



<b>Redatto da</b>	<b>Verificato da</b>	<b>Approvato da</b>
CICCHETTI GIANFRANCO (Responsabile Rischio Clinico Montanari)	MONTANARI LIA (RGQ)	MONTANARI LUCA (Presidente del CDA Montanari)
Revisione 0 – 19/01/2023		

## **PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023**

### **RISULTATI ANNO 2022 - PIANO ANNO 2023 RISK MANAGER GIANFRANCO CICCHETTI**

 <small>OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO</small> <b>Prof. E. Montanari</b> <small>Casale di Cure dal 1913</small>	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>SOMMARIO</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

<b>1. CONTESTO ORGANIZZATIVO.....</b>	<b>4</b>
<b>2. DATI DI PRODUZIONE .....</b>	<b>5</b>
<b>3. POLITICA E OBIETTIVI PER LA SICUREZZA E LA QUALITA' DELLE CURE .....</b>	<b>8</b>
<b>4. LEGGI, NORME, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI APPLICABILI ....</b>	<b>10</b>
<b>5. ORGANIZZAZIONE E MATRICE DELLE RESPONSABILITA' .....</b>	<b>11</b>
<b>6. RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA E REATTIVA REALIZZATA NEL CORSO DEL'ANNO 2022 .....</b>	<b>13</b>
6.1 ANALISI DEI SINISTRI .....	13
6.2 REVISIONI DI PERCORSI ATTUATI A PARTIRE DALL'ANALISI DEI SINISTRI.....	13
6.3 GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI DI INCIDENT REPORTING .....	14
6.4 ANDAMENTO DELLE SEGNALAZIONI DI EVENTI PER TIPOLOGIA.....	14
6.5 ANALISI DEI DATI DEL SISTEMA DI BUSINESS INTELLIGENCE DI TALETEWEB .....	15
6.6 RENDICONTO DELLE ATTIVITA' REALIZZATE PER LA GESTIONE DELLA PANDEMIA 17	
6.7 ANDAMENTO DELLA GESTIONE REATTIVA .....	19
6.8 ANDAMENTO MENSILE DELLE SEGNALAZIONI DI EVENTI.....	19
6.9 DEBITI INFORMATIVI FLUSSI REGIONALI E SIMES .....	20
<b>7. RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA REALIZZATA .....</b>	<b>21</b>
7.1 ATTIVITA' FORMATIVE EFFETTUATE NELL'ANNO 2022 IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO .....	21
7.2 VALUTAZIONE FMEA-FMECA .....	24
7.3 SAFETY WALK ROUND.....	24
7.4 RISK ASSESSMENT .....	25
7.5 CONFORMITA' ALLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E ALLE LINEE GUIDA .....	26
7.6 CONTROLLO QUALITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA.....	28
7.7 INFEZIONE CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICPA) .....	28
7.8 CONTROLLI AMBIENTALI: .....	30

 <p>OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO <b>Prof. E. Montanari</b> Casale di Sesto San Giovanni 1913</p>	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>SOMMARIO</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

7.9	MISURE DI MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: .....	30
<b>8.</b>	<b>OBIETTIVI GENERALI E LINEE D'INTERVENTO PER L'ANNO 2023.....</b>	<b>31</b>
8.1	INTERVENTI PROATTIVI PIANIFICATI PER L'ANNO 2023 .....	31
8.2	SAFETY WALK ROUND.....	31
8.3	ATTIVITA' DI PREVENZIONE DELLE ICA.....	31
8.4	DOCUMENTAZIONE SANITARIA.....	32
8.5	ATTIVITA' DI PRODUZIONE E REVISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE PREVISTA PER L'ANNO 2023.....	33
8.6	ATTIVITA' FORMATIVE PIANIFICATE PER L'ANNO 2023 IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO .....	34
8.7	INVESTIMENTI PREVISTI PER L'ANNO 2023 IN DISPOSITIVI, APPARECCHIATURE, INFRASTRUTTURE .....	36
8.8	INVESTIMENTI PREVISTI PER L'ANNO 2023 IN TECNOLOGIE DIGITALI .....	36
8.9	COMUNICAZIONE, PARTECIPAZIONE E CONDIVISIONE .....	41



## 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La **Casa di Cura Montanari** si trova a **Morciano di Romagna (RN)**. **Nata nel 1913** per opera del **Prof. Ernesto Montanari**, chirurgo, è oggi la più antica Casa di Cura dell'Emilia – Romagna.

Da sempre svolge funzione di Ospedale civile come era intendimento del suo fondatore "... **venire incontro agli effettivi bisogni della popolazione di Morciano** e di tutti i numerosi comuni limitrofi sprovvisti di Ospedali.

La **Casa di Cura** esercita la propria missione svolgendo l'attività sanitaria nel rispetto della dignità della persona umana ed avendo come principi ispiratori la **tutela della vita**, la promozione della salute, il recupero delle risorse fisiche compromesse, la migliore assistenza al paziente ed il miglior confort, l'attenzione ai diritti del malato e dei suoi familiari attraverso anche una adeguata informazione.

La **filosofia aziendale** è volta alla ricerca della **qualità** delle prestazioni offerte: l'impegno appare evidente nel continuo miglioramento della struttura recettiva, delle attrezzature sanitarie, delle tecnologie diagnostiche, nella qualificazione del personale, nella pianificazione, misurazione e nel miglioramento dei processi, per minimizzare i rischi ed ottimizzare i risultati al fine di conseguire "**il successo durevole**" attraverso il soddisfacimento delle esigenze e delle aspettative di tutte le parti interessate.

La Casa di Cura Montanari ha una struttura articolata su quattro piani e così distribuita:

- **Piano Seminterrato:** Attività di Diagnostica per immagini, sono infatti qui locate la **TC e la Risonanza Magnetica** e le attività di servizio della struttura;
- **Piano Terreno:** sono qui ubicati gli ingressi di **accoglienza** e i servizi per l'accettazione amministrativa per le prestazioni ambulatoriali e per i pazienti in ricovero, vi si trovano inoltre alcuni **ambulatori specialistici**, il Servizio di Diagnostica per immagini per **Radiologia e Ecografia** ed infine gli **Uffici** di: Direzione Sanitaria, Acquisti, ed il **Laboratorio Analisi con i Punto Prelievi**;
- **Piano Primo:** si trova il **Blocco Operatorio** con tre sale chirurgiche, si trova qui inoltre la **U.O. di Medicina Generale** con annessi i 30 posti letto dedicati.
- **Piano Secondo:** si trova la **U.O. di Chirurgia** con annessi i 50 posti letto, di cui 30 accreditati e 20 autorizzati, suddivisi in letti per Chirurgia Generale, Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria e Urologia, sono inoltre qui ubicati i 5 letti della **Day Surgery Multidisciplinare**;
- **Piano Terzo:** si trova l'Ambulatorio per l'**Endoscopia**, gli **ambulatori Chirurgici** e gli **ambulatori medici** di: Oculistica, Otorinolaringoiatria, Pneumologia, Nutrizione clinica e Psichiatria e psicologia ed il Presidio Ambulatoriale di **Medicina Fisica e Riabilitazione**, con i box di terapia fisica e la **palestra, l'Ufficio tecnico**.

Nel 2017 è stato inaugurato il **Poliambulatorio "G. Montanari"**, situato accanto alla Casa di Cura, presso il quale sono presenti **ambulatori** dedicati alla Oculistica, Neurologia, Ginecologia, Dermatologia, Endocrinologia destinati sia a pazienti ricoverati che pazienti esterni; nella stessa struttura sono presenti anche gli uffici amministrativi.

Nel mese di luglio 2016, è stato stipulato un contratto di rete con l'OPA Sol et Salus S.P.A. al fine

di realizzare una rete di imprese denominata "Rete della Salute" per la aggregazione delle dotazioni di posti letto ed il raggiungimento della soglia minima necessaria per l'accreditamento secondo quanto previsto dal dm 70/2015, ma anche nell'intento di creare una alleanza cooperativa in grado di ampliare le Potenzialità di generare valore per gli utenti, tramite il confronto sistematico dei professionisti e la integrazione di competenze e risorse complementari.

## 2. DATI DI PRODUZIONE

Periodo di riferimento: gennaio / dicembre 2022 - AREA MEDICA

	2022	2021	2020	2019
<b>AREA DELLA PRODUZIONE – VOLUMI E APPROPRIATEZZA</b>				
N° ricoverati acuti	505	470	239	204
N° ricoveri AUSL Rimini	309	307	152	142
N° ricoveri da altre AUSL	196	163	103	62
N° ricoverati in medicina 1	219	247	176	180
N° ricoverati immunoematologia (Covid)	5			
Gg lungodegenza (diff rispetto al budget ) 4889	4621	4430	4489	4603
N° ricoveri da PS (diff rispetto al budget ) 130	259	301	124	106
Degenza media U.O. medicina tot	11.11	11.06	14.9	8.9
Medicina acuti	6.8	7.45	6.79	
Medicina 1	21.1	17.9	25.5	
Ricoveri per acuti extra-trim point	13/505 2.5	16/470 3.4%	11/239 4.6%	10/204 4.9%
Indice di occupazione p.l. medicina	127,67	96.03	44.52	36.03
Indice di occupazione p.l. medicina 1	90,43	86.7	87.8	90,08
% cartelle cliniche col set minimo di dati completo/tot cartelle				
ICP	1.35	1.23	1.72	2.01
Indice case mix	1.0	0.9	0.8	0.8
<b>AREA CONTINUITA' DELLE CURE – ESITO DEL RICOVERO – MEDICINA 1</b>				
Ordinarie al domicilio	49	65	36	38
Dimissioni protette in strutture extraospedaliere	43	41	39	50
Dimissioni con ADI	18	28	3	13
Trasferimento in rep. acuti	9	13	15	17
Trasferimento in riabilitazione	6	4	7	6
Dimissione volontaria	0	0	2	-
Deceduti	94/219 42.9	96/247 38.8%	73/176 41.5%	55/180 30.5%
<b>QUALITA' SICUREZZA E RISCHIO CLINICO</b>				
Gestione del rischio – utilizzo I.R.	11	4	12	2
Numero nuovi decubiti/tot. pazienti	21/724 2.9%	21/717 2.9%	44/415 10.6%	12/384 3.1%
numero cadute/totale giornate di degenza	9/9821 0.09%	13/7935 0.16%	9/6114 0.14%	8/6014 0.13%
% rilevazione dolore in cartella	100	100	100	100
Richieste di sangue conformi/numero delle richieste(dato di struttura II e III trim )	502/505 99.4			



	2022	2021	2020	2019
<b>AREA COMUNICAZIONE E SODDISFAZIONE DELLA UTENZA</b>				
rilevazione della soddisfazione dell'utenza (superiore al 90%)	si	si	no	si

