



**OSPEDALE CIVILE DI BUSCA R.S.A.**  
Piazza Regina Margherita n° 10 – 12022 Busca (CN)

**PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT  
(PARM)  
E RELAZIONE EVENTI AVVERSI 2025**

Redazione documento	Qualifica	Data	Firma
Dr. Pavol Zajac	Risk Manager	16/03/2026	

Verifica e Approvazione	Qualifica	Data	Firma
Luca Gosso	Direttore di struttura	16/03/2026	



## INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. INTRODUZIONE.....	4
2.1 RISK MANAGEMENT IN SANITÀ.....	4
2.2 IL QUADRO NORMATIVO.....	5
2.3 GLOSSARIO MINISTERO DELLA SALUTE .....	7
3. CONTESTO ORGANIZZATIVO .....	8
4. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E PIANIFICAZIONE.....	10
5. RELAZIONE CONSUNTIVA DEGLI EVENTI AVVERSI 2025 .....	12
5.1 Rischio Cadute .....	12
5.2 Reazione avversa da farmaco/errore farmacologico .....	13
5.3 Lesioni da decubito.....	13
5.4 Incident reporting.....	13
5.5 ICA e igiene delle mani .....	14
5.6 Gestione e controllo dei presidi di sicurezza.....	14
6. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI.....	15
7. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA .....	15
8. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM .....	16
9. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 2026 PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO.....	16
10. BIBLIOGRAFIA-SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVE .....	20



## **1. PREMESSA**

Il seguente Piano Annuale di Risk Management e Relazione consuntiva degli eventi avversi, elaborato ai sensi della Legge Gelli n. 24/2017, restituisce la prima esperienza nella progressiva implementazione di una programmazione annuale delle attività in materia di prevenzione del **Rischio Clinico** condotta presso l'**Ospedale Civile di Busca R.S.A.** (di seguito **R.S.A. di Busca**). Contiene, inoltre, la pianificazione delle misure da adottare e da attuare per incrementare la gestione del Rischio clinico in struttura. Tali misure hanno il fine di contenere e limitare gli effetti potenzialmente lesivi degli eventi avversi e/o alla migliore risoluzione qualora si dovessero verificare.

I dati riportati nella presente relazione fanno riferimento all'anno 2025.



## 2. INTRODUZIONE

### 2.1 RISK MANAGEMENT IN SANITÀ

I sistemi di gestione del rischio in ambito sanitario vengono solitamente indicati con il nome di **Clinical Risk Management**. Il Clinical Risk Management, al pari di analoghe pratiche in altri contesti o settori (financial risk management, legal risk management...), si fonda sulla consapevolezza che la struttura sanitaria o sociosanitaria svolge un'attività complessa e, per contrastare i rischi insiti in qualsiasi attività umana, occorre impiegare un approccio sistematico finalizzato all'identificazione, all'analisi, alla valutazione e al trattamento dei vari tipi di rischio.

Il **Risk Management**, o gestione del rischio, è definito dalla **Norma UNI ISO 31000** come una serie di attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione con riferimento al rischio. Questo approccio è essenziale per strutture sanitarie e sociosanitarie, dove il rischio clinico rappresenta una sfida continua.

Il **Rischio Clinico** è stato definito come la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi *“danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”*.

Il Risk Management in sanità si sta sempre più sviluppando come un'attività strutturale del sistema sanitario. Nato come risposta alle esigenze di tipo economico, a causa del crescente numero di contenziosi medico-legali, e quindi all'aumento di richieste di indennizzi per danni, il Risk Management oggi si sta affermando come strumento strategico per il miglioramento della qualità delle prestazioni e per garantire la sicurezza del paziente e degli operatori.

Chiaramente, la dimensione sociale del sistema sanitario ha fortemente accelerato la consapevolezza tra gli operatori del settore di confrontarsi con l'incertezza e gestirla in modo sistematico. A differenza delle imprese, il cui scopo è la creazione e distribuzione del valore economico, per un'azienda sanitaria il fine primario è la realizzazione di valore, di cui la componente economica è una parte importante ma non principale.

Se la capacità di individuare, valutare e gestire i rischi è sempre più percepita dalle imprese come uno dei principali fattori che concorre a difendere il valore dell'azienda e la propria capacità di operare, questa capacità è particolarmente rilevante per le strutture sanitarie e sociosanitarie le cui attività sono, per loro natura, attività rischiose. Questo perché l'erogazione di una prestazione assistenziale, diagnostica o terapeutica non è mai un'operazione priva di rischi.

Le aziende sanitarie, soprattutto quelle di maggiore dimensione, sono state, in effetti, tra i primi operatori del settore a dotarsi di sistemi strutturati di misurazione, gestione e controllo dei rischi, mentre altre strutture sanitarie e sociosanitarie hanno introdotto il Risk Management non senza difficoltà e spesso con risultati poco soddisfacenti.

