RELAZIONE ANNUALE RISK MANAGEMENT

ANNO 2022

A CURA DEL

COMITATO RISK MANAGEMENT

(Nucleo Aziendale per la Gestione dei Sinistri

e

Comitato Esecutivo per la Sicurezza del Paziente)

Comitato per il Rischio Clinico - Sicurezza del Paziente - Gestione Sinistri

INDICE GENERALE

1. Premessa 3
2. Metodologia di lavoro.....4
3. Obiettivi raggiunti anno 2022 5
4. Attività 6
4.1 Analisi significative evidenziate nel 2022 8
4.2 Report cadute…….……....9
4.3 Incident Reporting (escluse cadute)……10
4.4 Dati derivanti dall'analisi dei Reclami …….…….....11
5. Azioni migliorative attivate dal Nucleo Gestione Sinistri…..……12
6. Conclusioni .....…….....12
7. Obiettivi 2023.. 13

1. PREMESSA

Il *Comitato di Risk Management* è attivo presso la nostra struttura, continuando ad essere fortemente voluto dal management aziendale, da 18 anni con l'obiettivo di occuparsi della sicurezza del paziente e della struttura nella sua globalità, ed in particolare di:

GESTIONE DEI RISCHI	SICUREZZA DEL PAZIENTE	GESTIONE DEI SINISTRI

Pertanto, questa "Relazione Annuale Risk Management" assume la valenza di:

PIANO AZIENDALE PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE per l'ANNO 2022.

Condivide inoltre le sue azioni ed i programmi con:

- il comitato controllo infezioni correlate all'assistenza
- l'ufficio formazione
- il sistema gestione qualità
- l'area tecnica
- il responsabile del buon uso del sangue
- il gruppo di lavoro per la clinical governance
- il responsabile del servizio gestione sicurezza sul lavoro
- l'ufficio relazioni con il pubblico
- Commissione Terapeutica

Nel corso degli anni le azioni del Comitato sono state orientate alla conformità agli specifici obiettivi di sicurezza del paziente dettati dapprima dalla Joint Commission International e dai requisiti dell' accreditamento istituzionale nell'ottica del miglioramento continuo della qualità e sicurezza dei servizi offerti.

La sinergia tra i componenti dei vari Gruppi di lavoro della struttura, afferenti alle diverse tematiche coinvolte nella sicurezza del paziente, ha permesso il conseguimento degli obiettivi del Comitato

Nel corso del 2022 è stata riorganizzata in sinergia con la Direzione Generale la composizione del Comitato Risk Management prevedendo due aree distinte così definite:

- Nucleo Aziendale per la Gestione dei Sinistri costituito da: Risk Manager, un medico legale specialista delle assicurazioni, un ortopedico esperto in organizzazione ospedaliera, un esperto in materie giuridiche, la Responsabile URP e un esperto della Pubblica Amministrazione
- Comitato Esecutivo per la Sicurezza del Paziente costituito dai Responsabili delle U.O. di degenza e dei Servizi e dai Coordinatori dei Reparti e dei Servizi, oltre che dalla CSSA e dal Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione.

2. METODOLOGIA DI LAVORO

Il Direttore Sanitario ha il ruolo di Risk Manager ed è il riferimento per ricevere le comunicazioni riguardo i programmi, le attività, gli eventi verificatisi nella struttura, ed in particolare riceve i seguenti input su analisi programmazione attività, indagini e verifiche interne:

- **programmazione attività**: valutazione fabbisogno assistenziale, valutazione fabbisogno formativo, turni di lavoro, eventi formativi, piano miglioramento sicurezza, ecc.
- **schede di**: incident reporting, germi alert, progetto prevenzione cadute, valutazione parametri autosufficienza, ecc.
- **indagini periodiche su**: prevalenza e di incidenza delle infezioni correlate all'assistenza, germi circolanti, antibiotico-resistenza, indice microbico ambientale nelle sale operatorie, movimentazione carichi, gestione e percezione dolore, gestione rifiuti, benessere organizzativo, ecc.
- **verifiche periodiche su**: rispetto dei protocolli aziendali, sicurezza paziente (safety walkaround), gestione degli armadi farmaceutici, somministrazione dei pasti, andamento delle pulizie, e partecipazione eventi formativi, umanizzazione in ospedale, audit Sistema Gestione Qualità, privacy, ecc.
- **gruppi di lavoro**: HTA (Health Tecnology Assessment), Ospedale senza dolore, Lesioni da pressione, NAC (nucleo appropriatezza controlli), Benessere organizzativo, Evidence based pratice - linee guida scientifiche, Prevenzione e protezione, Clinical governance, Covid-management
- **input esterni**: suggerimenti, reclami, verifiche/audit ULSS e Regione