Periodo di riferimento: gennaio / dicembre 2022 -AREA CHIRURGICA

		2022	2021	2020	2019
<b>AREA DELLA PRODUZIONE – VOLUMI E APPROPRIATEZZA</b>					
<b>Chirurgia polispecialistica</b>					
Casi ricoverati		4447	4178	2849	3773
Ricoverati da altre regioni		3909	3574	2180	2889
Ricoveri di alta complessità			954	730	1042
Degenza media preoperatoria		0.0	0.0	0.0	0.0
Monitoraggio riammissioni		17/4447 0.38 %	8/4178 0.19%	14/2849 0.49%	6/3773 0.16%
complicanze interventi chirurgici / totale interventi (dato aggregato)		19/4447 0.42%	37/4178 0.88%	24/2849 0.84%	43/3773 1.13%
modalità di dimissione, particolare su pazienti trasferiti in rep per acuti (dato aggregato)		7/4447 0.15%	11/4178 0.26%	1/2849 0.03%	9/3773 0.23%
n° infezioni / n° pazienti (inf. Profonde)		19/4447 0.42%	8/4178 0.19%	14/2849 0.49%	12/3773 0.31%
Indice Comparativo Performance (ICP)	09	0.55	0.52	0.68	0.56
	36	0.63	0.69	0.65	0.66
	38	0.80	0.82	0.78	0.83
	43	1.07	0.98	0.97	1.09
Indice Case Mix (ICM)	09	1.5	1.1	1.1	1.1
	36	1.6	1.1	1.3	1.2
	38	0.9	0.9	0.9	0.9
	43	0.9	0.8	0.8	0.8
Peso medio	09	1.1	1.5	1.5	1.5
	36	1.0	1.6	1.9	1.8
	38	0.9	0.9	0.9	0.9
	43	0.9	0.8	0.8	0.8
dimessi oltre soglia		4/4447 0.09%	8/4178 0.19%	6/2849 0.21%	7/3773 0.18%
rioperati/operati (15 gg)					
rapporto tra il numero dei pazienti rimandati/pianificati (effettuato pre-ricovero - non operati)		97/4544 2.1%	93/4178 2.22%	/2849	58/3773 1.5%
<b>Day surgery</b>					
Totale day surgery		1739	1522	952	1022
% pazienti non venuti in DS/ Pazienti attesi in DS		0	0/1522	0/952	0/1022
% pazienti ospedalizzati nelle 24 ore successive all'intervento in D.S.		174	218		
Pazienti ricoverati in DS / totale pazienti appropriati in DS (DGR 918/2018)		314/408 76.9	255/359 71.0	212/267 79.4%	344/498 69.0%
<b>Chirurgia ambulatoriale</b>					

		2022	2021	2020	2019
Chirurgia		118	71	80	165
Oculistica		1648	1653	1016	1374
Ortopedia		349	314	228	219
Totale chirurgia ambulatoriale		2115	2039	1324	1758
<b>Anestesia</b>					
Tipologia tecniche anestesilogiche	Generale	939	1047	830	1410
	Spinale	2182	1766	1177	1612
	Locale (LR)	3135	3039	1975	2335
n° interventi chirurgici per singola classe ASA/ N° totale interventi	ASA 1	33.0%	31.0%	30.4%	29.8%
	ASA 2	66.6 %	68.2%	68.2%	67.49%
	ASA 3	0.3 %	0.7%	1.4%	2.6%
	4 5	0	0	0	
Presenza di documentazione visita anestes. per la chirurgia d'elezione (O/DS) / totale interventi in chirurgia di elezione		100	100	100	100
N°doc. anestesilogici (contenente il set minimo di dati individuato) / tot delle CC controllate		100	100	100	100

<b>EFFICIENZA ED APPROPRIATO UTILIZZO DELLE RISORSE</b>	2022	2021	2020	2019
Pazienti dimessi con intervento non eseguito	32	16	11	16
sedute operatorie terminate dopo l'orario previsto ore 20 (>60 minuti) – chirurgia polispecialistica	4	5	12	15
Richieste di sangue conformi/numero delle richieste (di struttura II e III trim )	502/505 99.4%			
<b>QUALITA' SICUREZZA E RISCHIO CLINICO</b>				
Gestione del rischio – utilizzo I.R.	35	8	16	21
Check list con NC / totale delle check list compilate	3/5474 0.05 %	6/5172 0.11%	24/3426 0.7%	52/4888 1.06%
numero cadute/totale giornate di degenza	5/8065 0.06%	5/6263 0.08%	2/4440 0.04%	5/7386 0.06%
% rilevazione dolore in cartella	100%	100/100	100/100	100/100
% infezioni della ferita chirurgica/totale interventi effettuati (rilevaz. SiChER) profonde	19/5474 0.34 %	8/5172 0.15%	14/3426 0.40%	12/4888 0.24%
<b>AREA COMUNICAZIONE E SODDISFAZIONE DELLA UTENZA</b>				
Rilevazione della soddisfazione dell'utenza (sup al 90%)	SI	SI	NA	SI



### 3. POLITICA E OBIETTIVI PER LA SICUREZZA E LA QUALITÀ DELLE CURE

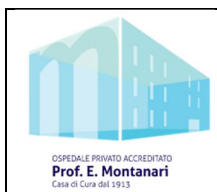
La politica per la sicurezza e la qualità adottata è coerente e riflette la mission e la vision della Casa di Cura e si propone quale strumento a sostegno degli obiettivi e valori permanenti e fondanti della organizzazione.

La finalità primaria è costituita dalla ricerca del miglioramento continuo della qualità dei servizi ed il raggiungimento e mantenimento di elevati standards assistenziali tramite la responsabilizzazione della Direzione per l'inclusione delle politiche di qualità tra le strategie dell'impresa, l'adozione di interventi e modalità operative che garantiscano una adeguata risposta ai bisogni di salute dei pazienti in un contesto caratterizzato dalla sicurezza, appropriatezza e continuità delle cure, capacità di ascolto degli utenti, coinvolgimento e sviluppo professionale di tutto il personale che opera presso la struttura.

Nell'ambito di tali riferimenti, la politica adottata trova riferimenti nel complesso degli strumenti della clinical governance:

- a. utilizzo sistematico di un set multidimensionale di indicatori di performance quale guida per valutare e migliorare l'appropriatezza e qualità delle cure e delle funzioni organizzative che influenzano l'esito e la soddisfazione degli utenti; l'andamento degli indicatori di performance è oggetto di sistematica periodica valutazione con il coinvolgimento delle diverse componenti professionali nell'ambito del "RIESAME DELLA DIREZIONE "; tale modalità operativa consente di individuare, programmare ed attuare le eventuali misure correttive necessarie per allineare le performances agli standards di riferimento e di creare, tramite la condivisione degli obiettivi ed il coinvolgimento dei professionisti una "cultura della qualità"
- b. utilizzo dell'"analisi di processo" quale strumento per valutare le performances organizzative delle attività sanitarie e per attuare gli interventi di miglioramento attraverso una logica trasversale che consente di identificare tutte le attività ed erogatori di prestazioni che intervengono nel processo di cura
- c. sviluppo di una cultura di prevenzione del rischio e sicurezza delle cure tramite mappatura dei rischi, utilizzo dell'incident reporting per intercettare eventi avversi o quasi-eventi (near miss), analisi dei fattori che influenzano l'insorgenza di tali eventi (root cause analysis, audit) ed attuazione degli interventi correttivi necessari. L'ampio coinvolgimento di tutta la componente professionale in tale processo e la individuazione di una figura di risk manager per la progettazione, gestione e coordinamento delle iniziative ha consentito lo sviluppo di un programma di sicurezza delle cure orientato ad una visione sistemica ed una condivisione dell'obiettivo prioritario della sicurezza delle cure da parte di tutti gli operatori.
- d. sviluppo dei contenuti tecnico professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specialità ed attività specialistica tramite l'adozione di un piano annuale di formazione che tiene conto dei bisogni formativi legati allo sviluppo dei programmi strategici della direzione ma anche delle istanze dei dipendenti riferite alla percezione di bisogno formativo per il completamento delle conoscenze ed abilità necessarie per lo svolgimento delle attività affidate
- e. adesione alle indicazioni e raccomandazioni Ministeriali e Regionali riferite alla qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure e recepimento delle stesse nelle procedure e protocolli operativi adottati dalla Clinica con la finalità di creare una cultura "evidence based" in grado di garantire che gli operatori possiedano skills e capacità di supervisione adeguati a garantire la erogazione di cure sicure e di qualità ai pazienti.





- f. utilizzo del “clinical audit” quale strumento di revisione che consente di valutare la misura di aderenza di processi o performances a standards o criteri di riferimento
- g. adozione di metodologie per identificare-comprendere-soddisfare i bisogni e le aspettative dei pazienti; gli strumenti predisposti sono costituiti da questionari riferiti all'accoglienza alberghiera e la percezione della qualità dell'assistenza globalmente ricevuta, ma anche dal monitoraggio dei reclami a fronte dei quali è sempre previsto un momento di ascolto e confronto con l'utente e, quando necessario, l'adozione degli interventi necessari per rimuovere i problemi

Gli strumenti e le modalità operative descritte costituiscono la cornice di riferimento della politica della casa di cura, ma anche gli elementi il cui sostegno e gestione integrata risulta imprescindibile per l'ottenimento dei risultati voluti in tema di qualità delle cure; è in tale ottica che, il progressivo consolidamento dell'utilizzo del software che permette la gestione complessiva ed integrata di ampia parte degli strumenti di clinical governance (qualità, rischio clinico, sicurezza, gestione per processi e formazione) ha consentito di disporre di un cruscotto direzionale che ,nell'ambito di una visione sistemica consente di valutare i processi e riorientare la rotta verso i traguardi desiderati e definiti dalle strategie disegnate dalla direzione.

#### 4. LEGGI, NORME, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI APPLICABILI

- D. Lgs. 502/92: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- D.P.R. 14/01/1997: 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.
- D. Lgs 229/99: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- D. Lgs 254/00: Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari.
- D. Lgs 81/08: Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro - Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- Circolare Ministeriale n.52/1985: "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988: "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza".
- D.M. 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 Novembre 1995;
- PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena;
- PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria;
- Piano Nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza 2017-2020;
- 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". (17G00041) (GU n.64 del 17-3-2017)
- Rapporti ISS COVID-19 Istituto Superiore di Sanità
- Leggi e Delibere regionali in materia di sicurezza e qualità delle cure
- Standard Joint Commission International per l'accreditamento degli ospedali – 7° edizione
- Circolari del MS in materia di Covid 19

## 5. ORGANIZZAZIONE E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- Quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
- Quella dell'Alta Direzione che si impegna ad adottarlo ed a fornire al Risk Manager e all'organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive (ad esempio la definizione di specifici obiettivi di budget), per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.


Di seguito la matrice delle responsabilità del PARM di Ospedale privato accreditato Prof. E. Montanari

AZIONE	MATRICE DELLE RESPONSABILITA' (MR)							
	RM	DS	DG	DA	RGQ	RF	CRM	CRC
POLITICA E STRATEGIE	C	C	R-A	C	C			C
REDAZIONE PARM	R	C	C	I	C	I		C
ADOZIONE DEL PARM	I	R	C	C			C	C
MONITORAGGIO DEL PARM	R	I	C	C	C	I		C
ANALISI E VALUTAZIONI	C	C	R-A	C	C	C	C	C

**LEGENDA:** **RM** = Risk Manager; **DS** = Direttore Sanitario; **DG** = Direttore Generale; **DA** = Direttore Amministrativo; **RGQ** = Responsabile Sistema di Gestione della Qualità; **RF** = Responsabile di funzione tecnica e/o di supporto; **CRM** = Coordinatore rischio clinico di struttura; **CRC** = Comitato aziendale per la gestione del rischio clinico

**R** = Responsabile, **I** = Interessato; **C** = Coinvolto; **A** = Approva/Valida

Il PARM della Ospedale privato accreditato Prof. E. Montanari viene verificato dal Risk Manager armonizzato con le linee di indirizzo della Direzione Generale e verificato attraverso audit interno di prima parte e audit di terza parte.

 OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO <b>Prof. E. Montanari</b> Casa di Cura dal 1913	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>RISULTATI DELLA GESTIONE REATTIVA E PROATTIVA</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

# **RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA E REATTIVA REALIZZATA NEL CORSO DEL'ANNO 2022**

## 6. RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA E REATTIVA REALIZZATA NEL CORSO DEL'ANNO 2022

### 6.1 ANALISI DEI SINISTRI

In ottemperanza agli art. 2 comma 5 e art.4 comma 3 della Legge 8 marzo 2017 n.24 l' Ospedale privato accreditato Prof. E. Montanari ha pubblicato sul proprio sito web i dati relativi alla sinistrosità che si riportano nella tabella seguente:

Anno	Sinistri occorsi (n°)	Importo sinistri liquidati (€)
2017	14	22.330
2018	20	225.337
2019	14	232.238
2020	16	628.637
2021	23	401.530
2022	13	895.916

### 6.2 REVISIONI DI PERCORSI ATTUATI A PARTIRE DALL'ANALISI DEI SINISTRI

Nella lettura dei dati relativi al risarcimento dei sinistri, occorre tenere presente che gli importi dei risarcimenti erogati sono relativi prevalentemente a sinistri accaduti e denunciati in anni precedenti.

L'analisi delle richieste di risarcimento è stata affrontata attraverso una cogestione sanitaria, amministrativa, legale e assicurativa.

L'analisi dei sinistri ha fatto emergere alcune aree critiche sulle quali si sta intervenendo sia con azioni organizzative che con azioni di revisione dei percorsi clinici.

Un'azione di miglioramento attuata nel 2022 è la formalizzazione del Comitato Valutazione Sinistri per una maggiore condivisione delle informazioni tra la gestione legale del contenzioso relativo alla medical malpractice e il sistema di clinical risk management.

### 6.3 GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI DI INCIDENT REPORTING

L'Ospedale privato accreditato Prof. E. Montanari, da alcuni anni si è dotata di uno specifico applicativo del sistema informatico denominato TaleteWeb (SW-TW), per la gestione del Rischio Clinico. Tutte le segnalazioni di incident reporting, in modo progressivo, sono fatte dal personale sanitario, di tutti i reparti, utilizzando form elettronici nativi del sistema SW-TW. I key users dell'Ospedale privato accreditato Prof. E. Montanari sono stati formati all'utilizzo del software. Si rimanda all'apposito paragrafo per i risultati dell'attività formativa in corso.

Purtroppo la gestione dell'emergenza pandemica ha rallentato l'attività formativa del personale e di conseguenza la diffusione e utilizzo massivo dei form elettronici. A questo si è aggiunto, inoltre, l'elevato turn-over del personale della Casa di Cura che rende necessario un ulteriore intervento formativo per l'utilizzo dei form elettronici. Pur in presenza di tale situazione, le segnalazioni di incident reporting sono proseguite utilizzando il gestionale ed i dati sono stati rielaborati automaticamente dal software.

Le tabelle seguenti sono prodotte dal sistema SW-TW attraverso l'elaborazione dei dati relativi alle segnalazioni di incident reporting fatte. L'utilizzo del gestionale è in fase di progressivo consolidamento e si sta rilevando uno strumento determinante per un sempre più efficace gestione dei processi di clinical risk management.

### 6.4 ANDAMENTO DELLE SEGNALAZIONI DI EVENTI PER TIPOLOGIA

Il numero più significativo di segnalazioni si riferisce, anche per il 2022, alle cadute accidentali. Non si è ancora diffusa "la cultura" della segnalazione dei near miss, ma si è convinti che gli interventi formativi programmati per i prossimi mesi contribuiranno sensibilmente al diffondersi di questa azione proattiva.

Notevolmente incrementata la segnalazione proattiva dei Near Misses.

Nel 2022 c'è stata un'unica segnalazione di atti di violenza a danno di operatori.

Le segnalazioni di infezioni correlate alle pratiche assistenziali (ICPA), vengono veicolate tramite i canali del rischio clinico.

Nel corso del 2022 sono stati segnalati dodici eventi avversi e nessun evento sentinella.

	Tipologie di evento						
	Near miss	Evento avverso	Caduta accidentale	Ricaduta	Aggressione	Evento sentinella	Infezione
2022	30	12	14	0	1	0	8
2021	4	2	18	1	1	0	2
2020	16	5	13		0	1	0
2019	5	1	13		0	2	10
Totale	55	20	58	1	2	3	20

	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>MONITORAGGIO, ANALISI E VALUTAZIONE INCIDENT REPORTING</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)


## 6.5 ANALISI DEI DATI DEL SISTEMA DI BUSINESS INTELLIGENCE DI TALETEWEB

La piattaforma TaleteWeb dispone di una procedura interna di business intelligence (B.I.) che consente l'elaborazione dei dati e la produzione di un sistema di reporting utilissimo per l'analisi e la valutazione delle aree critiche e dei fattori causali degli errori. Ovviamente la popolazione non è tale da trarre indicazioni statisticamente significative. Nel seguito si riportano le tabelle estrapolate dal sistema ritenute più rappresentative al fine di un'analisi reattiva. Il sistema di B.I. di TaleteWeb è in grado di incrociare i dati secondo le necessità di analisi.

Gli eventi avversi, non dovuti a caduta accidentale segnalati, sono stati solo 2.

**Tabella (B.I.) 01 – Segnalazioni di I.R. per unità operativa**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Totale
Ambulatori	1					1	<b>2</b>
Blocco Operatorio	4	7	2	5	2	6	<b>26</b>
Chirurgia Generale	1	2	3	2		2	<b>10</b>
Chirurgia Polispecialistica	1	7	3	13	3	2	<b>29</b>
Day Surgery		1					<b>1</b>
Degenze			1				<b>1</b>
Diagnostica per immagini				1			<b>1</b>
Laboratorio Analisi	1						<b>1</b>
Lungodegenza		3	8	5	4	2	<b>22</b>
Medicina	1	2	2	5	8	2	<b>20</b>
Medicina Generale	1	3		2	5	2	<b>13</b>
Oculistica					1		<b>1</b>
Ortopedia		1	1	1	2		<b>5</b>
Pre Ricoveri		1		1			<b>2</b>
Radiodiagnostica RX				1			<b>1</b>
Terapia Fisica					1		<b>1</b>
<b>Totale</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>36</b>	<b>26</b>	<b>17</b>	<b>136</b>

	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>MONITORAGGIO, ANALISI E VALUTAZIONE INCIDENT REPORTING</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

**Tabella (B.I.) 02 – Dinamica caduta accidentale**


	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Totale
Cade dal lettino rx				1			<b>1</b>
Dal letto		2	2	5	2	1	<b>12</b>
Dal letto con spondine		2	3	3	6	2	<b>16</b>
Scavalco spondine						1	<b>1</b>
Mentre si alza dal letto						2	<b>2</b>
Dalla carrozzina			2		1		<b>3</b>
Dalla sedia		2					<b>2</b>
Deambulando		3	4	4	9		<b>20</b>
In piedi			2			1	<b>3</b>
In bagno o mentre si reca in bagno						5	<b>5</b>
Perdita equilibrio scivolamento inciampo	1					2	<b>3</b>
<b>Totale</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>68</b>

Le 14 segnalazioni di caduta del 2022 evidenziano che in 5 casi i pazienti sono caduti in bagno o mentre andavano in bagno.

**Tabella (B.I.) 04 – livello di gravità delle segnalazioni di I.R.**

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Totale
&nbsp;	1	9	14	13	19	15	<b>71</b>
Livello 1 - Situazione pericolosa - danno potenziale - evento non occorso	5	9		9	4	20	<b>47</b>
Livello 2 - Situazione pericolosa - danno potenziale - evento occorso	1					1	<b>2</b>
Livello 3 - NESSUN ESITO - Evento in fase conclusiva - nessun danno occorso		4	4	7		4	<b>19</b>
Livello 4 - ESITO MINORE - Nessun danno occorso o danni minori che non richiedono trattamento	1	4		3	1	7	<b>16</b>
Livello 5 - ESITO MODERATO - Osservazioni o monitoraggi extra - indagini diagnostiche minori - trattamenti minori	2			2	2	5	<b>11</b>
Livello 6 - ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO - Osservazioni o monitoraggi extra - indagini diagnostiche - intervento chirurgico		1	2				<b>3</b>
Livello 8 - ESITO SEVERO - Disabilità permanente - contributo alla morte				2			<b>2</b>
<b>Totale</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>20</b>	<b>36</b>	<b>26</b>	<b>52</b>	<b>171</b>



	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>RISULTATI DELLA GESTIONE DELL'EMERGENZA PANDEMICA</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

## 6.6 RENDICONTO DELLE ATTIVITA' REALIZZATE PER LA GESTIONE DELLA PANDEMIA


Le attività pianificate e realizzate dalla Ospedale privato accreditato Prof. E. Montanari per la gestione della emergenza COVID hanno avuto come obiettivo quello di:

- Prevenire la diffusione di COVID-19 all'interno della struttura;
- Identificare e isolare tempestivamente i pazienti con possibile COVID-19 a questo scopo, nel mese di Gennaio è stata delimitata un'area di 4 camere nella quale sono stati accolti, in isolamento, i pazienti positivi asintomatici o paucisintomatici, informare il personale della struttura e le autorità sanitarie competenti;
- Garantire l'assistenza per un numero limitato di pazienti con COVID-19 confermato o sospetto nell'ambito delle operazioni di routine;
- Prendersi cura potenzialmente di un numero maggiore di pazienti nel contesto di un focolaio crescente, pur mantenendo cure adeguate per gli altri pazienti;
- Monitorare e gestire il personale sanitario che potrebbe essere esposto a COVID-19;
- Comunicare efficacemente all'interno della struttura e pianificare un'adeguata comunicazione esterna relativa a COVID-19

Anche per tutto l'anno 2022 intensa è stata l'attività di redazione e aggiornamento di istruzioni operative distribuite in forma controllata a tutto il personale.

Anche per tutto l'anno 2022 intensa è stata l'attività di redazione e aggiornamento di istruzioni operative distribuite in forma controllata a tutto il personale.

Prog.	Data e ora	Documento
001/2022	2022-01-13 09:58:21	Modalità di accesso alla struttura e misure applicabili alle aree di degenza, alle attività ambulatoriali ed agli ulteriori servizi sanitari di supporto
002/2022	2022-01-20 10:08:41	IO 19 36 MANUALE Covid-19 - rev 8 - INDICAZIONI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO PER LA RIPRESA DELLE ATTIVITA' ORDINARIE DURANTE L' EPIDEMIA DA COVID-19
004/2022	2022-02-11 14:08:32	IO 19 36 MANUALE Covid-19 - rev 10 - INDICAZIONI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO PER LA RIPRESA DELLE ATTIVITA' ORDINARIE DURANTE L' EPIDEMIA DA COVID-19
005/2022	2022-03-09 16:36:17	IO 19 35 accesso visitatori e informazioni ai congiunti
006/2022	2022-03-17 10:16:02	IO 19 35 RIPRESA DELLE visite ai degenti Fase 2 COVID19
007- 008 - 009/2022	2022-03-18 13:22:43	IO 19 36 MANUALE Covid-19 - rev 11 INDICAZIONI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO PER LA RIPRESA DELLE ATTIVITA' ORDINARIE DURANTE L' EPIDEMIA DA COVID-19
010/2022	2022-04-11 12:33:40	IO 19 35 accesso visitatori e informazioni ai congiunti
011/2022	2022-04-11 12:52:12	IO 19 36 MANUALE Covid-19 - INDICAZIONI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO PER LA RIPRESA DELLE ATTIVITA' ORDINARIE DURANTE L' EPIDEMIA DA COVID-19

	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>RISULTATI DELLA GESTIONE DELL'EMERGENZA PANDEMICA</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

036/2022	2022-06-14 09:14:17	Obbligo vaccinale III dose per tutto il personale fino al 31/12/2022
037/2022	2022-06-16 11:05:56	Utilizzo mascherina FFP2
049/2022	2022-07-15 14:30:19	IO 19 36 rev 14 manuale Covid - Modalità di accesso alla struttura e misure applicabili alle aree di degenza, alle attività ambulatoriali ed agli ulteriori servizi sanitari di supporto
053/2022	2022-09-02 08:35:01	IO 19 36 MANUALE Covid-19 - rev 15 INDICAZIONI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO PER LA RIPRESA DELLE ATTIVITA' ORDINARIE DURANTE L' EPIDEMIA DA COVID-19
057/2022	2022-09-15 12:18:25	IO 19 36 MANUALE Covid-19 - rev 16 INDICAZIONI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO PER LA RIPRESA DELLE ATTIVITA' ORDINARIE DURANTE L' EPIDEMIA DA COVID-19

Si ritiene che il 2023 sarà l'anno in cui buona parte della documentazione Covid prodotta sarà resa obsoleta, visto il progressivo rientro alla normalità. Come misura di miglioramento sarà realizzato un pronto aggiornamento del Sistema di Gestione al fine di prevenire la sussistenza di documentazione superata e non più in vigore.

