

DOCUMENTO NORMATIVO

P.A.R.M

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT 2026

CODICE: DN_PIM_01

DATA: 21/08/2026

REVISIONE: 06

INFORMAZIONI E STORIA DEL DOCUMENTO:

Nome file originale:	DN_PIM_01_r06_PARM
Modifica rispetto alla precedente Revisione:	Completamente aggiornato
Eventuale commento:	Nessuno
Pubblicazione:	nella Intranet aziendale in uso quotidiano/risk management e sul sito www.ferbETS.com in documenti/atti
Diffusione:	per mezzo di modello MS_SGQ_19 35_2026 e sul sito www.ferbETS.com

RESPONSABILI:

Responsabilità	Ruolo	Nome	Firma
Documento	Risk Manager FERB	Amidio Testa	
Verifica	Risk Manager FERB	Riccardo Valente	
	Risk Manager FERB	Sara Fascendini	
	Responsabile Affari Generali	Edoardo Belotti	
	RSPP	Alberto Valli	
Approvazione	Direttore di Dipartimento	Patrizio Sale	

Sommario

0. INTRODUZIONE	3
0.1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	3
0.2 OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI	4
0.3 DEFINIZIONI E ACRONIMI	4
0.4 DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	4
1. IL CONTESTO ORGANIZZATIVO DI FERB	6
2. POLITICA AZIENDALE PER LA SICUREZZA DELLE CURE	7
2.1 ATTRIBUZIONE DELLE FUNZIONI IN MATERIA DI RISK MANAGEMENT	7
2.2 ACCETTABILITÀ DEL RISCHIO	7
2.3 MAPPATURA DEI RISCHI	8
2.3.1 AREE DI RISCHIO CLINICO CONTEMPLATE DALLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI	8
2.3.2 ALTRE AREE DI RISCHIO CLINICO	12
2.3.3 RISCHIO AMBIENTALE	15
2.3.4 RISCHI ORGANIZZATIVI	16
2.3.5 IL RISCHIO INFORTUNISTICO	18
2.3.6 RISCHIO INFORMATICO	19
2.3.7 RISCHIO ECONOMICO FINANZIARIO	20
2 DIFFUSIONE	22

0. INTRODUZIONE

In ambiente sanitario, il rischio può essere definito come la probabilità che un paziente, un operatore o l'organizzazione sanitaria subiscano un danno o un evento avverso, associata alla gravità delle conseguenze che tale evento può provocare.

I dati della letteratura scientifica internazionale evidenziano che il problema degli errori ed eventi avversi in sanità rappresenta una reale emergenza che comporta dei costi sia in termini di vite umane che economici. La probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso viene definita come la probabilità che subisca un "Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile" (tratto dal Glossario del Ministero della Salute).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha evidenziato, in vari documenti prodotti, la necessità che sia la stessa organizzazione sanitaria ad intervenire per assicurare ai pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure.

L'errore è insito nei sistemi complessi e la sicurezza dei pazienti deve essere continuamente presidiata e le criticità affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando ed integrando i vari aspetti: il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi, l'elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, il coinvolgimento di pazienti e cittadini, la formazione degli operatori sanitari, l'analisi delle interferenze e delle criticità delle "diverse sicurezze".

La Gestione del Rischio Clinico che rappresenta un elemento di Governo Clinico, meglio definito come "il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standards di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica".

La sicurezza delle cure costituisce parte integrante del diritto alla salute e rappresenta un obiettivo strategico di FERB ETS. Il presente Piano definisce il sistema aziendale di gestione del rischio clinico e organizzativo finalizzato alla prevenzione degli eventi avversi, alla tutela dei pazienti e al miglioramento continuo della qualità assistenziale.

Tutte le attività descritte nel presente documento sono sviluppate secondo i principi della Legge 24/2017¹, delle disposizioni regionali lombarde in materia di accreditamento e delle migliori pratiche nazionali e internazionali di Clinical Risk Management e tenendo conto di [DN_SGQ_21 Analisi_del_contesto_esterno_ed_interno](#).

0.1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento definisce il sistema di gestione del rischio clinico e organizzativo FERB -ETS atto a:

- garantire la sicurezza dei pazienti, degli operatori e dei visitatori;
- prevenire il verificarsi di eventi avversi e near miss;
- promuovere una cultura della sicurezza;
- monitorare e ridurre il rischio clinico;
- assicurare il rispetto dei requisiti di accreditamento istituzionale regionali e nazionali;
- favorire il miglioramento continuo della qualità assistenziale.

Campo di applicazione:

Area delle attività sanitarie e sociosanitarie:

- degenze riabilitative specialistiche;
- riabilitazione generale e geriatrica;
- hospice;
- CP_Dom
- attività ambulatoriali;

¹ Meglio conosciuta come Legge Gelli -Bianco



- attività infermieristiche;
- attività fisioterapiche;
- attività diagnostiche;
- servizi alberghieri e di supporto.

Area organizzativa

- gestione farmaci;
- gestione dispositivi medici;
- accettazione;
- gestione documentale;
- servizi alberghieri;
- manutenzione.

0.2 OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

Diminuire le potenzialità di errore attivo e del sistema organizzativo dato, nonché contenere la complessiva sinistrosità delle strutture. Nel recepire le indicazioni regionali per la stesura del PARM ed in coerenza con la Mission aziendale sono stati identificati i seguenti obiettivi strategici:

1. Creare e diffondere la “cultura della sicurezza” e la “cultura organizzativa” in un’ottica di condivisione degli stessi valori e dello stesso impegno.
2. Creare la mappa dei rischi
3. Favorire la comunicazione tra professionisti in un’ottica di sistema
4. Promuovere interventi mirati al contenimento degli eventi avversi, con particolare riguardo alle infezioni correlate all’assistenza;
5. Promuovere interventi mirati al contenimento dei sinistri;
6. Promuovere l’appropriatezza gestionale nell’allocazione delle risorse economiche aziendali;
7. Facilitare i processi di integrazione tra Risk Manager, Affari Generali e/o Legali e Medicina Legale ai fini della gestione della sinistrosità.

0.3 DEFINIZIONI E ACRONIMI

P.A.R.M =Piano Annuale di Risk Management

0.4 DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Interni

DN_FOR_01 Capitolato_Speciale_Appalto_Pulizia_Sanificazione
DN_MRB_01 Manuale_informativo_rischio_biologico
DN_PRY_03 Regolamento_informativo_privacy
DN_PRY_05 Risk_Analisis_IT
DN_PRY_07 Manuale Privacy
DN_SGQ_21 Analisi_del_contesto_esterno_ed_interno
DN_SIC_01 DVR_Trescore_Balneario
DN_SIC_03 DVR_Gazzaniga
DN_SIC_04 Piano_di_emergenza_Trescore
DN_SIC_06 Piano_di_emergenza_Centro_Alzheimer
DN_SIC_07 DVR_Calcinate
DN_SIC_09 DVR_Cassano_D'Adda
ES_FAR_01 Nota AIFA 2006 2007 per l'uso appropriato dei farmaci
ES_FAR_02 Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica

DN_PIM_01_r06_PARM

**FERB**FONDAZIONE
EUROPEA
RICERCA
BIOMEDICA
ETSCERTIFIED
ISO 9001

ES_FOR_01 Markas_Progetto_tecnico_Pulizie_Trescore
ES_FOR_06 Pellegrini Progetto tecnico pulizie Cassano
ES_INF_10 Manuale_SMI
ES_LGU_20 Linee guida diagnosi prevenzione trattamento osteoporosi
ES_LGU_23 Raccomandazione corretto utilizzo soluzioni concentrate
ES_LGU_24 Raccomandazione prevenzione del suicidio in ospedale
ES_LGU_25 Raccomandazione reazione incompatibilità AB0
ES_LGU_26 Raccomandazione errori terapia farmacologica
ES_LGU_27 Raccomandazione prevenire danno agli operatori
ES_LGU_28 Raccomandazione eventi avversi malfunzionamento dispositivi
ES_LGU_29 Raccomandazione prevenzione osteonecrosi da bifosfonati
ES_LGU_30 Raccomandazione malfunzionamento trasporto
ES_LGU_31 Raccomandazione farmaci LASA
ES_LGU_32 Raccomandazione prevenzione gestione delle cadute
ES_LGU_36 Raccomandazione 19 per la manipolazione delle forme farmaceutiche solide
ES_LGU_37 Raccomandazione prevenzione errori terapia per acronimi sigle simboli
ES_LGU_38 Linee Guida sintetica Buon Uso del Sangue (Sangue/Cassano)
ES_PRY_01 Suggerimenti per creare e gestire password a prova di privacy
ES_REP_03 Suicidio guida per il colloquio con il paziente
ES_REP_59 Procedura gestione richiesta trasfusionale (Sangue/Cassano)
MS_AMM_71 Dichiarazione 1 lavoratori versus delitti informatici
MS_AMM_72 Dichiarazione 2 lavoratori versus delitti informatici
MS_REP_132 Check list sicurezza ambienti e presidi
MS_REP_133 Scheda segnalazione caduta
MS_REP_136 Consigli utili per la prevenzione delle cadute durante la degenza
MS_REP_251 Elenco doc cartella clinica
OP_INF_02 Germi multiresistenti agli antibiotici clostridium difficile
OP_REP_75 Vademecum di terapia antibiotica
OP_REP_77 Indirizzi per la nutrizione FERB
PR_AMM_03 Continuità di servizio di Tabula Clinica
PR_CTR_03 Gestione scheda Braden
PR_CTR_05 Controllo lesioni da compressione
PR_FAR_01 Procedura farmaci LASA
PR_FAR_03 Vigilanza farmaci e dispositivi medici
PR_FAR_05 Gestione farmaci e parafarmaci unità operative
PR_FAR_08 Abbreviazioni acronimi sigle simboli farmaci FERB
PR_FAR_09 Riconciliazione farmacologica
PR_FAR_10 Manipolazione forme farmaceutiche orali solide
PR_REP_10 Apparecchiature ed elettromedicali
PR_REP_11 Procedura prelievo e trasfusioni Cassano (Sangue/Cassano)
PR_REP_12_r04 Procedura prevenzione suicidio
PR_SIC_08 Autocontrollo legionellosi Trescore
PR_SIC_12 Autocontrollo legionellosi Calcinatè
PR_SIC_13 Procedura autocontrollo legionellosi Gazzaniga
PR_SIC_15 Autocontrollo legionellosi Cassano
PT_EMO_01 Protocollo buon uso del sangue
PT_EMO_03 Protocollo uso dell'albumina in ospedale
PT_INF_03 Prevenzione della diffusione delle infezioni correlate all'assistenza
PT_INF_04 Sorveglianza malattie infettive e infezioni correlate all'assistenza
PT_INF_05 Candida
PT_REP_03 Protocollo lavaggio mani
PT_REP_05 Protocollo e trattamento lesioni da decubito
PT_REP_10 Trasporto pazienti provette sangue
PT_REP_32 Prevenzione e gestione rischio caduta del paziente degente



PT_REP_33 Contenzione
PT_REP_44 Screening_nutrizionale
PT_SIC_02 Documento sicurezza

Esterni

Normativa nazionale

- D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.
- DPR 14 gennaio 1997.
- Legge 24/2017 (Legge Gelli-Bianco).
- D.Lgs. 81/2008.
- Intesa Stato-Regioni 20 dicembre 2012.
- Intesa Stato-Regioni 19 febbraio 2015.

Normativa Regione Lombardia

- L.R. Lombardia n. 33/2009.
- DGR VI/38133 del 06/08/1998.
- Provvedimenti regionali in materia di autorizzazione e accreditamento.
- Raccomandazioni e indirizzi regionali sul rischio clinico.

1. IL CONTESTO ORGANIZZATIVO DI FERB

Numero quattro strutture

- Ospedale Sant'Isidoro di Trescore Balneario (BG)
- Centro di Eccellenza Alzheimer di Gazzaniga (BG)
- Centro di Riabilitazione specialistica di Cassano D'Adda (MI)
- Hospice di Calcinato (BG)

Assetto dell'Ospedale Sant'Isidoro di Trescore Balneario

- 57 posti letto di Riabilitazione Intensiva di cui 31 assegnati alla sezione Parkinson, gli altri a Riabilitazione neuromotoria e cardiorespiratoria
- 15 posti letto di riabilitazione estensiva
- 15 posti letto di Medicina Generale
- 4 posti letto tecnici per MAC (Macroattività ambulatoriale ad alta complessità)
- 1 Poliambulatorio accreditato per le branche di:
anestesia; cardiologia; chirurgia generale; chirurgia vascolare - angiologia; dermosifilopatia;
diagnostica per immagini: radiologia diagnostica; gastroenterologia - chirurgia ed endoscopia
digestiva; medicina fisica e riabilitazione ortopedia traumatologia; neurologia; oculistica;
odontostomatologia - chirurgia maxillo facciale; otorinolaringoiatria; pneumologia; urologia; altre
prestazioni.

Assetto del Centro di Riabilitazione Specialistica di Cassano d'Adda

- 60 posti letto complessivi di cui 50 di Riabilitazione Intensiva di Alta Complessità e 10 di Riabilitazione Estensiva
- Ambulatorio specialistico per la branca di Medicina Fisica e Riabilitazione

Assetto del Centro Alzheimer di Gazzaniga

- 46 posti letto ordinari di Riabilitazione Intensiva di Alta Complessità
- due posti letto tecnici MAC (Accreditati e Contrattualizzati)
- 1 Poliambulatorio
- 1 CDCD (Centro Diagnostico e Cura delle Demenze (ex Centro UVA Unità di Valutazione Alzheimer)

HOSPICE di Calcinatè

- 14 posti letto ordinari di Hospice (ora in assetto sociosanitario)

In attesa del completamento di tutti i livelli assistenziali dell'unità di Cure Palliative (UCP-dom, MAC, ambulatorio per la cura del dolore)

2. POLITICA AZIENDALE PER LA SICUREZZA DELLE CURE

La Direzione riconosce che la sicurezza del paziente rappresenta un valore primario, un obiettivo strategico e un elemento essenziale della qualità assistenziale.

La struttura si impegna a:

- sviluppare una cultura non punitiva dell'errore;
- favorire l'apprendimento dagli eventi avversi;
- promuovere il miglioramento continuo;
- investire nella formazione degli operatori;
- monitorare costantemente gli indicatori di rischio.

Tutti gli operatori sono tenuti a:

- segnalare situazioni di rischio;
- collaborare all'analisi degli eventi;
- partecipare alla formazione;
- rispettare procedure e protocolli aziendali;
- contribuire al miglioramento continuo.

La segnalazione di errori o near miss non ha finalità punitive bensì preventive.

2.1 ATTRIBUZIONE DELLE FUNZIONI IN MATERIA DI RISK MANAGEMENT

Direzione Generale

Ha la responsabilità di:

- approvare il Piano;
- assegnare risorse adeguate;
- monitorare i risultati.

Direzione Sanitaria

Coordina:

- gestione del rischio clinico;
- monitoraggio degli eventi;
- attuazione delle azioni correttive.

Risk Manager

È responsabile di:

- raccolta e analisi delle segnalazioni;
- conduzione degli audit;
- elaborazione degli indicatori;
- supporto alla Direzione.

Referenti delle Unità Operative

Collaborano:

- all'identificazione dei rischi;
- alla diffusione delle procedure;
- alla verifica dell'applicazione delle misure preventive.

FERB ETS gestisce quattro presidi: Ospedale Sant'Isidoro di Trescore Balneario, Centro di Eccellenza Alzheimer di Gazzaniga, Centro di Riabilitazione Specialistica di Cassano d'Adda e Hospice di Calcinatè. La tipologia della popolazione assistita e la complessità dei processi rendono necessaria una gestione integrata del rischio clinico, organizzativo e aziendale.

