	<b>PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA E LA GESTIONE DEL RISCHIO 2024</b>	<b>Piano Risk- Pag. 1 di 12 Rev.1 del 01/24</b>
	<i>Cerba HealthCare Toscana srl</i>	

**Il Piano definisce le attività atte alla identificazione, prevenzione / controllo dei pericoli e, in un contesto sinergico di Sistema, Clinical Governance, sicurezza, partecipazione consapevole e responsabilità condivisa.**



La fase **PLAN** consiste nell'analizzare il contesto, nell'identificare i pericoli, nell'individuare le priorità di azione, nel valutarli, nel definire e pianificare le attività.


La fase **DO** consiste nel preparare e svolgere le attività / azioni pianificate.

La fase **CHECK** consiste nel verificare i risultati delle attività / azioni intraprese, confrontandoli con gli obiettivi attesi.

La fase **ACT** consiste:  
 nello standardizzare e consolidare nel ciclo produttivo le azioni intraprese, qualora la fase di check sia conclusa con esito positivo  
 nel ripercorre un nuovo ciclo PDCA, se i risultati rilevati nella fase di check non sono soddisfacenti.

**Il personale - a tutti i livelli - diventa interprete della Mission e dei valori dell'Organizzazione: gli attori coinvolti a diversi titoli e livelli devono dunque interagire costantemente.**

**La consapevolezza dell'efficacia e dell'efficienza delle azioni, misurabili ed oggettivabili, mediante la verifica dei risultati, la diffusione di una cultura di gestione per obiettivi, il coordinamento e l'integrazione delle attività ed il monitoraggio costante rappresentano i requisiti minimi, con l'intento di rilevare e risolvere eventuali problematiche e per fare in modo che i comportamenti siano adeguati, condivisi e coerenti a quanto previsto dal Sistema Qualità & Accreditamento. La presa in carico e la risoluzione efficace delle criticità emerse costituiranno pertanto obiettivo finale del Piano e dovranno essere affrontate da specifici gruppi di lavoro.**

	<b>PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA E LA GESTIONE DEL RISCHIO 2024</b>	<b>Piano Risk- Pag. 2 di 12 Rev.1 del 01/24</b>
	<i>Cerba HealthCare Toscana srl</i>	

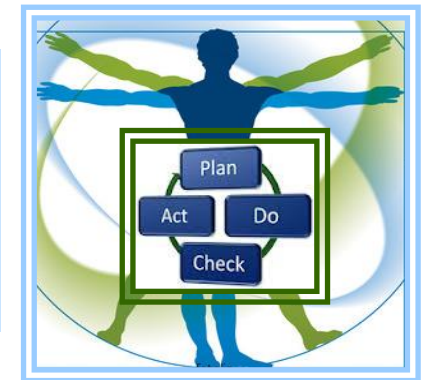
## Premessa

L'importanza attribuita al presente Piano è motivata dalla storia, dalla Politica e dai valori dei Laboratori *Cerba Healthcare Toscana srl* e dal fondamentale ruolo svolto dal Sistema sia nel processo di Accreditamento Istituzionale quale strumento fondamentale di programmazione per la realizzazione degli obiettivi della Committenza / SSR, sia nell'iter di certificazione UNI EN ISO 9001:2015 per il Miglioramento Continuo della Qualità.

L'idea di Qualità che si intende continuare a perseguire, coincide con la ricerca di percorsi di sviluppo e innovazione globale dell'intero sistema. La sfida è rappresentata dalla capacità di anticipare i processi evolutivi e non di inseguirli; l'idea guida è quella di spostare l'ottica del lavoro quotidiano dal "fare" fine a se stesso - alla pianificazione, che presuppone **un disegno, delle scelte, delle priorità, la capacità di agire e comportamenti condivisi**.