## 6.7 ANDAMENTO DELLA GESTIONE REATTIVA

	Attività di presa in carico (gestione reattiva) IR							
	Totale segn. IC	Segn. prese in carico	Segn. senza seguito	Segn. prese in carico con Azione correttiva	Segn. prese in carico con RCA	Segn. prese in carico con SEA	Segn. prese in carico con altre azioni	Segn. da prendere in carico
<b>2022</b>	57	49	6	5	1	2	8	0
<b>2021</b>	26	26	2	0	0	0	24	0
<b>2020</b>	35	35	6	1	1	2	25	0
<b>2019</b>	21	21	8	2	1	2	8	0
<b>Totale</b>	82	82	16	3	2	4	57	0


Nonostante il perdurare della pandemia, intensa è stata l'attività reattiva, nel corso del 2022, a fronte delle segnalazioni pervenute elettronicamente tramite il SW-TW. Quasi tutte le 57 segnalazioni sono state prese in carico dal risk manager con una intensa attività reattiva che ha generato azioni ed interventi immediati.

Nella gestione delle attività reattive sono stati coinvolti tutti i professionisti interessati agli eventi analizzati e significative sono state le azioni programmate per prevenire il ripetersi degli eventi intercettando tutte le cause profonde. I dati della presa in carico si riferiscono esclusivamente alle segnalazioni pervenute con il mezzo elettronico.

## 6.8 ANDAMENTO MENSILE DELLE SEGNALAZIONI DI EVENTI

	Numero eventi per mese 2022												
	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Tot
<b>Near miss</b>	1	4	3	1	2	2	7	1		4	3	2	30
<b>Evento avverso</b>			2			3			1	3	3		12
<b>Caduta accidentale</b>		2	4	1	1	1	2			1	1	1	14
<b>Ricaduta</b>													
<b>Aggressione</b>											1		1
<b>Evento sentinella</b>													
<b>Infezione</b>	1			2	1	1			1	2			8
<b>Totale</b>	2	6	9	4	4	7	9	1	2	10	8	3	65

L'andamento mensilizzato delle segnalazioni evidenzia, in particolare per i dati relativi alla caduta, una linearità nel corso dei mesi senza picchi "stagionali".


 <p>OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO <b>Prof. E. Montanari</b> Casa di Cura dal 1913</p>	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>RISULTATI DEGLI INTERVENTI REATTIVI</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

## 6.9 DEBITI INFORMATIVI FLUSSI REGIONALI E SIMES

I debiti informativi verso la Regione e verso il Ministero (flusso SIMES) e gli obblighi di pubblicazione dei dati sul sito della Ospedale privato accreditato Prof. E. Montanari derivanti dalla Legge 24/2017, sono stati puntualmente assolti, in particolare:

I dati relativi ai sinistri e agli eventi sono stati pubblicati sul sito della Ospedale privato accreditato Prof. E. Montanari;

Non essendosi verificato nessun evento sentinella non si è reso necessario compilare la scheda A e la scheda B previste dal flusso SIMES.

 <p>OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO Prof. E. Montanari Casa di Cura dal 1913</p>	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>RISULTATI DEGLI INTERVENTI PROATTIVI</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

## 7. RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA REALIZZATA

Intensa è stata l'attività proattiva programmata e realizzata dalla struttura Rischio Clinico della Ospedale privato accreditato Prof. E. Montanari, nel corso dell'anno 2022, in attuazione della politica aziendale. In seguito si riportano le principali aree della gestione proattiva su cui si è intervenuti nel corso dell'anno.

### 7.1 ATTIVITA' FORMATIVE EFFETTUATE NELL'ANNO 2022 IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO


Durante i primi mesi dell'anno 2022, il personale infermieristico è stato impegnato a terminare il percorso formativo già intrapreso nel 2021 ed incentrato sulle seguenti tematiche:

- Rischio clinico, errori in sanità e responsabilità professionale
  - Ambito generale di riferimento;
  - L'errore nella pratica clinica: tassonomia e classificazione degli errori;
  - Modalità di prevenzione e controllo del rischio
  - La documentazione sanitaria;
  - La responsabilità professionale medico legale.
  
- La caduta del paziente
  - Introduzione al problema: la caduta del paziente
  - I fattori del rischio caduta
  - Interventi assistenziali per la prevenzione della caduta: tecniche per la mobilizzazione e l'assistenza alla deambulazione
  
- Infezioni Correlate all'Assistenza
  - Misure di igiene personale ed igiene ambientale per la prevenzione delle ICA;
  - Esame dei contenuti delle procedure, raccomandazioni e linee guida emanate a livello nazionale;
  - Analisi delle criticità legate all'applicazione delle buone pratiche nello specifico ambito operativo;
  - Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.
  
- La comunicazione nella gestione del rischio clinico
  - Gestire e comunicare gli eventi avversi;
  - Strategie e strumenti per la gestione della crisi;
  - Incident reporting (segnalazione eventi avversi).

Il percorso formativo si è completato anche di attività non prettamente formative costituite da questionari che sono stati sopposti a ciascun dipendente in formazione al fine di elaborare:

- Valutazione preliminare delle capacità/aspettative di ciascun discente
- Valutazione del benessere organizzativo
- Valutazione al termine dell'attività formativa della rispondenza della formazione alle strategie aziendali attese e spendibilità delle competenze acquisite dal lavoratore nel contesto aziendale
- Analisi del fabbisogno formativo per l'anno successivo.

Il servizio di Diagnostica per immagini ha realizzato un percorso che ha coinvolto tutti i tecnici di

	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>RISULTATI DEGLI INTERVENTI PROATTIVI</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

radiologia e i medici radiologi con il fine di aggiornare la formazione in merito alle procedure adottate e implementare la conoscenza all'uso del nuovo apparecchio di risonanza magnetica installato in struttura. Sono stati oggetto di analisi anche particolari casi clinici.

Il servizio di terapia fisica ha organizzato incontri interni, accreditati ECM, durante i quali i professionisti hanno realizzato una "peer education" con cui ciascuno di loro ha formato i colleghi allo svolgimento di diverse manovre.

Come negli anni precedenti, anche nel 2022 sono stati realizzati tre incontri, audit clinici, ai quali hanno preso parte i medici internisti strutturati, che hanno avuto lo scopo di analizzare gli indicatori di qualità dei servizi offerti dalla struttura.

Il piano della formazione del 2022 si è completato inoltre di corsi FAD segnalati e/o richiesti dal personale e ritenuti idonei dai R.U.O., i corsi obbligatori per i neo-assunti: privacy, sicurezza, rischi generali ed i corsi selezionati per Fisioterapisti, Biologi, Tecnici di radiologia, impiegati, medici.

Nel corso dell'anno 2022 l'ufficio formazione con la collaborazione dei responsabili di unità operativa, la Direzione Sanitaria e il provider Gruppo Fipes, ha realizzato una piattaforma interna per lo svolgimento di un percorso di autoformazione del neo assunto infermiere che viene svolto contestualmente al suo periodo di inserimento/addestramento. Questo percorso verrà ripreso anche nel corso dell'anno 2023 e verrà ampliato nei suoi contenuti.

Per favorire il continuo aggiornamento di tutto il personale medico collaboratore libero professionale della struttura, Casa di Cura Montanari ha finanziato l'acquisto di un pacchetto formativo costituito da 3 corsi di formazione FAD aventi ad oggetto:

- La sicurezza delle cure
- Rischio biologico e operatori sanitari
- Privacy, la tutela dei diritti nel trattamento dei dati personali


Sono stati realizzati due percorsi formativi in collaborazione con Sol et Salus:

- Gestione del rischio clinico e qualità: due sistemi integrati per il miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie"
- "buon uso degli antibiotici e rischio infettivo: un approccio integrato"

Continuerà anche per l'anno 2023 l'attività di confronto, collaborazione e condivisione di un programma di sviluppo della formazione con l'altro presidio di Rete della Salute, è stata soltanto posticipata: le referenti della formazione realizzeranno i consueti incontri annuali, al fine di tentare di elaborare percorsi formativi comuni.

Nell'anno 2022 Casa di Cura Montanari ha promosso anche lo sviluppo delle competenze del proprio personale favorendo i lavoratori che hanno manifestato la volontà di frequentare Master/corsi altamente professionalizzanti:

- Management per le funzioni di coordinamento nell'area delle professioni sanitarie (1 persona in formazione)
- La sicurezza nei luoghi di lavoro (1 persona in formazione)
- Risonanza magnetica: applicazioni e competenze specialistiche (2 persone in formazione)
- Management e funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie (2 persone in formazione)

	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>RISULTATI DEGLI INTERVENTI PROATTIVI</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)


La seguente tabella riassume per ciascuna area

- Figura professionale
- n. dipendenti per ciascuna figura professionale
- n. dipendenti coinvolti in attività formative
- n. eventi formativi complessivamente organizzati

Area /U.O.	Figura professionale	n. dipendenti per ciascuna figura professionale	n. dipendenti coinvolti in attività formative	n. eventi formativi organizzati
Degenza Medicina, Chirurgia, endoscopia, ambulatorio	Caposala	2	2	8
	Infermieri	45	45	15
	Infermieri generici	1	1	3
	O.S.S.	13	13	2
	Ausiliaria	1	1	1
Sala Operatoria	Caposala	1	1	9
	Infermieri	25	25	9
	O.S.S.	9	9	2
	Anestesista	1	1	5
	Ortottista	1	1	3
Fisioterapia	Fisioterapisti	7	6	10
Radiodiagnostica	TRSM	5	5	5
Laboratorio Analisi	Biologo	2	2	7
	Tecnici di Laboratorio	2	2	6
Ufficio Tecnico	Tecnici manutentori	6	6	4
Risorse umane/Uff. Amministrativo	Impiegati area risorse umane/Uff. Amministrativo	7	7	12
Ufficio Accettazione	Impiegati Uff. Accettazione	15	15	3
Ufficio Acquisti	Impiegati	2	2	2
Ufficio Ricoveri / Pre-ricoveri	Impiegati	3	2	4

Il totale delle ore di formazione erogate alla totalità dei dipendenti ed in relazione agli eventi formativi interni ed esterni, nell'arco dell'anno 2022 ammonta a 9306.5.

