



**CASA DI CURA BEATO PALAZZOLO
BERGAMO**

DIRETTORE SANITARIO DOTT. ALBERTO IMBERTI



Sistema qualità certificato
UNI EN ISO 9001

**PIANO
ANNUALE DI
RISK
MANAGEMENT
2023
(PARM)**

AMBITO DI APPLICAZIONE

In ragione di quanto preveda la legge Legge 8 marzo 2017 n.24: "disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" il piano annuale di risk Management (PARM) deve essere redatto ed emanato da tutte le strutture pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale.

Attraverso i PARM si esplicitano le linee di attività messe in atto per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure sulla base degli obiettivi strategici fissati a livello regionale.

Il PARM si inserisce in una più ampia azione sistemica basata sulla valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione e implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema.

La prevenzione dei rischi e la formazione diventano quindi strumenti indispensabili per tutti gli operatori. In ottemperanza a quanto previsto dalla legislazione, la casa di cura Palazzolo dispone di un modello gestionale con approccio risk-based orientato alla gestione del rischio alla prevenzione di illeciti e alla conseguente regolamentazione ed implementazione di buone pratiche e raccomandazioni.

Le predeterminazione dei punti di forza e debolezza permette al management di indirizzare le linee strategiche.

Il risk manager provvede a garantire periodici monitoraggi della qualità e delle prestazioni erogate attraverso specifiche attività di controllo e laddove si verificassero e/o riscontrassero incongruenze o criticità è prevista l'attivazione di Audit di rischio clinico.

Il risk manager si rapporta direttamente per la sua attività con il Direttore Generale e Direttore Sanitario.

Il risk manager si rapporta in particolare con:

- **Ufficio formazione** per l'attività formativa rivolta agli operatori e organizzata per obiettivi, questi ultimi saranno fissati in rapporto alle specifiche necessità aziendali e di realizzazione del PARM.
- **Direzione Sanitaria** per la formulazione, in rapporto alla normativa ministeriale e regionale e alle necessità aziendali, delle linee guida e dei protocolli necessari.
- **Comitato Valutazione Sinistri (CVS)** per la gestione dei sinistri, sia in fase extragiudiziaria che giudiziaria.
- **Ufficio prevenzione e protezione** per tutte le attività finalizzate alla sicurezza degli operatori
- **Ufficio Tecnico** per la sicurezza delle infrastrutture e per il miglioramento del rischio connesso alla gestione degli ambienti, degli impianti e delle apparecchiature, avvalendosi anche dell'ingegneria clinica.
- **Controllo di Gestione** per la gestione delle attività e dei dati di produzione, in ottica di conseguimento degli obiettivi stabiliti in sede di pianificazione operativa
- **Comitato controllo infezioni correlate all'assistenza** per la prevenzione e il contenimento delle infezioni
- **Farmacia** per la gestione delle segnalazioni di farmacovigilanza

CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Casa di Cura Palazzolo nel corso degli anni ha saputo tradurre il concetto di assistenza sanitaria in veri e propri standard di eccellenza, basti pensare alla certificazione della qualità ISO.

In questi anni è stato rivoluzionato anche l'approccio al paziente passando da una visione medico-centrica ad una visione paziente-centrica sviluppando dipartimento per intensità di cura con la figura del medico tutor e del Case Manager.

Contestualmente al dipartimento per intensità di cura si sta sviluppando il dipartimento di cure palliative con la presa in carico in maniera precoce dei pazienti in fase terminale.

A sostegno di tali attività sono presenti anche servizi/ prestazioni di: Oculistica, Urologia, Chirurgia, Ortopedia, Radiologia, Laboratorio Analisi, Riabilitazione Specialistica, Centro TAO, ADI.

OBIETTIVI

I PARM 2023 intende pertanto perseguire i seguenti obiettivi strategici:

1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e al monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
3. Promuovere una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli Operatori e delle Strutture;
4. Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management.
5. Sviluppare la tavola dei rischi con la revisione di tutti i fattori favorenti
6. Sviluppare le schede progetto in allegato.
7. Giornata di auditing e safety Walk Araund in collaborazione con il Dr. Francesco Venneri per mappare criticità e azioni correttive del dipartimento chirurgico e dipartimento medico per intensità di cura.

Tutte le articolazioni aziendali, per competenza, collaborano con il Risk Manager Aziendale e concorrono al raggiungimento degli obiettivi.

RESPONSABILITA' E MODALITÀ DI DIFFUSIONE

Azione	Risk Manager	Direttore Generale	Direttore Sanitario	Strutture Amministrative e tecniche di supporto	Unità Operative	Facilitatori del rischio
Redazione PARM	A	C	R	I	I	I
Adozione PARM	A	R	C	I	I	I
Monitoraggio PARM	R	I	C	C	C	C

Legenda: R = Responsabile dell'esecuzione del lavoro; A = Responsabile dell'approvazione dell'attività; C = Coinvolto; I = Interessato;

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività e degli interventi previsti dal PARM 2023 e per favorire il raggiungimento degli obiettivi prefissati, il Risk Manager Aziendale assicura la massima diffusione del documento a tutte le Strutture attraverso la:

1. pubblicazione sul sito aziendale;
2. pubblicazione sul Portale Qualità;

Sarà cura del Direttore Sanitario/Responsabile Medico di Struttura provvedere alla diffusione capillare del documento a tutti gli Operatori Sanitari.

RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";
9. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";

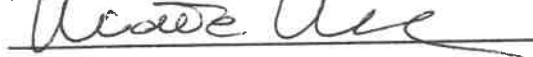
DIRETTORE GENERALE

Dr. Gianbattista Martinelli



RISK MANAGER

Dr.ssa Elisabetta Orlando



INFERMIERE RISCHIO CLINICO

Riccardo Mazzola





SCHEDA PROGETTO 2023				
				Progetto n° 01
<i>R.M. incaricato</i>		Mazzola Riccardo		
<i>Titolo progetto</i>		Analisi delle cadute		
<i>Motivazione della scelta</i>		La mancata segnalazione e gestione delle cadute nella casa di cura costituisce un serio problema clinico e assistenziale.		
<i>Area di RISCHIO (se presente)</i>		3.1.20		
<i>Parti Interessate</i>		Tutte le UO e Servizi della struttura		
<i>Ambito di intervento e parti interessate</i>		Tutta la casa di cura Beato Palazzolo		
<i>Nuovo/Prosecuzione</i>		Prosecuzione		
<i>Obiettivo</i>		Prevenire le cadute prevedibili e sviluppare una analisi delle cadute sulla base del modello "report cadute anno 2022" Migliorare la sensibilizzazione alla segnalazione. Ridurre e mitigare il rischio cadute attraverso una revisione della procedura per la prevenzione delle cadute.		
<i>Strumenti e metodi</i>		Migliorare la consapevolezza e conoscenza degli operatori sul tema delle cadute e mostrare alla direzione sanitaria l'andamento delle cadute nell'anno 2023		
<i>Realizzazione/prodotto finale</i>		Report cadute		
<i>Matrice della responsabilità</i>				
Azione	RM	Infermiere Rischio	Responsabile Qualità	Coordinatori Inf/servizi
Sviluppo di sistema di segnalazione	R	C	I	I
Invio segnalazione di caduta	I	I	I	R
Report Cadute	C	R	I	/
Diffusione report	R	I	C	I
<i>durata</i>	1 anno			
<i>Risultati e indicatori</i>		RISULTATO	INDICATORE	
		Report cadute	Comparazione con report 2021-2022 e stesura di una valutazione annuale	
			N° schede compilate correttamente / n° schede pervenute Risultato atteso >90%	

**SCHEDA PROGETTO 2023**Progetto n° **02**

<i>R.M. incaricato</i>	Mazzola Riccardo ed Elisabetta Orlando			
<i>Titolo progetto</i>	Applicazione delle procedure da contatto			
<i>Motivazione della scelta</i>	La corretta applicazione delle procedure da contatto costituisce una fase fondamentale della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.			
<i>Area di RISCHIO (se presente)</i>	3.1.19			
<i>Ambito di intervento e parti interessate</i>	Tutta le UO della casa di cura Beato Palazzolo			
<i>Nuovo/Prosecuzione</i>	Prosecuzione			
<i>Obbiettivo</i>	Prevenire e mitigare la diffusione da parte degli operatori di germi "alert" da un paziente all'altro attraverso la corretta applicazione della procedura.			
<i>Strumenti e metodi</i>	Audit presso l'unità operativa di degenza di pazienti infetti o colonizzati da germi "alert"			
<i>Matrice della responsabilità</i>				
Azione	RM	Infermiere Rischio	Responsabile Qualità	Coordinatori Inf/servizi
Sviluppo procedura	C	C	R	I
Applicazione procedura	I	I	I	R
Stesura report	R	C	I	/
Diffusione report	R	C	C	I
<i>Realizzazione/prodotto finale</i>	Report audit			
<i>durata</i>	1 anno			
<i>Risultati e indicatori</i>	RISULTATO		INDICATORE	
	Corretta applicazione delle procedure da contatto		N. applicazioni non corrette/totale casi Risultato atteso 0%	

**SCHEDA PROGETTO 2023**

Progetto n° 03

R.M. incaricato

Mazzola Riccardo ed Elisabetta Orlando

Titolo progetto

Corretta applicazione della Check List in Sala Operatoria

Motivazione della scelta

La corretta applicazione della check list in sala operatoria costituisce una fase fondamentale per la corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico per prevenire gli errori di lato, di identificazione del paziente e di eventuali complicanze post operatorie.