Questo non è stato determinato dalla mancanza di volontà, ma piuttosto dal tipo di approccio culturale che concentrava l'attenzione della gestione del rischio sul singolo attore. Da ciò, la difficoltà di progettare e gestire un sistema adeguato di gestione del rischio che fosse in grado di ridurre la probabilità che si verificassero delle cause (prevenzione) e di contenere gli effetti (protezione) sull'intera struttura sanitaria.



La questione del Rischio Sanitario è molto complessa, anche se solitamente, quando si verifica un errore, si tende a ricercare immediatamente un colpevole piuttosto che le condizioni che lo hanno favorito.

Il Rischio Sanitario non è solo legato alla rischiosità intrinseca della singola azione svolta dall'operatore sanitario, ma può essere l'effetto di eventi avversi le cui cause originarie non sono state considerate. Dal momento che la prestazione avviene all'interno di un'organizzazione eterogenea, diversi processi contribuiscono alla qualità, alla sicurezza e all'efficacia della prestazione sanitaria.

Per questo si ritiene utile un approccio sistemico alla gestione del rischio, orientato sui processi e sull'organizzazione e non sul singolo attore, poiché gli eventi sfavorevoli sono in larga misura prevenibili e la maggior parte di essi sono riconducibili a fattori sistemici, condizioni legate a scelte strategiche aziendali, al contesto organizzativo oppure a fattori tecnici o ambientali che ne hanno favorito l'accadimento.

È per questo motivo che il mezzo più valido di prevenzione nelle aziende sanitarie è quello di progettare o rimodellare i processi dell'organizzazione, migliorandoli in modo da permettere un'efficace individuazione di tutti i possibili rischi connessi e stabilire le dovute azioni di controllo. Rischi che saranno ordinati mediante un'assegnazione di priorità che si basa sulle potenziali implicazioni che l'evento dannoso ha sul raggiungimento degli obiettivi.

Quindi, l'approccio che si focalizza sulle condizioni del sistema – inteso come insieme di elementi umani, relazionali e tecnologici interconnessi e finalizzati a un obiettivo comune – nelle quali accade l'errore (piuttosto che attribuire esclusivamente l'errore a un comportamento sbagliato del singolo operatore) è la strategia vincente per un sistema che voglia concretamente ridurre l'incidenza degli eventi avversi. La R.S.A. di Busca si pone in linea con questa visione.

## 2.2 IL QUADRO NORMATIVO

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato la necessità che le organizzazioni sanitarie operino per assicurare ai Pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure. La possibilità di "Evento avverso" è insita nei sistemi complessi e le realtà sanitarie, come sancito dall'OMS, sono l'ambito lavorativo a maggiore complessità possibile.

La sicurezza dei Pazienti deve essere, quindi, continuamente presidiata e le criticità devono essere affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando vari aspetti: monitoraggio e analisi degli eventi avversi, elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, coinvolgimento di Pazienti, formazione degli operatori sanitari, analisi delle interferenze e delle criticità; al fine di promuovere sia una visione che una gestione sistemica del rischio.

La **Gestione del Rischio Clinico** 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 standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica"*.



La gestione del rischio in ambito sanitario è un'attività già prevista nella Legge 189 del 2012 (Legge Balduzzi), che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Con la **Legge Gelli** (Legge 8 marzo 2017, n° 24) *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”* si è attuato un ulteriore passaggio, in quanto qualifica *“la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute”* e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative. Le attività di prevenzione del rischio – alle quali concorre tutto il personale – devono essere messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private.

Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico e nel documento **“Risk Management in Sanità”** e nel più recente manuale per la formazione degli operatori sanitari **“Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico”** definisce le seguenti raccomandazioni a livello nazionale:

- Sperimentare modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi, anche finalizzati a ridurre la complessità dei processi organizzativi e produttivi ed ottimizzare la comunicazione;
- Definire misure organizzative ed appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- Promuovere eventi di informazione e formazione per diffondere la cultura della prevenzione dell'errore;
- Elaborare raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori;
- Promuovere la segnalazione dei quasi errori (near miss);
- Promuovere la segnalazione degli eventi sentinella;
- Monitorare periodicamente e garantire un feedback informativo;
- Individuare un sistema di coordinamento nazionale per la gestione del rischio clinico;
- Sperimentare a livello nazionale, regionale ed aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio;
- Promuovere il coinvolgimento dei pazienti, cittadini, familiari, volontari ed altri operatori informali;
- Attuare il monitoraggio delle raccomandazioni;
- Realizzare un database nazionale per la raccolta di dati relativi alle polizze assicurative;
- Attivazione di un corso di formazione per formatori;

Nello specifico la Regione Piemonte con la Deliberazione del Consiglio regionale 20 dicembre 2022, n. 257 - 25346 recante *“Decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77*



*(Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale). Recepimento e approvazione del provvedimento generale di programmazione "Assistenza territoriale nella Regione Piemonte" prevede che "Le strutture territoriali ed intermedie adottano standard di qualità e documentano in merito a: (...) b) gestione del rischio clinico: applicazione di ogni misura finalizzata alla prevenzione del rischio clinico e utilizzazione di sistemi gestionali degli eventi sentinella e delle denunce di sinistri. Ciascuna struttura adotta, altresì, in forma anonima sistemi di segnalazione dei rischi e errori e criticità organizzative".*

## 2.3 GLOSSARIO MINISTERO DELLA SALUTE

### **Danno**

Alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore).

