

Casa di Cura Figlie di San Camillo

Via Fabio Filzi, 56

26100 Cremona

Tel. 0372 421111 – Fax 0372 24533

e-mail: info.cr@figliesancamillo.it



PIANO ANNUALE
RISK MANAGEMENT
ANNO 2026

1. Indice

1. Indice	2
2. Matrice delle revisioni	3
3. Premessa.....	4
4. Analisi dei rischi	4
5. Obiettivi.....	5
6. Campo di applicazione	5
7. Responsabilità	5
8. Soggetti coinvolti.....	5
9. Documenti e linee guida di riferimento.....	6
10. Contesto	7
11. Attività ultimi anni.....	9
12. Eventi avversi	10
13. Infezioni	10
14. Contenziosi	14
15. Rischio Caduta pazienti	16
16. Obiettivi.....	19
17. Modalità di diffusione del PARM	19
18. Revisione	19

2. Matrice delle revisioni

REV	DATA	DESCRIZIONE	ELABORATO	VERIFICATO	APPROVATO
0	10.06.2019	Prima emissione.	DS	RM	DG
1	15.01.2020	Aggiornamento annuale	DS	RM	DG
2	01.02.2021	Aggiornamento annuale	DS	RM	DG
3	02.01.2023	Aggiornamento annuale	DS	RM	DG
4	17.01.2024	Aggiornamento annuale	DS	RM	DG
5	10.01.2025	Aggiornamento annuale	DS	RM	DG
6	28.01.2026	Aggiornamento annuale	DS	RM	DG
7					
8					
9					
10					

3. Premessa

Il Piano dell'attività di Risk Management è lo strumento che persegue l'obiettivo di dare continuità, a livello locale, ai percorsi di gestione strategica ed operatività dei rischi, promosse ed avviate dall'Istituto.

L'attività di Risk Management infatti, attraverso strumenti di intervento, è indispensabile per assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie garantendo la migliore qualità e sicurezza possibile.

Questo percorso è stato avviato formalmente in Regione Lombardia con l'emanazione della Circolare n. 46/SAN del 27 dicembre 2004, si è arricchito di innovazioni ed implementazioni a sostegno del fatto che la corretta gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente siano aspetti decisivi ed elementi imprescindibili di un moderno sistema di gestione delle strutture sanitarie.

Nel rispetto di un percorso di forte integrazione con tutti gli attori interessati che si occupano a vario titolo di rischio e qualità, la definizione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e Qualità per l'anno **2025** non può prescindere, nei suoi contenuti, dall'analisi del Piano di contenimento dei rischi e dall'analisi degli indicatori legati al rischio storicamente rilevato.

4. Analisi dei rischi

I potenziali rischi e di conseguenza le azioni di miglioramento della qualità e della sicurezza, sono stati descritti ed individuati nel Piano di contenimento dei rischi, annualmente aggiornato, proprio della Casa di Cura e in base alla casistica di sinistrosità storicamente occorsa, agli indicatori aziendali di rischio ed alla tipologia di segnalazioni pervenute.

È ferma convinzione che lo sviluppo di interventi efficaci discenda non solo dalla comprensione delle criticità dell'organizzazione, ma anche dalla reale diffusione di una consapevolezza che consenta di superare gli individualismi e le resistenze culturali, con un approccio che considera l'errore come un'occasione di apprendimento e di miglioramento, abbandonando il comune atteggiamento di colpevolizzazione. Ciò non significa dimenticare le responsabilità davanti agli eventi avversi, ma spostare l'attenzione sulle cause profonde che, se analizzate ed affrontate, possono evitare il ripetersi dell'evento in futuro.

5. Obiettivi

- Concorrere al perseguimento della mission aziendale”.
- Promuovere l’approccio sistemico al problema della sicurezza delle cure attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo assistenziale, con il fine ultimo del miglioramento della qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti e degli operatori.
- Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa anche attraverso la promozione di interventi mirati al contenimento degli eventi avversi.
- Diffondere una cultura organizzativa basata sul miglioramento della qualità, sulla sicurezza di pazienti e operatori, sull’errore come strumento di apprendimento e sulla “non colpevolezza”.

6. Campo di applicazione

Il Piano si applica a tutti i dipendenti ed a tutti i pazienti della Casa di Cura Figlie di San Camillo.

7. Responsabilità

- Il Direttore Sanitario elabora ed aggiorna il PARM e le procedure ad esso collegate.
- Il Risk manager è responsabile della verifica della corretta applicazione ed aderenza dei requisiti previsti dal PARM.

