
	P.A.R.M.	DATA: 23/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Fondazione Conte Dr. Carlo Caracci onlus	

Sommario

1. Struttura HERM	2
2. Aggiornamento normativo	2
3. Analisi Incident report, near miss.....	3
3.1. Analisi aggressioni	4
3.2. Cadute.....	4
3.3 Analisi contenzioni.....	5
3.4 Lesioni	6
3.5 Errori infermieri.....	7
3.6 Errori ASA-OSS.....	7
3.7 Altri Incident report, near miss.....	8
3.8 Analisi Infezioni Ospedaliere	8
4. Stato avanzamento anno 2025.....	8
5. Recepimento raccomandazioni ministeriali	9
6. Valutazione rischio nutrizionale	10
7. Progetti anno 2026.....	10
8. Valutazione del rischio.....	12

	P.A.R.M.	DATA: 23/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Fondazione Conte Dr. Carlo Caracci onlus	

1. Struttura HERM (Healthcare Enterprise Risk Management)

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

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

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

L'organizzazione presente nella nostra organizzazione è composta da:

Risk Manager: Savazzi Alice

Responsabile Sanitario: Lavagetto Giampaolo

Referente Infermiere: Ognean Lenuta

Referente ASA-OSS: Harea Olga

Referente Fisioterapisti: Telaroli Elisabetta

Dietista: Nigrelli Elisa


RSPP: Bocchi Fabio

2. Aggiornamento normativo

Le Linee Guida Regione Lombardia per il Risk Management per l'anno 2025 hanno richiesto approfondimento sui seguenti argomenti:

2. Rischio Infezioni – SEPSI
3. Rischio in ambito territoriale e sociosanitario
5. Rischio nutrizionale
6. Gestione integrata del rischio
7. Gestione delle Crisi e Continuità Operativa
9. Sistema di monitoraggio regionale delle attività di risk management. In particolare è richiesta la prosecuzione ed il consolidamento dei seguenti monitoraggi:
 - a) Raccomandazioni Ministeriali
 - b) Eventi Sentinella: si raccomanda la segnalazione in SIMES degli eventi sentinella compilando correttamente e nei tempi previsti, la scheda A entro 5 giorni e scheda B entro 45 gg. È stato aggiornato l'elenco delle tipologie di eventi da segnalare.
10. Gestione del contenzioso/copertura assicurativa RCT/RCO

Le Linee Guida per l'implementazione del HERM allegate al decreto 60238 del 2023-12-21 richiedono inoltre un approfondimento sulla metodica della valutazione del rischio come sotto schematizzato:

	P.A.R.M.	DATA: 23/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Fondazione Conte Dr. Carlo Caracci onlus	

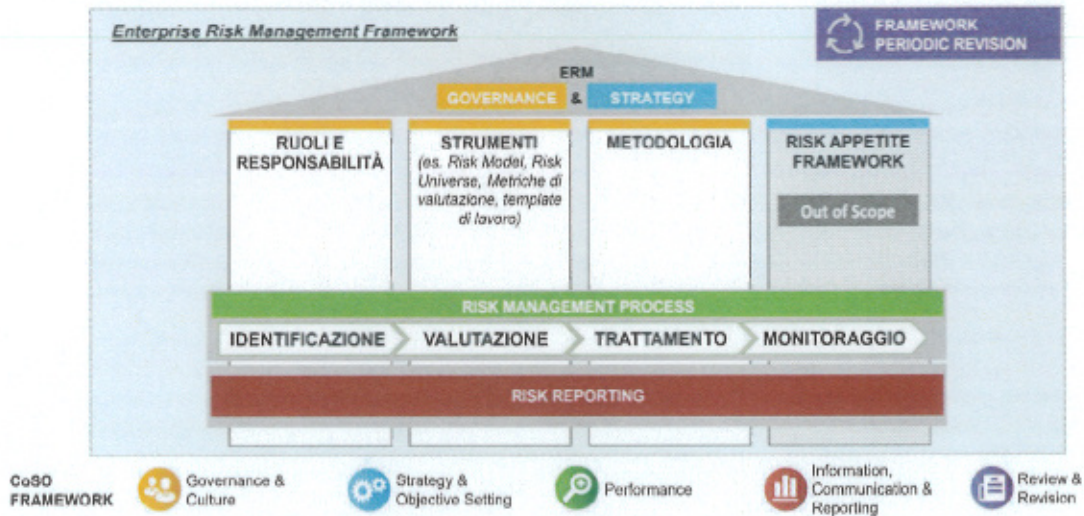


Figura 2 - Framework ERM - insieme delle componenti che costituiscono il Modello HERM di Regione Lombardia