Gli eventi avversi/eventi evitati sono gestisti avvalendosi di strumenti reattivi (audit, Root cause analysis-RCA), e proattivi come i giri per la sicurezza (Safety Walk Around) . Dal 2019 è stato utilizzato anche lo strumento di analisi (FMEA) (*FAILURE MODE AND EFFECTS ANALYSIS)* in particolare per il processo terapeutico e diagnostico radiologico.

Sulla base degli input predetti e di quelli provenienti dai Responsabili dei Comitati/Gruppi correlati che partecipano alle valutazioni del Comitato Risk Management (Ufficio Tecnico, Gruppo Privacy, Ufficio Personale, Ufficio Economato, Ufficio Qualità, Ufficio Controllo Gestione, Ufficio Relazioni con il Pubblico), il Risk Manager effettua una prima analisi che considera: probabilità di accadimento, gravità dell'effetto, rilevabilità, rilevanza per la struttura e per la sicurezza del paziente.

Tutti gli eventi avversi/eventi evitati sono analizzati con l'utilizzo degli strumenti metodologici predetti con i Referenti del rischio di U.O./Servizio, il Risk Manager ed eventualmente le persone di volta in volta coinvolte al fine di rilevare lacune del sistema o organizzative e mettere in atto le azioni correttive più idonee per evitare il riaccadimento futuro, mantenendo l'anonimato delle persone coinvolte così da consentire l'emergere delle criticità.

Inoltre vengono successivamente discussi nelle riunioni collegiali del Comitato Esecutivo per la Sicurezza del Paziente.

Nel Nucleo Aziendale per la Gestione dei Sinistri, invece, vengono analizzati i casi pervenuti con richiesta risarcitoria con stesura delle conclusioni tratte dal Nucleo dalle quali si evincono eventuali azioni correttive, anche in questo caso, da porre in atto per il miglioramento dell'assistenza erogata.

Alla conclusione di ogni caso/argomento trattato, un componente del Comitato viene incaricato di informare sulle conclusioni tratte gli eventuali operatori sanitari coinvolti.

Laddove vengono evidenziate delle criticità, vengono individuate le possibili cause e viene portata a compimento una puntuale azione migliorativa, la cui efficacia è valutata successivamente dal Risk Manager con i propri collaboratori.

3. OBIETTIVI RAGGIUNTI ANNO 2022

L'obiettivo del Comitato è la riduzione del rischio clinico per il paziente attraverso l'analisi degli eventi accaduti e dei "quasi eventi" o "eventi evitati", al fine di evitarne il riaccadimento.

Sintesi raggiungimento obiettivi dettati dalla Joint Commission International realizzati nel 2022