Area di RISCHIO

3.1.4 3.1.5

Parti interessate

Area Chirurgica

Ambito di intervento e parti interessate

Sala operatoria

Nuovo/Prosecuzione

Prosecuzione

Obbiettivo

Verificare la corretta implementazione della procedura di Check List.
In particolare l'obbiettivo è ridurre e mitigare l'errata compilazione della check list che potrebbe portare gravi danni al paziente se non correttamente rispettata e compilata.

Strumenti e metodi

Audit presso l'unità operativa e verifica visiva delle 3 fasi principali di check list

Matrice della responsabilità

Azione	RM	Infermiere Rischio	Responsabile Qualità	Responsabile UO	Coordinatori Inf/servizi
Sviluppo procedura	R	C	C	I	I
Applicazione procedura	I	I	I	R	C
Stesura report	R	C	I	/	/
Diffusione report	R	C	C	I	I

Realizzazione/prodotto finale

Report audit (almeno 4)

Durata

1 anno

*Risultati e indicatori***RISULTATO****INDICATORE**

Corretta applicazione check list operatoria

N. applicazioni non corrette/totale casi visti.
<5%



SCHEDA PROGETTO 2023

Progetto n° 04

<i>R.M. incaricato</i>	Mazzola Riccardo				
<i>Titolo progetto</i>	Corretta compilazione della cartella clinica				
<i>Motivazione della scelta</i>	La corretta compilazione della cartella clinica in particolare rispetto ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2015				
<i>Area di RISCHIO</i>	Da 3.1.1 a 3.1.14				
<i>Parti interessate</i>	Dip Chirurgico + Dip Riabilitativo				
<i>Ambito di intervento</i>	Chirurgia, Ortopedia, Urologia, RGG, Sub Acuti, Riab Specialistica				
<i>Nuovo/Prosecuzione</i>	Prosecuzione				
<i>Obiettivo</i>	Verificare la corretta compilazione in particolare: - anamnesi con data compilazione e firma - esame obiettivo generale e locale con data di compilazione e firma. - diario medico correttamente compilato e firmato. - gestione della correzione corretta - foglio terapia correttamente compilato e firmato. - anamnesi e bisogni infermieristici correttamente compilati.				
<i>Strumenti e metodi</i>	Audit presso l'unità operativa e verifica visiva delle C.C.				
<i>Matrice della responsabilità</i>					
Azione	RM	Infermiere Rischio	Responsabile Qualità	Responsabile UO	Coordinatori Inf/servizi
Sviluppo procedura	C	C	R	I	I
Applicazione procedura	I	I	I	R	R
Stesura report	C	R	I	/	/
Diffusione report	R	C	C	I	I
<i>Realizzazione/prodotto finale</i>	Report audit (almeno 4)				
<i>durata</i>	1 anno				
<i>Risultati e indicatori</i>	RISULTATO		INDICATORE		
	Corretta compilazione		N. CC non corrette/ totale CC viste. Risultato atteso <10%		



SCHEDA PROGETTO 2023					
					Progetto n° 05
R.M. incaricato		Mazzola Riccardo			
Titolo progetto		Corretta conservazione dei farmaci.			
Motivazione della scelta		Verifica della Raccomandazione n°1 - Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio - KCL - ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio. Verifica della Raccomandazione n°7 - Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica. Verifica della corretta gestione dei blister e delle scadenze del Carrello di terapia e medicazione. Verifica della corretta gestione delle scadenze dell'armadio farmaceutico del magazzino farmacia e delle U.O.			
Area di RISCHIO		3.1.7 3.1.8			
Parti interessate		Tutte le U.O. e magazzino farmacia			
Ambito di intervento		Nel corso dell'audit sarà valutato: -la pulizia dei carrelli, -la corretta gestione delle soluzioni ipertoniche di potassio, che non devono essere presenti, -la corretta gestione delle scadenze, dei farmaci pluriuso e dei blister delle confezioni orali. - controllo scadenze frigoriferi magazzino farmaceutico - controllo scadenze magazzini farmacia - applicazione corretta procedura di gestione dei farmaci			
Nuovo/Prosecuzione		Prosecuzione			
Obiettivo		Verificare che abbiano applicato le disposizioni della Casa di cura sulla corretta gestione dei farmaci secondo i protocolli stabiliti, per evitare l'errata somministrazione di farmaci concentrati e per prevenire gli errori in terapia farmacologica.			
Strumenti e metodi		Audit presso l'unità operativa e verifica visiva.			
Matrice della responsabilità					
Azione	RM	Infermiere Rischio	Responsabile Qualità	Responsabile Farmacia	Coordinatori Inf/servizi
Sviluppo procedura	C	C	C	C	I
Applicazione procedura	I	I	I	C	R
Stesura report	C	R	I	/	/
Diffusione report	R	C	C	I	I
Realizzazione/prodotto finale		Report audit			
durata		1 anno			
Risultati e indicatori		RISULTATO		INDICATORE	
		Corretta applicazione		N. Carrelli controllati con non conformità /carrelli controllati. Risultato atteso 0%	