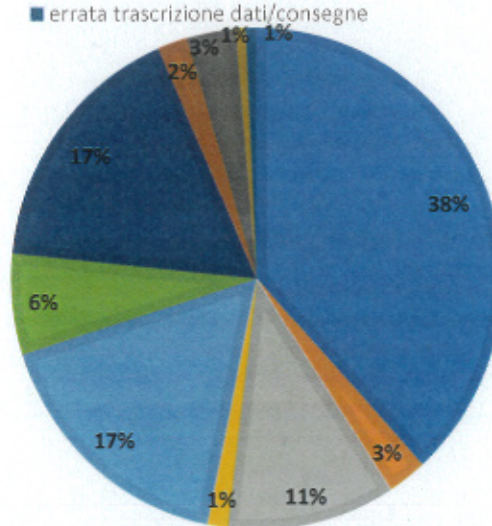
A tal proposito è stato implementato lo strumento al successivo punto 8).

3. Analisi Incident report, near miss

Nel corso del 2025 sono stati registrati i seguenti IR:

INCIDENT REPORTING ANNO 2025

- cadute
- gestione eventi inattesi
- problemi con contenzioni
- incompletezza documentazione sanitaria
- lesioni
- errore infermiere
- errore asa-oss
- errore altri operatori
- errato utilizzo attrezzature/danno materiale
- mancata attuazione piano di lavoro
- errata trascrizione dati/consegne





P.A.R.M.

PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT
ANNO 2025

Fondazione Conte Dr. Carlo Caracci onlus

DATA: 23/01/2026

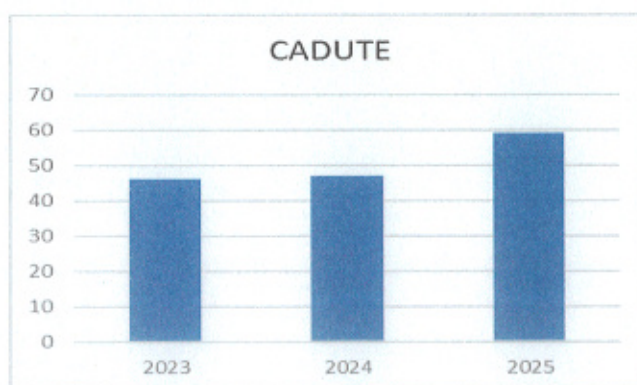
In particolare si segnala:

3.1. Analisi aggressioni

Nessuna aggressione segnalata nel 2025.

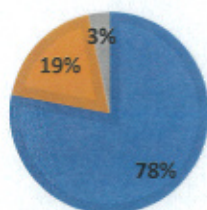
3.2. Cadute

Segnalate 59 cadute. Di seguito l'analisi dei dati:



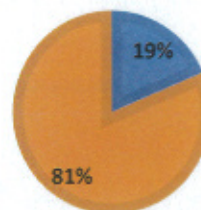
DANNO DA CADUTA

■ Nessun danno ■ Danno medio-lieve ■ Frattura



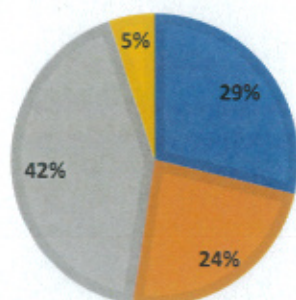
CONTENZIONE

■ Contenzione applicata ■ Contenzione non applicata



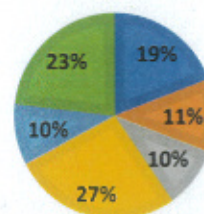
LUOGO CADUTA

■ Bagno ■ Camera ■ Corridoio ■ Esterno-giardino



ORARIO CADUTA

■ Mattino ■ Tardo mattino
■ Primo pomeriggio ■ Pomeriggio
■ Tardo pomeriggio ■ Notte





P.A.R.M.