Obiettivo 1: **Identificare correttamente i pazienti** (*Proceduta IO-DS-52 Identificazione del giusto paziente*) Consolidamento posizionamento Braccialetto identificativo a tutti i degenti e ai pazienti in chirurgia ambulatoriale Acquisto di *nuovi braccialetti identificativi* per garantire maggior comfort al paziente (con bordo soft) Percorso inserimento neoassunti con formazione specifica in merito alla modalità di identificazione del paziente Affissione in tutte le UU.OO. dei poster " *Amelia o Amalia? – Perché è importante il braccialetto identificativo"* Verifica adesione istruzione operativa durante i "giri per la sicurezza": - numero di braccialetti presenti/numero di pazienti verificati - modalità corretta di verifica identità del paziente su un campione di operatori Monitoraggio ed analisi schede Incident reporting per errori/quasi errori pervenute al Comitato Risk Managment correlati a non corretta identificazione del paziente.
Obiettivo 2: **Migliorare l'efficacia della comunicazione** (*Procedura IO-DS-51 per l'utilizzo dello strumento SBAR per comunicare lo stato del paziente*) Percorso inserimento neoassunti con formazione specifica in merito alla modalità di documentazione del processo assistenziale Avvio formazione su campo per l'adozione del sistema SBAR al momento del cambio turno (da proseguire nel 2023) Verifica adesione istruzione operativa durante i "giri per la sicurezza" Verifica completezza dei dati negli strumenti informativi di prevalente uso infermieristico. Monitoraggio ed analisi schede Incident reporting per errori/quasi errori pervenute al Comitato Risk Managment correlati a problemi di comunicazione tra operatori anche nel passaggio di UO
Obiettivo 3: **Migliorare la sicurezza dei farmaci ad alto rischio** (*Protocollo PM-FAR-01 Corretta gestione e somministrazione dei farmaci*) Percorso inserimento neoassunti con formazione specifica sulla specifica Istruzione operativa (IO-FAR-01) e raccomandazioni ministeriali Verifica *adesione* istruzione operativa durante i "giri per la sicurezza": - completezza e correttezza SUT su un campione di cartelle - presenza di ricognizione e riconciliazione terapuetica su un campione di cartelle - gestione dei farmaci LASA e FALA presso le varie UO (gestione armadi) Formazione d'aula in tema di prevenzione errore terapeutico *Avvio revisione SUT* Monitoraggio ed analisi schede Incident reporting per errori/quasi errori pervenute al Comitato Risk Managment correlati ad errore terapeutico
Obiettivo 4: **Garantire l'intervento chirurgico nel paziente corretto, con la procedura corretta, nella parte del corpo corretta** (*Proceduta IO-DS-52 Identificazione del giusto paziente: paragrafo specifico*) Percorso inserimento neoassunti con formazione specifica sulla specifica Istruzione operativa Verifica *adesione* istruzione operativa durante i "giri per la sicurezza":

- presenza corretta identificazione arto su campione di pazienti
- completezza check list di sicurezza in Sala Operatoria su campione di cartelle

Monitoraggio ed analisi schede Incident reporting per errori/quasi errori pervenute al Comitato Risk Managment

Obiettivo 5:
Ridurre il rischio di infezioni correlate alla pratica assistenziale

Percorso inserimento neoassunti con formazione specifica in merito a:
- lavaggio mani
- gestione isolamenti in caso di infezioni da MDRO

Formazione su campo in tema di antibioticoresistenza
Avvio aggiornamenti Protocolli CIO
Verifica adesione protocolli durante i "giri per la sicurezza"
Indagine di incidenza Infezioni Sito chirurgico (Protocollo ECDC)
Verificata adesione protocollo sanificazione ambientale (Ditta Outsorcing)
Incrementate le postazioni con soluzione alcolica per il lavaggio delle mani
Aggiornato sistematicamente e verificata adesione "piano contenimento diffusione Covid 19":
- Utilizzo DPI
- Gestione cluster
- Percorsi utenti ambulatoriali
- Accoglienza e gestione pazienti presso UO

Obiettivo 6:
Ridurre il rischio di danni ai pazienti in seguito a caduta

Percorso inserimento neoassunti con formazione specifica in merito alla rilevazione del rischio e adesione protocollo
Verifica adesione protocollo durante i "giri per la sicurezza":
- completezza e correttezza compilazione scala di rilevazione del rischio su campione di cartelle
- tracciabilità degli interventi di prevenzione in cartella clinica su campione di cartelle

Compilazione Schede specifiche di segnalazione per ogni evento caduta
Consegna opuscolo informativo prevenzione cadute al momento dell'ingresso del paziente in UO
Affissione poster prevenzione cadute presso UO
Monitoraggio ed analisi schede Incident reporting per eventi avversi/eventi sentinella pervenute al Comitato Risk Managment
Audit specifico sulle cadute

4. ATTIVITA'

Si riportano di seguito, sintetizzata in tabelle, le principali attività del Comitato Risk Management (iniziata a metà 2004). Nel corso degli anni è riportata schematicamente nella tabella seguente l'attivitò del NAGS (Nucleo Aziendale per la Gestione Sinistri) (*tabella 1*).

