



DOCUMENTO NORMATIVO

P.A.R.M

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT 2024

CODICE: DN_PIM_01

DATA: 18/03/2024

REVISIONE: 05

INFORMAZIONI E STORIA DEL DOCUMENTO:

Nome file originale:	DN_PIM_01_r05_PARM
Modifica rispetto alla precedente Revisione:	Completamente aggiornato
Eventuale commento:	Nessuno
Pubblicazione:	nella Intranet aziendale in uso quotidiano/risk management e sul sito www.ferbonlus.com in documenti/atti
Diffusione:	per mezzo di modello MS_SGQ_19 2024 e sul sito www.ferbonlus.com

RESPONSABILI:

Responsabilità	Ruolo	Nome	Firma
Documento	Risk Manager FERB Onlus	Michele Tumiatì	
Verifica	Direttore Sanitario	Sara Fascendini	
	Responsabile Affari Generali	Edoardo Belotti	
	Responsabile del Personale	Luisa Alborghetti	
	Direttore Amministrativo	Massimiliano De' Margheriti	
Approvazione	Responsabile Qualità	Sandra Parigi	



FERB

FONDAZIONE
EUROPEA
RICERCA
BIOMEDICA
ONLUS



Sommario

1. PREMESSA.....	3
2. INTRODUZIONE.....	3
2.1 Scopo e campo di applicazione	3
2.2 Obiettivi e risultati attesi	4
2.3 Definizioni e acronimi.....	4
2.4 Documenti di riferimento.....	4
3. IL RISK MANAGEMENT	5
4. FINALITA' DEL RISK MANAGER.....	6
5. IL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM)	6
6. IL CONTESTO ORGANIZZATIVO DI FERB	7
7. I RISCHI FERB ONLUS	8
7.1 RISCHIO CLINICO.....	8
7.2 RISCHIO ECONOMICO FINANZIARIO	14
7.3 RISCHIO INFORTUNISTICO	17
7.4 RISCHIO INFORMATICO	19
8. DIFFUSIONE.....	20



1. PREMESSA

I dati della letteratura scientifica internazionale evidenziano che il problema degli errori ed eventi avversi in sanità rappresenta una reale emergenza che comporta dei costi sia in termini di vite umane che economici.

La probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso viene definita come la probabilità che subisca un “Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile” (tratto dal Glossario del Ministero della Salute).

L’Organizzazione Mondiale della Sanità ha evidenziato, in vari documenti prodotti, la necessità che sia la stessa organizzazione sanitaria ad intervenire per assicurare ai pazienti l’erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure.

L’errore è insito nei sistemi complessi e la sicurezza dei pazienti deve essere continuamente presidiata e le criticità affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando ed integrando i vari aspetti: il monitoraggio e l’analisi degli eventi avversi, l’elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, il coinvolgimento di pazienti e cittadini, la formazione degli operatori sanitari, l’analisi delle interferenze e delle criticità delle “diverse sicurezze”.

La Gestione del Rischio Clinico che rappresenta un elemento di Governo Clinico, meglio definito come “il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standards di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l’eccellenza clinica”.

2. INTRODUZIONE

2.1 Scopo e campo di applicazione

Lo scopo di questo documento è promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi orientate a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell’interesse del paziente/utente. I dati della letteratura scientifica internazionale evidenziano che il problema degli errori ed eventi avversi in sanità rappresenta una reale emergenza che comporta dei costi sia in termini di vite umane che economici.

La probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso viene definita come la probabilità che subisca un “Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile” (tratto dal Glossario del Ministero della Salute).

L’Organizzazione Mondiale della Sanità ha evidenziato, in vari documenti prodotti, la necessità che sia la stessa organizzazione sanitaria ad intervenire per assicurare ai pazienti l’erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure.

L’errore è insito nei sistemi complessi e la sicurezza dei pazienti deve essere continuamente presidiata e le criticità affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando ed integrando i vari aspetti: il monitoraggio e l’analisi degli eventi avversi, l’elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, il coinvolgimento di pazienti e cittadini, la formazione degli operatori sanitari, l’analisi delle interferenze e delle criticità delle “diverse sicurezze”.