8. Soggetti coinvolti

- Direttore Amministrativo
- Direttore Sanitario
- Risk Manager
- Responsabili e Coordinatori UU.OO./Servizi
- RSPP
- Responsabile Ufficio Qualità
- Farmacista
- Infermiera epidemiologa
- Microbiologo

9. Documenti e linee guida di riferimento

- Circolare n. 46/SAN del 27 dicembre 2004 – Regione Lombardia
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
- "Circolare Ministero della Sanità n° 52 " del 20.12.85
- "Circolare Ministero della Sanità n° 8 "del 30.01.88
- "Protocollo per il Monitoraggio degli eventi sentinella " ,a cura del Ministero della Salute.
- "Glossario per la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico" ,a cura del Ministero della Salute.
- " Risk Management in sanità .11 problema degli errori " ,a cura del Ministero della Salute .
- " European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of surgical site infections in European hospitals — HAISSI protocol. Version 1.02. Stockholm: ECDC; 2012.
- WHO. Global Guidelines on the prevention of surgical site infection, novembre 2016.
- Dossier 261-2017 ISSN 1591-223x – Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico – Regione Emilia Romagna
- Raccomandazione ministeriale n°1 - **Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio** - Marzo 2008
- Raccomandazione ministeriale n°2 - **Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico** - Marzo 2008
- Raccomandazione ministeriale n°3 - **Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura** - Marzo 2008
- Raccomandazione ministeriale n°4 - **Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale** - Marzo 2008
- Raccomandazione ministeriale n°5 - **Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0** - Marzo 2008
- Raccomandazione ministeriale n°7 - **Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica** - Marzo 2008
- Raccomandazione ministeriale n°8 - **Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari** - Novembre 2007
- Raccomandazione ministeriale n°9 - **Prevenzione degli eventi avversi conseguenti**

al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali - Aprile 2009

- Raccomandazione ministeriale n°10- **Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati** - Settembre 2009
- Raccomandazione ministeriale n°11- **Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)** - Gennaio 2010
- Raccomandazione ministeriale n°12 - **Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"** - Agosto 2010
- Raccomandazione ministeriale n°13 - **Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie** - Novembre 2011
- Raccomandazione ministeriale n°14 - **Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici** - Novembre 2012
- Raccomandazione ministeriale n°17 - **Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica** - Dicembre 2014
- Raccomandazione ministeriale n°18 - **Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli** - Settembre 2018
- Raccomandazione ministeriale n°19 - **Raccomandazione per la manipolazione delle for farmaceutiche orali solide** – Ottobre 2019
- Deliberazione XI/2672 del 16.12.2019 Regione Lombardia
- 17/05/2022 DELIBERAZIONE N. XI/2477 PIANO STRATEGICO-OPERATIVO REGIONALE DI PREPARAZIONE E RISPOSTA A UNA PANDEMIA INFLUENZALE (PANFLU 2021–2023).
- 28/04/2023 - Ordinanza Ministero Salute OBBLIGO UTILIZZO DISPOSITIVI NELLE STRUTTURE SANITARIE OPERATORI UTENTI - MASCHERINE
- 11/08/2023 Circolare ministeriale n. 25613 - Aggiornamento delle misure di prevenzione della trasmissione di SARS-CoV-2
- DELIBERAZIONE N° XII / 3720 Seduta del 30/12/2024 - DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L'ANNO 2025

10. Contesto

La Casa di Cura Figlie di San Camillo eroga prestazioni sanitarie, diagnostiche, terapeutiche in regime di ricovero (ordinario e day hospital) e ambulatoriali, sia in convenzione con il SSN che in regime libero professionale nei settori di seguito definiti. E' dotata complessivamente di n° 144 posti letto.

Servizi di Diagnosi e Cura:

- o Diagnostica per Immagini (Ecografie, Radiografie, RMN, TAC, TAC PET, Mammografie)
- o Medicina di Laboratorio
- o Endoscopia Digestiva
- o Medicina Fisica e Riabilitazione

Attività Ambulatoriali:

- o Angiologia e Chirurgia Vascolare
- o CDCD (Centro per i disturbi cognitivi e le demenze)
- o Dermatologia
- o Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva
- o Neurologia (Elettromiografia)
- o Neuropsicologia
- o Otorinolaringoiatria
- o Pneumologia
- o Senologia
- o Medicina Generale
- o Cardiologia
- o Chirurgia Generale
- o Endocrinologia
- o Neurochirurgia
- o Oculistica
- o Ortopedia e Traumatologia
- o Pap test e Ginnastica pelvica perineale
- o Riabilitazione e Rieducazione Funzionale
- o Urologia