2.2 ACCETTABILITÀ DEL RISCHIO

La valutazione di accettabilità o meno del rischio è misurata e stabilita mediante l'applicazione di una scala numerica, assunta quale indicatore dalla Direzione di FERB ETS di concerto con il Risk Manager, di definizione del livello di pericolosità del rischio, l'accettabilità o meno dello stesso correlato ad azioni ritenute utili e necessarie al controllo/riduzione/contenimento gli strumenti o indicatori di verifica, i responsabili della verifica:

- Rischio 0 (basso) Accettabile Non richiede Azioni
- Rischio 1 (modesto) Accettabile **se** previste Azioni

- Rischio 2 (discreto) Accettabile **se** si ritiene che l'azione possa abbassare il rischio a 1
- Rischio 3 (alto) Non accettabile

2.3 MAPPATURA DEI RISCHI

E' effettuata ed aggiornata in relazione a:

- raccomandazioni ministeriali in tema di gestione del rischio e sicurezza delle cure;
- nonché alle integrazioni rilasciate dal Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente che per l'anno 2026 per FERB ETS risultano di interesse: le infezioni correlate all'assistenza ed il rischio nutrizionale;
- dal sistema ISO: il rischio ambientale;
- correlabili allo stato clinico ed alle disabilità dei pazienti ricoverati in ambito riabilitativo: lesioni da pressione, complicanze dell'immobilità, compromissione dell'autonomia funzionale.

Rischio Clinico con il termine di "rischio clinico" si definisce la possibilità che un paziente subisca un "danno o disagio involontario, imputabile, alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte. Il rischio clinico è l'errore in medicina.

Quando si affronta il tema del rischio clinico è necessario soffermarsi a definire l'errore e i possibili danni che ne possono derivare per il paziente. In letteratura è possibile ritrovare molte definizioni di "errore" e di "evento avverso". Tutte condividono alcune caratteristiche sostanziali: l'errore è un'insufficienza del sistema che condiziona il fallimento delle azioni programmate; l'errore è una "azione non sicura" o una "omissione" con potenziali conseguenze negative sull'esito del processo di cura; l'errore è un comportamento che può essere giudicato inadeguato da "pari" di riconosciuta esperienza e competenza, al momento in cui il fatto si verifica, indipendentemente se ci siano state o no conseguenze negative per il paziente.

L'errore può causare un evento avverso, cioè un evento indesiderabile che comporta un danno al paziente non dovuto alle sue condizioni cliniche, ma correlato al processo assistenziale. L'evento avverso è, quindi, per sua natura, indesiderabile, non intenzionale, dannoso per il paziente; l'evento avverso derivato da errore è definito "prevenibile". Ai fini della identificazione delle misure di prevenzione da attuare, grande importanza riveste non solo l'analisi degli eventi avversi, ma anche quella dei quasi eventi o near miss.

Il rischio clinico può innescare l'insorgenza e/o far aumentare a dismisura (rispetto ai dati di letteratura specifica) le richieste di risarcimento; il correlato danno d'immagine derivato può influire sull'affidabilità della struttura e della compliance dei pazienti a rivolgersi per le cure.

2.3.1 AREE DI RISCHIO CLINICO CONTEMPLATE DALLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

(11 su 19 di interesse per i presidi gestiti)

- 1) cadute del paziente;
- 2) errori di terapia e/o nella gestione dei farmaci;
- 3) reazione trasfusionale da incompatibilità AB0;
- 4) morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto;
- 5) suicidio in ospedale;
- 6) prevenzione eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali;

1) Cadute del paziente

Raccomandazione 13 Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie (ES_LGU_32Raccomandazione_prevenzione_gestione_delle_cadute)

Misure preventive	Indicatori
• valutazione del rischio all'ingresso; • rivalutazione periodica;	• % < anno precedente sia per la numerosità che per la gravità Atteso 0 per Livelli 5 e 6

- utilizzo di scale validate;
- sorveglianza dei pazienti fragili;
- adeguamento degli ausili;
- formazione caregiver.

Documenti	Rischio	Accettabile SI/NO	Azioni	Rischio Residuo	Accettabile SI/NO	Indicatore di verifica	Responsabilità
PT_REP_32 Prevenzione e gestione rischio caduta del paziente degente MS_REP_133 Scheda segnalazione caduta MS_REP_132 Check list sicurezza ambienti e presidi ES_LGU_32 Raccomandazione prevenzione gestione delle cadute MS_REP_136 Consigli utili per la prevenzione delle cadute durante la degenza	2	SI	Monitoraggio delle cadute quantitativo (numerosità), gravità degli esiti, sedi. Rapporto annuale con analisi comparata sugli anni precedenti e determinazione nuovi obiettivi.	1	SI	% < anno precedente sia per la numerosità che per la gravità Atteso 0 per Livelli 5 e 6	Direzione Sanitaria Direttore di dipartimento Caposala Capotecnico

2) Errori di terapia e/o nella gestione dei farmaci:

Sette raccomandazioni ministeriali su diciannove (36,8%) trattano dei rischi che in varia forma hanno a che fare con l'utilizzo dei farmaci in ospedale, dall'approvvigionamento alla somministrazione.

Misure preventive	Indicatori
• identificazione certa del paziente; • riconciliazione terapeutica; • doppio controllo per farmaci critici; • gestione controllata delle scorte.	• errori di terapia segnalati; • procedura per la riconciliazione farmacologica applicata • errori intercettati prima della somministrazione.

Raccomandazione 01: corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio (ES_LGU 23 Raccomandazione corretto_utilizzo soluzioni_concentrate).

Documenti	Rischio	Accettabile SI/NO	Azioni	Rischio Residuo	Accettabile SI/NO	Indicatore di verifica	Responsabilità
PR_FAR_05 Gestione farmaci unità operative ES_LGU 23 Raccomandazione corretto_utilizzo soluzioni_concentrate	0	SI	Refresh periodico biennale di infermieri e medici a cura del farmacista	0 (perché non disponibili in reparto)	SI	0 eventi sentinella	Direzione Sanitaria Medici di Reparto Caposala

Raccomandazione 07: prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica (ES_LGU_26 Raccomandazione errori terapia farmacologica)

Documenti	Rischio	Accettabile SI/NO	Azioni	Rischio Residuo	Accettabile SI/NO	Indicatore di verifica	Responsabilità
PR_FAR_01 Procedura farmaci LASA PR_FAR_05 Gestione farmaci unità operative PR_FAR_03 Vigilanza farmaci e dispositivi medici ES_LGU_26 Raccomandazione errori terapia farmacologica	2	SI	Refresh periodico biennale di infermieri e medici a cura del farmacista	1	SI	0 eventi sentinella	Direzione Sanitaria, Medici di Reparto, Caposala, farmacista consulente

Raccomandazione 10 Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati (ES_LGU_29 Raccomandazione prevenzione osteonecrosi da bifosfonati)

Documenti	Rischio	Accettabile SI/NO	Azioni	Rischio Residuo	Accettabile SI/NO	Indicatore di verifica	Responsabilità
ES_FAR_01 Nota AIFA 2006 2007 per l'uso appropriato dei farmaci ES_LGU_20 Linee guida diagnosi prevenzione trattamento osteoporosi ES_LGU_29 Raccomandazione prevenzione osteonecrosi da bifosfonati	1	SI	Anamnesi specifica dello stato clinico dei pazienti	1	SI	In linea con i dati da Letteratura	Medici Specialisti in Medicina Fisica Riabilitazione e Geriatria

Raccomandazione 12: prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike" (ES_LGU_31 Raccomandazione farmaci LASA)

Documenti	Rischio	Accettabile SI/NO	Azioni	Rischio Residuo	Accettabile SI/NO	Indicatore di verifica	Responsabilità
PR_FAR_01 Procedura farmaci LASA ES_LGU_31 Raccomandazione farmaci LASA	2	SI	Refresh periodico biennale di infermieri e medici a cura del farmacista	1	SI	0 eventi sentinella	Direzione Sanitaria Medici di Reparto Caposala

Raccomandazione 17 per la riconciliazione farmacologica (ES_FAR_02 Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica)