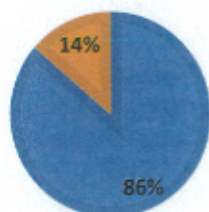
PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT
ANNO 2025

DATA: 23/01/2026

Fondazione Conte Dr. Carlo Caracci onlus

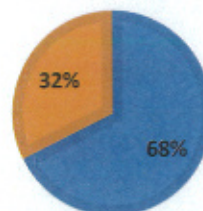
ILLUMINAZIONE

■ Ambiente illuminato ■ Ambiente non illuminato



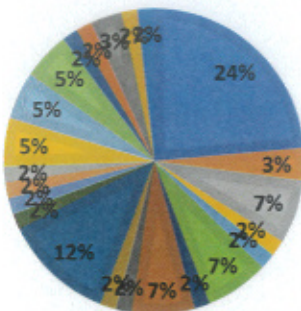
CALZATURE

■ Calzature chiuse ■ Assenza calzature



OSPITI

■ Ospite 1 ■ Ospite 2 ■ Ospite 3 ■ Ospite 4 ■ Ospite 5 ■ Ospite 6 ■ Ospite 7 ■ Ospite 8
■ Ospite 9 ■ Ospite 10 ■ Ospite 11 ■ Ospite 12 ■ Ospite 13 ■ Ospite 14 ■ Ospite 15 ■ Ospite 16
■ Ospite 17 ■ Ospite 18 ■ Ospite 19 ■ Ospite 20 ■ Ospite 21 ■ Ospite 22 ■ Ospite 23

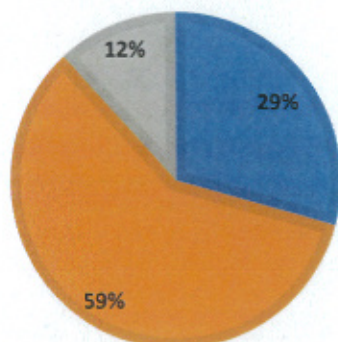


3.3. Analisi contenzioni

Segnalate 17 problematiche inerenti alle contenzioni. Di seguito l'analisi dei dati:

PROBLEMATICHE CON CONTENZIONI

■ Scavalco spondina ■ Rimozione contenzione da parte dell'ospite in carrozzina ■ Errore operatore nell'applicazione





P.A.R.M.
PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT
ANNO 2025

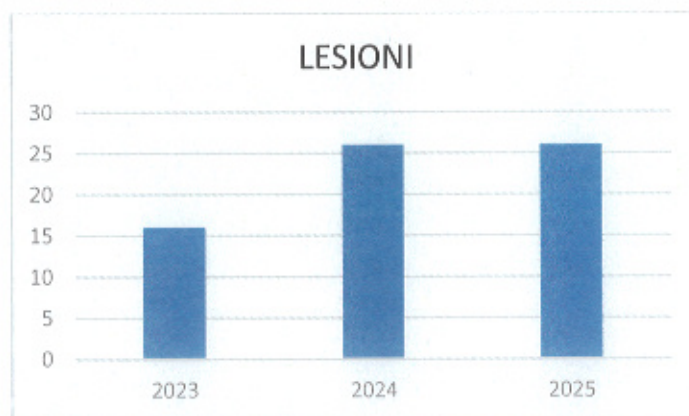
DATA: 23/01/2026

Fondazione Conte Dr. Carlo Caracci onlus

Nel 2026 si svolgeranno incontri con il personale (medici compresi) ed il nuovo Responsabile Sanitario per sensibilizzare e comprendere meglio la normativa inerente le contenzioni, l'importanza di prevedere misure alternative e l'ottenimento del consenso da parte di un soggetto portatore di diritto.

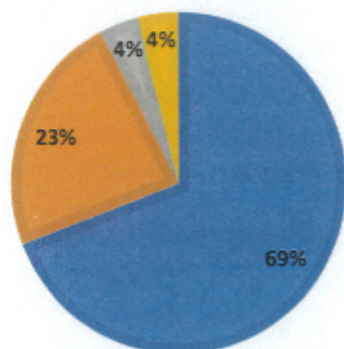
3.4. Lesioni

Segnalate 26 lesioni. Di seguito l'analisi dei dati:



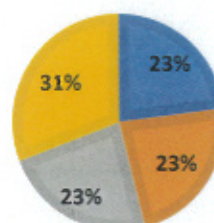
TIPO DI LESIONE

■ Lesione cute ■ Emotoma ■ Ferita ■ Ecchimosi



CAUSE LESIONI

■ Durante manovre assistenziali
■ Urto contro pedalina della carrozzina
■ Causa non nota
■ Causata dall'ospite





P.A.R.M.