### **Errore**

Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.

### **Evento (Incident)**

Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente.

### **Evento avverso (Adverse event)**

Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.

Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".

### **Evento evitato (Near miss o close call)**

Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

### **Evento sentinella (Sentinel event)**

Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

### **Governo clinico (Clinical governance)**

Sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica.

(Scully G, Donaldson L J, BMJ, 4 July 1998)

### **Rischio (Risk)**



Condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che può modificare l'esito atteso del processo. È misurato in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento (P) e la gravità del danno che ne consegue (D); nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso (fattore K).

### 3. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La R.S.A. di Busca è ubicata nel centro cittadino, a circa 16 km dalla provincia di Cuneo, con ampio parcheggio adiacente alla struttura e zona interna a verde attrezzato.

L'attività della struttura fornisce ospitalità e servizi a persone con diversi livelli e condizioni di autosufficienza, principalmente anziane. È convenzionata con la Regione Piemonte ed è stata autorizzata al Funzionamento in regime definitivo per un totale di 52 posti letto, divisi in n° 50 p.l. R.S.A. e n° 2 p.l. R.A.A. non in convenzione per utenti parzialmente autosufficienti.

I diversi servizi offerti, dall'assistenza medica a quella infermieristica, dal servizio socio-educativo a quello riabilitativo, permettono la realizzazione di progetti di cura e di sostegno individuali finalizzati a potenziare le autonomie di ogni Ospite e a valorizzarne la persona.

La R.S.A. di Busca ha, quindi, come obiettivo primario quello di rispondere in modo reale ai bisogni dei cittadini in difficoltà: adulti non autosufficienti, soggetti affetti da patologie croniche-degenerative, o temporaneamente incapaci di gestirsi o di essere gestiti presso domicilio.

Agli Ospiti e ai loro famigliari è garantito il coinvolgimento nelle scelte relative al miglioramento della qualità del servizio, prevedendo specifici momenti di incontro/confronto tra i coordinatori dei reparti e i famigliari degli Ospiti, per verificare l'efficacia del servizio e la sua organizzazione.

Agli Ospiti della RSA vengono garantite le prestazioni ed i servizi che concorrono al mantenimento dello stato di salute, delle capacità funzionali residue, della cura di sé, ovvero al recupero della massima autonomia possibile, in funzione del raggiungimento e/o mantenimento del miglior livello possibile di qualità della vita.

Il Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.) viene elaborato ponendo l'accento sulla personalizzazione dell'intervento in funzione dell'Ospite ed è periodicamente aggiornato e rivisto da tutte le figure professionali coinvolte nel percorso assistenziale e condiviso con i famigliari.

All'interno della R.S.A. opera una équipe multidisciplinare, come previsto dalla vigente normativa, così composta:

- **Direttore Sanitario** che esplica la funzione di coordinamento sanitario e ha come sua missione garantire il coordinamento interno ed il raccordo con l'esterno degli interventi sanitari, l'organizzazione delle attività sanitarie nel contesto della vita comunitaria ed il controllo della qualità della cura e dell'assistenza in generale degli Ospiti, la supervisione delle attività del personale sanitario ed il rispetto dei protocolli operativi in materia di assistenza e cura, vigilare sul rispetto delle norme igienico sanitarie e sull'utilizzo dei farmaci, tenere i rapporti con i medici operanti all'interno della R.S.A., con i medici specialisti e con il Distretto Sanitario e l'Azienda Sanitaria, allo scopo di garantire il coordinamento di tutte le



attività di prevenzione, diagnosi e cura e relazionare sull'andamento dell'assistenza agli utenti della R.S.A..