Documenti	Rischio	Accettabile SI/NO	Azioni	Rischio Residuo	Accettabile SI/NO	Indicatore di verifica	Responsabilità
PR_FAR_09 Riconciliazione farmacologica PR_FAR_05 Gestione farmaci unità operative MS_REP_251 Elenco doc cartella clinica ES_FAR_02 Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica	2	SI	verifica del 10% delle cartelle cliniche e predisposizione da parte dell'ufficio ADT di un report	1	SI	In tutte le cartelle è applicata la raccomandazione	Direzione Sanitaria, Medici di Reparto, Primari

Raccomandazione 18: prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli (ES_LGU_37 Raccomandazione prevenzione errori terapia per acronimi sigle simboli)

Documenti	Rischio	Accettabile SI/NO	Azioni	Rischio Residuo	Accettabile SI/NO	Indicatore di verifica	Responsabilità
PR_FAR_08 Abbreviazioni acronimi sigle simboli farmaci FERB ES_LGU_37 Raccomandazione prevenzione errori terapia per acronimi sigle simboli	0	SI	Nessuna	0	SI	0 eventi sentinella	Direzione Sanitaria Primari Caposala

Raccomandazione 19: la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide (ES_LGU_36 Raccomandazione 19 per la manipolazione delle forme farmaceutiche solide)

Documenti	Rischio	Accettabile SI/NO	Azioni	Rischio Residuo	Accettabile SI/NO	Indicatore di verifica	Responsabilità
PR_FAR_10 Manipolazione forme farmaceutiche orali solide ES_LGU_36 Raccomandazione 19 per la manipolazione delle forme farmaceutiche solide	2	SI	Refresh periodico biennale di infermieri e medici a cura del farmacista	1	SI	0 eventi sentinella	Direzione Sanitaria Primari Caposala

3) Reazione trasfusionale da incompatibilità ABO

Raccomandazione 05: Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0 (ES_LGU_25 Raccomandazione_reazione_incompatibilità AB0)

Documenti	Rischio	Accettabile SI/NO	Azioni	Rischio Residuo	Accettabile SI/NO	Indicatore di verifica	Responsabilità
PT_EMO_01 Protocollo buon uso del sangue PT_EMO_03 Protocollo uso dell'albumina in ospedale ES_LGU_25 Raccomandazione_reazione_incompatibilità AB0 ES_LGU_38 Linee Guida sintetica Buon Uso del Sangue (Sangue/Cassano) ES_REP_59 Procedura gestione richiesta trasfusionale (Sangue/Cassano) PR_REP_11 Procedura prelievo e trasfusioni Cassano (Sangue/Cassano)	1	SI	valutazione dati di letteratura	1	SI	0 eventi sentinella attraverso Verifica SDO	Direttore di dipartimento Primario di medicina

4) Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto

Raccomandazione 11 Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto intraospedaliero e extraospedaliero (ES_LGU_30_r0 Raccomandazione_malfunzionamento_trasporto)

Documenti	Rischio	Accettabile SI/NO	Azioni	Rischio Residuo	Accettabile SI/NO	Indicatore di verifica	Responsabilità
PT_REP_10 Protocollo Trasporto Pazienti ordinari ES_LGU_30 Raccomandazione malfunzionamento trasporto	2	SI	Monitoraggio n° di richieste di risarcimento danni correlati all'assistenza e/o al trasporto intra ed extraospedaliero. valutazione della sinistrosità	1	SI	0 eventi sentinella	Direzione Sanitaria Direttore di dipartimento Caposala

5) Suicidio in ospedale

Raccomandazione 04 Prevenzione del suicidio in ospedale (ES_LGU_24 Raccomandazione_prevenzione_del_suicidio_in_ospedale)

Documenti	Rischio	Accettabile SI/NO	Azioni	Rischio Residuo	Accettabile SI/NO	Indicatore di verifica	Responsabilità
PR_REP_12 Procedura prevenzione suicidio PT_REP_33 Contenzione ES_REP_03 Suicidio guida per il colloquio con il paziente ES_LGU_24 Raccomandazione prevenzione del suicidio in ospedale	2	SI	Refresh formativo triennale	1	SI	0 eventi sentinella	DS Primari Caposala

Tra le misure strutturali adottate l'innalzamento delle barriere protettive alle finestre e laddove non è ancora attivo, per i pazienti, l'apertura solo in modalità vasistas l'applicazione dei cosiddetti "nottolini"

6) prevenzione eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali;

La Raccomandazione Ministeriali n°9 è posta a presidio della prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali (ES_LGU_28 Raccomandazione_eventi_avversi_malfunzionamento_dispositivi)

Le misure preventive adottate avverso l'efficace e sicuro funzionamento delle apparecchiature elettromedicali sono:

- il censimento;
- la manutenzione periodica;
- le verifiche di sicurezza;
- i controlli funzionali;
- la gestione delle segnalazioni di guasto.

La procedura generale di riferimento è la PR_REP_10 Apparecchiature_ed_elettromedicali che descrive nel dettaglio le classi dei dispositivi medici e tutte le tipologie di misure preventive adottate per garantirne funzionalità ed efficacia. Sono attesi 0 eventi sentinella monitorati attraverso la SDO per il regime dei ricoveri e dalle segnalazioni provenienti da palestra ed ambulatori. Altro indicatore di verifica di periodicità annuale è che tutte le apparecchiature sono registrate nel software aziendale.

Documenti	Rischio	Accettabile SI/NO	Azioni	Rischio Residuo	Accettabile SI/NO	Indicatore di verifica	Responsabilità
PR_REP_10 Apparecchiature ed elettromedicali ES_LGU_28 Raccomandazione eventi avversi malfunzionamento dispositivi	1	SI	valutazione eventi pregressi	1	SI	0 Eventi Sentinella Verifica SDO	Responsabile risorse tecnologiche Direttore

Ne risponde l'incaricato dell'ufficio preposto alla gestione delle risorse tecnologiche mentre la vigilanza rientra tra le competenze del Direttore Sanitario.

N.B.
Per tutti gli eventi avversi di particolare gravità richiedenti la segnalazione mediante la piattaforma SIMES è stata attivata l'utenza per un operatore dell'Ufficio ADT.

Dal sito del Ministero della Salute alla data del 11/03/2026 risultano in aggiornamento le Raccomandazioni n° 1 - 7 -9 -12 (*Verificare con frequenza se pubblica aggiornamenti*)

2.3.2 ALTRE AREE DI RISCHIO CLINICO

Quale rischio clinico ulteriore, contemplato dalla Direzione di FERB ETS in ragione della tipologia di "popolazione" ricoverata:

- 1) Lesioni da compressione
- 2) La prevenzione delle ICA
- 3) Il Rischio Nutrizionale

Il documento di Regione Lombardia "Linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2026" contempla di interesse per le strutture di FERB ETS:

La Prevenzione Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e SEPSI
Il Rischio Nutrizionale

1) Lesioni da pressione

Misure preventive	Indicatori
• valutazione del rischio mediante scala validata;	• prevalenza lesioni;



- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • mobilitazione programmata; • impiego di superfici antidecubito; • monitoraggio nutrizionale | <ul style="list-style-type: none"> • nuove lesioni insorte in struttura. |
|---|---|

Documenti	Rischio	Accettabile SI/NO	Azioni	Rischio Residuo	Accettabile SI/NO	Indicatore di verifica	Responsabilità
PT_REP_05 Protocollo prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito PR_CTR_03 Gestione scheda Braden; PR_CTR_05 Controllo lesioni da compressione	1	SI	Applicazione sistematica della scheda Braden.. Monitoraggio della manifestazione delle lesioni da compressione (numerosità), gravità. Rapporto annuale con analisi comparata sugli anni precedenti e determinazione nuovi obiettivi . valutazione della sinistrosità	1	SI	% < anno precedente per numerosità. 0 manifestazioni di stadio 3 o 4 insorte durante la degenza	Direzione Sanitaria Direttore di dipartimento Caposala

2) La prevenzione delle ICA

Nelle strutture gestite persegue l'obiettivo del contenimento del rischio diffusivo e l'azione è attivata e si mantiene attraverso misure preventive avverso:

- l'igiene delle mani;
- l'utilizzo corretto dei DPI;
- l'isolamento quando indicato;
- la sorveglianza microbiologica;
- la sanificazione ambientale.