Dipartimenti:

MEDICO

- o U.O. di Medicina
- o U.O. di Cardiologia
- o U.O. di Riabilitazione Specialistica e Generale Geriatrica
 - *Riabilitazione Cardiologica*
 - *Riabilitazione Neuromotoria*
 - *Riabilitazione Ortopedica*
 - *Riabilitazione Respiratoria*

CHIRURGICO

- o Reparto Day Surgery – BIC (Bassa intensità chirurgica)
- o Reparto Unico di Degenza (Chirurgia, Otorino e Urologia)
- o U.O. di Ortopedia e Traumatologia

11. Attività ultimi anni

Prestazioni di Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, MAC e BIC

Anno	Ricovero ordinario	Day Hospital	Day Surgery	MAC	BIC
2019	2991	414	1649	831	2442
2020	1103	106	459	31	548
2021	2800	275	1638	2157	2346
2022	2950	347	1647	3836	2171
2023	2823	422	1961	4744	2285
2024	2698	455	2097	5724	2801
2025	2800	495	2005	5187	786

			2021	2022	2023	2024	2025
Anestesia			7	5	2	0	123
Cardiologia			19238	18143	18198	20505	13379
Chirurgia generale			1418	1710	1808	1967	2406
Chirurgia vascolare			2210	2105	1580	2446	2092
Dermatologia			6001	5913	6949	6906	3741
Radiologia			46942	44090	42800	41775	45253
PET TC			2468	2735	2742	2377	2238
Endocrinologia			592	1809	2143	2544	2879
Gastroenterologia			431	1350	1636	1860	1582
Laboratorio			174033	162109	181641	197982	190402
Riabilitazione			21227	16459	18377	17639	15166
Neurologia			9644	7249	7783	10090	5222
Oculistica			12552	11412	11468	11470	10476
Ortopedia			2540	3471	5234	5770	6480
Otorino			6084	6529	7080	6370	6996
Pneumologia			1619	1861	2072	2267	3187
Urologia			3489	4110	4732	3843	3849
Altro			2460	2465	2877	2904	1952
TOTALE			312.955	293.525	319.122	338.715	317.423
				93,79%	108,72%	106,14%	93,71%

12. Eventi avversi

ANNO	Near miss	Evento Sentinella	Evento avverso
2017	4	2	5
2018	0	3	4
2019	0	4	1
2020	0	0	1
2021	1	2	0
2022	1	0	3
2023	1	2	2
2024	1	5	2
2025	1	6	2

13. Infezioni

Le caratteristiche dei pazienti che accedono alla nostra struttura e le patologie trattate, l'assenza di un Servizio di Terapia Intensiva rappresentano elementi di minor rischio per l'insorgenza di infezioni gravi in particolar modo di sepsi gravi.

Il Servizio di Microbiologia del nostro Laboratorio, produce report periodici sulle emocolture, sulla tipologia di germi individuati, e sulle resistenze agli antibiotici. L'incidenza maggiore di sepsi come si evince dalla sotto riportata tabella riguarda le U.U.O.O. di Riabilitazione cardiologica e Neuromotoria; si tratta prevalentemente di sepsi "importate" in quanto i pazienti sono stati sottoposti a manovre invasive provenendo da reparti di terapia intensiva, cardiocirurgia e neurochirurgia.

REPORT EMOCOLTURE 2025

REPARTI	RICOVERI	EMOCOLTURE	POSITIVI	TASSO POSITIVITA'	INCIDENZA
CARDIOLOGIA	214	2	0	0,00%	0,00%
CHIRURGIA	1052	1	0	0,00%	0,00%
MEDICINA	470	29	4	13,79%	0,85%
ORTOPEDIA	916	2	0	0,00%	0,00%
RIAB. CARDIOLOGICA	222	16	3	18,75%	1,35%
RIAB. NEUROMOTORIA	102	7	0	0,00%	0,00%
RIAB. ORTOPEDICA	333	2	0	0,00%	0,00%
RIAB. RESPIRATORIA	83	8	2	25,00%	2,41%
UROLOGIA	1241	6	0	0,00%	0,00%
TOTALE	4633	73	9	12,33%	0,19%

Le infezioni chirurgiche vengono riscontrate nell'ambito della chirurgia protesica, pertanto la riduzione dell'incidenza di quest'ultime sono oggetto di attento monitoraggio e di realizzazione di uno specifico progetto di miglioramento.

Anche il monitoraggio del consumo degli antibiotici e del loro corretto utilizzo, rientra tra gli strumenti utili alla prevenzione delle infezioni e delle resistenze batteriche.