Sono stati distribuiti a tutti i dipendenti coinvolti in attività formative ed ai responsabili di ciascuna U.O. i questionari di valutazione sui corsi svolti, al fine di stabilire il grado di soddisfazione rispetto alle attività formative oltre che l'efficacia, il gradimento, le valutazioni sul livello di apprendimento ecc., e sono stati redatti dei report per ciascun corso valutato, oltre a report riassuntivi su tutta l'attività formativa svolta

	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>RISULTATI DEGLI INTERVENTI PROATTIVI</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

A conclusione del percorso formativo pianificato per il 2022, si può senza dubbio esprimere un giudizio positivo sia in termini di partecipazione da parte di tutto il personale coinvolto nei corsi di formazione, sia in termini di soddisfazione per gli argomenti trattati.

## 7.2 VALUTAZIONE FMEA-FMECA

Il software TaleteWeb consente una gestione completamente informatizzata di questa metodica. Considerato che i requisiti di accreditamento della Regione Emilia Romagna richiedono l'adozione di questa tecnica proattiva, sono stati avviati nel 2022 due gruppi di progetto con l'obiettivo di formare alcuni facilitatori all'utilizzo di questa innovativa ed efficace metodologia sfruttando anche il corso avanzato di rischio clinico effettuato.

Per il 2022 è stata fatta una FMECA sul processo di comunicazione tra reparto e sala operatoria. Sono state condotte inoltre le seguenti attività reattive:

- Sea su processo di prevenzione delle cadute
- Sea su processo di marcatura del sito
- Rca su evento occorso ad un paziente scottato con tecar in fisioterapia.

## 7.3 SAFETY WALK ROUND

Nel mese di dicembre 2022 è stato condotto un Safety Walkaround.


Nei giorni precedenti era stata condivisa l'attività con la diffusione di una lettera, della procedura e delle domande previste. È stata condivisa la procedura di SW e la metodologia di conduzione dell'attività. Verificato il questionario e il calendario di conduzione del SW.

Sono state condotte le attività nel raggruppamento medico e nel raggruppamento chirurgico.

Sono state annotate e classificate le evidenze organizzando le stesse secondo la tassonomia di Vincent. Di seguito la ricorrenza dei fattori contribuenti.

Fattore Contribuente	Categorie del "Fattore Contribuente"	N.
1) Fattori Org. e gestionali (15)	1 A: Struttura Organizzativa (Gerarchia)	2
	1 D: Cultura della Safety-permea gli altri processi organizzativi per tutto lo staff?	13
2) Ambiente di lavoro (22)	2A: Gestione Facilità di conduzione e revisione della gestione complessiva	2
	2 B: Gestione della manutenzione	6
	2 D: Disponibilità e manutenzione delle attrezzature	1
	2 E: Risorse umane - indisponibilità	2
	2 F: Formazione e Addestramento	3
	2 G: Carichi di lavoro e turnazione	8
	2 I: Fattori distrattivi ambientali*	4
3) Team (24)	3 A: Comunicazione verbale tra personale	7
	3 B: Comunicazione scritta- incompleta/assente	11
	3 C: Supervisione e richiesta di aiuto da personale esperto	1
	3 E: definizione chiara delle responsabilità	1
	3 F: Reazione del personale agli incidenti	4
5) Compiti e processi (5)	5 C: Disponibilità utilizzo ed affidabilità di tipologie specifiche di strumenti	3
	5 D: Progettazione del compito	2
	6 A: Condizioni e complessità	7



	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>RISULTATI DEGLI INTERVENTI PROATTIVI</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

Fattore Contribuente	Categorie del “Fattore Contribuente”	N.
6) Caratt. dei pazienti (21)	6 B: Lingua e comunicazione	1
	6 C: Trattamento – rischi associati alla cura	2
	6 G: Incidenza dei parenti come fattore di disturbo*	11

Le evidenze del SW Saranno discusse dal Comitato Aziendale per la gestione del rischio clinico ed affrontate con azioni di miglioramento nel corso del 2023

#### 7.4 RISK ASSESSMENT

Nel corso del 2022 è stato realizzato un risk assessment finalizzato a fotografare il livello di conformità della Casa di Cura ai gold Standard in materia di qualità e sicurezza del paziente. Per l'effettuazione dell'assessment sono state svolte le seguenti attività:

- Esame della documentazione (sistema di gestione);
- Intervista alla direzione;
- Esame di cartelle cliniche;
- Intervista agli operatori;
- Facility tour della struttura;
- Osservazione diretta delle attività e dei comportamenti.

Gli standard di riferimento utilizzati per il processo di assessment sono tratti da:

- Manuali e linee guida del Ministero della salute (es. Manuale per la sicurezza in sala operatoria);
- Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi avversi emesse dal Ministero della Salute;
- Gold standard applicabili (es. Standard JCI per l'accreditamento degli Ospedali VII edizione).

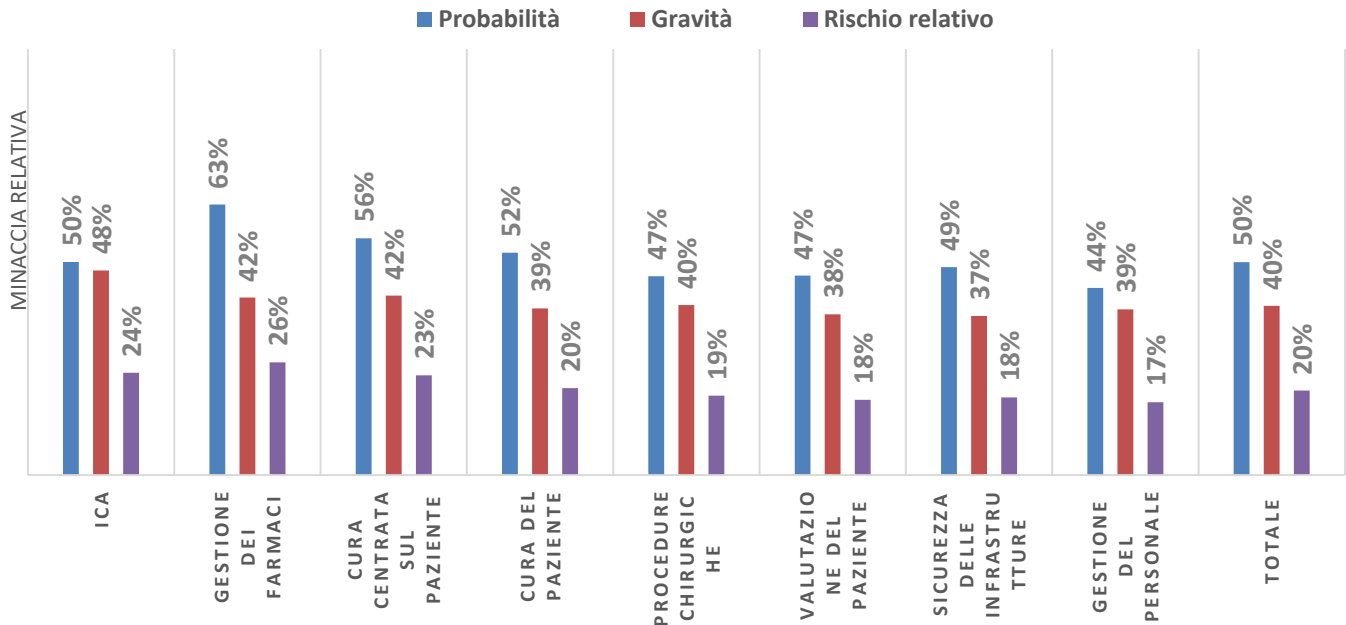
Le aree di indagine dall'assessment sono le seguenti:

- Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente;
- Accesso all'Assistenza e Continuità delle Cure;
- Diritti del paziente e dei familiari;
- Valutazione del Paziente;
- Cura del Paziente;
- Assistenza Anestesiologica e Chirurgica;
- Gestione e Utilizzo dei Farmaci;
- Miglioramento della Qualità e Sicurezza del Paziente;
- Prevenzione e Controllo delle Infezioni;
- Governo, Leadership e Direzione;
- Gestione e Sicurezza delle Infrastrutture;
- Qualifiche e Formazione del Personale;
- Gestione delle Informazioni.

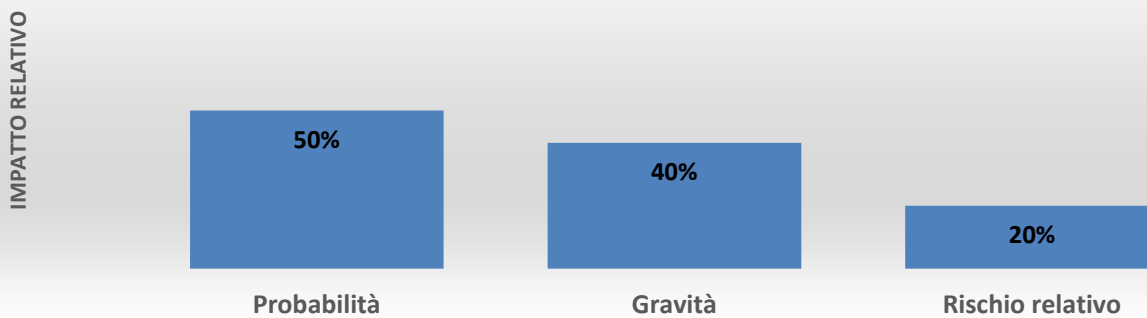
L'assessment si è concluso con un report contenente le principali opportunità di miglioramento su cui è stata incentrata l'attività nei mesi successivi.

Contestualmente è stata creata una mappatura dei rischi con la metodologia HVA che ha consentito di individuare qualitativamente e quantitativamente gli indici di rischio della casa di cura nelle principali aree cliniche. È previsto per il 2023 un reassessment completo con aggiornamento della mappa HVA. Ciò consentirà di apprezzare la riduzione del rischio relativo ed assoluto a seguito degli interventi fatti. Di seguito si riportano complessivamente gli indici di probabilità e gravità così determinati per area e per l'intera struttura.

## RISCHIO RELATIVO SPECIFICO



## Probabilità - Gravità - Rischio relativo




### 7.5 CONFORMITA' ALLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E ALLE LINEE GUIDA

Anche a seguito del risk assessment si è proceduto, nel corso della seconda metà del 2022 ad ampia revisione delle procedure e delle istruzioni operative, che sono state approvate e distribuite attraverso il programma Talete Web. Di seguito si riportano le principali attività svolte.

#### Gestione dei farmaci:

- È stato analizzato tutto il processo di gestione dei farmaci.
- È stato aggiornato il prontuario farmaceutico il quale è stato riportato su format con doppio ordinamento, LASA e FALA con colonne su triturabilità e divisibilità.
- È stata creata la do not crush list su file excel.
- Sono stati predisposti e condivisi i moduli per la richiesta motivata di inserimento di nuovi farmaci in prontuario e per la validazione clinica ex post dei nuovi farmaci inseriti in prontuario.
- È stato predisposto l'elenco LASA su format definitivo ed è stato consegnato il Format elenco

	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>RISULTATI DEGLI INTERVENTI PROATTIVI</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

specifico di farmaci ad alto livello di attenzione (FALA) con relative modalità di gestione e luoghi autorizzati per la conservazione.

- Sono state predisposte liste di stabilità multidose per tipologie di farmaci e soluzioni disinfettanti. Occorre verificare le liste e distribuirle ai reparti.
- È stato implementato il controllo della temperatura dei depositi farmaci.
- È stato implementato un modulo per la verifica dei depositi periferici da avviare mensilmente in tutti i depositi.

### **Prevenzione delle cadute**

- È stato predisposto un modulo semplificato per la registrazione del processo in chirurgia.

### **Check list preoperatoria in reparto**

- È stato analizzato il processo di marcatura.
- È stato modificato il modulo di check list interventi chirurgici per validazione marcatura primo operatore.
- È stata creata e condivisa scheda controlli in reparto.