- **Personale Infermieristico** che cura la corretta applicazione delle prescrizioni in materia infermieristica ed assistenziale, mediante la somministrazione delle terapie farmacologiche prescritte, l'effettuazione di medicazioni, prelievi, etc. Inoltre: - collabora con i Medici e con le altre figure dell'équipe alla stesura, alla revisione e al periodico aggiornamento del Piano di Assistenza Individuale e ne cura l'effettiva applicazione; - controlla l'igiene personale degli Ospiti e la pulizia e l'igiene degli ambienti di vita nella residenza; - mantiene relazioni e comunicazioni con l'Ospite ed i suoi famigliari. Il personale infermieristico cura il rapporto con i medici di base informandoli costantemente della situazione degli ospiti e vigilano sulla corretta terapia orale e iniettiva agli ospiti presenti. Il personale infermieristico ha l'obbligo di attenersi alla prescrizione terapeutica del medico di base (NON possono essere somministrati farmaci prescritti da medici specialistici senza validazione da parte del M.M.G.)
- **Fisioterapista** per prestazioni fisioterapiche e riabilitative finalizzate al mantenimento delle abilità, allo svolgimento delle comuni attività quotidiane (deambulazione e azioni elementari di vita anche con idonei supporti), mobilitazione passiva per limitare i danni legati all'immobilità; ginnastica attiva (quando l'ospite è in grado di svolgere movimenti senza l'ausilio dell'operatore) e passiva (quando l'ospite, per compiere determinati movimenti, necessita dell'ausilio dell'operatore).
- **Personale O.S.S.** per prestazioni di assistenza generica alla persona. Le prestazioni di assistenza generica alla persona comprendono l'igiene dell'ospite e la cura della persona e del suo abbigliamento, l'aiuto personale e l'alimentazione degli Ospiti non autonomi, l'accompagnamento e il supporto a terapie sanitarie e riabilitative, la sorveglianza generica continuativa, la collaborazione con le altre figure professionali per lo svolgimento di altre attività previste dal piano individuale, inclusa la mobilitazione periodica dell'ospite, in caso di allettamento prolungato, per la prevenzione delle lesioni da decubito.

La struttura si avvale anche di figure professionali, quali **psicologo** ed **educatore/animatore** per assicurare un servizio di rieducazione psicosociale, soprattutto attraverso attività occupazionali, volte alla riabilitazione cognitiva e/o al contrasto del declino cognitivo.

La R.S.A. di Busca garantisce l'approvvigionamento dei farmaci, che è richiesto dal servizio infermieristico della struttura ed è assicurato dal medesimo servizio infermieristico, attraverso i farmaci forniti dalla farmacia ospedaliera e/o dalle farmacie dislocate sul territorio limitrofo alla struttura.

Oltre alle prestazioni farmaceutiche sono garantite le prestazioni specialistiche, quali visite specialistiche, prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e per immagini erogabili dal Servizio Sanitario Regionale ai sensi della normativa vigente.



Tabella 1 – Dati Strutturali e Dati di Attività

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA “OSPEDALE CIVILE DI BUSCA R.S.A.”		
DATI STRUTTURALI		
LOCALIZZAZIONE	DESTINAZIONE	
Seminterrato		
Piano Terra	Accettazione, Direzione Amministrativa, cucina, magazzini, spogliatoi	
1° Piano		
2° Piano	Degenza, refettorio, palestra FKT, camera multisensoriale	
3° Piano	Degenza, Direzione Sanitaria, infermeria	
Area scoperta	Giardino attrezzato	
DATI ATTIVITÀ		
Residenza Sanitaria Assistenziale	Trattamenti in regime residenziale	2025
	Ospiti (Anno)	89*

\*1 posti autorizzati sono 52 RSA. Gli ospiti durante il 2025 sono stati mediamente 51. Si sono registrate 28 uscite e 29 ingressi.

#### 4. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E PIANIFICAZIONE

La R.S.A. di Busca, ai fini della gestione del Rischio Clinico, ha attivato meccanismi comprendenti procedure e protocolli tendenti a garantire la tenuta sotto controllo degli episodi e cause che potrebbero influire sulla buona riuscita della prestazione e dell'assistenza agli Ospiti.

Il rispetto delle precauzioni generali, dei protocolli di pulizia, sanificazione e disinfezione degli ambienti e delle attrezzature, garantiscono la sicurezza degli ambienti e delle prestazioni sanitarie.

La gestione del Rischio clinico all'interno della Struttura è in via di implementazione e a partire dal 2026 il **Direttore Sanitario** riveste il ruolo di **Risk Manager** e presiede l'attività di **Clinical Risk Management**, definendo le linee aziendali per la gestione del rischio clinico, approvando le procedure in materia predisposte, avvalendosi del Comitato valutazione rischi (delibera n.7 del 3 febbraio 2026) come insediato in data 4 marzo 2026 e composto dal Direttore Sanitario, dal Direttore di struttura, dalla Coordinatrice infermieristica, Fisioterapista, Coordinatrice dei servizi socio assistenziali.

e della collaborazione del Responsabile prevenzione e protezione e del Broker assicurativo

A partire dall'anno corrente il sistema di **monitoraggio** è stato implementato e si basa su:

- Raccolta ed analisi di segnalazioni (eventi sentinella, eventi avversi, quasi errori) in base al protocollo introdotto dal 2025;
- osservazioni, suggerimenti e reclami come definito nell'apposita procedura.