### L'essenza della Qualità è:


- ◆ ricercare la cultura ed una sempre maggiore consapevolezza della Qualità
- ◆ porre il Cliente – Paziente al centro del Sistema
- ◆ promuovere la capacità di gestione e di orientamento nei comportamenti
- ◆ favorire un'effettiva multidisciplinarietà ed una integrazione "partecipata"
- ◆ rafforzare la capacità di valutare e misurare i propri risultati
- ◆ dare maggiore spazio - quale elemento centrale - agli strumenti di programmazione, per poter rispondere adeguatamente alle necessità di integrazione
- ◆ valorizzare l'approccio sistemico senza distinzione di ruolo, funzione, attività e livello organizzativo



**I presupposti della Qualità** - coerenti con la visione unitaria della Direzione - proiettati ai risultati e al raggiungimento dei fini connessi con il proprio mandato, sono essenzialmente:

- ◆ una Mission ed una Vision strategica coerente e condivisa
- ◆ un approccio organizzativo centrato sui processi di lavoro e sui risultati
- ◆ la diffusione di strumenti e metodi di lavoro che favoriscano l'apprendimento organizzativo, l'empowerment, la responsabilizzazione
- ◆ la proiezione operativa verso logiche di miglioramento continuo, attraverso l'adozione di modalità di soluzione dei problemi
- ◆ le coerenze organizzative (di gestione, di decisioni, di verifica dei risultati) come espressione della Direzione aziendale.

Questo si è sostanziato nella ricerca del miglioramento costante degli strumenti metodologici ed operativi, attraverso cui **raggiungere, simultaneamente, obiettivi di efficienza, efficacia, appropriatezza, sicurezza ed equità, nonché l'empowerment** – ovvero il potenziamento sia del ruolo dei pazienti (comprendendo i suoi bisogni, rispettando i suoi valori e supportandolo nella scelta attiva e partecipe del proprio percorso di cura), sia degli operatori (a cui viene consapevolmente chiesto di partecipare in maniera attiva alla produzione ed erogazione di servizi e prestazioni, valorizzando competenze e professionalità e promuovendo il lavoro di squadra).

	<b>PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA E LA GESTIONE DEL RISCHIO 2024</b>	<b>Piano Risk- Pag. 3 di 12 Rev.1 del 01/24</b>
	<i>Cerba HealthCare Toscana srl</i>	

## Implementazione del Piano Programma per la sicurezza e la gestione del rischio

Il Piano, elaborato dalla Direzione Tecnica in collaborazione con RQ ed in condivisione con le diverse funzioni interessate, definisce ed individua gli aspetti di rischio collegati ai diversi comparti di attività secondo le direttive ISPES **con particolare riguardo alle analisi dei potenziali eventi avversi**.

Rappresenta quindi il punto di riferimento per lo sviluppo di obiettivi, progetti ed azioni sul tema del Risk management da realizzare a livello aziendale e rendere noti a tutti i professionisti / operatori:

Attraverso il Piano, **la Direzione si propone di creare il contesto volto a sviluppare in modo concreto le condizioni proattive alla conoscenza ed alla prevenzione dei pericoli** riconducendo a sistema le iniziative ed i piani di azione, così come lo sviluppo di nuove attività. Inoltre, promuove l'utilizzo, in tutte le articolazioni organizzativo-funzionali aziendali, di strumenti metodologici ed operativi e di indicatori di monitoraggio ritenuti efficienti, efficaci ed appropriati per la gestione, la sorveglianza ed il monitoraggio dei pericoli.

## Analisi del Contesto

**L'integrazione del Sistema Qualità aziendale con Risk Management** portano ad un'analisi puntuale del contesto aziendale (individuando sia le criticità presenti, ma anche le attività prioritarie) e, dopo un'attenta valutazione e riflessione, ad intraprendere ed attuare le opportune azioni.

In particolare, sarà posta una particolare attenzione alla **rilevazione delle criticità da porre sotto controllo, che costituiranno pertanto le priorità** da affrontare, al fine di rendere il Piano strumento mirato ed efficace per migliorare la gestione dell'intero processo assistenziale e l'azione gestionale e organizzativa.