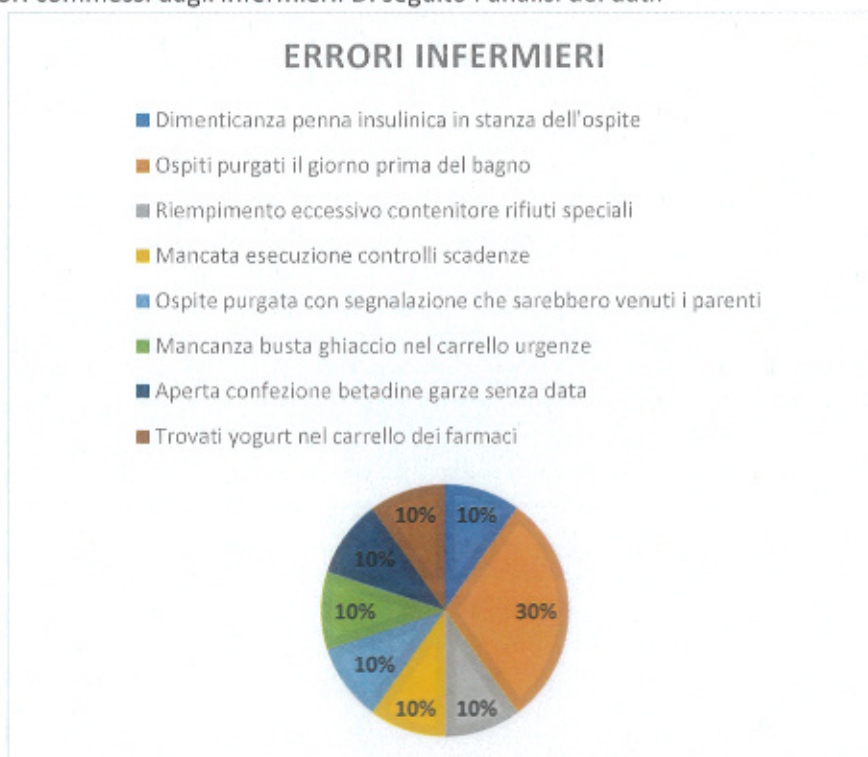
PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT
ANNO 2025

Fondazione Conte Dr. Carlo Caracci onlus

DATA: 23/01/2026

3.5. Errori Infermieri

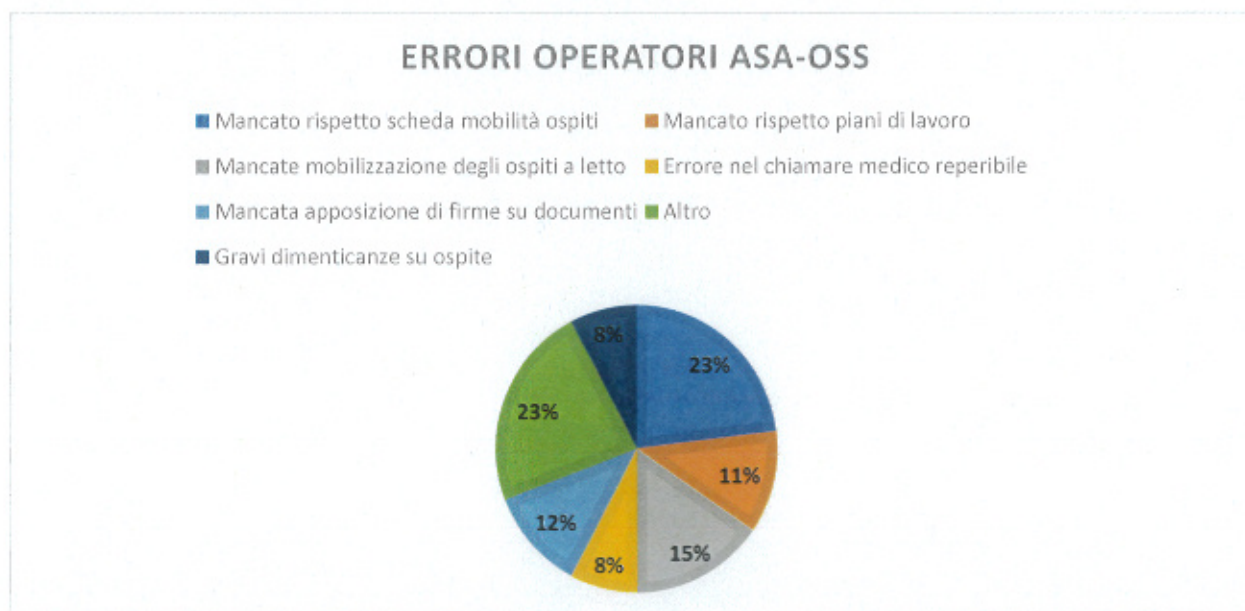
Segnalati 10 errori commessi dagli infermieri. Di seguito l'analisi dei dati:




Nel 2025 sono state eseguite riunioni con il personale infermieristico (con redazione di relativo verbale, condiviso da tutti gli infermieri), dove sono state date soluzioni alle varie problematiche.