Il CIO della nostra struttura ha previsto (riportato nel PAICA) la rilevazione annuale del consumo di antibiotici, espresso in DDD, suddiviso per reparto.

Sempre in materia di infezioni correlate all'assistenza la nostra struttura con il coinvolgimento del CIO nel 2022 ha partecipato ad uno studio di prevalenza puntuale Europeo promosso da ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control): *Sorveglianza Europea mediante prevalenza puntuale delle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti.*

14.1 Infezioni interventi di protesi



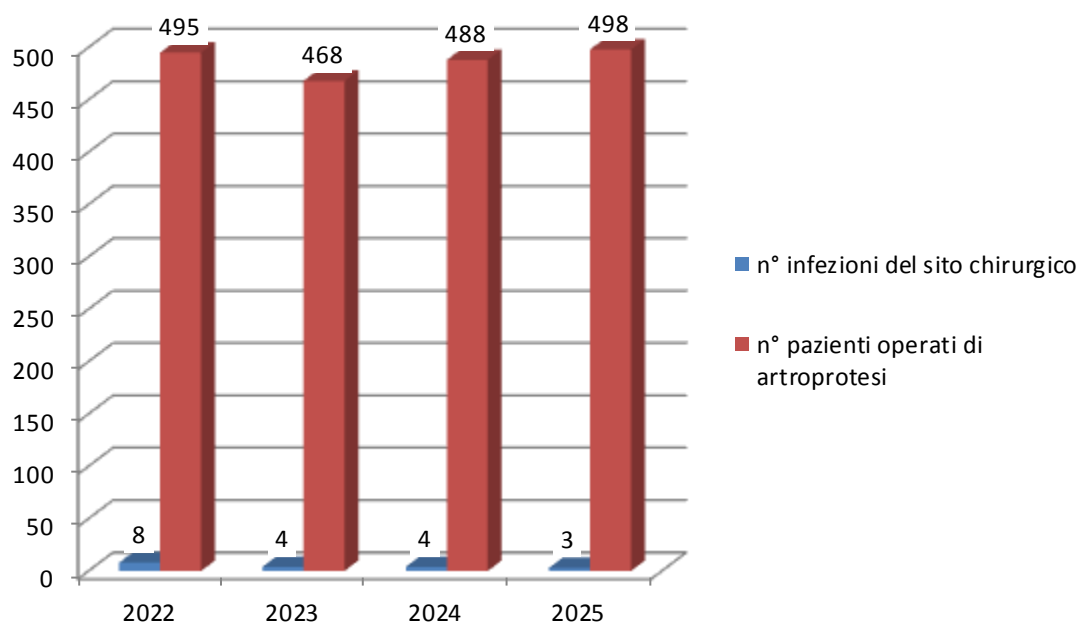
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

PR ASG 32 - Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico

OBIETTIVO: Prevenzione infezioni del sito chirurgico

INDICATORE: n° infezioni del sito chirurgico/ n° pazienti operati di artroprotesi

	2022	2023	2024	2025
n° infezioni del sito chirurgico	8	4	4	3
n° pazienti operati di artroprotesi	495	468	488	498
	1,62%	0,85%	0,82%	0,60%
Perf.%	1,62%	-0,76%	-0,04%	-0,22%



Commenti:

Numero interventi effettuati nel 2023: n. 468 di cui n. 272 protesi di ginocchio e n. 196 protesi di anca. Le infezioni rilevate (precoci ≤ 90 gg) sono state n. 4 per un incidenza annuale del 0,85%.

Numero interventi effettuati nel 2024: n. 488 di cui n. 277 protesi di ginocchio e n. 211 protesi di anca. Le infezioni rilevate (precoci ≤ 90 gg) sono state n. 4 per un incidenza an

Numero interventi effettuati nel 2025: n. 498 di cui n. 308 protesi di ginocchio e n. 190 protesi di anca. Le infezioni rilevate (precoci ≤ 90 gg) sono state n. 3 per un incidenza annuale del 0,60%.