2.2 Obiettivi e risultati attesi

Diminuire le potenzialità di errore attivo e del sistema organizzativo dato, nonché contenere la complessiva sinistrosità delle strutture. Nel recepire le indicazioni regionali per la stesura del PARM ed in coerenza con la Mission aziendale sono stati identificati i seguenti obiettivi strategici:

1. Creare e diffondere la “cultura della sicurezza” e la “cultura organizzativa” in un’ottica di condivisione degli stessi valori e dello stesso impegno.
2. Creare la mappa dei rischi
3. Favorire la comunicazione tra professionisti in un’ottica di sistema
4. Promuovere interventi mirati al contenimento degli eventi avversi, con particolare riguardo alle infezioni correlate all’assistenza;
5. Promuovere interventi mirati al contenimento dei sinistri;
6. Promuovere l’appropriatezza gestionale nell’allocazione delle risorse economiche aziendali;
7. Facilitare i processi di integrazione tra Risk Manager, Affari Generali e/o Legali e Medicina Legale ai fini della gestione della sinistrosità.

2.3 Definizioni e acronimi

P.A.R.M =Piano Annuale di Risk Management

2.4 Documenti di riferimento

DN_PRY_05Risk_Analysis_IT
DN_RIA_01Progetto_Riabilitativo_di_Struttura_Trescore
DN_RIA_03Progetto_Riabilitativo_di_Struttura_Gazzaniga
DN_RIA_04Progetto_Riabilitativo_di_Struttura_Cassano
ES_CTR_01 Protocollo_per_il_monitoraggio_degli_eventi_sentinella
ES_FAR_01Nota_aifa_2006_2007_per_l'uso_appropriato_dei_farmaci
ES_FAR_02Raccomandazione_per_la_riconciliazione_della_terapia_farmacologica
ES_LGU_20Linee_guida_diagnosi_prevenzione_trattamento_osteoporosi
ES_LGU_23Raccomandazione_corretto_utilizzo_soluzioni_concentrate
ES_LGU_24Raccomandazione_prevenzione_del_suicidio_in_ospedale
ES_LGU_25Raccomandazione_reazione_incompatibilitàAB0
ES_LGU_26Raccomandazione_errori_terapia_farmacologica
ES_LGU_28Raccomandazione_eventi_avversi_malfunzionamento_dispositivi
ES_LGU_29Raccomandazione_prevenzione_osteonecrosi_da_bifosfonati
ES_LGU_30Raccomandazione_malfunzionamento_trasporto
ES_LGU_31Raccomandazione_farmaci_LASA
ES_LGU_32Raccomandazione_prevenzione_gestione_delle_cadute
ES_LGU_36Raccomandazione_19_per_la_manipolazione_delle_forme_farmaceutiche_solide
ES_LGU_37Raccomandazione_prevenzione_errori_terapia_per_acronimi_sigle_simboli
ES_LGU_38 Linee_Guida_sintetica_Buon_Uso_del_Sangue
ES_REP_03Suicidio_guida_per_il_colloquio_con_il_paziente
ES_REP_59 Procedura_gestione_richiesta_trasfusionale
MS_REP_132 Check_list_sicurezza_ambienti_e_presidi
MS_REP_133 Scheda_segna_lazione_caduta
MS_REP_136Consigli_utili_per_la_prevenzione_delle_cadute_durante_la_degenza