3.6. Errori ASA-OSS

Segnalati 26 errori commessi dagli ASA-OSS. Di seguito l'analisi dei dati:



	P.A.R.M.	DATA: 23/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Fondazione Conte Dr. Carlo Caracci onlus	

3.7. Altri Incident report, near miss

Tra gli altri Incident report compilati che meritano di essere segnalati, per importanza e gravità del loro contenuto, ci sono i seguenti:

- un principio di incendio in giardino, dovuto ad un mozzicone di sigaretta non spenta;
- il ritrovamento di accendini in sala da pranzo;
- la mancata compilazione della VMD nei tempi previsti;
- la mancata firma di presa visione e condivisione dei documenti;
- la dimenticanza di disinfettante incustodito in palestra;
- lo strappo accidentale del cavo di un sollevatore;
- il mancato spegnimento della pressa da stiro in guardaroba con rischio incendio e danno materiale;
- la rottura di una protesi dentaria mentre la si puliva;
- il riscontro dell'interruttore dell'allarme ossigeno spento.

3.8. Analisi Infezioni Ospedaliere

Per il 2025 non è stata effettuata l'analisi di prevalenza per carenza di dati. Dal 2026 si inizierà una raccolta dati più accurata.

In ogni caso, possiamo stimare un numero approssimativo di 70 ospiti che nel 2025 hanno contratto infezioni, prevalentemente polmonari e respiratorie, che hanno necessitato di antibiotico.

Nessuna infezione da Covid-19.


4. Stato avanzamento progetto anno 2025

Non è presente alcun stato di avanzamento dei progetti pianificati in quanto la relazione dello scorso anno era strutturata in modo differente.

In ogni caso, si elencano le attività svolte nel 2025:

- incontri quadrimestrali con l'Equipe del Risk Management in cui sono stati analizzati i vari Incident Reporting, cercando di dare soluzioni immediate alle problematiche, con successiva segnalazione al personale delle eventuali decisioni prese o modifiche organizzative attuate;
- la Direttrice Amministrativa ha provveduto, nei casi di segnalazioni più gravi, a procedere con indagini più approfondite, a cui sono seguite richiami verbali e due provvedimenti disciplinari agli operatori coinvolti.


PS. Da febbraio 2023 all'interno della RSA è stato avviato un servizio di deblisteraggio farmaci, che ha ridotto notevolmente i rischi di errore nella somministrazione della terapia.

	P.A.R.M.	DATA: 23/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Fondazione Conte Dr. Carlo Caracci onlus	

5. Recepimento raccomandazioni ministeriali

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

N	Titolo Raccomandazione ministeriale	Applic?	Documento prodotto	Risultati (indicatori)
1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio – KCL - ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	SI	PR. 64	
2	Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	NO		
3	Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	SI	PR. 28	
4	Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	SI	PR. 104	
5	Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0	SI	PR. 10	
6	Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	NO		
7	Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	SI	PR. 28	
8	Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari - DGR n.3672 del 16.12.2024	SI	Allegato E del DVR	
9	Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	SI	PR. 3 andrà implementato	
10	Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	NO		
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	NO		
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	SI	PR. 28 andrà implementato	
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	SI	PR. 11	
14	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	SI	PR. 28 andrà implementato	
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	NO		
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	NO		
17	Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica	SI	PR. 28 andrà implementato	
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	SI	PR. 28 andrà implementato	
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	SI	PR. 28 andrà implementato	

	P.A.R.M.	DATA: 23/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Fondazione Conte Dr. Carlo Caracci onlus	

6. Valutazione rischio nutrizionale

Per il 2025 è difficile effettuare un'analisi del rischio nutrizione per carenza di dati. Dal 2026 si inizierà una raccolta dati più accurata.


In ogni caso, la valutazione dello stato nutrizionale (screening nutrizionale) degli ospiti (così come quello riguardante l'idratazione) viene effettuata settimanalmente applicando quanto riportato nelle Linee guida n. 305 e n. 305bis, dove sono indicate le varie attività che, nel caso di malnutrizione e mancato apporto idrico, i vari operatori devono effettuare.