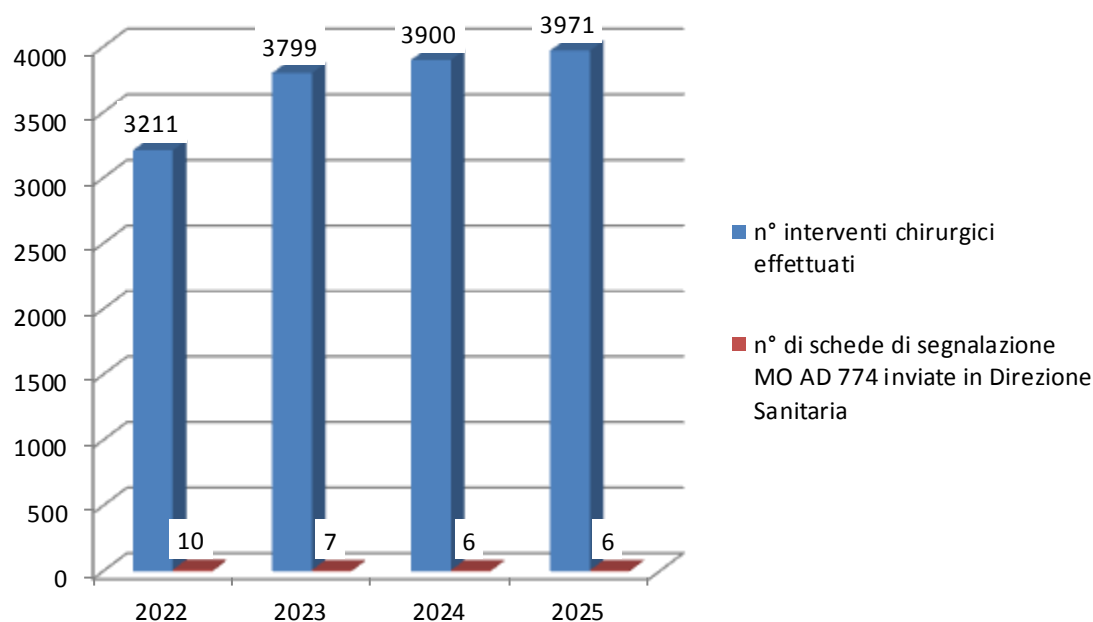
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

PR ASG 32 - Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico

OBIETTIVO: Prevenzione infezioni del sito chirurgico

INDICATORE: n° interventi chirurgici effettuati/n° di schede di segnalazione MO AD 774 inviate in Direzione Sanitaria

	2022	2023	2024	2025
n° interventi chirurgici effettuati	3211	3799	3900	3971
n° di schede di segnalazione MO AD 774 inviate in Direzione Sanitaria	10	7	6	6
	0,31%	0,18%	0,15%	0,15%
Perf.%	0,31%	-0,13%	-0,03%	0,00%



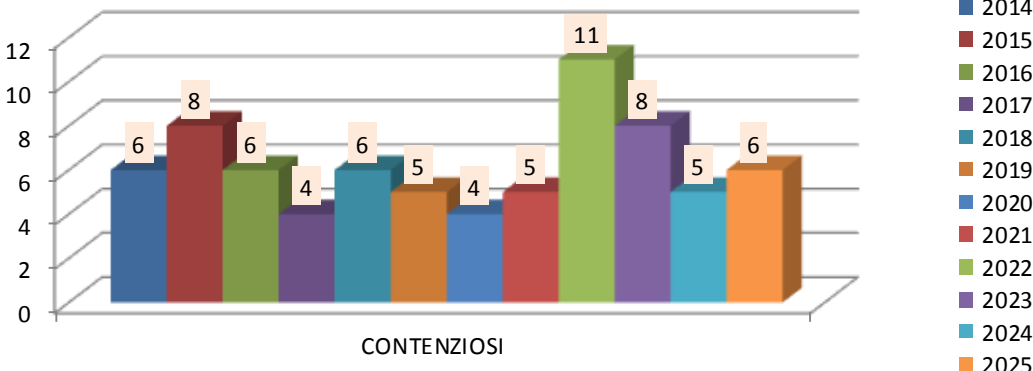
Commenti:

Nel corso del 2025 la Direzione Sanitaria ha ricevuto n° 3 schede di segnalazione di cui:

- n°3 relative ad infezioni precoci di protesi.
- n° 3 relative ad infezioni non imputabili alla nostra struttura.

14. Contenziosi

 ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO			
CONTENZIOSI			
OBIETTIVO: Monitorare l'andamento dei contenziosi negli ultimi 10 anni			
INDICATORE: N° di contenziosi presentati negli ultimi 10 anni per anno			
2014	6	2019	5
2015	8	2020	4
2016	6	2021	5
2017	4	2022	11
2018	6	2023	8
		2024	5
		2025	6



Commenti:

2014: n°1 sinistro liquidato per scottatura RMN, n°4 sinistri in causa e n° 1 esposto centro tutela ammalato.