In aggiunta, il Piano non prevede solo quelle attività divenute oramai consolidate nell'ambito dell'Organizzazione: si è infatti considerato opportuno **valorizzare interventi di miglioramento che risultassero innovativi. Il metodo applicato è l'audit clinico.**

## Metodologie e Strumenti del Sistema Qualità & Accredimento

La principale metodologia su cui il Piano persegue l'obiettivo, è il **PDCA (Plan-Do-Check-Act)**, la cui attuazione prevede lo svolgimento del percorso ciclico rappresentato in Figura (vedi pag. 1). È una metodologia di validità universale, che consente di affrontare in maniera rigorosa e sistematica qualsiasi problema. Tale metodologia valorizza la prassi operativa, ovvero attività / azioni la cui evidenza sia basata su dati e fatti, anziché su opinioni o sensazioni.

**Le azioni pianificate sono pertanto orientate** - da un lato, allo sviluppo (**PLAN**) ed all'implementazione (**DO**) di strumenti operativi (procedure/protocolli relativi ai percorsi paziente, modulistica di registrazione e altri documenti) finalizzati a applicare alla realtà aziendale azioni volte a migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza fornita - dall'altro, alla verifica (**CHECK**) dell'applicabilità, al suo miglioramento ed al monitoraggio e consolidamento (**ACT**) delle buone pratiche adottate. Nello specifico, la corretta strutturazione del Piano rappresenta una buona garanzia per la riuscita dello stesso.

Ove utile, sono stati e/o saranno identificati in corso d'opera anche i possibili rischi di insuccesso e le criticità prevedibili. In tal modo, potranno essere attivate a priori le operazioni correttive da intraprendere in caso di "emergenza", per ridurre al minimo i rischi di esito negativo.


	<b>PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA E LA GESTIONE DEL RISCHIO 2024</b>	<b>Piano Risk- Pag. 4 di 12 Rev.1 del 01/24</b>
	<i>Cerba HealthCare Toscana srl</i>	

Il raggiungimento degli obiettivi – attività / azioni elaborati e pianificati, può essere realizzato solo se vi sono **persone motivate e competenti**. L'intento è quello di fare acquisire una crescente consapevolezza a tutti i professionisti ed operatori nella applicazione degli strumenti di sistema, indispensabili per corrispondere nella maniera più appropriata alla sicurezza della persona assistita e degli stessi professionisti ed operatori - ma anche **miglioramenti significativi in termini di sviluppo organizzativo e rinnovamento culturale**.

All'interno di uno scenario di miglioramento complessivo della Qualità, **"verificare" è un compito fondamentale per il costante miglioramento delle performance ed il raggiungimento degli obiettivi**, oltre a costituire un'opportunità ed una risorsa per diffondere la conoscenza delle azioni intraprese mediante il coinvolgimento dei diversi interlocutori. E' quindi imprescindibile **implementare le attività di verifica**, in modo da offrire un resoconto sia dei punti di forza che delle criticità, nonché dell'emergere di nuove esigenze in un Sistema di massime sinergie possibili verso il miglioramento continuo.

Nell'affrontare la pianificazione delle verifiche si è voluto strutturare il "Piano", condiviso in modo partecipato da tutte le funzioni responsabili coinvolte, come un vero e proprio processo da implementare in funzione dei risultati da raggiungere, per tradurlo in uno **strumento di verifica dell'intera filiera delle attività gestionali, organizzative e clinico-assistenziali**, tenuto conto che le attività di verifica costituiscono un contributo essenziale per procedere costantemente alla creazione di ulteriore valore e sono decisive per migliorare con continuità.

L'attività di verifica, in tal senso, ha come proprio fine **il coinvolgimento, la responsabilizzazione del personale e la promozione di una sua crescita professionale** coerente con gli obiettivi strategici e deve dare significato e contenuto all'attività ordinaria e ai cambiamenti che l'Organizzazione deve compiere al suo interno, secondo **un disegno organico e razionale ed in linea con indirizzi e priorità indicati dalla Direzione**, con particolare riferimento a quelli scaturiti dalle priorità indicate a livello Regionale.