Tabella 1: Attività di audit del **NUCLEO AZIENDALE GESTIONE SINISTRI**

Periodo	**N° riunioni**	**N° casi discussi**	**Azioni migliorative attuate**
2004 - 2009	24	147	93
2010 - 2014	30	152	123
2015-2019	27	135	169
2019	5	22	35

2020	7	15	26
2021	4	9	8
2022	3	6	3
TOTALE	**100**	**486**	**457**

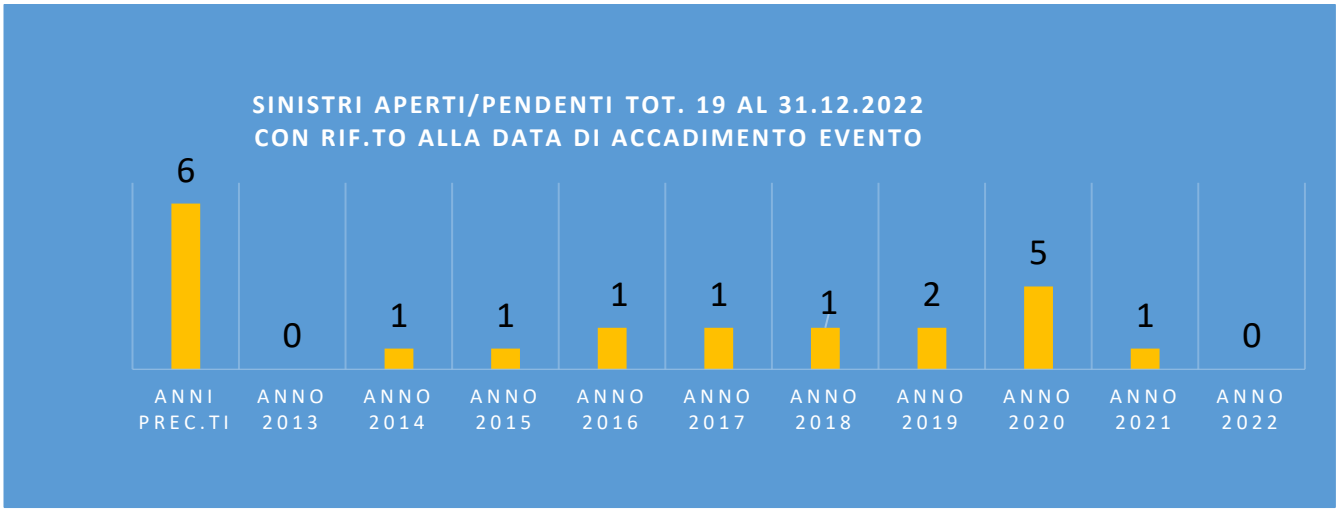
Le azioni principali effettuate nel 2022 sono elencate nel **paragrafo 3** declinate per ciascun obiettivo.

Nella tabella seguente (*tabella 2*) è riportata la variazione negli anni delle criticità prevalenti per ogni caso discusso, tenendo presente che, dal 2008, per ogni caso trattato si è scelto di individuare anche più criticità e, dal 2009, si è scelto di introdurre la nuova voce: "elementi insufficienti per concludere". Si può notare come vi sia sempre una variabilità diversa tra i vari anni nelle criticità prevalenti, ma tre di essi risultano sempre le più frequenti: difetti organizzativi e di comunicazione, errori professionali, insufficiente descrizione degli atti sanitari.

***Tabella 2*:** Criticità prevalenti (*anche più criticità per ogni caso*) evidenziate negli audit del Comitato Risk Management

ANNO	**Criticità professionali**	**difetti di organizzazione - comunicazione**	**insufficiente descrizione atti sanitari**	**consenso mancante o insufficiente**	**aspetti tecnici**	**nessuna criticità rilevata**	**elementi insufficienti per concludere** *(nuova voce dal 2009)*
Quinquennio 2004-2009 ***su 147 casi***	35%	26%	16%	7%	5%	18%	//
Quinquennio 2010-2014 ***su 152 casi***	31%	36%	24%	4%	5%	19%	7%
Quinquennio 2015-2019 ***su 13 casi***	32%	36%	19%	1,2%	4%	24%	8%
2019 su 22 casi	26%	20%	17%	3%	0	9%	0
2020 su 15 casi	26%	40%	6%	0	0	33%	6%
2021 su 9 casi	33%	0	22%	0	0	34%	11%
2022 su 6 casi	**0**	**17%**	**0**	**16%**	**0**	**67%**	**0**