Il **Risk Manager** viene informato in merito agli eventi avversi accaduti in struttura attraverso varie fonti informative, quali ad esempio:

- \* Segnalazioni spontanee mediante la scheda di raccolta reclami-segnalazioni-suggerimenti o nella scheda segnalazioni eventi avversi;
- \* richiesta da parte di un operatore di *audit* riunione a fronte di criticità organizzative o per un evento particolare in termini di rischiosità e gravità;
- \* dati di infortuni sul lavoro a carico degli operatori sanitari;
- \* segnalazione da parte dei coordinatori di reparto;
- \* eventuali risultati del monitoraggio e misurazione dei processi non in linea agli obiettivi;
- \* rapporti di Non conformità;
- \* Richiesta di risarcimento danni.

OGGETTO DI RILEVAZIONE	
Near Misses	Episodi potenzialmente in grado di provocare errori
Eventi avversi	Episodi che abbiano provocato errori nei confronti della persona assistita o dell'operatore
Eventi sentinella	Accadimenti che hanno causato danni di particolare severità

Le informazioni fornite consentono di identificare i fattori determinanti degli eventi segnalati e le correzioni possibili da mettere in atto con azioni correttive. L'obiettivo prioritario non è soltanto quello di raccogliere dati di tipo quantitativo ma è, soprattutto, quello di ottenere dati di tipo qualitativo. Il fine è quello di individuare aree critiche e di attivare percorsi di miglioramento.

La R.S.A. di Busca, nell'ambito della Gestione del Rischio Clinico, pone particolare attenzione alle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e la loro gestione. Il rischio ICA è considerato una classe di rischio "comune" e "trasversale" ad ogni tipologia di Struttura Sanitaria e Socio-Sanitaria, ovvero viene considerata una variante di rischio potenziale a prescindere dal processo di cura e di assistenza di cui si tratta. Si calcola che ogni anno in Europa si verifichino circa 2,5 milioni di casi di infezioni correlate all'assistenza. Il controllo delle infezioni e il tema della resistenza antimicrobica è una delle priorità sulla sicurezza dei pazienti.

In considerazione che tale tipologia di infezione ha sul carico assistenziale e in considerazione di quanto le richieste della Regione Piemonte siano diventate nel tempo sempre più puntuali e specifiche, nel corso del 2025 la struttura ha introdotto un protocollo specifico e linee guida.



## 5. RELAZIONE CONSUNTIVA DEGLI EVENTI AVVERSI 2025

Nell'anno 2025 presso la Struttura sono stati segnalati e registrati gli eventi riportati nella seguente tabella.

Tabella 2 – Eventi avversi 2025

TIPOLOGIA DI EVENTO AVVERSO		N° (ANNO) = 182		
1	CADUTE	38	Senza danno	28
			Con danno	10
			Di cui ricovero ospedaliero	1
2	REAZIONE AVVERSA DA FARMACO/ERRORE FARMACOLOGICO	0		
3	LESIONI DA DECUBITO	25		
4	INCIDENT REPORTING	2	Aggressione	0
			Danno alle strutture	0
			Quasi caduta	0
			Altro	2
5	ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza)	58	Cute	4
			Tratto urinario	4
			Respiratorio	29
			Gastro intestinale	21
			Oculari	0
6	PRESIDI DI SICUREZZA	59	Di cui danno causato	2

### 5.1 Rischio Cadute

Le cadute sono il principale evento avverso in struttura. Dall'analisi effettuata è emerso quanto segue:

- in totale le cadute sono state 38;
- la maggior parte di queste sono riconducibili a Ospiti disorientati nel tempo e nello spazio, con mobilità ridotta, fragili e con comorbidità multiple.
- Il numero maggiore di cadute avvengono nelle camere degli ospiti (27) che si conferma come il luogo dove essi sfuggono alla sorveglianza, per quanto attenta, degli operatori. Sono state messe in campo tutte le strategie possibili per evitare questi eventi, senza limitare la libertà di spostamento degli ospiti all'interno della struttura. La volontà di non limitare troppo la libertà di spostamento degli ospiti deriva dal fatto che essi sono maggiormente motivati a non perdere le proprie autonomie residue.



- L'analisi della frequenza delle cadute in base all'orario ci indica che il numero maggiore è avvenuto durante le attività mattutine e il pranzo e nei momenti di alzata e di messa a letto per il riposo diurno e notturno. L'analisi delle conseguenze rileva che le cadute senza danno sono il numero maggiore.

Dagli eventi segnalati è seguito un attento monitoraggio e in 12 casi il trasferimento in pronto soccorso, di cui 1 caso con ricovero ospedaliero seguito da intervento chirurgico a conseguenza di frattura. Per tutti gli eventi segnalati si sottolinea l'immediata gestione e l'assenza di gravi problematiche postume. L'analisi dei dati evidenzia, inoltre, l'**assenza di cadute per negligenza**.

Si renderà necessario applicare ogni misura al fine di ridurre dell'evento caduta che include i momenti di formazione al personale sui fattori di rischio e l'implementazione della messa in opera di interventi preventivi; l'adozione di programmi per la prevenzione delle cadute realizzati dal fisioterapista e rivolti agli ospiti ancora parzialmente autosufficienti per migliorare l'equilibrio, la capacità di eseguire i passaggi posturali e la marcia.