	<b>PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA E LA GESTIONE DEL RISCHIO 2024</b>	<b>Piano Risk- Pag. 5 di 12 Rev.1 del 01/24</b>
	<i>Cerba HealthCare Toscana srl</i>	

## Struttura del Piano

Il Piano riporta:

- ☑ **Il riconoscimento dei fattori di rischio nei vari comparti (REF. DVR 2024)**
- ☑ **Gli elementi trasversali alle varie aree/comparti**
- ☑ **Il danno atteso/eventuale**
- ☑ **Responsabili interessati**
- ☑ **le risorse impegnate ( Ref. Singolo piano progetto)**
- ☑ **gli interventi adottati**
- ☑ **gli standard / indicatori di risultato**
- ☑ **i risultati raggiunti**
- ☑ **quali evidenze e/o documenti finali devono essere prodotti**
- ☑ **eventuali note / osservazioni**


## Comunicazione interna

Come fattore strategico di sviluppo, gli obiettivi del Piano della Qualità non possono non tenere conto del **processo di comunicazione interna** e sono rappresentati da elementi capaci di coinvolgere e valorizzare tutte le professionalità mediante un'adeguata motivazione e la consapevolezza del proprio ruolo all'interno dell'Organizzazione, riservando alle stesse particolare attenzione. Solo attraverso **interventi multifattoriali e organizzativi condivisi dalle risorse umane**, mediante utilizzo di **flussi di informazione/comunicazione efficaci**, tesi alla condivisione dei contenuti del Piano, può realizzarsi una assistenza sanitaria sicura, in linea con le attese del cittadino e degli stessi professionisti ed operatori.

## Gestione delle Interfacce

La attuazione del Piano avviene **in maniera coordinata ed integrata tra la Direzione Tecnica e le diverse funzioni interessate.**

→ Direzione Sanitaria /Direzione tecnica	→ RManager	→ Resp.Sicurezza	→ Coord. Laboratorio, Poliambulatorio e RQ
---	------------	------------------	---

	<b>PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA E LA GESTIONE DEL RISCHIO 2024</b>	<b>Piano Risk- Pag. 6 di 12 Rev.1 del 01/24</b>
	<i>Cerba HealthCare Toscana srl</i>	

## Attività di Monitoraggio del Piano

Il monitoraggio della realizzazione delle attività / azioni programmate sarà effettuato durante il riesame con cadenza annuale. Esso consisterà in: **analisi e verifica dello stato di avanzamento e dei risultati finali delle attività**, e sarà effettuato nel corso degli incontri periodici con la Direzione Tecnica - Sanitaria e le diverse funzioni Responsabili.

## Aggiornamento e Diffusione del Piano


In linea al Piano Annuale delle Attività, **l'aggiornamento del presente Piano con i rispettivi programmi, obiettivi e azioni, viene effettuato su base annuale** - in relazione all'andamento degli obiettivi, ai risultati ed alle attività di valutazione volte a verificarne i punti di debolezza e valorizzarne i punti di forza – fatto salvo eventuali priorità o necessità emergenti.

Poiché la definizione e sviluppo del Piano si muove in un contesto in divenire, per meglio calibrare e pianificare le azioni successive, lo strumento assume, in tal modo, **una dimensione flessibile, in grado di consentire eventuali integrazioni e/o variazioni in corso d'opera** e quindi capace di accogliere novità e/o priorità che si possono delineare nel corso dell'anno.

La **diffusione del Piano viene garantita da RQ**, attraverso la pubblicazione del documento - condiviso dalle diverse funzioni interessate che hanno partecipato alla sua stesura ed approvato dalla Direzione - sul sito intranet, per renderlo disponibile a tutto il personale. Le attività potranno così essere riferite agli indirizzi che vi sono espressi, per far sì che vengano rispettati ed attuati gli impegni formulati.