Tabella 3: *Grafico sinistri*



4.1 ANALISI SIGNIFICATIVE EVIDENZIATE NEL 2022

Al fine di rendere più semplice la lettura e quindi la comprensione della relazione 20212 vengono di seguito riportati, illustrandoli, i risultati che si ritengono più significativi.

Un risultato molto importante che si è consolidato anche quest'anno è il contenimento delle azioni risarcitorie per fatti recenti, come riportato nella *tabella 3,* dal 2010 in poi.

Tabella n. 3: Prospetto sinistri (chiusi e pendenti) rispetto all'anno in cui si è verificato l'evento.
La tabella 3 evidenzia come si sia consolidato il trand in diminuzione progressiva delle richieste di risarcimento danni. (si evidenzia l'anno 2020 che ha avuto un aumento delle richieste danni in concomitanza al periodo della pandemia da Covid.)
Tale dato va valutato tenendo in considerazione la possibilità di avviare un'azione risarcitaria entro 10 anni dall'evento. A tal fine abbiamo effettuato una valutazione sui sinistri (ovvero richieste di risarcimento danni) pervenuti dal 2013 al 2022 per determinare il tempo intercorrente tra l'evento e la ricezione della apertura del sinistro.

Rispetto al livello di gravità delle lesioni conseguenti all'evento caduta, nell'anno in corso si registra una diminuzione dell'incidenza delle cadute pari al 10% e dello 0,7% dell'incidenza delle cadute con lesioni rilevanti .

- quinquennio 2004-2008 → 6%
- quinquennio 2009-2013 → 3%
- quinquennio 2014-2018 → 1%
- anno 2019 → 1%
- anno 2020 → 1,5 %
- anno 2021 → 2,7 %
- anno 2022…… …→ **2 %**

Gli obiettivi fissati dal progetto prevenzione cadute sono stati raggiunti e sono state effettuate le

seguenti azioni migliorative/preventive: percorso neo-assunti, giri per la sicurezza, corso di formazione in materia di prevenzione delle cadute, percorsi informativi/formativi per i candidati ad interventi di protesizzazione (sospesi per emergenza pandemica), sensibilizzazione e verifica su tutti gli operandi di protesi articolare, corretto uso delle stampelle, manutenzione corrimani, strisce antiscivolo, pavimentazione, attrezzature e dispositivi per la deambulazione e per i trasporti, ultimato il piano per l'aumento dei letti ad altezza variabile, schede specifiche di segnalazione, valutazione rischio cadute con azioni preventive per ogni paziente ricoverato.

Il buon numero delle segnalazioni di incident reporting **25** , escluse le cadute, sebbene confermi la sensibilizzazione del personale della struttura, rimane un aspetto da monitorare in quanto considerato un indicatore positivo per la gestione della prevenzione del rischio clinico

Nel 2022 oltre che alle n. **25** schede di incident reporting, sono pervenute n. **98** segnalazioni di caduta per un totale di **123 segnalazioni**.

4.2 REPORT CADUTE al 31.12.2022

CADUTE suddivise per PIANO/UO e GRAVITA' della LESIONE TOTALE CADUTE n. 98				
piano	**unità operativa**	Non ha riportato evidenti lesioni traumatiche	Ha riportato lesioni lievi	Ha riportato lesioni rilevanti
0	fkt est	0	0	0
1	poliambulatori	1	0	0
2	ortopedia	5	2	0
3	mfr neuro	18	5	0
	mfr orto	9	3	2
4	mfr cardio	9	1	0
	Medicina/geriatria	21	10	0
5	hospice	10	2	0
Totale	**98**	**73**	**23**	**2**

CADUTE per TURNO

turno piano	0	1	2	3	4	5	TOT
07:00 - 13:00		1	1	8	6	4	**20**
13:00-21:00			2	16	16	3	**37**
21:00-7:00			4	12	19	5	**40**
orario non indicato							
al cambio fascia oraria				1			**1**