Documenti	Rischio	Accettabile SI/NO	Azioni	Rischio Residuo	Accettabile SI/NO	Indicatore di verifica	Responsabilità
PT_INF_04 Sorveglianza malattie infettive e infezioni correlate all'assistenza PT_INF_03 Prevenzione della diffusione delle infezioni correlate all'assistenza OP_INF_02 Germi multiresistenti agli antibiotici clostridium difficile	2	SI	Monitoraggio manifestazione ICA Rapporto semestrale con analisi comparata sui periodi precedenti e determinazione nuovi obiettivi da parte della Commissione Infezioni Ospedaliere (CIO).	1	SI	% < anno precedente per la numerosità e severità di esito	Direzione Sanitaria Direttore di dipartimento Caposala

In materia di trattamento e cura delle infezioni ospedaliere particolarmente resistenti la Direzione Sanitaria di FERB ETS ha fornito ai medici Linee di Indirizzo OP_REP_75 Vademecum di terapia antibiotica oltre a rendere disponibile nella intranet aziendale documenti dedicati come ad esempio DN_MRB_01 Manuale_informativo_rischio_biologico, ES_INF_10 Manuale_SMI, PT_INF_05 Candida, PT_REP_03 Protocollo_lavaggio_mani.

In materia di prevenzione delle infezioni ospedaliere Regione Lombardia ha licenziato il Piano Mirato di Prevenzione finalizzato alla "Prevenzione del rischio biologico indoor ed in particolare avverso il rischio di manifestazione dell'**infezione da Legionella** nelle strutture ospedaliere.

Nella specie ha invitato le strutture a:

- verificare il proprio stato in relazione a:
 - valutazione del rischio specifica;
 - esistenza o meno di un piano di autocontrollo;
 - approntamento di procedure e/o documenti specifici;



- misure individuate e da adottarsi in caso di positività;
- controllo della contaminazione del sistema idrico.

b. definire le responsabilità

- Datore di lavoro
- RSPP
- Medico competente
- RLS/RLST
- Consulente Esterno
- Direzione medica/ sanitaria
- CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere)

In ragione dei dispositivi sono stati aggiornati gli specifici protocollo differenziati per singolo presidio gestito:

- PR_SIC_08 Autocontrollo_legionellosi_Trescore
- PR_SIC_13 Procedura_autocontrollo_legionellosi_Gazzaniga
- PR_SIC_12 Autocontrollo_legionellosi_Calcinate
- PR_SIC_15 Autocontrollo_legionellosi_Cassano SOLO in bozza

Osservati gli eventi manifestatisi negli anni nel presidio di Trescore Balneario si è provveduto a:

- richiedere una perizia esterna
- adottate misure preventive aggiuntive suggerite quali il cambio del disinfettante e l'installazione di filtri assoluti

Stante le criticità rilevate c/o il presidio di Trescore Balneario al responsabile delle risorse tecnologiche è stato richiesto di mantenere aggiornato il report REGISTRO ATTIVITA' LEGIONELLOSI attraverso il quale periodicamente informa la Direzione Sanitaria delle azioni poste in atto per la prevenzione della manifestazione della legionellosi.

Tra le misure preventive per il contrasto alla manifestazione delle infezioni ospedaliere si novella la **sanificazione ambientale**. In merito sono intervenute, nel corso dell'esercizio 2026, ulteriori determinazioni regionali in materia, nella specie l'Allegato alla DGR 5181 che tratta linee di indirizzo regionali per la sanificazione ambientale e la gestione dei rifiuti nelle strutture sanitarie e sociosanitarie FERB ETS le ha accolte come opportunità per la revisione e certificazione delle modalità applicate dalle società che gestiscono in outsourcing il servizio. Nel rispetto delle obbligazioni di cui al documento aziendale DN_FOR_01 Capitolato Speciale Appalto Pulizia Sanificazione le due aziende titolari dei contratti hanno rilasciato documenti che FERB ha acquisto al proprio sistema qualità quali documenti esterni:

- ES_FOR_01 Markas_Progetto_tecnico_Pulizie_Trescore.
- ES_FOR_06 Pellegrini Progetto tecnico pulizie Cassano.

3) Il Rischio Nutrizionale

Dal documento *"Si chiede ai Risk Manager di verificare l'applicazione della DGR n. 812 del 29.01.2024 che attiva il percorso di screening nutrizionale nelle strutture del SSR e a domicilio e di rendicontare l'adozione di procedure aziendali e di buone pratiche locali. Sono raccomandate iniziative formative per sensibilizzare gli operatori sull'importanza dello screening nutrizionale e sulla segnalazione di near miss ed eventi avversi e sentinella, sia in ambito ospedaliero che territoriale."*

Documento di riferimento per la gestione del rischio nutrizionale PT_REP_44 Screening_nutrizionale e OP_REP_77 Indirizzi_per_la_nutrizione_FERB.

Il Presidio Ospedaliero di Trescore Balneario gestito da FERB ETS nel corso dell'esercizio 2026 è stato interessato da un audit effettuato secondo il dispositivo di cui al Decreto del DGW di Regione Lombardia n° n°12029 del 03/09/2025 di cui si riporta la sintesi *"Come riportato nella d.d.g. 12029 del 03/09/2025 "Indirizzi regionali per l'effettuazione dello screening nutrizionale e la gestione del rischio di malnutrizione" si raccomanda: -di aggiornare la procedura in merito alle indicazioni date in precedenza; -di elaborare il dietetico secondo le indicazioni date in precedenza; -di inserire nella lettera di dimissione ospedaliera i dati antropometrici e il livello di rischio rilevati nell'ultimo test di screening"*. Di tali indicazioni il Direttore Sanitario ne ha dato evidenza con propria comunicazione a medici e caposala in modo tale da provvedervi.

Sarà cura dell'ufficio qualità aziendale di concerto con le nutrizioniste applicate ai presidi verificarne l'applicazione.

2.3.3 RISCHIO AMBIENTALE

Tra i rischi emergenti più rilevanti, che negli ultimi anni hanno assunto anche nei territori su cui insistono i presidi gestiti da FERB ETS, un'importanza crescente a causa dei cambiamenti climatici le ondate di calore.

La Direzione di FERB ETS intende le ondate di calore quali un vero e proprio rischio clinico-organizzativo valutato in particolare la tipologia di pazienti ricoverati quali anziani, persone non autosufficienti, pazienti con malattie cardiovascolari, respiratorie, renali o metaboliche. Previene il rischio attraverso le fasi di pianificazione, sorveglianza dei soggetti fragili. Tra le altre misure annovera l'adeguamento strutturale degli edifici perseguito in questi anni e che sarà ulteriormente implementato per alcune residue aree interessanti il solo presidio di Trescore e la formazione del personale. Ciò allo scopo di prevenire complicanze cliniche e impatti sulla continuità assistenziale.

I quattro presidi gestiti insistono su territori ad impatto climatico diverso in relazione all'orografia:

- Ospedale Sant'Isidoro di Trescore Balneario all'ingresso della Valle Cavallina
- Centro Alzheimer di Gazzaniga media Valle Seriana
- Hospice di Calcinate alta pianura
- Centro di Riabilitazione di Cassano d'Adda media pianura

Livelli presumibili di probabilità e di rischio per le ondate di calore

- Ospedale Sant'Isidoro di Trescore Balneario - 6
- Centro Alzheimer di Gazzaniga media Valle Seriana - 3
- Hospice di Calcinate alta pianura - 6
- Centro di Riabilitazione di Cassano d'Adda media pianura - 9

Le misure strutturali preventive adottate sono

- la climatizzazione degli ambienti;
- l'isolamento termico;
- il monitoraggio continuo di temperatura e umidità per mezzo di tecnologie e controlli anche da remoto;
- la disponibilità di gruppi elettrogeni che garantiscono la continuità dei sistemi di raffrescamento.