### **Carrelli per le urgenze**

- Sono state apportate lievi modifiche alla documentazione, implementati i controlli sulla bombola di ossigeno e inseriti aspiratori portatili.

### **Comunicazioni verbali e readback**

- È stata discussa ed approvata l'istruzione per la gestione delle comunicazioni verbali e condivisi modulo di readback e elenchi esiti critici.

### **Acronimi e abbreviazioni**

- È stata discussa e approvata la bozza di istruzione per la gestione di acronimi, abbreviazioni e sigle.
- Sono state definite liste specifiche e avviata la progressiva limitazione di acronimi su relazione di dimissione, moduli di consenso e referti.

### **Diagnostica per Immagini**


- Sono stati rivisti i consensi e predisposti nuovi moduli. Condivisi esiti critici. Implementata istruzione su uso sicuro del gel ecografico. Discussa e approvata istruzione prevenzione reazioni MDC

### **Endoscopia**

- Sono stati ripercorsi i processi di endoscopia.
- È stata condivisa una nuova check list procedure endoscopiche.
- È stata condivisa la necessità di formazione ALS per personale che gestisce sedazione procedurale fuori dal BO.
- Sono stati rivisti i consensi informati.
- È stata revisionata la procedura.

### **Laboratorio di analisi**

- Sono stati verificati i processi di POCT e predisposti moduli per la registrazione dei CQ da parte dei reparti e del laboratorio.

 <p>OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO Prof. E. Montanari Casa di Cura dal 1913</p>	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>RISULTATI DEGLI INTERVENTI PROATTIVI</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

- Sono state riviste le periodicità dei controlli.

### Ufficio Tecnico

- Sono stati verificati i campionamenti ambientali ed introdotti nuovi campionamenti in endoscopia e nuovi punti di controllo sulla legionella.

### Complesso operatorio

- Avviata la revisione procedura gestione strumentario chirurgico veicolati agli ambulatori di chirurgia.
- Avviata revisione procedura percorso paziente chirurgico ambulatoriale, sanificazione (da suddividere tra attività interna ed esterna).
- Avviata revisione procedura di accesso specialist e gestione del loro strumentario.
- Avviata infine la revisione della procedura sicurezza in SO.

## 7.6 CONTROLLO QUALITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA


Nel corso dell'anno 2022 con l'ausilio di apposita check list su sistema informatico TaleteWeb, sono state controllate 672 cartelle cliniche (contro le 569 del 2021); gli item controllati sono stati complessivamente 16.487 in netta crescita rispetto ai 14.747 del 2021. Gli item con risposta negativa sono stati 859 (erano stati 1388 nel 2021) pari al 5,2% (in netto calo rispetto al 9,4% del 2021). Per le aree di maggiore criticità si è prontamente intervenuti.

Nel 2023 sarà revisionata ed arricchita la check list di valutazione della completezza della cartella clinica con il controllo di ulteriori requisiti di contenuto. Ciò consentirà di rendere maggiormente completa la documentazione sanitaria migliorando al contempo la qualità e sicurezza delle cure erogate. Principali aree di intervento relative all'arricchimento della check list riguardano ma non si limitano a:

- L'utilizzo di acronimi e abbreviazioni
- La ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica
- La valutazione anestesiológica e la rivalutazione preinduzione;
- Lo screening nutrizionale;
- Maggiori elementi di valutazione iniziale del paziente tanto medica quanto infermieristica;
- Rivalutazione del paziente;
- Pianificazione del percorso di cura;
- Prescrizione dietetica;
- Conferma della pianificazione dell'intervento chirurgico.

## 7.7 INFEZIONE CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICPA)

Le iniziative di prevenzione dell'insorgenza di infezioni nosocomiali sono state tradotte in un programma che riassume le principali aree tematiche di attività e strategie da attuare per il contrasto alle infezioni correlate all'assistenza. Il programma include le iniziative da mettere in atto per l'adesione a programmi avviati dalla Regione Emilia-Romagna, quali il monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico, il monitoraggio e sistema di sorveglianza e segnalazione dei microrganismi con profilo di antibiotico resistenza atipico e sentinella, le misure di prevenzione di infezioni sempre più diffuse soprattutto in area medica quali le infezioni da CPE. Nelle procedure e protocolli operativi riferiti a tale area tematica sono indicate le misure comportamentali e di interruzione della catena di trasmissione da mettere in atto (lavaggio delle mani, uso dei dispositivi di protezione, misure di isolamento).

	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>RISULTATI DEGLI INTERVENTI PROATTIVI</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

Sono proseguite nelle due U.O. le attività di sorveglianza per il controllo della applicazione delle corrette procedure per l'igiene delle mani, utilizzando la piattaforma Talete.

Il piano è stato recepito dal CIO, istituito quale organismo di riferimento per la elaborazione e sviluppo di politiche di prevenzione e per lo sviluppo di una cultura diffusa riferita a tale area tematica anche attraverso la formazione degli operatori.

Nel corso del 2022 è stata aggiornata la composizione del CIO e ridefinito il suo mandato. In particolare, il Gruppo è responsabile dello sviluppo di un sistema di sorveglianza e di prevenzione del rischio di infezioni in ambito ospedaliero ed ha le seguenti responsabilità:

- a) valutazione epidemiologica degli agenti microbici isolati in ambito ospedaliero;
- b) accertamento dell'incidenza delle infezioni nosocomiali;
- c) sorveglianza e prevenzione dell'emergenza di ceppi di microrganismi multi resistenti o resistenti ai farmaci di ultima generazione;
- d) attività di promozione e controllo del corretto utilizzo dei farmaci anti-microbici;
- e) definizione e revisione delle procedure operative e dei controlli microbiologici ambientali finalizzati alla prevenzione del rischio biologico;
- f) promozione e valutazione dei controlli di igiene sanitaria;
- g) creazione dei flussi informativi verso le istituzioni pertinenti;
- h) creazione dei flussi informativi atti alla formazione del personale sanitario ai fini della prevenzione delle infezioni nosocomiali.

Il Gruppo Operativo si riunisce con frequenza almeno mensile e prende visione dei dati riportati sulle schede di monitoraggio predisposte per l'attività di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere; l'esito delle riunioni viene formalizzato in apposito verbale.

Responsabilità e compiti sono definiti in dettaglio nel documento "*Piano per la prevenzione e il controllo alle infezioni ospedaliere*".

Il Comitato è composto da:


- Direttore Sanitario e Referente per il rischio clinico
- Medico referente Raggruppamento medico
- Medico referente Raggruppamento chirurgico
- Responsabile del servizio specialistico di Laboratorio
- Biologo laboratorio di analisi;
- Responsabile del servizio specialistico di Radiodiagnostica e Responsabile Qualità
- Coordinatori infermieristici
- Personale infermieristico addetto al programma IPC

IL CIO svolge anche i compiti di Team di Antimicrobial Stewardship (TAS)

Le funzioni di Coordinatore del TAS sono affidate al DS.

Compiti del TAS sono:

- definire ed aggiornare periodicamente un programma di Antimicrobial Stewardship coerente con le linee guida nazionali e regionali;
- definizione della lista dei farmaci antibiotici ad alta attenzione per i quali prevedere una politica di restrizione prescrittiva;
- definire e diffondere procedure ed istruzioni operative per l'attuazione del programma;
- effettuare audit interni sulla appropriatezza della prescrizione;

	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>RISULTATI DEGLI INTERVENTI PROATTIVI</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

- assicurare la formazione del personale sull'uso degli antibiotici;
- redigere un report annuale sullo stato di attuazione del programma e sulle attività svolte.

Nel 2022 sono state condotte per la prima volta autovalutazioni a fronte dei framework OMS IPCAF e HHSFAF ed individuando le principali aree di disallineamento rispetto alla piena implementazione del framework. Ciò consentirà di guidare le attività del CIO ai fini di un miglioramento dell'efficacia del programma IPC e del miglioramento degli indici IPCAF e HHSFAF.

## 7.8 CONTROLLI AMBIENTALI:

I controlli ambientali consistono in **verifiche routinarie della contaminazione delle superfici degli ambienti destinati ad attività sanitarie.**

In tutte le superfici indagate la carica batterica totale è risultata compresa nei limiti di norma e non si è riscontrata presenza di agenti patogeni in nessuna delle superfici indagate.

I risultati analitici confermano la corretta applicazione dei protocolli di sanificazione e l'efficacia dei prodotti detergenti e disinfettanti utilizzati.

In merito alle verifiche sul funzionamento dell'impianto di ventilazione, condizionamento nelle sale operatorie e microclima ritenuti elementi critici in rapporto alla contaminazione di tali ambienti di lavoro i **risultati del monitoraggio non hanno evidenziato criticità.**

**Analisi quali-quantitativa dei gas medicali:** Il controllo analitico ha evidenziato il rispetto dei limiti indicati dalla monografia della Farmacopea Europea.

**Endoscopia:** Sono stati valutati i ricambi di aria/ora ed i gradienti di pressione differenziale, che risultano nella norma, i parametri microclimatici che rientrano nei limiti di norma, gli indici di benessere termico che confermano una situazione di comfort termico.

In tutte le superfici indagate, la carica batterica totale è risultata compresa nei limiti di norma.

I risultati analitici confermano la corretta applicazione dei protocolli di sanificazione e l'efficacia dei prodotti detergenti e disinfettanti utilizzati.

Inseriti nel 2022 nel programma dei campionamenti ambientali:

- Campionamenti microbiologici su superfici armadio endoscopi e su canali sonde endoscopiche
- Campionamenti acqua ramo freddo alla ricerca di legionella.


## 7.9 MISURE DI MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA:

### a) Legionella

Per un migliore controllo della contaminazione del rischio Legionella, nel 2020 è stata rinnovata la centrale termica della Casa di Cura, installato un addolcitore dell'acqua ed un sistema automatico di sanificazione dell'acqua destinata al consumo umano. I controlli effettuati nel 2022 non hanno rilevato alcun risultato positivo per la presenza di Legionella negli impianti idrici salvo un unico caso di campionamento effettuato ad aprile maggio 2022. Le attività di intervento effettuate si sono mostrate efficaci come si evince dai rilievi post intervento.

### b) monitoraggio infezioni della ferita chirurgica

È proseguita nel corso del 2022 la rilevazione puntuale delle infezioni della ferita chirurgica con l'ausilio informatico del programma H2O e rendicontazione elettronica mensile con il flusso SICHER correlato al flusso SDO 2022. La rilevazione dei dati relativi al 2022 ha fatto rilevare 19

	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>RISULTATI DEGLI INTERVENTI PROATTIVI</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

infezioni profonde su 5474 interventi effettuati con una percentuale dello 0,34% più o meno stabile rispetto allo scorso anno

#### **c) Screening CPE**

I controlli sui pazienti ricoverati in medicina a bassa intensità assistenziale eleggibili da protocollo (tamponi rettali – n° 95 controlli) hanno rilevato la presenza di 5 pazienti positivi di cui 4 CPE


#### **d) monitoraggio microrganismi con profilo di antibiotico resistenza inusuale**

I controlli microbiologici sui pazienti ricoverati presentano nel 2022 i seguenti risultati:

UO	Pazienti	Esami effettuati	Risultati positivi
Chirurgia	3946	77	15
Medicina alta e bassa intensità di cura	729	195	111


UO	Ricoveri	Campioni positivi
Chirurgia	3946	0 urinocolture
		1 emocolture
		14 tamponi
Medicina alta e bassa intensità di cura	729	105 urinocolture
		5 emocolture
		1 tampone

Di cui 1 produttori di carbapenemasi (1 urinocolture)

 <p>OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO <b>Prof. E. Montanari</b> Casa di Cura dal 1913</p>	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>OBIETTIVI GENERALI E LINEE D'INTERVENTO FUTURE</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

## **8. OBIETTIVI GENERALI E LINEE D'INTERVENTO PER L'ANNO 2023**



	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>PIANIFICAZIONE INTERVENTI REATTIVI E PROATTIVI</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

### 8.1 INTERVENTI PROATTIVI PIANIFICATI PER L'ANNO 2023

Proseguirà, nel corso del 2023 l'intensa attività proattiva già avviata nel 2022 a seguito del risk assessment.