2015: n° 2 sinistri da cadute interne, n. 1 sinistro liquidato, n. 1 sinistri in causa, n. 4 sinistri senza esito.

2016: n° 2 sinistri con richiesta di mediazione, n°4 in attesa.

2017: n° 3 relativi a interventi (orto-orl-uro) n° 1 prestaz. ambulatoriale (endo).

2018: n° 4 relativi a interventi (orto-Ch), n° 1 prest. ambu (radiologia), n° 1 lussazione denti. Riarciti n° 2 su n°6.

2019: n° 5 relativi a n° 2 prestazioni di ortopedia, n° 1 endoscopia, n° 1 urologia e n° 1 otorino.

2020: n° 5 relativi n. 3 ortopedia e n. 1 oculistica

2021: n° 5 relativi n. 4 interventi chirurgici e n. 1 prestazione di anestesista

2022: n° 11 relativi a n° 1 neurochirurgia del 2018, n°1 dermatologia del 2022, n° 5 ortopedia (3 del 2021 e 2 del 2022), n° 2 oculistica, n°1 orl del 2015, n°1 infettivi del 2021.

2023: n° 1 caduta in struttura per pavimento bagnato, n° 1 caduta in reparto di degenza, n° 4 ortopedia, n°1 medicina e n° 1 Otorino.

2024: n° 2 Urologia, n° 1 Otorino, n° 1 Ortopedia, n°1 Chirurgia

2025: n° 2 Urologia di cui uno indiretto n°1 caduta parcheggio, n° 1 Ortopedia, n°1 chirurgia e n° 1 Gastroenterologia

	ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO								
CONTENZIOSI									
OBIETTIVO: Monitorare l'incidenza dei sinistri su ricovero ordinario									
INDICATORE: Incidenza sinistri sui ricoveri ordinari negli ultime tre anni									
U.O.	2023			2024			2025		
	Ricoveri	n.sinistri	Incidenza	Ricoveri	n.sinistri	Incidenza	Ricoveri	n.sinistri	Incidenza
Cardiologia	181	0	0,00%	209	0	0,00%	209	0	0,00%
Chirurgia	142	0	0,00%	101	1	0,99%	101	1	0,99%
Medicina	462	2	0,43%	441	0	0,00%	441	0	0,00%
Ortopedia	601	4	0,67%	584	1	0,17%	584	1	0,17%
Otorino	14	1	7,14%	32	1	3,13%	32	0	0,00%
Riab. GG	20	0	0,00%	21	0	0,00%	21	0	0,00%
Riab.Spec.	804	0	0,00%	786	0	0,00%	786	0	0,00%
Urologia	600	0	0,00%	511	2	0,39%	511	2	0,39%
TOTALE	2824	7	0,25%	2685	5	0,19%	2685	4	0,15%
Servizi	2023			2024			2025		
	Prestazioni	n.sinistri	Incidenza	Prestazioni	n.sinistri	Incidenza	Prestazioni	n.sinistri	Incidenza
Oculistica*	1450	2	0,14%	1895	0	0,00%	2074	0	0,00%
Gatro	1636	0	0,00%	1860	0	0,00%	1582	1	0,06%
Commenti:									
* Per quanto riguarda l'Oculistica è stata presa in considera il numero di Cataratte.									

15. Rischio Caduta pazienti



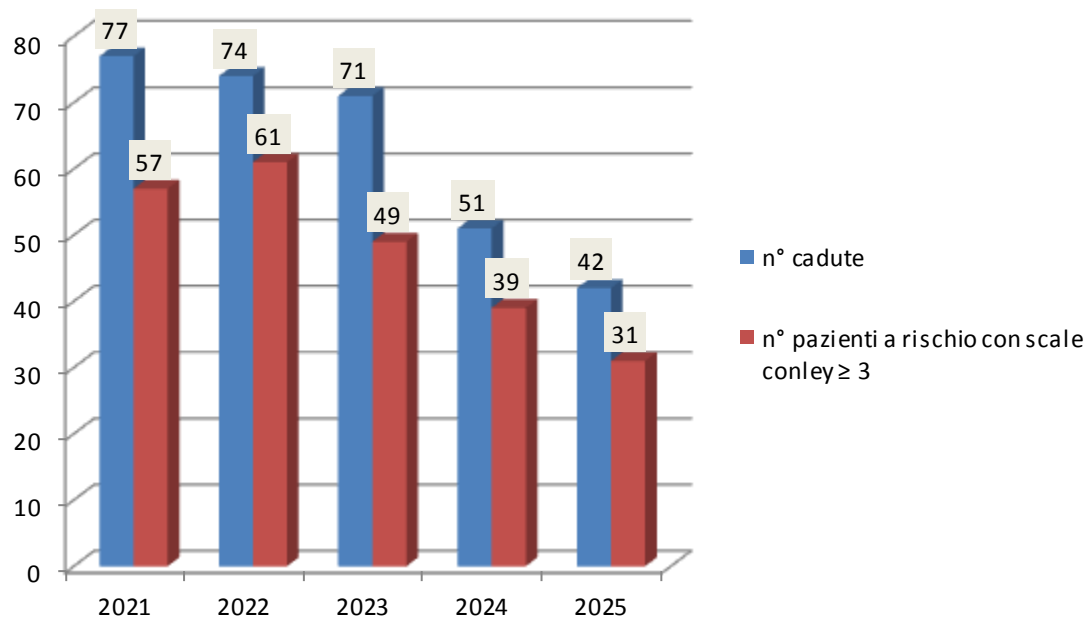
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