Tra le misure organizzative si annoverano:

- a. l'identificazione preventiva dei pazienti a rischio e per questi è disposto ;
 - il monitoraggio dei parametri vitali
 - il rilievo di segni e sintomi da disidratazione
 - il bilancio idrico
 - il monitoraggio degli elettroliti
- b. per tutti gli altri pazienti e per gli operatori
 - l'adeguata disponibilità di acqua e soluzioni reidratanti;
 - l'idratazione regolare;
 - le pause in ambienti climatizzati durante e post trattamenti riabilitativi;

Oltre alle ondate di calore tra gli eventi meteorologici estremi che possono causare danni strutturali agli edifici delle strutture ospedaliere ed agli impianti si annoverano:

- Venti forti e trombe d'aria: possono scoperchiare tetti, abbattere muri, pali e alberi.
- Uragani e cicloni: combinano venti estremi, piogge intense,
- Piogge intense e alluvioni: possono provocare allagamenti, erosione delle fondazioni e cedimenti strutturali.
- Grandinate violente: possono danneggiare coperture, finestre, facciate e impianti fotovoltaici.



Misure organizzative preventive

- Elaborazione e aggiornamento dei DVR (DN_SIC_01 DVR_Trescore_Balneario, DN_SIC_03 DVR_Gazzaniga, DN_SIC_07 DVR_Calcinate, DN_SIC_09 DVR_Cassano_D'Adda) e dei piani di emergenza per Trescore e per il Centro Alzheimer di Gazzaniga (DN_SIC_04 Piano_di_emergenza_Trescore, DN_SIC_06 Piano_di_emergenza_Centro_Alzheimer).
- Esercitazioni periodiche per verificare l'efficacia dei piani di emergenza
- Formazione del personale
- Attenzione all'allerta meteorologici emanati dalla protezione civile.

In Italia i livelli di allerta meteo utilizzati dalla Protezione Civile sono **quattro**, identificati da colori che indicano il grado di criticità previsto sul territorio

Colore		Livello di criticità	Significato
	Verde	Assente	Nessun rischio rilevante
	Gialla	Ordinaria	Possibili disagi localizzati
	Arancione	Moderata	Rischio significativo e danni possibili
	Rossa	Elevata	Grave rischio per persone e beni

- Allerta verde non sono previsti fenomeni significativi ai fini della protezione civile, Situazione ordinaria, senza particolari criticità.
- Allerta Gialla (*criticità ordinaria*) Possibili fenomeni localizzati che possono causare disagi limitati.
- Richiede attenzione e monitoraggio dell'evoluzione meteo.
- Allerta Arancione (*criticità moderata*): Previsti fenomeni intensi con possibili danni a persone, edifici e infrastrutture. Possono verificarsi allagamenti, frane, interruzioni della viabilità e dei servizi essenziali.
- Allerta Rossa (*criticità elevata*) Previsti eventi estremi con elevato rischio per la popolazione, Possibili gravi alluvioni, frane diffuse, esondazioni e situazioni di emergenza su vasta scala. Possono essere attivate misure straordinarie di protezione civile e limitazioni agli spostamenti.

2.3.4 RISCHI ORGANIZZATIVI

- 1) Carenza di personale
- 2) Errori nella documentazione sanitaria
- 3) Problemi di comunicazione tra professionisti

1) Carenza di personale

E' annoverabile allo stato attuale tra i rischi ad alto potenziale di manifestazione per molteplici ragioni che sinergizzano tra di loro: libera professione quale modalità di rapporto di lavoro, fiscalità agevolata, medicina difensiva, svantaggiato turn over tra pensionamenti e nuove assunzioni ed altro ancora. Tra le misure preventive adottate dall'Ufficio delle Risorse Umane il rilievo di manifestazioni precoci di disagio degli operatori, le relazioni con gli Enti preposti alla formazione ed al tirocinio degli operatori di settore, la tenuta di elenchi delle domande di assunzione e la verifica costante delle disponibilità ad essere assunti, la ricerca di personale. Particolare attenzione è posta al turn over allo scopo di sostituire in modo tempestivo il personale. Verifica con periodicità report mensile e quadrimestrale del rapporto adeguato tra tempi di assistenza versus personale richiesto dai requisiti di accreditamento; il controllo è assicurato dal rilascio di report a certificazione del mantenimento dei requisiti dagli applicativi Relocals e FLUPER.

2) Errori nella documentazione sanitaria;

- i. Inadeguatezza PRI e pri avverso normativa corrente e Linee Guida;
- ii. Incongruenza tra SDO e documentazione del fascicolo di ricovero (cartella clinica)
- iii. incompletezza documentale della cartella clinica avverso check list:

- i. Gli indirizzi allo scopo di garantirne l'adeguatezza sono forniti attraverso i Progetti Riabilitativi di Struttura verificati nel contesto del possesso/mantenimento dei requisiti di accreditamento. Con periodicità pluriennale viene invece verificata la completezza documentale in cartella clinica e la congruenza della codifica delle prestazioni allocata sulla SDO. Progetti Riabilitativi individuali e correlati programmi riabilitativi sono atti medici per la prescrittività ed il controllo degli esiti mentre per la parte esecutiva la responsabilità è ascrivita al professionista incaricato dei trattamenti che ne certifica l'esecuzione nel diario clinico di profilo in Tabula Clinica. Struttura di PRI e pri individuale per i presidi soggetti al controllo della ATS di Bergamo sono stati confezionati dal Dipartimento Interaziendale di Riabilitazione e validati dalla Direzione ATS BG. I PRI e pri individuali in uso c/o il Centro di Riabilitazione di Cassano d'Adda sono stati trasmessi agli uffici di ATS Milano Città Metropolitana dalla quale non sono mai pervenute note scritte di approvazione, fatto testo in materia di completezza i verbali del NOCE che li hanno ritenuti congrui per la fattispecie dei controlli di loro competenza.
- ii. L'incongruenza tra SDO e contenuto della cartella clinica può comportare, in presenza di errori sistematici di incorrere in sanzioni particolarmente rilevanti quando la riduzione del valore economico sia superiore all'4% del valore dei campioni di cartelle cliniche o di prestazioni ambulatoriali verificati da parte dei NOCE ATS competenti per territorio. Se l'errore è reiterato sussiste anche il rischio della denuncia per reato di truffa a carico del Legale Rappresentante della Struttura. Responsabile della compilazione della SDO è il medico che dimette ma la Direzione di FERB ETS quale misura di tutela ha attribuito al personale dell'ufficio ADT il compito di verificare la congruenza delle codifiche adeguandosi al veloce mutare delle disposizioni in materia. In caso di divergenze tra medico dimettente e personale dell'Ufficio ADT l'ultima determinazione spetta al Direttore sanitario che svolge tale funzione attraverso persona di propria fiducia.
- iii. Anche l'incompletezza documentale è ragione e motivo per la quale si espone FERB ETS al rischio di vedersi ridurre l'importo delle prestazioni sino all'annullamento del valore economico del ricovero. Sono di indirizzo specifico di completezza documentale la DGR 9014/2009 e le check list di ATS. Il rischio è allo stato attuale contenuto grazie a vari livelli di verifica della documentazione prima della consegna della stessa all'Ufficio ADT che è incaricato dell'archiviazione di concerto con il CED. Primo livello il reparto dimettente che avvalendosi di specifica check list a cura analizza il fascicolo: caposala o infermiere preposto, capotecnico di riabilitazione ognuno per i propri format di competenza e da ultimo il medico che ha dimesso il paziente che oltre ai format di competenza conferma l'esito.