FERB

FONDAZIONE
EUROPEA
RICERCA
BIOMEDICA
ONLUS



MS_REP_251 Elenco_doc_cartella_clinica
OP_INF_02 Germi_multiresistenti_agli_antibiotici_clostridium_difficile
PR_AMM_03Continuità_di_servizio_di_Tabula_Clinica
PR_CTR_02 Procedura_controllo_infezioni
PR_CTR_03Gestione_scheda_Braden;
PR_CTR_05Controllo_lesioni_da_compressione
PR_FAR_01Procedura_farmaci_LASA
PR_FAR_03Vigilanza_farmaci_e_dispositivi_medici
PR_FAR_05Gestione_farmaci_unità_operative
PR_FAR_08Abbreviazioni_acronimi_sigle_simboli_farmaci_FERB
PR_FAR_09Riconciliazione_farmacologica
PR_FAR_10 Manipolazione forme farmaceutiche orali solide
PR_REP_10Apparecchiature_ed_elettromedicali
PR_REP_11Procedura_prelievo_e_trasfusioni_Cassano
PR_REP_12Procedura_prevenzione_suicidio
PT_EMO_01 Protocollo buon uso del sangue
PT_EMO_03 Protocollo_uso_dell'albumina_in_ospedale
PT_INF_03 Prevenzione_della_diffusione_delle_infezioni_correlate_all'assistenza
PT_INF_04 Sorveglianza_malattie_infettive_e_infezioni_correlate_all'assistenza
PT_REP_05 Protocollo_e_trattamento_lesioni_da_decubito
PT_REP_10 Protocollo_Trasporto_Pazienti_ordinari
PT_REP_32 Prevenzione_e_gestione_rischio_caduta_del_paziente_degente
PT_REP_33 Contenzione
PT_SIC_02 Documento_sicurezza

3. IL RISK MANAGEMENT

Il Risk Management fonda le sue attività sui seguenti principi ispiratori:

- centralità del paziente
- partecipazione e condivisione
- integrazione
- efficacia e appropriatezza

Elementi tutti alla base di un progetto unitario di “*Clinical Governance*” in cui lo strumento fondamentale alla base del miglioramento continuo è costruito sull’apprendimento dall’errore.

Il Risk Management diventa quindi un punto focale e di riferimento del sistema, quale stimolatore all’integrazione di processi che puntano a quella gestione integrata del rischio che è l’unica via che può condurre ai cambiamenti della pratica clinica, promovendo la crescita di una “cultura della salute” più vicina al paziente ed all’operatore e che può contribuire ad una ottimizzazione dei costi oltre che a garantire prestazioni più sicure e di qualità. Le attività si fondano quindi sulla filosofia di una organizzazione che punta al miglioramento continuo della performance basata sulla raccolta e l’analisi del dato, su metodologie di indagini atte ad individuare azioni di miglioramento con il coinvolgimento massimo dell’operatore che rappresenta il punto focale da cui partire, e su cui ritornare, quale parte operativa di un’organizzazione da cui non si può prescindere nell’analisi congiunta e nell’individuazione condivisa dei piani di miglioramento.

La individuazione della figura del referente quale “facilitatore” di supporto alla funzione di Risk Management, punta a definire un pool di operatori con cui collaborare attivamente, per mettere in atto le iniziative di gestione della sicurezza e qualità delle cure orientata sì, alla cultura dell’apprendimento dall’errore attraverso strumenti e tecniche specifiche per la individuazione degli



FERB

FONDAZIONE
EUROPEA
RICERCA
BIOMEDICA
ONLUS



errori e dei “near miss”, ma implementando altresì percorsi proattivi alla base di strategie di miglioramento.

Gli strumenti fondamentali da sviluppare in raccordo con la funzione del Risk Management saranno quelli di:

- sostegno all’organizzazione nel riconoscimento dell’errore per imparare dallo stesso;
- implementazione della cultura della sicurezza e della centralità del paziente;
- contenimento delle dinamiche di gruppo nel processo di Audit.

La creazione della rete attraverso un piano organizzativo ed attuativo mira ad integrare quindi le diverse professionalità al fine di garantire un approccio sistemico al rischio.

4. FINALITA’ DEL RISK MANAGER

Le finalità di FERB Onlus sono strettamente correlate alla tipologia di pazienti che vengono reclutati in tutti i regimi di trattamento e che afferiscono nella quasi totalità alla branca di Medicina Fisica e Riabilitazione. L’analisi effettuata sui ricoveri dell’ultimo triennio evidenzia che l’età dei pazienti è prevalentemente elevata e altre informazioni mediate dalle scale di valutazione indicano particolari fragilità riconducibili ad eventi sentinella che si possono manifestare nel corso della degenza quali cadute, infezioni e lesioni da compressione. Peraltro, avverso le infezioni e le lesioni da compressione i report ricavabili dai data base aziendali evidenziano che il più rilevante numero di tali eventi è presente all’ingresso. Non si ritiene quindi che annualmente debbano essere realizzati innovativi progetti ma che vadano, se necessario, con medesima periodicità revisionate e aggiornate le corrispettive procedure e che il Risk Manager, analizzata la reportistica, rilasci mediante Audit le proprie osservazioni.