PR AD 07 - Rischio caduta pazienti

OBIETTIVO: Prevenzione e gestione danni da caduta

INDICATORE: n° cadute/n° pazienti a rischio con scale conley ≥ 3

				2021	2022	2023	2024	2025
n° cadute				77	74	71	51	42
n° pazienti a rischio con scale conley ≥ 3				57	61	49	39	31
				74,03%	82,43%	69,01%	76,47%	73,81%



Commenti:

Nel corso del **2025** le cadute registrate nel sistema sono state n° 42 di cui n° 31 con punteggio scala conley ≥ 3 .



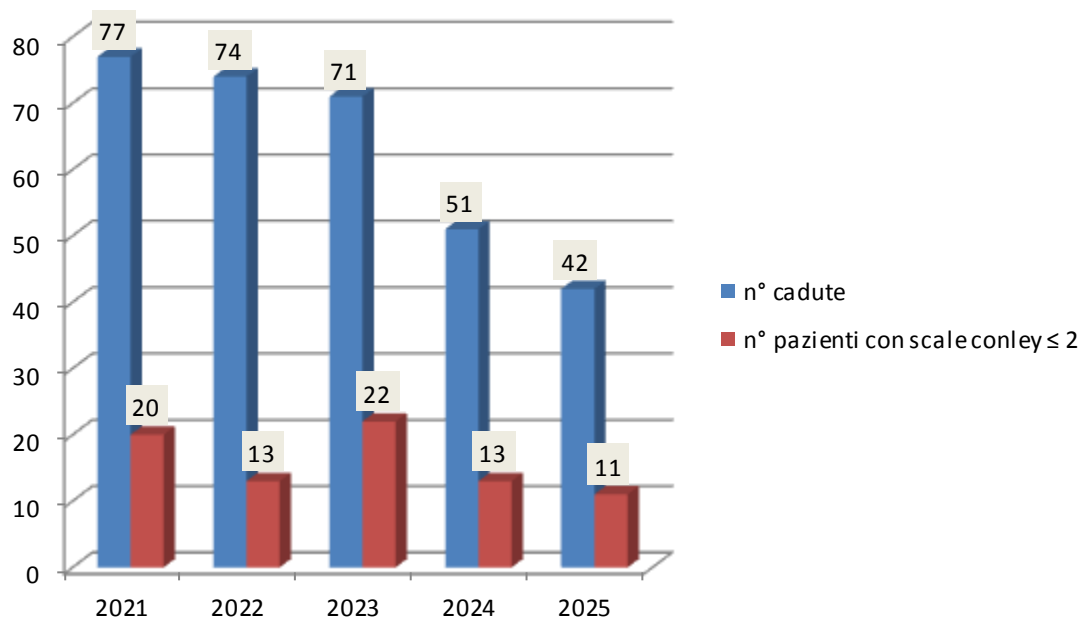
ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

PR AD 07 - Rischio caduta pazienti

OBIETTIVO: Prevenzione e gestione danni da caduta

INDICATORE: n° cadute/n° pazienti con scale conley ≤ 2

	2021	2022	2023	2024	2025
n° cadute	77	74	71	51	42
n° pazienti con scale conley ≤ 2	20	13	22	13	11
	25,97%	17,57%	30,99%	25,49%	26,19%



Commenti:

Nel corso del **2025** le cadute registrate nel sistema sono state n° 42 di cui n° 11 con punteggio scala conley ≤ 2 .