Inoltre, all'ingresso, ad ogni cambiamento delle condizioni cliniche dell'ospite ed almeno ogni sei mesi viene effettuata la valutazione dello stato nutrizionale e del rischio nutrizionale rispettivamente con le schede M.N.A. e A.N.

7. Progetti anno 2026

OBIETTIVO n. 1	Diminuzione del numero delle cadute			
TIPOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obiettivo di qualità ▪ Obiettivo di salute ▪ Obiettivo legato alle risorse 			
TEMPI	1 anno			
PRIORITA'	Alta			
RISORSE	Operatori di reparto			
RESPONSABILE	Risk Manager			
	Attività	Tempi	Nuova tempistica	Responsabile
PIANIFICAZIONE	Formazione e sensibilizzazione del personale	6 mesi		Risk Manager
	Aumento della sorveglianza agli ospiti maggiormente a rischio caduta	6 mesi		Risk Manager in collaborazione con Equipe RM
VERIFICA	Numero schede caduta	1 anno		Risk Manager
ESITO: Meno di 59 cadute segnalate nel 2026				

OBIETTIVO n. 2	Riduzione numero delle lesioni provocate durante le manovre assistenziali e dovute all'urto delle pedaline della carrozzina			
TIPOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obiettivo di qualità ▪ Obiettivo di salute ▪ Obiettivo legato alle risorse 			
TEMPI	1 anno			
PRIORITA'	Alta			
RISORSE	Operatori di reparto			
RESPONSABILE	Risk Manager			

	P.A.R.M.	DATA: 23/01/2026
	PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT ANNO 2025	
	Fondazione Conte Dr. Carlo Caracci onlus	

	Attività	Tempi	Nuova tempistica	Responsabile
PIANIFICAZIONE	Formazione e sensibilizzazione del personale	6 mesi		Risk Manager in collaborazione con Equipe RM
VERIFICA	Numero segnalazioni IR	1 anno		Risk Manager
ESITO: Meno di 12 lesioni procurate durante le manovre assistenziali e dovute ad urto con pedalina				

OBIETTIVO n. 3	Maggior adesione al rispetto alle schede di mobilità degli ospiti			
TIPOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obiettivo di qualità ▪ Obiettivo di salute ▪ Obiettivo legato alle risorse 			
TEMPI	1 anno			
PRIORITA'	Media			
RISORSE	Operatori di reparto			
RESPONSABILE	Risk Manager			
	Attività	Tempi	Nuova tempistica	Responsabile
PIANIFICAZIONE	Formazione e sensibilizzazione del personale	6 mesi		Risk Manager in collaborazione con Equipe RM
VERIFICA	Numero segnalazioni IR	1 anno		Risk Manager
ESITO: Meno di 6 segnalazioni di mancato rispetto delle schede di mobilità degli ospiti				

OBIETTIVO n. 4	Avere più dati da analizzare nell'anno 2026, soprattutto per quanto riguarda le infezioni ospedaliere ed il rischio nutrizionale			
TIPOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obiettivo di qualità ▪ Obiettivo di salute ▪ Obiettivo legato alle risorse 			
TEMPI	1 anno			
PRIORITA'	Media			
RISORSE	Operatori di reparto			
RESPONSABILE	Risk Manager			
	Attività	Tempi	Nuova tempistica	Responsabile
PIANIFICAZIONE	Formazione e sensibilizzazione del personale	6 mesi		Risk Manager in collaborazione con Equipe RM
VERIFICA	IR e segnalazioni	1 anno		Risk Manager
ESITO: Aumento numero degli IR e segnalazioni, soprattutto per quanto riguarda le infezioni ospedaliere ed il rischio nutrizionale				