5. IL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM)

Il piano annuale di risk management (PARM) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi. FERB Onlus, con la figura del Risk Manager e attraverso le politiche di risk management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell’interesse del paziente/utente.

Il PARM è uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti e degli specifici contesti di lavoro. L’ottica è quella di diminuire le potenzialità di errore attivo e del sistema organizzativo dato nonché di contenere la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie. Il PARM si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione ed implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema. Il ruolo di promozione attiva del risk manager assume quindi, sempre più, una caratterizzazione di indipendenza istituzionale alle dirette dipendenze della Direzione strategica aziendale. La presenza della funzione del Risk Manager non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico assistenziali, ma coordina ed armonizza con gli stessi l’intero sistema di governo del rischio. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio. Anche attraverso il PARM, il Risk Manager, fornisce quindi a tutta FERB Onlus un supporto indispensabile affinché il management possa decidere con consapevolezza, attraverso opportuni strumenti e supporti, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa.



Inoltre, il PARM rappresentando l'esplicitazione delle politiche di analisi e prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli stakeholders. Le attività che si realizzano anche attraverso il PARM fanno parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

6. IL CONTESTO ORGANIZZATIVO DI FERB

Numero quattro strutture

- Ospedale Sant'Isidoro di Trescore Balneario (BG)
- Centro di Eccellenza Alzheimer di Gazzaniga (BG)
- Centro di Riabilitazione specialistica di Cassano D'Adda (MI)
- Hospice di Calcinate (BG)

Assetto dell'Ospedale Sant'Isidoro di Trescore Balneario

- 57 posti letto di Riabilitazione Intensiva di cui 31 assegnati alla sezione Parkinson, gli altri a Riabilitazione neuromotoria e cardiorespiratoria
- 15 posti letto di riabilitazione estensiva
- 15 posti letto di Medicina Generale
- 4 posti letto tecnici per MAC (Macroattività ambulatoriale ad alta complessità)
- 1 Poliambulatorio accreditato per le branche di:
anestesia; cardiologia; chirurgia generale; chirurgia vascolare - angiologia; dermosifilopatia; diagnostica per immagini: radiologia diagnostica; gastroenterologia - chirurgia ed endoscopia digestiva; medicina fisica e riabilitazione ortopedia traumatologia; neurologia; oculistica; odontostomatologia - chirurgia maxillo facciale; otorinolaringoiatria; pneumologia; urologia; altre prestazioni.

Assetto del Centro di Riabilitazione Specialistica di Cassano d'Adda

- 60 posti letto complessivi di cui 50 di Riabilitazione Intensiva di Alta Complessità e 10 di Riabilitazione Estensiva
- Ambulatorio specialistico per la branca di Medicina Fisica e Riabilitazione

Assetto del Centro Alzheimer di Gazzaniga

- 46 posti letto ordinari di Riabilitazione Intensiva di Alta Complessità
- due posti letto tecnici MAC (Accreditati e Contrattualizzati)
- 1 Poliambulatorio
- 1 CDCD (Centro Diagnostico e Cura delle Demenze (ex Centro UVA Unità di Valutazione Alzheimer)

HOSPICE di Calcinate

- 14 posti letto ordinari di Hospice (ora in assetto sociosanitario)

In attesa del completamento di tutti i livelli assistenziali dell'unità di Cure Palliative (UCP-dom, MAC, ambulatorio per la cura del dolore)



7. I RISCHI FERB ONLUS

Rischi propri ed intrinseci al sistema possono essere raggruppati in quattro categorie:

- A. rischio clinico
- B. rischio economico finanziario
- C. rischio infortunistico
- D. rischio informatico