CADUTE PER ETA'

fascia età	n°
0-20	0
20-49	0
50-59	0
60-69	13

70-79	28
Oltre 80 anni	57

CADUTE PER MESE							
Mese / piano	0	1	2	3	4	5	TOT
GENNAIO			2	1	1	2	6
FEBBRAIO					3		3
MARZO			1	1	7		9
APRILE		1		4	6	1	12
MAGGIO			1	2	5	1	9
GIUGNO			1	2	1	2	6
LUGLIO				3	1		4
AGOSTO			1	3	5	2	11
SETTEMBRE				5	2	2	9
OTTOBRE				9	3	1	13
NOVEMBRE				3	6		9
DICEMBRE			1	4	1	1	7
TOTALE		**1**	**7**	**37**	**41**	**12**	**98**

4.3 INCIDENT REPORTING (IR) escluse le CADUTE

Unità Operativa	EA	EA	EE
	Evento avverso CON DANNO	Evento avverso SENZA DANNO	Evento Evitato
errore/evento relativo a gestione paziente		1	
errore/evento relativo a gestione procedura gestione materiale intervento chirurgico		1	
errore/evento relativo a gestione documentazione sanitaria		6	
errore/evento relativo a comunicazione scritta/verbale		5	
errore/evento relativo alla gestione del processo farmacologico	1	8	
errore/evento relativo al processo di identificazione del paziente		2	
errore/evento relativo nella gestione del processo di trasfusione del sangue		1	
TOTALE	**1**	**24**	

Analisi schede di incident reporting dal 2016 al 2022 relative alla terapia farmacologica

Le segnalazioni relative alla terapia farmacologica calcolata sulle segnalazioni totali, escluse quelle da caduta (sia eventi evitati che eventi avversi) sono state:

- 9 segnalazioni nel 2022 (36% delle segnalazioni)
- 12 segnalazioni nel 2021 (21% delle segnalazioni)
- 5 segnalazioni nel 2020 (8% delle segnalazioni)
- 16 segnalazioni nel 2019 (16% delle segnalazioni)
- 26 segnalazioni nel 2018 (23% delle segnalazioni)
- 21 segnalazioni nel 2017 (21% delle segnalazioni)
- 19 segnalazioni nel 2016 (27% delle segnalazioni)

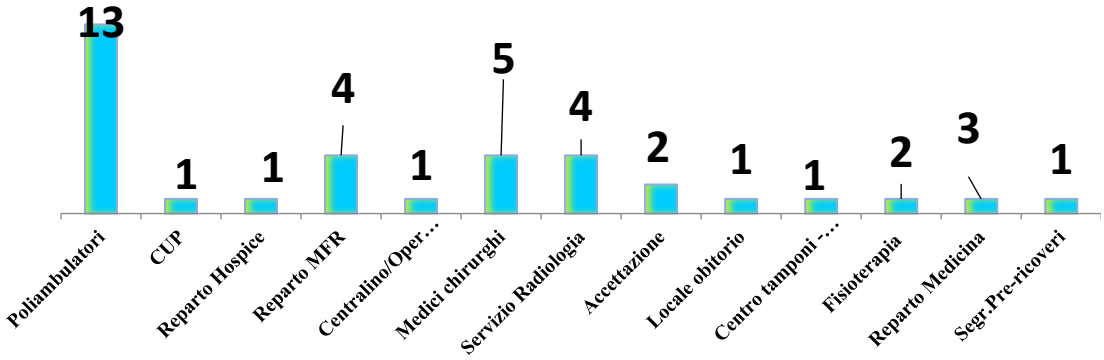
4.4 DATI DERIVANTI DALL'ANALISI DEI RECLAMI

Grafico delle criticità emerse nel 2022 (Totale reclami n. 36)

Un reclamo può presentare anche più di una criticità

Grafico dei reparti e servizi più interessati dai reclami nel 2022 Tot. 36

Un reclamo può essere relativo anche a più di un reparto o servizio



La Direzione Aziendale recepisce i reclami degli utenti e li analizza secondo il regolamento del Comitato per il Risk Management