8. Valutazione del rischio

anagrafica		analisi		valutazione rischio inerente			valutazione controlli		valutazione rischio residuo			azioni da intraprendere
referente	processo	rischio	causa	impatto	probab	rischio inerente	fattore riduzione impatto	fattore riduzione probabilità	impatto residuo	probabilità residua	rischio residuo	
Risk manager	clinico-sanitario	atto autolesivi	problematiche psico-comportamentali ospite	rilevante (7)	possibile (4)	ALTO (7x4=28)	Valutazione del rischio autolesivo all'ingresso e al cambiamento delle condizioni, supervisione continua dell'ospite, provvedimenti strutturali ed organizzativi (come da PR. 104), valutazione medica del trattamento farmacologico e non, formazione del personale	Valutazione del rischio autolesivo all'ingresso e al cambiamento delle condizioni, supervisione continua dell'ospite, provvedimenti strutturali ed organizzativi (come da PR. 104), valutazione medica del trattamento farmacologico e non, formazione del personale	trascurabile (2)	raro (2)	BASSO (2x2=4)	Continua sensibilizzazione del personale sulle rischio autolesivo ed aumento della supervisione dell'ospite
Risk manager	clinico-sanitario	caduta	fragilità e decadimento fisico e cognitivo ospite	rilevante (7)	possibile (4)	ALTO (7x4=28)	Valutazione continua del rischio caduta, supervisione dell'ospite, eliminazione dei fattori di rischio (come da PR. 11), formazione e sensibilizzazione del personale	Valutazione continua del rischio caduta, supervisione dell'ospite, eliminazione dei fattori di rischio (come da PR. 11), formazione e sensibilizzazione del personale	Rischio inerente - controlli = Trascurabile (2)	Rischio inerente - controlli = Evento improbabile (3)	BASSO (2x3=3)	Continua sensibilizzazione del personale sulle cadute ed aumento della supervisione dell'ospite
Risk manager	organizzativo	incompletezza documentazione sanitaria	mancato rispetto delle procedure aziendali	significativo (5)	possibile (4)	MEDIO-ALTO (5x4=20)	Controlli periodici da parte del Responsabile Sanitario e della Referente delle Infermiere per riscontrare precocemente eventuale documentazione sanitaria incompleta e segnalario al	Controlli periodici da parte del Responsabile Sanitario e della Referente delle Infermiere per riscontrare precocemente eventuale documentazione sanitaria incompleta	Rischio inerente - controlli = Trascurabile (2)	Rischio inerente - controlli = Evento improbabile (3)	BASSO (2x3=3)	Continua sensibilizzazione del personale sull'importanza della completezza della documentazione sanitaria, soprattutto ai fini medico legali

				responsabile dell'attività, formazione e sensibilizzazione del personale	e segnalarlo al responsabile dell'attività, formazione e sensibilizzazione del personale								
Risk manager	clinico-sanitario	errata identificazione paziente	distrazione infermiere	Pianificazione del lavoro delle infermiere in modo tale che interrompano il meno possibile, con altre attività, il momento della somministrazione della terapia, sensibilizzazione degli infermieri all'applicazione delle "7 G" (come da PR. 28), prosecuzione con il debilistering dei farmaci	Pianificazione del lavoro delle infermiere in modo tale che interrompano il meno possibile, con altre attività, il momento della somministrazione della terapia, sensibilizzazione degli infermieri all'applicazione delle "7 G" (come da PR. 28), prosecuzione con il debilistering dei farmaci	MEDIO-ALTO (5x4=20)	possibile (4)	significativo (5)	trascurabile (2)	raro (2)	BASSO (2x2=4)	Proseguimento con il debilistering dei farmaci che permette di rendere il momento della somministrazione dei farmaci più sicuro	
Risk manager	clinico-sanitario	infezione	fattori patogeni	Monitoraggio periodico da parte del Responsabile Sanitario sul numero di infezioni, adozione delle precauzioni di sorveglianza e prevenzione delle infezioni (compreso il corretto igiene delle mani, il corretto utilizzo dei dpi e la prevenzione delle infezioni associate a manovre assistenziali (come da PR.110), predisposizione di eventuali misure aggiuntive nei casi di	Monitoraggio periodico da parte del Responsabile Sanitario sul numero di infezioni, adozione delle precauzioni di sorveglianza e prevenzione delle infezioni (compreso il corretto igiene delle mani, il corretto utilizzo dei dpi e la prevenzione delle infezioni associate a manovre assistenziali (come da PR.110), predisposizione di eventuali misure aggiuntive nei casi di	ALTO (7x4=28)	possibile (4)	rilevante (7)	Rischio inerente - controlli = Trascurabile (2)	Rischio inerente - controlli = Evento improbabile (3)	BASSO (2x3=3)	Continua sensibilizzazione del personale sull'importanza dell'azioni da adottare per prevenire le infezioni correlate all'assistenza	