Perché il Piano sia efficace e possa dare i risultati sperati, è necessario che si realizzi sempre e comunque un **feed back**.  
L'analisi del contenuto di ritorno, sia esso positivo o negativo, **diventa momento di crescita, affinamento o modifica delle strategie**.

Obiettivi del Piano: Sicurezza di operatori, pazienti e ambiente															
Attività / Piani di Azione	Responsabili	Risorse impiegate	Standard / Indicatore risultato	2023	2024									Documenti Strumenti Evidenze	Note
1. Analisi del DVR e remissione annuale	RSPD	Previste esclusivamente risorse interne (Risorse Umane e Tecnologiche)	1. Approvazione, condivisione e diffusione del DVR	X	X									DVR 2024  Relazione Legionella  Relazione Radon  Nuova emissione doc Risk Management	
2. Verifica ambientale Legionella	HS		2. Nessuna criticità	X	X										
3. Verifica ambientale Radon	HS		3. Nessuna criticità	X	X										
4. Sostituzione degli aghi da prelievo con i safety lock	DIREZIONE DEI PRESIDI		4. Presenza di aghi safety lock in tutti i presidi	X											
5. Nomina del Risk Manager	Legale Rappresentante					X									
6. Aggiornamento del documento di Risk Management	Risk Manager					X									
7. Safety Walk						X									

	<b>PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA E LA GESTIONE DEL RISCHIO 2024</b>	<b>Piano Risk- Pag. 8 di 12 Rev.1 del 01/24</b>
	<i>Cerba HealthCare Toscana srl</i>	


<u>Area di Rischio</u>	<u>PROCESSO</u>	<u>SOTTOPROCESSO</u>	<u>PERICOLI</u>	<u>LIVELLO RISCHIO 2023</u>	<u>MISURE DI PREVENZIONE</u>	<u>RESP.</u>	<u>TEMPI ATTUAZIONE</u>	<u>Risultati 2023</u>	<u>LIVELLO RISCHIO 2024</u>
<b>AMMINISTRAZIONE</b>									
	Gestione delle casse ticket Registrazione riscossione ticket	Registrazione pagamento riscossione ticket	Rischio di appropriazione indebita delle somme versate dagli utenti Errore nella gestione dei resti	<b>2</b>	Controllo bi giornaliero della cassa	Resp. Amministrativo	In vigore	Bilancio N.C.	<b>1</b>
	Selezione fornitori	Approvvigionamento di materiali	Conflitto di interesse o prodotti privi dei necessari requisiti	<b>1</b>	Elenco fornitori qualificati scelti in coordinamento con la direzione tecnica	Legale rappresentante	In vigore	Fornitori in SAP	<b>1</b>
<b>FORMAZIONE</b>	Acquisizione e mantenimento competenze	Corsi formazione interni Corsi acquisizione ECM	Mancata condivisione procedure e contenuti Non raggiungimento ECM	<b>2</b>	Piano di formazione	RQ	In vigore	Mantenimento	<b>2</b>
<b>ACCETTAZIONE PAZIENTI</b>									
	ACCETT. RICHIESTA  Definizione richieste ed esigenze Gestione privacy	<i>Ricezione Identificazione Approvazione Trascrizione Assegnazione Codice E Barcode Firma Consenso Informato Consegna Modulo Di Ritiro</i>	Errata Lettura Richiesta Errata Trascrizione Esame Errata Data Di Consegna Mancato Consenso Informato Mancata Gestione Privacy	<b>3</b>	Ricontrollo documentale alla fine delle accettazioni	Ref. Segreteria	In vigore	n.c.	<b>2</b>
	Identificazione e Rintracciabilità	Registrazione paziente	Errata etichettatura	<b>3</b>	Divieto di ri etichettatura In presenza di più campioni da etichettare operare in 2	Direzione Laboratorio	In vigore	Gestione corretta	<b>2</b>