Per ognuna delle quattro categorie, si esplicita la definizione, le tipologie di rischio, l'accettabilità del rischio, le azioni di monitoraggio e/ contenimento e le modalità di verifica. E' necessario precisare che il rischio economico può contribuire al default dell'azienda e quindi metterne a rischio la sopravvivenza, il rischio clinico può innescare l'insorgenza e/o far aumentare a dismisura (rispetto i dati di letteratura specifica) le richieste di risarcimento; il correlato danno d'immagine derivato può influire sull'affidabilità della struttura e della compliance dei pazienti a rivolgersi per le cure. Il rischio infortunistico, specie quello correlato alla contrazione di malattie infettive, alla riduzione della disponibilità di personale ed aumento della conflittualità delle maestranze. Il rischio informatico si correla alla possibile sottrazione di informazioni e successivo improprio utilizzo da parte di terzi. Osservati gli esiti che possono essere indotti in una percentuale da 1 a 100:

- il rischio clinico rappresenta il 40%
- il rischio economico finanziario il 40%
- il rischio infortunistico e quello informatico il 10% ciascuno

La struttura di analisi di tutte e quattro categorie prevede: la definizione, l'accettabilità del rischio, la mappatura, le azioni, le attività e gli strumenti di verifica, i responsabili della verifica.

7.1 RISCHIO CLINICO

Definizione

Con "rischio clinico" si definisce la possibilità che un paziente subisca un "danno o disagio involontario, imputabile, alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte". E' attualmente organizzata come una Funzione in Staff al Presidente assegnata al Direttore Sanitario collaborato dalla Direzione Amministrativa.

Il rischio clinico è l'errore in medicina.

Quando si affronta il tema del rischio clinico è necessario soffermarsi a definire l'errore e i possibili danni che ne possono derivare per il paziente. In letteratura è possibile ritrovare molte definizioni di "errore" e di "evento avverso". Tutte condividono alcune caratteristiche sostanziali: l'errore è un'insufficienza del sistema che condiziona il fallimento delle azioni programmate; l'errore è una "azione non sicura" o una "omissione" con potenziali conseguenze negative sull'esito del processo di cura; l'errore è un comportamento che può essere giudicato inadeguato da "pari" di riconosciuta esperienza e competenza, al momento in cui il fatto si verifica, indipendentemente se ci siano state o no conseguenze negative per il paziente.

L'errore può causare un evento avverso, cioè un evento indesiderabile che comporta un danno al paziente non dovuto alle sue condizioni cliniche, ma correlato al processo assistenziale. L'evento avverso è, quindi, per sua natura, indesiderabile, non intenzionale, dannoso per il paziente; l'evento avverso derivato da errore è definito "prevenibile". Ai fini della identificazione delle misure di prevenzione da attuare, grande importanza riveste non solo l'analisi degli eventi avversi, ma anche quella dei quasi eventi o near miss.



Accettabilità del rischio

Ferb ha deciso di rendere o non rendere accettabile il rischio in base a queste condizioni:

Rischio 0 (basso) Accettabile Non richiede Azioni

Rischio 1 (modesto) Accettabile **se** previste Azioni

Rischio 2 (discreto) Accettabile **se** si ritiene che l'azione possa abbassare il rischio a 1

Rischio 3 (alto) Non accettabile

Mappatura dei rischi

Si realizza mediante raccomandazioni ministeriali in tema di gestione del rischio e sicurezza delle cure; eventi sentinella indicati dal Protocollo Ministeriale;

Sei raccomandazioni ministeriali su diciannove (36,8%) trattano dei rischi che in varia forma hanno a che fare con l'utilizzo dei farmaci in ospedale, dall'approvvigionamento alla somministrazione.