## **5.2 Reazione avversa da farmaco/errore farmacologico**

Non sono stati rilevati Incident reporting in merito all'errata somministrazione di un farmaco.

Una prima impressione è che manchi la convinzione dell'importanza di questo strumento; la cultura della gestione del rischio tra gli operatori non è stata assimilata e compresa, non viene ritenuta efficace.

## **5.3 Lesioni da decubito**

Dai dati raccolti sulle LDD agli ospiti nel 2025 risulta quanto segue:

- N. 17 ospiti hanno avuto una o più lesioni da decubito per un totale di 25;
- N. 7 ospiti hanno riportato 1 LDD;
- N. 5 ospiti hanno riportato LDD multiple;
- N. 5 ospiti hanno presentato recidive;
- N. 8 ospiti sono guariti.

Tutte le medicazioni sono avvenute come da Protocollo interno e le linee guida della struttura. Per il 2026 la struttura si pone fra gli obiettivi il miglioramento della prevenzione e del trattamento delle LDD, al fine di ridurre l'incidenza.

## **5.4 Incident reporting**

Nel 2025 si è continuato con il protocollo di valutazione del rischio maltrattamenti operatori verso ospiti, introdotto nel 2024, e le azioni di miglioramento in esso previste. Per quanto riguarda le riunioni periodiche del personale ne sono state fatte poche. Vista la loro importanza si cercherà di proseguire in futuro stabilendo incontri a cadenza mensile. Riteniamo, infatti, che siano il mezzo migliore per sviscerare e discutere e cercare di risolvere le problematiche e l'organizzazione del servizio assistenziale.



La procedura/linea guida che in presenza di determinate lesioni sul corpo dell'ospite faccia scattare un'indagine da parte della Direzione Sanitaria è stata creata solo a partire dall'anno corrente 2026.

Parimenti, per la **raccolta degli Incident Reporting** a partire dall'anno corrente è stato introdotto il sistema di raccolta dati attraverso apposite schede, che fanno parte del protocollo e linee guida adottati dalla struttura. Per l'anno 2025 non sono stati evidenziati Incident Reporting di importante rilevanza.

### **5.5 ICA e igiene delle mani**

Dai dati raccolti attraverso un'analisi dettagliata e strutturata sulle infezioni in struttura, risulta quanto segue:

- N. 80 infezioni in totale in struttura di cui 58 sono classificabili ICA (vedi Tabella 2) secondo i parametri ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control);
- il 100% delle infezioni è stato trattato con antibiotico;

Per il consumo di idrogel e dei detergenti per le mani a tutt'oggi non è stato possibile fare una stima puntuale dell'anno 2025.

### **5.6 Gestione e controllo dei presidi di sicurezza**

In struttura esiste già una procedura che regola l'applicazione dei mezzi di protezione e un sistema di monitoraggio degli stessi.

Dal registro dei mezzi di tutela si evince che su un totale di 59 prescrizioni, riguardanti gli ospiti che nel 2025 hanno risieduto presso la nostra struttura, 14 non hanno avuto nessun mezzo di tutela; ad altri ospiti sono stati prescritti ed usufruiscono di uno o più mezzi di protezione. Si registrano 2 casi in cui è stato riportato un danno non grave, di cui una lesione cutanea per un paziente, nel tentativo di scavalcare la sponda letto laterale (con immediato invio in DEA e guarigione in pochi giorni).

Le registrazioni che riguardano ospiti contenuti (comprendenti prescrizioni già in essere dal 2024) sono così suddivise:

- sponde letto bilaterali: 56
- sponda letto solo dx o sn: 3
- fascia addominale: 13
- cintura pelvica in poltrona o carrozzina: 27
- cintura divaricatrice in poltrona o carrozzina: 0
- cintura pettorale: 0
- tavolino in carrozzina: 12
- cintura pelvica per letto: 5
- polsiere dx/sx: 0



Tabella 3 - Tabella riepilogativa Eventi 2025 ai sensi dell'art.2, c.5 L. 24/2017

TIPO EVENTO	N°	% su totale eventi	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
<b>Near Miss</b>	<b>2</b>	1,1%	Strutturali (___%) Tecnologici (___%) Organizzativi (___%) Procedure/Comunicazione (100%) Stato Psico-fisico dell'ospite (___%)	- Discussione dei casi in equipe
<b>Evento avverso</b>	<b>182</b>	98,9%	Strutturali (___%) Tecnologici (___%) Organizzativi (___%) Procedure/Comunicazione (5%) Stato Psico-fisico dell'ospite (95%)	- Discussione dei casi in equipe
<b>Evento sentinella</b>	<b>0</b>	0%	Strutturali (___%) Tecnologici (___%) Organizzativi (___%) Procedure/Comunicazione (___%)	

## 6. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI

In adempimento all'obbligo derivante dall'art. 4 della L. 24/17 si precisa che nell'ultimo quinquennio non si sono verificati sinistri a danno dei pazienti né è stato liquidato alcun importo per risarcimento.