### VALUTAZIONE FMEA-FMECA-HVA

Sarà eseguito nel mese di marzo/aprile 2023 un nuovo assessment finalizzato a ripetere la fotografia del rischio già effettuata nel 2022 aggiornandola a seguito del completamento delle azioni attuate.

Sarà aggiornata la mappatura dei rischi e ripetuta l'Hazard Vulnerability Analysis associata. Si prevede una significativa riduzione dei rischi, in vero comunque non elevati, registrati nella mappatura 2022. Tale attività consentirà di aggiornare ulteriormente le priorità di intervento.

### 8.2 SAFETY WALK ROUND

La metodica Safety Walk Round (giri per la sicurezza) si sta notevolmente affermando essendosi rilevata molto efficace. L'attività effettuata nel 2022 sarà ripetuta a seguito dell'adozione, da parte del comitato aziendale per la gestione del rischio clinico, degli interventi consequenziali alle rilevazioni emerse.


### 8.3 ATTIVITA' DI PREVENZIONE DELLE ICA

Il CIO ha elaborato ed emesso il piano di prevenzione e controllo delle ICA 2023 articolato secondo i seguenti punti:

- Analisi dei processi ed individuazione dei rischi
- Piani di monitoraggio
- Linee guida e protocolli
- Piani e programmi
- Procedure e istruzioni operative
- Analisi microbiologiche
- Conte particellari
- Rilevazione dei casi di infezione
  - Schede di segnalazione
  - Urinocolture
  - Tamponi
  - Analisi dei referti e prescrizioni terapeutiche
  - Studi di prevalenza
  - Analisi dei casi di infezione
- Prevenzione delle resistenze microbiche
- Formazione del personale
- Educazione del paziente e dei familiari
- Audit interni

Nel 2023 il CIO si occuperà di intervenire sulle principali aree di disallineamento rilevate in sede di prima valutazione IPCAF e HHSAF rispetto alla piena implementazione del framework.


Saranno, al termine dell'anno ripetute le autovalutazioni a fronte dei medesimi framework al fine di verificare il miglioramento conseguito.

	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>PIANIFICAZIONE INTERVENTI REATTIVI E PROATTIVI</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

#### **8.4 DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

L'adozione della Cartella Clinica Elettronica sarà un'evoluzione indispensabile verso l'adozione di processi molto più sicuri e, soprattutto efficienti. Pertanto la Direzione Aziendale, allo scopo di promuovere tutte le azioni che ne consentano l'implementazione in tempi brevi, ha sollecitato tutti i portatori di interessi a porsi come riferimento, per i reparti di competenza, per tutte le azioni ritenute necessarie.

Nelle more della adozione della Cartella Clinica Elettronica (CCE) saranno ribaditi i requisiti indispensabili alla corretta compilazione cartacea del documento

 <p>OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO Prof. E. Montanari Casa di Cura dal 1913</p>	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>MIGLIORAMENTO DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)


## 8.5 ATTIVITA' DI PRODUZIONE E REVISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE PREVISTA PER L'ANNO 2023

Anche per il 2023 si prevede una intensa attività del risk manager finalizzata alla revisione della documentazione in essere per aggiornarla e renderla coerente con i cambiamenti normativi ed organizzativi intercorsi.

Tutta la documentazione sarà gestita con l'ausilio del sistema informatico TaleteWeb che consente di tracciare la comunicazione e la condivisione dei documenti prescrittivi (Procedure, protocolli, istruzioni, ecc.) con tutto il personale interessato, in ottemperanza alla Legge 24/2017, ai requisiti di accreditamento della Regione Emilia-Romagna in materia di nuovi requisiti di accreditamento.

Di seguito si riportano le principali attività di revisione della documentazione previste per il 2023:

- Aggiornamento dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali in coerenza con le opportunità di miglioramento degli outcomes clinici così come rilevate dall'analisi degli indicatori del PNE e dall'analisi attualizzata attraverso rilevazione di indicatori interni.
- Perfezionamento dei bundle per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza e standardizzazione delle attività di osservazione diretta e misurazione dell'applicazione.
- Implementazione della scheda unica di terapia informatizzata collegata al magazzino che consenta la piena rintracciabilità del farmaco movimentato e somministrato e l'evidenza della validazione giornaliera della terapia. Ciò consentirà anche di rendere maggiormente efficiente il monitoraggio di indicatori relativi alla gestione dei farmaci ed in particolare all'utilizzo degli antibiotici.
- Implementazione del sistema di monitoraggio precoce dei segni di deterioramento delle condizioni cliniche del paziente (NEWS).
- Implementazione informatizzata della scheda di ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica.
- Implementazione informatizzata dell'anamnesi e dell'esame obiettivo e diario clinico.
- Implementazione di una procedura di prevenzione delle reazioni avverse da MDC
- Implementazione di una nuova check list per il controllo delle cartelle cliniche maggiormente focalizzata sui requisiti di contenuto.
- Implementazione nell'ambito della cartella infermieristica della valutazione dei bisogni legati al culto
- Miglioramento dell'evidenza della definizione ed aggiornamento del piano di cura
- Miglioramento dell'evidenza della valutazione anestesiológica pre-induzione
- Ulteriore revisione della procedura di endoscopia a seguito del completamento del percorso formativo ALS e piena implementazione della check list per tutte le procedure endoscopiche
- Revisione della procedura gestione delle clinical competences ed attribuzione dei privileges al personale medico.
- Revisione della procedura di trasporto interno e secondario del paziente.
- Revisione della procedura POCT a seguito della piena implementazione dei controlli sulle apparecchiature decentrate secondo le nuove metodologie e frequenze definite.

 <p>OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO Prof. E. Montanari Casa di Cura dal 1913</p>	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>SVILUPPO DELLE COMPETENZE E DELLA CONSAPEVOLEZZA</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

## 8.6 ATTIVITA' FORMATIVE PIANIFICATE PER L'ANNO 2023 IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO

La pianificazione dell'attività formativa del 2023 è stata effettuata con l'intento di produrre effetti importanti e duraturi in termini di ricaduta ed efficacia delle attività sanitarie.

In fase di rilevazione del fabbisogno per l'anno 2023, i responsabili delle varie U.O. congiuntamente alla Direzione Sanitaria hanno rilevato nuove necessità al fine di un maggior coinvolgimento nei processi.


La formazione dell'anno 2023 sarà realizzata nei limiti di ciò che sarà possibile, internamente, avvalendosi però di docenti esterni, specializzati ed esperti dell'ambito di trattazione di riferimento. Si continuerà a favorire la partecipazione di alcuni dipendenti ad eventi formativi/convegni esterni sul territorio nazionale al fine di poter aggiornare e implementare la formazione di ciascuno sulla base delle innovazioni e della conoscenza delle modalità di lavoro di altre realtà. Seguirà alla formazione dei singoli, il trasferimento delle nozioni ai colleghi con la realizzazione di eventi interni.

Il percorso formativo (interno) delineato per il 2023 mira prevalentemente a soddisfare le esigenze formative degli infermieri, che essendo più numerosi, consentono la pianificazione di eventi interni. Per tutte le altre figure professionali, saranno individuati assieme a ciascun coordinatore, corsi specifici prevalentemente esterni (tecnici di radiologia, biologi, tecnici di laboratorio, fisioterapisti); inoltre, verrà valutata la possibilità di partecipazione a corsi di formazione suggeriti dai dipendenti stessi.

Come da prassi, tutti gli operatori hanno in qualsiasi momento facoltà di proporre la propria partecipazione a corsi di formazione, avanzare idee di miglioramento e fornire suggerimenti; al momento della rilevazione del fabbisogno per l'anno 2023, nonostante i discenti siano stati invitati, attraverso la compilazione del questionario di valutazione dei corsi formativi, a fornire suggerimenti/proposte formative, non è stato rilevato questo dato in nessuno dei questionari compilati.

Dalla rilevazione del fabbisogno formativo effettuata dai responsabili delle unità operative, gli argomenti individuati per la formazione 2023 sono:

- La comunicazione nella gestione del rischio clinico
  - Gestire e comunicare gli eventi avversi;
  - Strategie e strumenti per la gestione della crisi;
  - Incident reporting (segnalazione eventi avversi).
- Sala operatoria
  - Formazione in merito alla corretta gestione dell'urgenza intraoperatoria e le principali manovre di rianimazione
  - Percorso formativo per la conoscenza ed applicazione del percorso di sterilizzazione, modalità di intervento e rischi
- Reparto endoscopia
  - Formazione ALS per servizio di endoscopia,
  - Formazione sul rischio chimico legato all'uso di agenti chimici lavaendoscopi per servizio di endoscopia
- Reparto medicina generale
  - Corso di formazione per il riconoscimento e gestione del dolore cronico con l'utilizzo della terapia multimodale

 <p>OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO Prof. E. Montanari Casa di Cura dal 1913</p>	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>SVILUPPO DELLE COMPETENZE E DELLA CONSAPEVOLEZZA</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

- Corso di approfondimento sulla gestione delle ica
- Approfondimento sulle principali patologie a carico dei pazienti del reparto di medicina generale
- Corso sulla lettura del tracciato elettrocardiografico e gestione dell'urgenza con le principali manovre di rianimazione
- **Reparto chirurgia polispecialistica**
  - Formazione in materia farmacoterapia e relative responsabilità
  - Percorso formativo per la gestione del paziente portatore di impianti vascolari
  - Corso sulle principali manovre di rianimazione in relazione alle possibili complicanze in reparto
  - Corso sulle strategie di gestione delle emergenze post operatorie
- **Radiologia**
  - prosecuzione del percorso formativo intrapreso negli anni precedenti finalizzato di ottimizzare le risorse disponibili in struttura
  - Partecipazione a corsi di alta specializzazione
- **Ufficio tecnico**
  - Formazione in materia di cybersecurity
- **Terapia fisica**
  - Corsi di aggiornamento in materia di trattamento delle diverse patologie/problematiche muscoloscheletriche
  - Momenti di condivisione delle conoscenze fra colleghi
- **Laboratorio analisi**
  - Formazione gestionale Talete web e segnalazione degli eventi di incident reporting
- **Ufficio ricoveri e accettazione**
  - Corso di formazione sulla compilazione del MUD e dei registri relativi alla corretta gestione dei rifiuti ospedalieri
- **Ufficio amministrativo**
  - Aggiornamento e approfondimento normativo in materia di contrattualistica
  - Aggiornamento in materia contabile/paghe

Rientrano tra le attività formative previste per il 2023 la realizzazione di incontri a cadenza mensile fra i componenti del comitato aziendale per la gestione del rischio clinico e del Comitato per la lotta alle Infezioni Ospedaliere così come descritti negli appositi paragrafi. Saranno programmati incontri mensili di due ore ciascuno, alla presenza dei componenti dei comitati.