ISTITUTO FIGLIE DI SAN CAMILLO

PR AD 07 - Rischio caduta pazienti

OBIETTIVO: Prevenzione e gestione danni da caduta

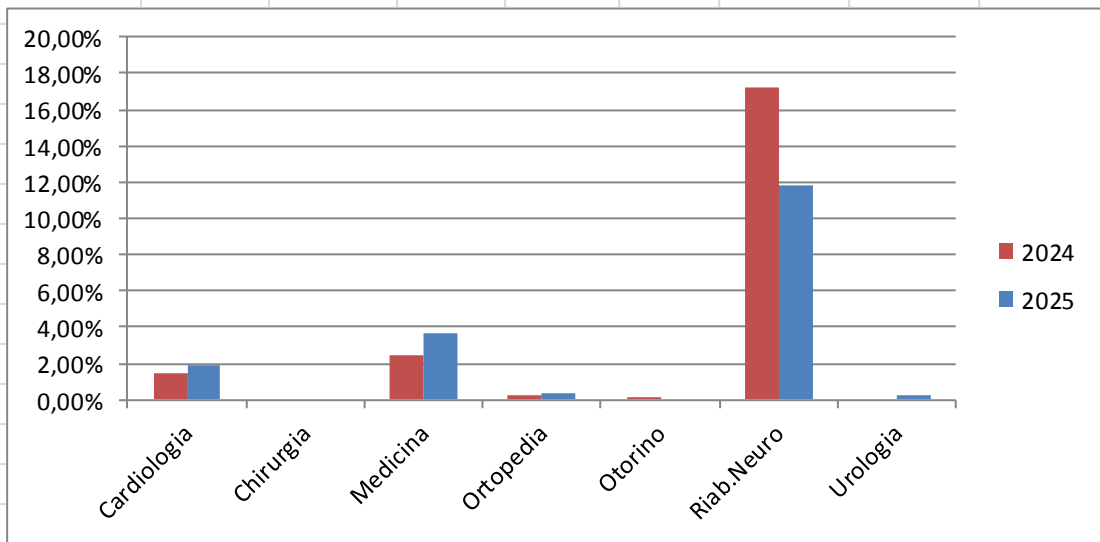
INDICATORE: Incidenza cadute anno con o senza lesioni * U.U.O.O.

U.O.	Ricoveri	T.Cadute	Giorno*	Notte**	Lesioni	S. lesioni	2025	2024
Cardiologia	214	4	4	0	3	1	1,87%	1,44%
Chirurgia	1052	0	0	0	0	0	0,00%	0,00%
Medicina	470	17	15	2	5	12	3,62%	2,48%
Ortopedia	917	3	3	0	2	1	0,33%	0,22%
Otorino	605	0	0	0	0	0	0,00%	0,15%
Riab.Neuro	102	12	12	0	10	2	11,76%	17,20%
Urologia	1240	3	1	2	0	3	0,24%	0,00%
TOTALE	4600	39	35	4	20	19	0,85%	0,99%

Commenti:

* **Giorno** = dalle ore 08:00 alle ore 20:00

** **Notte** = dalle ore 20:00 alle ore 08:00



16. Obiettivi

Vista la caratteristica dei rischi rilevati, si ritiene utile promuovere progetti legati ad aree trasversali, che al contempo rispondano in modo appropriato alle specifiche esigenze della Casa di Cura nella sua globalità, integrando in tal senso i progetti, a valenza aziendale, riconducibili al Miglioramento Continuo della Qualità (PRIMO), alle attività del CCICA e a quanto disposto dalla deliberazione (Regione Lombardia) XI /2672 del 16.12.2019.

AREA MIGLIORAMENTO	OBIETTIVI 2026	ATTIVITA' 2026	RESPONSABILITA'
RISK MANAGEMENT	Corretto utilizzo dei DPI	Adozione procedure e verifica sul campo	Direzione Sanitaria Ufficio Qualità
Pratica Assistenziale	Promuovere "Igiene delle mani – WHO 2010"	Incremento dell'utilizzo della soluzione antisettica per operatori e utenti	Responsabile CIO Infermiera epidemiologa Farmacista Ufficio Qualità
Infezioni nella chirurgia protesica	Riduzione dell'incidenza	Vedi scheda progetto PARM 2026 – Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico	Direzione Sanitaria Ufficio Qualità Responsabili reparti chirurgici Coordinatori reparti chirurgici Servizio di Laboratorio Servizio Farmaceutico

17. Modalità di diffusione del PARM

Il PARM, una volta approvato, viene pubblicato sulla rete intranet aziendale per consentirne la consultazione da parte di tutto il personale.

18. Revisione

Il PARM è revisionato con cadenza annuale.