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

PERIODO	N. SINISTRI APERTI (A)	N. SINISTRI LIQUIDATI (A)	N. SINISTRI EROGATI (A)
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0
2024	0	0	0
2025	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

(A) Sono riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario escludendo quelli riferiti a danni di altra natura

## 7. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	SCADENZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	N. POLIZZA	FRANCHIGIA
2025	30/06/2026	SARA ASSICURAZIONI	N. 50 45277TX	Euro 1500 danno sanitario, 250,00 euro danni a cose



## 8. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

Di seguito sono riportati i ruoli e le responsabilità nella redazione, adozione, condivisione, applicazione e monitoraggio del presente PARM.

- \* **Direzione Generale:** Dott. Luca Gosso
- \* **Risk Manager:** Dr. Pavol Zajac
- \* **Direttore sanitario:** Dr. Pavol Zajac
- \* **Area Infermieristica:** Carola Manassero
- \* **Area Servizi socio assistenziali:** Gabriella Brino

AZIONE	Risk Manager/ Direttore Sanitario	Direzione Generale	Struttura Amministrativa/ Organizzativa
Redazione PARM	R	C	C
Adozione PARM con deliberazione	C	R	I
Monitoraggio PARM	R	I	C

Legenda: R =Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

## 9. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 2026 PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Nell'ottica di implementazione del sistema per la gestione del Rischio clinico, la R.S.A. di Busca, per porre i suoi obiettivi, si basa sui seguenti presupposti:

- \* diffusione di una cultura non colpevolizzante (ma non deresponsabilizzante) dell'errore, quanto come un'occasione di apprendimento e di miglioramento;
- \* formazione;
- \* approccio sistemico;
- \* miglioramento continuo.

Per il 2026 sono stati selezionati 4 progetti per la R.S.A. che saranno declinati in Obiettivi/Azioni ed Indicatori, al fine di monitorarne l'applicazione e l'adesione:

### 1. Near Miss

Monitoraggio, registrazione, comunicazione, effettuazione di misure reattive al quasi evento e relative azioni di miglioramento come da disposizioni ministeriali e protocollo interno.

### 2. Monitoraggio e/o contenimento degli Eventi avversi



Prevenzione, monitoraggio, registrazione, comunicazione e messa in campo di relative azioni di miglioramento come da disposizioni ministeriali e protocollo interno.

### 3. Lesioni da decubito

Prevenzione, monitoraggio, medicazione, stadiazione, registrazione come da *best practice* cliniche e protocollo interno.

### 4. Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)

Prevenzione, monitoraggio, registrazione e relative azioni di miglioramento come da protocollo interno.

OBIETTIVO 1	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure in relazione all'identificazione del Near Miss			
ATTIVITÀ	Miglioramento segnalazione attraverso l'attivazione nel 2026 del corso di formazione: "Gestione del Rischio Clinico e identificazione di Near Miss"			
INDICATORE 1	% personale informato	STANDARD 1	>80% del personale formato	
INDICATORE 1.1	Numerosità eventi segnalati	STANDARD 1.2	Almeno 1 Near Miss segnalato	
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
<b>AZIONE</b>	<b>DS/RM</b>	<b>AI</b>	<b>Operatori sanitari</b>	<b>Direzione</b>
Progettazione del corso	R	C	C	I
Approvazione del corso	C	C	I	R
Individuazione degli operatori	C	R	C	I
Realizzazione del corso	R	C	C	I
Utilizzo della scheda di segnalazione del Near Miss	C	C	R	I
Monitoraggio delle segnalazioni	R	C	C	I
Legenda: DS = Direttore Sanitario RM = Risk Manager AI = Area Infermieristica R =Responsabile C = Coinvolto I = Interessato				