Nel corso dell'anno 2023, si continuerà a prevedere l'attuazione di percorsi formativi, condivisi con Sol et Salus, al fine di realizzare corsi ed attività comuni alle due realtà, conciliando le esigenze di ciascuna struttura, focalizzandosi quindi su argomenti trasversali di interesse comune e sulla formazione obbligatoria. Pertanto, nell'intento di ottimizzare al meglio le risorse a disposizione, si potrà prevedere di condividere percorsi formativi e docenti. Si cercherà di favorire una formazione condivisa rivolta anche al personale medico delle due strutture.

 <p>OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO Prof. E. Montanari Casa di Cura dal 1913</p>	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>ADEGUAMENTO DELLE INFRASTRUTTURE, DISPOSITIVI E APPARECCHIATURE</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

## 8.7 INVESTIMENTI PREVISTI PER L'ANNO 2023 IN DISPOSITIVI, APPARECCHIATURE, INFRASTRUTTURE

Nel corso del 2022 sono stati acquistati e resi operativi gli aspiratori portatili a corredo dei carrelli per le urgenze presenti in struttura.

Per l'anno 2023, i principali investimenti finalizzati al rischio clinico, riguardano le tecnologie informatiche ed in particolare le implementazioni relative alla cartella clinica riportate al paragrafo 8.5.

Sarà effettuata una verifica relativa all'impianto di ventilazione a contaminazione controllata del complesso operatorio finalizzata al perseguimento di una riduzione della classe particellare delle sale operatorie. Eventuali decisioni relative ad investimenti in tal senso saranno determinate a seguito di tale verifica.

## 8.8 INVESTIMENTI PREVISTI PER L'ANNO 2023 IN TECNOLOGIE DIGITALI

Il fornitore del sistema informatico TaleteWeb ha messo a punto un'applicazione per dispositivi mobili, funzionante sia con il sistema Android che IOS, che consente agli operatori di eseguire alcune registrazioni o leggere i documenti, le notifiche, e i messaggi istantanei, direttamente da smartphone o tablet.

Questa tecnologia si potrà utilizzare anche per eseguire, ad esempio, campagne di adesione ai Bundle e/o campagne di verifica adesione corretto lavaggio delle mani, ai fini della prevenzione delle infezioni ospedaliere.


Verificando la disponibilità del fornitore, nel 2023 sarà avviata una sperimentazione dell'utilizzo di questa tecnologia per l'effettuazione di tutte le osservazioni dirette previste dai bundle per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza come ad esempio:

- Osservazione diretta del lavaggio delle mani in reparto
- Osservazione diretta del lavaggio chirurgico delle mani
- Osservazione diretta della vestizione in sala operatoria
- Osservazione diretta cateterismo vescicale
- Osservazione diretta della check list interventi chirurgici

Si procederà all'implementazione della scheda unica di terapia informatizzata collegata al magazzino che consenta la piena rintracciabilità del farmaco movimentato e somministrato e l'evidenza della validazione giornaliera della terapia. Ciò consentirà anche di rendere maggiormente efficiente il monitoraggio di indicatori relativi alla gestione dei farmaci ed in particolare all'utilizzo degli antibiotici.

Si procederà all'implementazione del sistema di monitoraggio precoce dei segni di deterioramento delle condizioni cliniche del paziente (NEWS).

Si procederà all'implementazione informatizzata della scheda di ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica.

 <p>OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO <b>Prof. E. Montanari</b> Casa di Cura dal 1913</p>	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>PIANIFICAZIONE DEL MIGLIORAMENTO</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

# PIANO DELLE AZIONI E DEI PROGETTI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2023



OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO  
Prof. E. Montanari  
Casa di Cura del 1913

**PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023**

**PIANO DI MIGLIORAMENTO - AZIONI**

Data revisione:  
21/02/2023  
(Rev. 3)

**AI4. Ambito gestione del rischio - 4.1 Rischio Clinico**

**Azioni preventive**

Numero Azione	Titolo	Descrizione	Interventi	Responsabile	Tempi previsti	Risultato atteso	Responsabile monitoraggio	Data verifica	Esito
P001/2023	Racc Minist 9	Verifica aderenza alla racc. Ministeriale 09	Audit organizzativo sull'aderenza alla RM 09	Resp Ing. Clinica	30/06/2023	Aderenza alla RM 09	Funzione qualità	30/09/2023	
P002/2023	SUT informatizzata e scarico al paziente	Implementazione della scheda unica di terapia informatizzata collegata al magazzino che consenta la piena rintracciabilità del farmaco movimentato e somministrato e l'evidenza della validazione giornaliera della terapia.	Demo SW Approvazione Sperimentazione Standardizzazione	Coordinatori Infermieristici	30/06/2023	Piena rintracciabilità	Funzione qualità	31/12/2023	
P003/2023	News	Implementazione del sistema di monitoraggio precoce dei segni di deterioramento delle condizioni cliniche del paziente (NEWS).	Demo SW Approvazione Sperimentazione Standardizzazione	Coordinatori Infermieristici	30/06/2023	Individuazione precoce dei segni di deterioramento delle condizioni cliniche del paziente	Funzione qualità	31/12/2023	
P004/2023	Ricognizione e riconciliazione informatizzata	Implementazione informatizzata della scheda di ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica.	Demo SW Approvazione Sperimentazione Standardizzazione	Coordinatori Infermieristici	30/06/2023	Riduzione di rischi associati alla terapia farmacologica	Funzione qualità	31/12/2023	
P005/2023	Prevenzione delle reazioni avverse da MDC	Implementazione di una procedura di prevenzione delle reazioni avverse da MDC	Approvazione procedura Implementazione	Resp Radiologia	31/03/2023	Riduzione di rischi associati all'esecuzione di prestazioni diagnostiche contrastografiche	Funzione qualità	31/12/2023	
P006/2023	Check list cartella clinica	Implementazione di una nuova check list per il controllo delle cartelle cliniche maggiormente focalizzata sui requisiti di contenuto (tra cui Screening nutrizionale, Bisogni legati al culto, Piano di cura e Valutazione anestesiológica pre-induzione)	Approvazione Sperimentazione Standardizzazione	Resp uff ricoveri	30/06/2023	Miglioramento della capacità di analisi dei requisiti di contenuto della cartella	Funzione qualità	31/12/2023	





OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO  
Prof. E. Montanari  
Casa di Cura del 1913

**PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023**

**PIANO DI MIGLIORAMENTO - AZIONI**

Data revisione:  
21/02/2023  
(Rev. 3)

**A14. Ambito gestione del rischio - 4.1 Rischio Clinico**

**Azioni preventive**

Numero Azione	Titolo	Descrizione	Interventi	Responsabile	Tempi previsti	Risultato atteso	Responsabile monitoraggio	Data verifica	Esito
P007/2023	ALS	Completamento del percorso formativo ALS	Erogazione della formazione	Risorse umane	30/06/2023	Miglioramento della gestione della sedazione procedurale	Resp. Endoscopia	31/12/2023	
P008/2023	Impianto VCCC	Verifica relativa all'impianto di ventilazione a contaminazione controllata del complesso operatorio finalizzata al perseguimento di una riduzione della classe particellare delle sale operatorie	Verifica di fattibilità del miglioramento dell'impianto Acquisizione preventivi di spesa Decisioni consequenziali	Direzione Ufficio Tecnico	30/06/2023	Miglioramento della classe particellare delle SO	Ufficio Tecnico	31/12/2023	
P009/2023	Clinical competences ed attribuzione dei privileges	Revisione della procedura gestione delle clinical competences ed attribuzione dei privileges al personale medico.	Approvazione procedura Rilevazione della casistica Definizione delle liste e delle soglie per il conferimento dei privileges Perfezionamento delle schede di attribuzione Condivisione	Risorse umane Direzione Sanitaria	30/06/2023	Miglioramento della gestione delle clinical competences	Funzione qualità	31/12/2023	
P010/2023	PDTA e outcomes clinici	Aggiornamento dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali in coerenza con le opportunità di miglioramento degli outcomes clinici così come rilevate dall'analisi degli indicatori del PNE e dall'analisi aggiornata attraverso rilevazione di indicatori interni.	Analisi LG Revisione PDTA	Direzione Sanitari RUO	30/06/2023	Miglioramento outcomes clinici Maggiore adesione alla EBM	Funzione qualità	31/12/2023	
P011/2023	Adozione cartella clinica informatizzata in entrambe le U.O.	La gestione informatizzata della terapia farmacologica è già attiva nelle UO di Medicina e chirurgia. Si proseguirà con l'implementazione di anamnesi ed esame obiettivo diario clinico e altra modulistica	Demo SW Approvazione Sperimentazione Standardizzazione	Comitato Rischio Clinico	31/12/2023	Miglioramento della qualità e rintracciabilità delle registrazioni	Funzione qualità	31/12/2023	



OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO  
Prof. E. Montanari  
Casa di Cura del 1913

**PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023**


**PIANO DI MIGLIORAMENTO - AZIONI**

Data revisione:  
21/02/2023  
(Rev. 3)

**A14. Ambito gestione del rischio - 4.1 Rischio Clinico**

**Azioni preventive**

Numero Azione	Titolo	Descrizione	Interventi	Responsabile	Tempi previsti	Risultato atteso	Responsabile monitoraggio	Data verifica	Esito
P012/2023	Partecipazione attiva del personale al sistema di Incident Reporting	Promozione della cultura della sicurezza e della segnalazione dell'errore in ottica no blame	Il Componenti del comitato aziendale per la gestione del rischio clinico si faranno carico di promuovere le segnalazioni ciascuno nel proprio ambito e monitorarne l'andamento	Comitato Rischio Clinico	31/12/2023	Miglioramento della capacità di apprendimento dall'errore	Funzione qualità	31/12/2023	
P013/2023	Nuovo SW sterilizzazione	Acquisizione di un nuovo sistema di gestione della centrale di sterilizzazione	Demo SW Approvazione Sperimentazione Standardizzazione	Coordinatore SO	31/12/2023	Migliore capacità di gestione e tracciamento delle attività di sterilizzazione	Funzione qualità	31/12/2023	
P014/2023	Magazzino presidi	Revisione e razionalizzazione di tutte le anagrafiche dei presidi sanitari e informatizzazione	Inventario Revisione elenco Ridefinizione anagrafiche Definizione scorte minime informatizzazione	Resp Ufficio acquisti	31/12/2023	Riduzione degli sprechi e delle inefficienze	Funzione qualità	31/12/2023	
P015/2023	Bundle ICA e osservazioni dirette	Perfezionamento dei bundle per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza e standardizzazione delle attività di osservazione diretta e misurazione dell'applicazione.	Redazione e approvazione bundle Sperimentazione osservazioni Standardizzazione	CIO Coordinatori infermieristici	30/06/2023	Miglioramento dell'efficacia delle attività IPC	Funzione qualità	31/12/2023	

	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2022 - 2023</b>	
	<b>COMUNICAZIONE, PARTECIPAZIONE E CONDIVISIONE</b>	Data revisione: 21/02/2023 (Rev. 3)

## 8.9 COMUNICAZIONE, PARTECIPAZIONE E CONDIVISIONE

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal presente piano e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Ospedale privato accreditato Prof. E. Montanari assicura la sua diffusione attraverso:

- Presentazione del Piano alla Direzione Strategica e approvazione dello stesso entro marzo 2023;
- Pubblicazione del PARM sul sito aziendale entro il 31 maggio 2023 in osservanza delle prescrizioni della 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. (17G00041) (GU Serie Generale n.64 del 17/03/2017);
- Invio del PARM al Centro Regionale di Risk Management;
- Pubblicazione del PARM tramite l'App Documenti della suite TaleteWeb e comunicazione dell'avvenuta pubblicazione a tutti gli operatori entro il 31 maggio 2023.

Il Referente Aziendale Rischio Clinico

Il Direttore Sanitario