Risk manager	esterno	carente sicurezza informatica	inadeguatezza strumenti informatici	significativo (5)	possibile (4)	MEDIO-ALTO (5x4=20)	Installazione di sistemi di sicurezza informatica sui computer, server e rete da parte dell'Amministratore di Sistema (AdS), in collaborazione con il manutentore interno, monitoraggio sul corretto funzionamento degli strumenti informatici, segnalazioni precoci in caso di malfunzionamento	Installazione di sistemi di sicurezza informatica sui computer, server e rete da parte dell'Amministratore di Sistema (AdS), in collaborazione con il manutentore interno, monitoraggio sul corretto funzionamento degli strumenti informatici, segnalazioni precoci in caso di malfunzionamento	trascrutable (2)	raro (2)	BASSO (2x2=4)	Proseguimento del monitoraggio da parte dell'AdS, in collaborazione con il manutentore interno, sul corretto funzionamento degli strumenti informatici
Risk manager	finanziario	insufficiente liquidità e credito	errata gestione della liquidità	significativo (5)	possibile (4)	MEDIO-ALTO (5x4=20)	Monitoraggio continuo da parte del Direttore amministrativo, in collaborazione con il Ragioniere interno, delle disponibilità di liquidità	Monitoraggio continuo da parte del Direttore amministrativo, in collaborazione con il Ragioniere interno, delle disponibilità di liquidità	trascrutable (2)	raro (2)	BASSO (2x2=4)	Proseguimento del monitoraggio del Direttore amministrativo, in collaborazione con il Ragioniere, sulle disponibilità di liquidità
Risk manager	strategico	danno reputazionale	conflitti con famigliari o altri frequentatori della Struttura	significativo (5)	possibile (4)	MEDIO-ALTO (5x4=20)	Gestione dei conflitti con coinvolgimento dei famigliari (o altre figure) direttamente nell'ufficio della Direzione, in presenza dei referenti di servizio coinvolti, ascolto attivo delle problematiche riscontrate e ricerca di soluzioni condivise, formazione del personale sulle modalità di gestione dei conflitti	Gestione dei conflitti con coinvolgimento dei famigliari (o altre figure) direttamente nell'ufficio della Direzione, in presenza dei referenti di servizio coinvolti, ascolto attivo delle problematiche riscontrate e ricerca di soluzioni condivise, formazione del personale sulle modalità di gestione dei conflitti	trascrutable (2)	raro (2)	BASSO (2x2=4)	Formazione del personale sulle modalità di gestione dei conflitti
Risk manager	rischio operativo	malfunzionamento o apparecchiatura elettromedicale	inadeguatezza strumentazione	significativo (5)	possibile (4)	MEDIO-ALTO (5x4=20)	Pianificazione delle manutenzioni dell'apparecchiatura	Pianificazione delle manutenzioni dell'apparecchiatura	trascrutable (2)	raro (2)	BASSO (2x2=4)	Sensibilizzazione del personale a segnalare

						<p>elettromedicale da parte del manutentore interno e delle ditte esterne, precoce segnalazione da parte del personale del riscontro di anomalie sulla strumentazione (come da PR. 3)</p>	<p>elettromedicale da parte del manutentore interno e delle ditte esterne, precoce segnalazione da parte del personale del riscontro di anomalie sulla strumentazione (come da PR. 3)</p>	<p>precoce una anomalia riscontrata sulla strumentazione</p>	
Risk manager	operativo	infortunio personale	comportamenti e/o decisioni sbagliate del personale o fattori esterni non dipendenti da loro	significativo (5)	possibile (4)	MEDIO-ALTO (5x4=20)	<p>Valutazione dei rischi per il personale tramite DVR e predisposizione azioni preventive, esecuzione delle attività secondo disposizioni e protocolli aziendali, utilizzo dpi previsti dal DVR ed altra strumentazione messa in uso dalla Fondazione e su cui viene fatta formazione, formare i preposti ed incaricarli di vigilare sull'osservanza delle norme di sicurezza da parte dei lavoratori</p>	<p>trascorabile (2)</p> <p>raro (2)</p> <p>BASSO (2x2=4)</p>	<p>Sensibilizzazione del personale al rispetto delle disposizioni e protocolli aziendali in merito alle norme di sicurezza e di quanto previsto dal DVR</p>
Risk manager	operativo	aggressione personale	persone esterne /famigliari /ospiti	significativo (5)	possibile (4)	MEDIO-ALTO (5x4=20)	<p>Predisposizione nel DVR di apposito allegato che prevede anche una scheda di segnalazione di episodio di violenza sul lavoro, formazione al personale</p>	<p>trascorabile (2)</p> <p>raro (2)</p> <p>BASSO (2x2=4)</p>	<p>Sensibilizzazione del personale in merito alle aggressioni sul posto di lavoro</p>



IL RISK MANAGER

Mica Savazzi