5. AZIONI MIGLIORATIVE ATTIVATE DAL NUCLEO PER LA GESTIONE DEI SINISTRI

ANNO 2022

CASO 1 CRM Nessuna criticità

CASO 2 CRM Nessuna criticita

CASO 3
AZIONI MIGLIORATIVE
Dotazione di 2 registri distinti, 1 per pz positivi e 1 per pz negativi. Avviare procedura allo scopo di evitare il ripetersi dell'errore

CASO 4
AZIONI MIGLIORATIVE
Percorso neo-assunti
Giri per la sicurezza
Corso di formazione in materia di prevenzione delle cadute
Percorsi informativi-formativi per i candidati a interventi di protesizzazione (sospesi per emergenza pandemica)
Sensibilizzazione e verifica su tutti gli operandi di protesi articolare, corretto uso delle stampelle, manutenzione corrimani, strisce antiscivolo, pavimentazione, attrezzature e disposizioni per la deambulazione e per i trasporti, ultimato il piano per l'aumento dei letti ad altezza variabile, schede specifiche di segnalazione, valutazione rischio cadute con azioni preventive per ogni paziente ricoverato
Segnalazioni di IR Numero superiore di EE rispetto ad EA.
Reclami 2021: tot. 35 e non ci sono state segnalazioni a cui sono seguite richieste di risarcimento danni.

CASO 5 CRM Nessuna criticità

CASO 6 CRM
AZIONI MIGLIORATIVE
Aggiornamento tempestivo dell'informativa associata al consenso informato della protesi d'anca, comprensivo della mobilizzazione tra le complicanze più frequenti

6. CONCLUSIONI

1. il sistema di rilevazione degli incident reporting (eventi avversi ed eventi evitati) si sta rilevando uno dei pilastri su cui si basano le azioni di miglioramento;
2. il sistema si sta via via implementando, infatti sta aumentando progressivamente nel tempo la numerosità delle segnalazioni ed in particolare nel 2022 gli eventi evitati sono stati minori
3. la conoscenza della metodologia di segnalazione e gestione degli errori e quasi errori è argomento del corso di formazione specifica per tutti i neoassunti presso la struttura, fondamentale soprattutto in un momento accentuato turn over di personale;

4. la metodologia di analisi vede sempre maggiormente coinvolto il personale della struttura, fin dalla prime fasi. Infatti la prima analisi viene svolta già a livello di reparto/servizio segnalante, la successiva analisi a livello del risk manager. Tale aspetto deve essere ulteriormente sviluppato e consolidato a fronte del turn over del personale;

5. il ritorno dei dati sta progressivamente migliorando, sia per i singoli incident reporting che per la valutazione globale delle segnalazioni annuali;
6. le segnalazioni degli incident reporting hanno condotto a varie azioni di miglioramento, divenendo uno dei principali input per l'attività del Risk Manager;
7. I giri per la sicurezza si stanno rivelando una preziosa risorsa sia di coinvolgimento su campo del personale che di identificazione dei possibili failure, quindi un sistema proattivo efficace.

7. OBIETTIVI 2023

Per il 2023 il Comitato Risk Management ha proposto seguenti obiettivi:

1) Discutere tutti i nuovi casi entro tre mesi
2) Effettuare corsi di sensibilizzazione per il personale in merito al risk management
3) Mantenere il trend di stabilizzazione del fenomeno cadute
4) mantenere o incrementare le segnalazioni di incident reporting
5) attuare gli obiettivi dettati dalla Joint Commission International
6) raggiungere gli obiettivi previsti nel "Piano Miglioramento Sicurezza sul Lavoro"
7) effettuare gli interventi formativi previsti dal "Piano annuale della Formazione"
8) adoperarsi per il buon uso del sangue finalizzato a contenere il numero delle trasfusioni
9) ottenere il mantenimento della certificazione per il Sistema di Qualità
10) Sensibilizzare sulla segnalazione anche degli eventi evitati/quasi eventi

Il Comitato desidera esprimere la propria riconoscenza a quanti, operatori della struttura e consulenti esterni, hanno collaborato nella segnalazione e nella attuazione delle azioni migliorative proposte.

Risk Manager
Dott.ssa Marialuisa Migliorino