Indicatore di verifica: i controlli dei NOCE per entrambi i livelli assistenziali (SDO e cartelle cliniche per i ricoveri, fascicolo ambulatoriale per MAC e prestazioni ambulatoriali ordinarie) in questi ultimi anni hanno dimostrato l'aderenza alle procedure in essere. Non sono stati riscontrati errori sistematici, l'aderenza alle norme sulla codifica delle SDO è risultata puntuale ed aderente alla normativa in progress, i rilievi sono stati accolti quali misure di miglioramento, scarse sono state le riduzioni dei valori economici dei campioni selezionati, sempre comunque al di sotto del 4% del valore economico del campione soglia oltre la quale potrebbe scaturire l'aggiuntiva sanzione amministrativa (minima il doppio del valore base di €12.000)

3) problemi di comunicazione tra professionisti

Misure preventive	Indicatori
consegne accurate tra i turni documentare in modo chiaro e tempestivo ridurre le interruzioni durante fasi critiche dell'attività (leggasi distribuzione farmaci etc) utilizzo appropriato del software Tabula Clinica	Numerosità dei possibili eventi sentinella, assenza o riduzione nei valori assoluti e delle percentuali rispetto all'anno precedente

Tempi ordinari di rilascio ed analisi della reportistica

Reportistica	Frequenza
Cadute pazienti	Semestrale
Errori di terapia	Trimestrale
Lesioni da pressione	Semestrale
Infezioni correlate all'assistenza	Semestrale
Near miss segnalati	Trimestrale
Eventi sentinella	Immediata
Reclami utenti	Semestrale
Audit effettuati	Annuale

Formazione

Misura operativa	Indicatori
Ogni anno viene predisposto un Piano Formativo che include: • sicurezza delle cure; • gestione del rischio clinico; • prevenzione delle cadute; • gestione del farmaco; • prevenzione delle infezioni; • BLSD; • emergenze ed evacuazione.	La partecipazione è tracciata e monitorata.

2.3.5 IL RISCHIO INFORTUNISTICO

Negli ambienti ospedalieri il personale sanitario è soggetto a diversi rischi di infortunio: cadute, urti, tagli o punture, uso non sicuro dei dispositivi medici e delle attrezzature di lavoro, atti violenti, incidenti correlati all'uso di veicoli. La letteratura informa che le lesioni fisiche di gran lunga più frequenti in caso di infortunio sono lussazioni, distorsioni e distrazioni diretta conseguenza di cadute nonché per le attività connesse al sollevamento, spostamento di pazienti o di carichi pesanti. Gli infermieri invece risultano la categoria più esposta al rischio di infortunio biologico a seguito di tagli e/o puntura accidentale.

La sicurezza nei presidi sanitari per FERB è un valore che non si può trascurare e per FERB la prevenzione degli infortuni sul lavoro rappresenta una priorità assoluta che persegue attraverso la tracciabilità degli eventi ed il monitoraggio sia relativo alla dimensione del fenomeno che delle circostanze nelle quali si manifestano.

Di fondamentale importanza risulta la valutazione dei rischi operata attraverso la redazione e revisione periodica dei DVR specifici di struttura che definiscono anche le azioni di prevenzione da adottare per mitigarli adattandoli alle singole realtà e coinvolgendo nel procedimento anche i lavoratori stessi.

Il rischio infortunistico può integrare il rischio economico finanziario laddove questo influisce sul costo legato alle assenze per malattia dei dipendenti, quello connesso alle sostituzioni di lavoratori infortunati, gli oneri dovuti a sanzioni penali e costi assicurativi, o in ragione di decrementi produttivi.

Un rischio ancora non riconosciuto da un punto di vista giuridico risulta essere il burnout che non è stato ancora espressamente regolamentato a livello normativo, né tanto meno acquisito espressamente da un

punto di vista giurisprudenziale ma già oggetto di diffuse trattazioni da parte della letteratura specifica. Questo fenomeno nelle strutture di FERB ETS può essere ingenerato soprattutto dal contatto prolungato con la disabilità, la cronicità, la sofferenza, la malattia e l'altrui morte.

Il rischio infortunistico, specie quello correlato alla contrazione di malattie infettive, può determinare la riduzione della disponibilità di personale, l'aumento della conflittualità delle maestranze e la fidelizzazione.

La verifica del fenomeno infortunistico è affidata all'RSPP ed al medico competente che, con periodicità annuale, dopo aver predisposto i corrispettivi report convocano una riunione congiunta tra di loro, i Direttori Sanitari di presidio ed i RLS (rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza) dalla quale ne scaturisce un verbale. Verbale e reports sono inviati all'ufficio del Direttore Amministrativo che ne riferisce all'Amministratore, nonché all'ufficio qualità che includerà la sintesi dei report nel Riesame della Direzione. Rimangono in capo all'RSPP, medico competente e Direttori Sanitari di presidio l'adozione delle eventuali misure correttive da adottarsi e contestualizzare nelle revisioni dei DVR.

Circa il rischio infortunistico integra la Raccomandazione Ministeriale n° 8 (ES_LGU_27 Raccomandazione prevenire danno agli operatori) che tratta degli atti di violenza a danno degli operatori in ambito sanitario e socio-sanitario a causa dell'esercizio delle loro funzioni.

La Direzione di FERB ETS ha elaborato e diffuso il proprio documento PT_SIC_02 Documento sicurezza e nel caso si manifestino episodi di violenza mette in atto le misure di cui alla ES_LGU_27 Raccomandazione prevenire danno agli operatori in materia di gestione degli episodi di violenza nonché quanto necessario in materia di infortunio sul lavoro. Degli eventuali eventi ne mantiene evidenza l'ufficio della Direzione Sanitaria cui compete anche l'istruttoria e l'analisi dell'eventuale evento allo scopo che non abbia a manifestarsi di nuovo in futuro.

Il comitato valutazione sinistri

E' presieduto e convocato dal Direttore Amministrativo Dott. Massimiliano De' Margheriti che si avvale delle collaborazioni dei Direttori Sanitari Dott. Amidio Testa per i presidi di Trescore Balneario, Cassano d'Adda, del Dott. Riccardo Valente per l'Hospice di Calcinate, della Dott.ssa Sara Fascendini per il presidio di Gazzaniga. E' assicurata la consulenza del medico legale Dott. Carlo Rodella. Viene rilasciato un periodico report (frequenza semestrale) al Presidente.

2.3.6 RISCHIO INFORMATICO

Il rischio informatico è la probabilità che una minaccia comprometta la sicurezza di informazioni o sistemi informatici, generando perdite economiche, operative, legali o reputazionali.

Questa definizione è comunemente utilizzata nell'ambito della cybersecurity, della gestione del rischio ICT e degli standard internazionali come ISO/IEC 27001 e NIST Cybersecurity Framework. Questi danni possono riguardare: la riservatezza ovvero l'accesso non autorizzato a informazioni sensibili, l'integrità: ovvero la modifica, l'alterazione o la distruzione dei dati; la disponibilità quale interruzione o degrado dei servizi informatici.

Due le tipologie individuate

- La sottrazione di dati sensibili:
 - dei pazienti trattati in ambito sanitario
 - di natura economico finanziari inerenti la situazione patrimoniale

Documenti	Rischio	Accettabile SI/NO	Azioni	Rischio Residuo	Accettabile SI/NO	Indicatore di verifica	Responsabilità
All'assunzione sono consegnati ad ogni dipendente i seguenti documenti: DN_PRY_03 Regolamento_informatico_privacy, ES_PRY_01 Suggerimenti_per_creatore_e_gestire_password_a_prova_di_privacy, DN_PRY_07 Manuale Privacy, MS_AMM_71 Dichiarazione_1_lavoratori_versus_delitti_informatici, MS_AMM_72 Dichiarazione_2_lavoratori_versus_delitti_informatici,	1	SI	aggiornamento periodico del documento di valutazione dei rischi informatici penetration test qualora intervengano modifiche di configurazione dei firewall. Adozione ed applicazione di un software che intercetta eventuali intrusioni di sistema causate da device personali.	1	SI	Nessuna perdita o diffusione inappropriata di dati sensibili	DPO, Direttore Sanitario Direttore amministrativo Responsabile del CED

- Interruzione dei software ADT – CUP – Ragioneria – Tabula Clinica

Documenti	Rischio	Accettabile SI/NO	Azioni	Rischio Residuo	Accettabile SI/NO	Indicatore di verifica	Responsabilità
PR_AMM_03 Continuità di servizio di Tabula Clinica DN_PRY_05 Risk Analysis IT	1	SI	aggiornamento periodico del documento di valutazione dei rischi informatici penetration test qualora intervengano modifiche di configurazione dei firewall. Adozione ed applicazione di un software che intercetta eventuali intrusioni di sistema causate da device personali. Monitoraggio h24 software e Tabula clinica da parte di società esterna (SORINT)	1	SI	Gestione efficace ed efficiente delle interruzioni	Responsabile del CED

2.3.7 RISCHIO ECONOMICO FINANZIARIO

Non contemplato dai documenti di Risk management sino ad ora considerati ma strettamente dipendente dai buoni risultati della gestione, non solo sanitaria ma anche economico – finanziaria delle strutture gestite. È necessario precisare che il rischio economico può contribuire al default dell'azienda e quindi metterne a rischio la sopravvivenza.