<u>Area di Rischio</u>	<u>PROCESSO</u>	<u>SOTTOPROCESSO</u>	<u>PERICOLI</u>	<u>LIVELLO RISCHIO 2023</u>	<u>MISURE DI PREVENZIONE</u>	<u>RESP.</u>	<u>TEMPI ATTUAZIONE</u>	<u>Risultati 2023</u>	<u>LIVELLO RISCHIO 2024</u>
<b>RITIRO CAMPIONE</b>	Trasporto	Ritiro materiale  Consegna materiale	Non corretta tempistica di ritiro/consegna Mancata consegna	<b>2</b>	Trasporto contrattualizzato Utilizzo dei presidi di trasporto obbligatori. Verifica dei ritiri mediante apposizione firma sul modulo	Ref. Segreteria	In vigore	Gestione corretta	<b>2</b>
<b>PRELIEVO</b>	Prelievo venoso  Prelievo microbiologico	LETTURA ELENCO ESAMI RICHIESTA INFORMAZIONI E FIRMA SCELTA PROVETTE ETICHETTATURA PROVETTE ESECUZIONE PRELIEVO LICENZ. PAZIENTE	ERRORE NELLA SCELTA PROVETTE  IMPOSSIBILITA' AD ESEGUIRE IL PRELIEVO  ROTTURA PROVETTE CAM.COAGULATO	<b>3</b>	Competenza degli operatori	Resp. Prelievi	In vigore	N.C.	
<b>LABORATORIO</b>	Fase preanalitica	Raccolta/trasporto/conservazione	Errata conservazione campione	<b>3</b>	Competenze operatori	Direzione tecnica	In vigore	N.C. Gestione corretta (riduzione delle non conformità nell'ambito )	
	Fase analitica		Guasto sistema diagnostico • Interferenza analitica • Procedura non rispettata • Campione non idoneo  Mancata rilevazione di errori nel controllo di qualità	<b>3</b>	Formazione operatori  Manutenzione strumentazione  Controllo di qualità VEQ	Direzione tecnica Personale laureato e tecnico	In vigore	N.C. Gestione corretta (aumento dell'esperienza degli Operatori nell'uso degli strumenti Maggiore conoscenza e Interpretazione delle criticità Nella routine lavorativa)	

<b>Area di Rischio</b>	<b>PROCESSO</b>	<b>SOTTOPROCESSO</b>	<b>PERICOLI</b>	<b>LIVELLO RISCHIO 2023</b>	<b>MISURE DI PREVENZIONE</b>	<b>RESP.</b>	<b>TEMPI ATTUAZIONE</b>	<b>Risultati 2023</b>	<b>LIVELLO RISCHIO 2024</b>
	Refertazione		Trascrizione dato Dato non confermato Ritardo di refertazione	4	Trasmissione automatica dati Validazione automatica Controllo di segreteria	Direzione tecnica	In vigore Entro Gennaio 2023	N.C. Gestione corretta  Trasmissione automatizzata del dato Dagli strumenti al gestionale	3
	Controllo di qualità	CQI VEQ	Valori fuori range	2	Regole di accettazione dato	RGQ e Direzione	In vigore	Conforme alle attese	2
<b>AMBIENTE</b>	Smaltimento rifiuti		Non corretto smaltimento	2	Procedura consolidata	Legale rappresentante	In vigore	Nessuna segnalazione	
	Pulizie e sanificazione		Ambienti non puliti secondo la procedura	3	Contratto di manutenzione, dipendente pulizie, istruzioni operative	Legale rappresentante Direzione sanitaria	In vigore	Gestione corretta	
	Gestione Condizioni ambientali	Condizionamento e riscaldamento	Ambienti non conformi allo standard di accreditamento	2	Contratti di manutenzione	Legale rappresentante Direzione sanitaria	In vigore	Gestione corretta	
	Gestione Condizioni ambientali	Condizionamento e riscaldamento	Ambienti non conformi allo standard di accreditamento	2	Contratti di manutenzione				
	Servizi di logistica	Trasporto campioni e movimentazione materiali Approvvigionamento materiali	Modalità di Trasporto non idonee di campioni Movimentazione carichi senza rispetto delle regole di sicurezza Mancanza del materiale necessario alle attività	4	Contratto di trasporto Gestione informatizzata Procedura trasporto				