<b>OBIETTIVO 2</b>		<b>Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in relazione al monitoraggio e/o contenimento degli Eventi Avversi</b>		
<b>ATTIVITÀ 1</b>	Consolidamento e implementazione del sistema di Incident Reporting per la segnalazione degli Eventi Avversi			
<b>INDICATORE 1</b>	% personale informato	<b>STANDARD 1</b>	>80% del personale coinvolto	
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
<b>AZIONE</b>	<b>DS/RM</b>	<b>AI</b>	<b>Operatori sanitari</b>	<b>Direzione</b>
Corretta classificazione degli Eventi Avversi	R	C	C	I
Acquisizione della modulistica per le segnalazioni	R	C	I	I
Diffusione agli operatori	C	R	C	I
Monitoraggio delle segnalazioni	R	C	C	I
<b>ATTIVITÀ 2</b>	Valutazione degli ospiti per il rischio cadute e segnalazione all'interno del PAI Registrazione/segnalazione cadute			
<b>INDICATORE 2</b>	% registrazioni	<b>STANDARD 2</b>	100%	
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
<b>AZIONE</b>	<b>DS/RM</b>	<b>AI</b>	<b>Operatori sanitari</b>	<b>Direzione</b>
Utilizzo della scheda di valutazione, segnalazione caduta	C	R	R	I
Analisi, monitoraggio delle cadute, messa in atto delle misure preventive	R	C	C	I
Monitoraggio delle segnalazioni nelle CCE	R	C	C	I
<b>ATTIVITÀ 3</b>	Momento formativo sui fattori di rischio cadute e la messa in opera di interventi preventivi – entro il 31/12/2026			
<b>INDICATORE 3</b>	% personale informato	<b>STANDARD 3</b>	>80% del personale coinvolto	
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
<b>AZIONE</b>	<b>DS/RM</b>	<b>AI</b>	<b>Operatori sanitari</b>	<b>Direzione</b>
Progettazione e realizzazione della formazione	R	C	C	I
Approvazione del corso	C	C	I	R
Individuazione degli operatori	C	R	C	I
Legenda: DS = Direttore Sanitario RM = Risk Manager AI = Area Infermieristica R =Responsabile C = Coinvolto I = Interessato				



OBIETTIVO 3		Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito (LDD)		
ATTIVITÀ 1	Miglioramento della prevenzione, segnalazione e del trattamento delle lesioni da decubito			
INDICATORE 1	Presenza di valutazione rischio LDD nelle cartelle analizzate	STANDARD 1	>80% delle cartelle analizzate	
INDICATORE 1.1	Lesioni da decubito insorte in struttura	STANDARD 1.2	Riduzione incidenza <10% rispetto al 2025	
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
<b>AZIONE</b>	<b>DS/RM</b>	<b>AI</b>	<b>Operatori sanitari</b>	<b>Direzione</b>
Acquisizione della modulistica per le segnalazioni	R	C	I	I
Diffusione agli operatori	C	R	C	I
Monitoraggio delle segnalazioni nelle cartelle	R	C	C	I
Legenda: DS = Direttore Sanitario RM = Risk Manager AI = Area Infermieristica R =Responsabile C = Coinvolto I = Interessato				

OBIETTIVO 4		Prevenzione, contenimento e segnalazione Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)		
ATTIVITÀ 1	Implementare la formazione e del personale sulle ICA*			
INDICATORE 1	Corsi di formazione agli operatori sanitari	STANDARD 1	Almeno 1 corso nel 2026	
INDICATORE 1.1	% personale informato	STANDARD 1.2	>80% del personale coinvolto	
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
<b>AZIONE</b>	<b>DS/RM</b>	<b>AI</b>	<b>Operatori sanitari</b>	<b>Direzione</b>
Progettazione e realizzazione della formazione	R	C	C	I
Approvazione del corso	C	C	I	R
Individuazione degli operatori	C	R	C	I
Legenda: DS = Direttore Sanitario RM = Risk Manager AI = Area Infermieristica R =Responsabile C = Coinvolto I = Interessato				
* Il DS/RM, in accordo e su approvazione della Direzione, in alternativa ad un corso interno la RSA, potrà istituire come corso di formazione agli operatori sanitari un corso FAD erogato dal Ministero della Salute o dall'Istituto Superiore di Sanità o dalla Regione Piemonte sul tema delle ICA, senza che questo abbia ricadute economiche sugli operatori stessi.				



## 10. BIBLIOGRAFIA-SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVE

Ministero della Salute - "Risk Management in Sanità. Il problema degli errori"

[http://www.sefap.it/servizi legislazione sanitaria\\_200410/Risk\\_management\\_minsal.pdf](http://www.sefap.it/servizi_legislazione sanitaria_200410/Risk_management_minsal.pdf)

Ministero della Salute – "Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità"

[https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1563\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_1563_allegato.pdf)

Ministero della Salute - "Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori"

[https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1688\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_1688_allegato.pdf)

Ministero della Salute – "Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico"

[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_640\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf)

Modello italiano per la gestione del rischio in sanità

<https://www.tsrmptpmore.it/wp-content/uploads/2020/01/Modello-italiano-Gestione-Rischio-Sanita.pdf>

Risk Management In Sanità

<https://quadrologico.it/risk-management-sanita/>

Legge n. 189 del 8 novembre 2012 (Balduzzi) recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute"

Legge n. 24 del 8 marzo 2017 (Gelli) recante "Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"

D.D. n. 45 del 27 gennaio 2014 - Approvazione delle "Linee di indirizzo per la prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie (Allegato 1)"

D.D. n. 2139 del 15 novembre 2022 - Approvazione delle "Linee di indirizzo regionali in materia di utilizzo dei presidi di sicurezza che limitano i movimenti dei pazienti"

D.D. n. 2005 del 28 dicembre 2023 - Approvazione del "Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti 2023-2025".