Nei contratti di concessione², come nel caso di specie per FERB, la maggior parte dei ricavi di gestione del concessionario proviene dalla vendita dei servizi resi al mercato. Il contratto in essere comporta il trasferimento al concessionario del rischio operativo riferito alla possibilità che, in condizioni operative normali, le variazioni relative ai costi e ai ricavi oggetto della concessione incidano sull'equilibrio del piano economico finanziario. I quattro contratti di concessione in atto si fondano sui principi della convenienza economica per la Pubblica Amministrazione (ASST Bergamo EST ed ASST Melegnano e della Martesana) e della sostenibilità finanziaria per FERB monitorata per mezzo di PEF di presidio ed aziendale.

Le aziende private che operano per conto del SSR sono destinatarie di un tetto di sistema (cosiddetto "finanziamento a budget") entro il quale devono operare. Negli ultimi quattro esercizi sono state introdotte ulteriori misure tese a precisare che quote del tetto di budget:

² i contratti di concessione rappresentano importanti strumenti nello sviluppo strutturale a lungo termine di infrastrutture e servizi strategici in quanto concorrono al miglioramento della concorrenza in seno al mercato interno, consentendo di beneficiare delle competenze del settore privato e contribuiscono a conseguire efficienza e innovazione", garantendo al contempo "la massima efficienza nell'uso dei fondi pubblici

- 7% per i ricoveri sono riconoscibili solo a raggiungimenti di obiettivi meglio precisati negli allegati ai contratti annualmente sottoscritti. Del conseguimento dei risultati ne danno evidenza durante incontri di monitoraggio funzionari delle ATS
- analoga % è stabilita anche per le prestazioni ambulatoriali. Qui opera anche il meccanismo della regressione tariffaria ovvero viene riconosciuto il valore della produzione sino al 106% del tetto di sistema ma il meccanismo applicato prevede la riduzione del 40% dal 97 al 103% della produzione e del 60% dal 103 al 106%. L'eventuale surplus di produzione non viene remunerato se non nell'ambito della produzione. A partire dall'anno 2025 se la struttura persegue l'obiettivo di riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali per le sole prestazioni rientranti negli elenchi PNGLA è sospeso il meccanismo della regressione tariffaria sino al concorso del valore del 110%

La frequenza del monitoraggio si è reso ancor più indispensabile in questi ultimi anni a seguito del vertiginoso aumento dei prezzi dell'energia e di altre utenze, dei servizi acquistati in outsourcing. A partire dall'anno 2020, anno di inizio della pandemia SARS COV19, eventi nazionali ed internazionali hanno indotto un aumento del tasso di inflazione – nel decennio precedente aumento medio in una forchetta tra l'1,8% ed il 2,2% - che si attesta (dato ufficiale ISTAT) all'8,1% anno 2022 ed al 5,7% anno 2023. Il biennio 2025/2026 è ancora interessato da eventi bellici mondiali che stanno mantenendo alto il prezzo dell'energia con un tasso di inflazione atteso per il 2026 > al 3%. All'aumento dei costi non ha corrisposto, come è avvenuto sino all'esercizio 2011 (quindi da molti anni) l'adeguamento delle tariffe sia dei ricoveri che delle prestazioni ambulatoriali alla variazione annuale del parametro FOI.

Da ultimo ma non meno importante ma addirittura fondamentale è da temere l'aumento del costo del personale in ragione del dilazionato periodo di vacanza contrattuale e da forme di fiscalità agevolata che inducono molti profili sanitari ad essere disponibili a collaborare nell'esclusiva forma del rapporto libero professionale. Motivi che hanno indotto la Direzione a ricercare modalità di ricavi integrative dei budget assegnati dal SSR.

L'ufficio Affari Generali monitora quotidianamente le giornate di degenza nei presidi e riferisce settimanalmente al Presidente che, in caso di scostamento significativo e persistente dall'atteso, provvede a comunicarlo ai responsabili sanitari allo scopo che essi adottino le opportune misure correttive. L'Ufficio di Controllo di Gestione per parte sua provvede alla predisposizione di reports di periodicità mensile recanti valori qualitativi e quantitativi della produzione delle prestazioni ambulatoriali nonché, avvalendosi dei flussi provenienti dagli uffici ragioneria ed ADT rapporta i valori della produzione ai costi sostenuti, produce specifica reportistica che sottopone al Presidente con periodicità mensile allo scopo di analizzare le tendenze ed applicare, laddove necessario, le opportune misure correttive.

Nel corso degli ultimi quattro anni FERB ETS ha inoltre sostenuto rilevanti costi per le ristrutturazioni del presidio ospedaliero di Trescore Balneario di cui si era presa carico nel contesto dei contratti di concessione con ASST Bergamo Est e che non ha potuto realizzare causa COVID entro i primi anni dell'attuale concessione e ciò sta influenzando in modo rilevante per la posta ammortamenti sul conto economico di questi ultimi esercizi. Agli onerosi impegni ha fatto fronte mediante economie realizzate negli anni precedenti e ricorrendo in parte al credito.

Il rischio economico finanziario è controllato attraverso misure diverse:

Variazioni "Regole di Sistema del SSR"	Rischio	Accettabile SI/NO	Azioni	Rischio Residuo	Accettabile SI/NO	Indicatore di verifica	Responsabilità
DGR o Circolari aventi ad oggetto: Determinazioni regionali in materia di "Regole di Sistema" del SSR;	2	SI	Adeguamento quali/quantitativo delle prestazioni distribuite per livello assistenziale e per periodo temporale	1	SI	Report in linea con le indicazioni direzionali	Presidente, Direzione amministrativa, Affari Generali, Controllo di Gestione, Ufficio Risorse Umane

Variazioni	Rischio	Accettabile SI/NO	Azioni	Rischio Residuo	Accettabile SI/NO	Indicatore di verifica	Responsabilità
Costi che prevalgono sui ricavi	1	SI	Reports periodici riguardo il rapporto costi/ricavi, l'utilizzo degli impianti, lo scostamento dai tetti di sistema assegnati da Regione Lombardia, tra risorse umane impiegate e normativa di settore; Promuovere il riempimento delle agende ambulatoriali	1	SI	Quadro sinottico rapporto costi ricavi; monitoraggio costante dei parametri di utilizzo degli impianti; analisi mensile dei report aziendali di produzione; verifica periodica del rapporto tra costi/ricavi e relative tendenze annuali	Presidente, Direzione amministrativa, Affari Generali, Controllo di Gestione, Ufficio Risorse Umane

Contenzioso e sinistrosità	Rischio	Accettabile SI/NO	Azioni	Rischio Residuo	Accettabile SI/NO	Indicatore di verifica	Responsabilità
Report esterno di contenzioso e di sinistrosità; analisi del fenomeno infortunistico. Contrazione di polizze assicurative correlate al livello di rischio.	1	SI	Raccordo informativo tra le strutture implicate nel processo di "Sicurezza Aziendale". Creazioni di un fondo rischi.	1	SI	Mantenimento da parte delle assicurazioni delle polizze in essere	Presidente, Direzione amministrativa, Affari Generali, Controllo di Gestione

Nonostante le avversità i risultati di esercizio del gruppo si sono mantenuti stabili e comunque in leggero attivo.

2 DIFFUSIONE

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARM e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso:

- Pubblicazione del PARM sul sito aziendale nella sezione Intranet ed Internet