

**Risk Management**

Prot. n. 611 del 10.04.2026

**Relazione inerente la gestione del rischio clinico e i risarcimenti erogati negli ultimi cinque anni  
(Legge 8 marzo 2017 n° 24)  
anno 2025**

Fondazione CNAO, in linea con i requisiti richiesti dal Ministero della Salute e dalla Regione Lombardia, in tema di governo clinico, qualità dei servizi sanitari e sicurezza dei pazienti, nonché in aderenza agli standard di certificazione d'eccellenza dei processi clinico-assistenziali (*Joint Commission International*), dal 2017 si occupa di gestione del rischio clinico mediante un servizio di *Risk Management* in *staff* alla Direzione Generale.

**Cosa vuol dire gestire il rischio clinico?**

Significa ridurre le probabilità che un paziente possa incorrere, durante le prestazioni sanitarie, in eventi in grado di determinare un danno dal punto di vista clinico.

**Come avviene la gestione del rischio clinico?**

Mediante l'utilizzo di diversi strumenti e metodologie: sistemi di segnalazione (*Incident reporting*, Farmacovigilanza, Reclami), audit, simulazioni, analisi proattive e reattive.

Particolare importanza rivestono l'informazione e la formazione interna che avvengono mediante:

- strutturazione di report periodici condivisi sia a livello di *management* (riunioni periodiche con le Direzioni), sia con le diverse unità del Dipartimento Clinico;
- formazione dei professionisti sanitari e non sanitari, anche attraverso simulazioni e role playing, sia sulla gestione ordinaria delle attività, sia in merito a situazioni fuori dal nominale (es. emergenze cliniche e infettive, malfunzionamenti degli applicativi clinici).

**Quali sono state concretamente le aree sulle quali si è lavorato nel corso del 2025 ai fini della gestione del rischio clinico?**

L'attività ordinaria di Risk Management è stata focalizzata nel 2025 sui seguenti aspetti.

**a) Monitoraggio del rischio infettivo**

Nel corso del 2025 non sono state segnalate infezioni potenzialmente correlate all'assistenza.

In generale, il monitoraggio del rischio infettivo si esplica attraverso il programma di prevenzione e controllo delle infezioni, che fa capo al Comitato Infezioni Ospedaliere, di cui il Risk Manager fa parte. Tra le attività principali previste dal programma ed effettuate nel 2025 si annoverano:

- intensificazione dell'attività di auditing, che ha permesso di identificare nuove opportunità di miglioramento nell'assistenza sanitaria;
- produzione di materiale informativo e formativo di vario genere (raccomandazioni, vademecum, brochure, video-pillole) destinato a pazienti, caregivers e personale su temi quali la corretta gestione della terapia antibiotica, l'importanza dell'igiene mani e dell'igiene respiratoria;
- monitoraggio dell'adeguatezza della pulizia delle superfici, attraverso sessioni di campionamenti nelle aree cliniche di due tipologie: quantitativi a bioluminescenza e qualitativi mediante tamponi ambientali

per la conta microbiologica; è stata indagata la presenza di *Pseudomonas aeruginosa*, *Stafilococchi coagulasi* positivi (*Staphylococcus aureus* e altre specie), *Escherichia coli beta glucoronidasi* positiva, lieviti e muffe; in riferimento agli esiti ottenuti, essi risultano sufficienti rispetto alle linee guida ANMDO (La sanificazione degli ambienti sanitari: standard tecnici, monitoraggio e gestione del rischio, G. Finzi, C. Sideli, L. Lanzoni, K.A. Kob, P. Anello, ed. 2023 pag.116, ambienti a medio rischio) per quel che riguarda i microorganismi indagati;

- monitoraggio delle interferenze con le attività di cantiere legate all'espansione del Centro;
- revisione del programma di preparazione e risposta alla diffusione di patologie infettive con potenziale epidemico.

*b) Monitoraggio del rischio clinico*

Nel corso dell'anno 2025 non sono stati segnalati eventi sentinella. La partecipazione attiva del personale attraverso il sistema di segnalazione interno si è confermata preziosa ai fini dell'identificazione di nuove opportunità di miglioramento dei processi di assistenza. A seguito delle segnalazioni, in base alla natura dell'evento, si è proceduto ad analisi, tramite i seguenti strumenti:

- Protocollo di Londra, in caso di non necessità di attivare un'analisi intensiva;
- *audit* clinico;
- analisi intensiva (tramite *Root Case Analysis* o *Signifiant Event Audit*) e, sulla scorta delle criticità emerse, sono state proposte azioni di miglioramento riferite ad interventi di carattere prevalentemente organizzativo e tecnologico.

Tra i processi che hanno subito azioni di miglioramento si riportano:

- il flusso di verifiche preliminari all'erogazione del trattamento radiante;
- il passaggio di consegna delle informazioni rilevanti sulla gestione della pianificazione del trattamento radiante tra le diverse Unità del Dipartimento Clinico;
- la gestione della documentazione clinica, attraverso l'avvio dell'utilizzo del nuovo applicativo di cartella elettronica e l'individuazione delle strategie di continuità operativa in caso di malfunzionamento;
- la formazione dei consulenti esterni.

*c) Monitoraggio della qualità della compilazione dei documenti clinici.*

*d) Monitoraggio dell'aderenza alle Raccomandazioni Ministeriali applicabili a CNAO.*

*e) Strategie di garanzia di continuità delle cure*

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 4 della Legge 8 marzo 2017 n. 24, si comunica che nell'ultimo quinquennio non sono stati registrati e liquidati sinistri.

Risk Manager  
Alexandra Ferent  