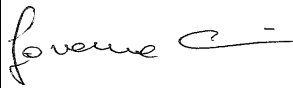
<u>Area di Rischio</u>	<u>PROCESSO</u>	<u>SOTTOPROCESSO</u>	<u>PERICOLI</u>	<u>LIVELLO RISCHIO 2023</u>	<u>MISURE DI PREVENZIONE</u>	<u>RESP.</u>	<u>TEMPI ATTUAZIONE</u>	<u>Risultati 2023</u>	<u>LIVELLO RISCHIO 2024</u>
<b>SICUREZZA OPERATORI</b>	Tutte le attività		Rischio biologico Rischio chimico Rischio aggressioni Rischio burn out Rischio Legionella Rischio Radon	<b>4</b>	DVR  Medico competente  DPI				
<b>SICUREZZA PAZIENTI</b>	Tutte le attività	Prelievo Movimenti in struttura	Crisi vagale Lipotimia Caduta	<b>4</b>	Inquadrare il paziente nel suo comportamento Farlo alzare lentamente ed attendere qualche minuto seduto				
<b>COMUNICAZIONE</b>	Comunicazione esterna ed interna	Passaggio di informazioni	Mancata esecuzione del servizio richiesto Errata comprensione da parte del paziente per tipo di prestazione/costo/tempo di refertazione	<b>4</b>	Incontri periodici				
	Gestione della privacy		Mancato rispetto delle normative in tema di privacy	<b>3</b>	Formazione specifica				
	Eventi avversi	Gestione e comunicazione	Mancata gestione	<b>2</b>	Audit periodici				
<b>REPORT ANALISI RISCHI OPPORTUNITA</b>	corretta identificazione dei collegamenti funzionali tra le figure regionali e quelle corporate.	individuazione dei referenti	Perdita forza contrattuale per errata identificazione delle parti interessate	<b>1</b>	Strutturazione di procedure specifiche condivise con l'area corporate				
	Sterilizzazione		Non corretta procedura Mancata tracciabilità sterilizzazione ferri utilizzati	<b>6</b>	Procedura consolidata Contratto di service	Direzione sanitaria	In vigore	Registro sterilizzazione	<b>4</b>

	<b>PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA E LA GESTIONE DEL RISCHIO 2024</b>	<b>Piano Risk- Pag. 12 di 12 Rev.1 del 01/24</b>
	<i>Cerba HealthCare Toscana srl</i>	

<u>Area di Rischio</u>	<u>PROCESSO</u>	<u>SOTTOPROCESSO</u>	<u>PERICOLI</u>	<u>LIVELLO RISCHIO 2023</u>	<u>MISURE DI PREVENZIONE</u>	<u>RESP.</u>	<u>TEMPI ATTUAZIONE</u>	<u>Risultati 2023</u>	<u>LIVELLO RISCHIO 2024</u>
<b>POLIAMBULATORIO</b>	Prenotazione	Gestione agende	Errata prenotazione	<b>2</b>	Utilizzo di gestionale ad hoc	Ref. ambulatori	In vigore	N.C	<b>2</b>
	Visita		Assenza del medico Mancanza dei presidi	<b>2</b>	Sistema invio memo al medico Controllo giornaliero degli ambulatori	Medici specialisti	In vigore	Mensile	<b>1</b>
	Somministrazione farmaco		Evento avverso	<b>3</b>	Anamnesi paziente	Medici specialisti	In vigore	Annuale	<b>1</b>

Legenda: Grado di rischio 1 - 6 (1 non significativo - 6 alto rischio)

I rischi indicati possono essere individuati attraverso: segnalazioni, audit, incident reporting, eventi sentinella, segnalazioni degli utenti per la gestione del rischio, sistema di sorveglianza, sinistri, dispositivo vigilanza, cadute, atti di violenza contro gli operatori.

PREPARATO DA:  RQ	REVISIONE N°1 DATA: 01/24
--	------------------------------