno scritte in rosa.
- 📄 La realizzazione del Piano ed i risultati raggiunti vengono periodicamente verificati.
- 📄 Gli interventi – attività – strategie che in corso d'anno non sono più considerati prioritari, dalla Direzione, ad esempio in conseguenza al cambiamento delle condizioni di contesto, variazioni di strategia, ecc. ... non vengono considerati né come realizzati né come non realizzati (contrassegnare entrambe le colonne, intervento realizzato sì no, con /)
- 📄 Gli interventi – attività – strategie di miglioramento sono sostanzianti in termini di adempimenti.
- 📄 L'indicatore di valutazione - verifica della realizzazione di interventi – attività – strategie pianificati si basa sul criterio: sì (realizzato) – no (non realizzato) ed è da compilare a fine delle attività.
- 📄 La colonna considerazioni – motivazioni deve sempre essere compilata, a delucidazione di interventi non realizzati (no), dal relativo Responsabile, enunciando le eventuali criticità emerse in ordine all'attuazione dei singoli interventi - attività – strategie e le possibili soluzioni, compresa la loro eventuale ritardatura.
- 📄 La Direzione in considerazione a quanto espresso dal Responsabile può decidere di:
 - riprogrammare gli interventi – attività – strategie non realizzati, accogliendo le proposte,
 - il loro annullamento in quanto non ritenuti più idonei alla finalità e/o prioritari.

Bibliografia:

Ministero della Salute - Dipartimento della qualità direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ufficio III Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari, DGR 514 del 20 aprile 2009 e successive modifiche e integrazioni. Primo provvedimento della giunta regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/08 in materia di accreditamento dei servizi socio-sanitari.

Data 15 maggio 2026 la Direttrice Sanitaria – Risk Manager Kyriakoula Petropulacos