Farmaci									
P u n t o d e s c r i z i o n e	Descrizione	CONTROLLO (Riferimento Documenti)	Risc hio	Acce t t a b i l e ? S I N O	Trattamento (azioni)	Risc h i o r e s i d u o	A c c e t t a b i l e ? S I N O	Indicatori di verifica	Responsabilità
0 1	Raccomandazione 01 Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio.	PR_FAR_05 Gestione_farmaci_unità_operative ES_LGU_23 Raccomandazione_corretto_utilizzo_soluzioni_concentrate	0	si	Nel corso del 2024 infermieri e medici verranno formati dalla Dott.ssa Bresciani sul tema	0 (perché non disponibili in reparto)	si	0 eventi sentinella	DS Medici di reparto Caposala
0 2	Raccomandazione 07 Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	PR_FAR_01Procedura_farmaci_LASA PR_FAR_05 Gestione_farmaci_unità_operative PR_FAR_03 Vigilanza_farmaci_e_dispositivi_medici ES_LGU_26Raccomandazione_errori_terapia_farmacologica	2	si	Nel corso del 2024 infermieri e medici verranno formati dalla Dott.ssa Bresciani sul tema	1	si	0 eventi sentinella	DS Medici di reparto Caposala Farmacista consulente Responsabile risorse umane
0 3	Raccomandazione 12 Prevenzione	PR_FAR_01 Procedura_farmaci_LASA	2	SI	Nel corso del 2024 infermieri e medici	1	si	0 eventi sentinella	DS, Medici di reparto Caposala



	degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	ES_LGU_31 Raccomandazione_farmaci_LASA			verranno formati dalla Dott.ssa Bresciani sul tema				Farmacista consulente Responsabile risorse umane
04	Raccomandazione 17 Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	PR_FAR_09 Riconciliazione_farmacologica PR_FAR_05 Gestione_farmaci_unità_operative MS_REP_251 Elenco_doc_cartella_clinica ES_FAR_02 Raccomandazione_per_la_riconciliazione_della_terapia_farmacologica	2	si	verifica del 10% delle cartelle cliniche e predisposizioni e da parte dell'ufficio ADT di un breve verbale semestrale contenente il numero di cartelle cliniche per le quali la riconciliazione farmacologica risulta completa sul totale delle cartelle verificate.	1	si	16 mancate riconciliazioni	DS Primari
05	Raccomandazione 18 Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	PR_FAR_08 Abbreviazioni_acronimi_sigle_simboli_farmaci_FERB ES_LGU_37 Raccomandazione_prevenzione_errori_terapia_per_acronimi_sigle_simboli	0	SI	nessuna	0	si	0 eventi sentinella	DS Primari Caposala
06	Raccomandazione 19 Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	PR_FAR_10 Manipolazione forme farmaceutiche orali solide ES_LGU_36 Raccomandazione19_per_la_manipolazione_delle_forme_farmaceutiche_solid	2	SI	Nel corso del 2024 infermieri e medici verranno formati dalla Dott.ssa Bresciani sul tema	1	si	0 eventi sentinella	DS Primari Caposala



Rischio clinico									
P u n t o d e s c r i z i o n e	Descrizione	CONTROLLO (Riferimento Documenti)	Ris chi o	Accet tabile ? SI NO	Trattamento (azioni)	Ris chi o resi duo	A cc e t t a b i l e ? SI NO	Indicatori di verifica	Responsabilità
0 7	Raccomandazione 04 Prevenzione del suicidio in ospedale	PR_REP_12Procedura_prevenzione_suicidio PT_REP_33 Contenzione ES_REP_03 Suicidio_guida_per_il_colloquio_con_il_paziente ES_LGU_24Raccomandazione_prevenzione_del_suicidio_in_ospedale	2	SI	formazione pianificata per l'autunno del 2024 rispetto a PT_REP_33 Contenzione	1	Si	0 eventi sentinella	DS Primari Caposala
0 8	Raccomandazione 05 Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	PT_EMO_01 Protocollo buon uso del sangue PT_EMO_03 Protocollo_uso_dell'albumina_in_ospedali ES_LGU_25Raccomandazione_reazione_incompatibilitàABO ES_LGU_38 Linee_Guida_sintetica_Buon_Uso_del_Sangue (Sangue/Cassano) ES_REP_59 Procedura_gestione_richiesta_trasfusionale (Sangue/Cassano) PR_REP_11 Procedura_prelievo_e_trasfusioni_Cassano (Sangue/Cassano)	1	si	valutazione dati di letteratura	1	si	0 eventi sentinella attraverso Verifica SDO	Direttore di dipartimento Primario di medicina
0 9	Raccomandazione 09 Prevenzione	PR_REP_10 Apparecchiature_ed_elettromedicali	1	si	valutazione eventi pregressi	1	si	0 eventi sentinella Verifica	Responsabile risorse tecnologiche Direttore Sanitario



	degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	ES_LGU_28 Raccomandazione_eventi_avversi_malfunzionamento_dispositivi						SDO	
10	Raccomandazione 10 Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	ES_FAR_01Nota_aifa_2006_2007_per_l'uso_appropriato_dei_farmaci ES_LGU_20Linee_guida_diagnosi_prevenzione_trattamento_osteoporosi ES_LGU_29Raccomandazione_prevenzione_osteonecrosi_da_bifosfonati	1	si	Anamnesi specifica dello stato clinico dei pazienti	1	si	In linea con i dati da Letteratura	Medici fisiatri
11	Raccomandazione 11 Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	PT_REP_10 Protocollo_Trasporto_Pazienti_ordinari ES_LGU_30Raccomandazione_malfunzionamento_trasporto	2	si	N° di richieste di risarcimento danni correlati all'assistenza e/o al trasporto intra ed extraospedaliero. valutazione della sinistrosità	1	si	0 eventi sentinella	DS Direttore di dipartimento
12	Raccomandazione 13 Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	PT_REP_32 Prevenzione_e_gestione_rischio_caduta_del_paziente_degente MS_REP_133 Scheda_segnaleda_caduta MS_REP_132 Check_list_sicurezza_ambienti_e_presidi ES_LGU_32Raccomandazione_prevenzione_gestione_delle_cadute MS_REP_136Consigli_utili_per_la_prevenzione_delle_cadute_durante_la_degenza	2	si	Monitoraggio delle cadute quantitativo (numero), gravità degli esiti, sedi. Rapporto annuale con analisi comparata sugli anni precedenti e determinazioni e nuovi obiettivi. valutazione della sinistrosità. Gruppi di miglioramento sulla gestione del tema	1	si	% < anno precedente sia per la numerosità che per la gravità Atteso 0 per Livelli 5 e 6	Direttore di dipartimento Caposala Capotecnico Direzione Sanitaria
13	La prevenzione delle ICA (infezioni correlate all'assistenza) con l'obiettivo del contenimento del rischio diffusivo;	PR_CTR_02 Procedura_controllo_infezioni PT_INF_04 Sorveglianza_malattie_infettive_e_infezioni_correlate_all'assistenza PT_INF_03 Prevenzione_della_	2	si	Monitoraggio manifestazioni e ICA Rapporto semestrale con analisi comparata sui periodi precedenti e determinazioni	1	si	% < anno precedente sia per la numerosità	DS Direttore di dipartimento Caposala Direzione



		diffusione_delle_inf ezioni_correlate_all' assistenza OP_INF_02 Germi_multiresisten ti_agli_antibiotici_cl ostridium_difficile			e nuovi obiettivi da parte della Commissione Infezioni Ospedaliere (CIO).				
1 4	La prevenzione della manifestazione delle lesioni da compressione	PT_REP_05 Protocollo_prevenzi one_e_trattamento_ delle_lesioni_da_de cubito PR_CTR_03Gestio ne_scheda_Braden; PR_CTR_05Control lo_lesioni_da_comp ressione	1	si	Applicazione sistematica della scheda Braden.. Monitoraggio della manifestazion e delle lesioni da compressione (numerosità), gravità. Rapporto annuale con analisi comparata sugli anni precedenti e determinazion e nuovi obiettivi . valutazione della sinistrosità	1	si	% < anno precedente per numerosità . 0 manifestazi oni di stadio 3 o 4 insorte durante la degenza	DS Responsabile di dipartimento Direzione sanitaria Caposala
1 5	Inadeguatezza PRI e pri avverso normativa corrente e Linee Guida	Progetti e programmi riabilitativi di strutture (DN_RIA_01/DN_RI A_03/DN_RIA-4) PRI pri in ossequio a dettato accordo stato/regioni 7 maggio 98'	1	si	Controllo da parte della Coordinatrice infermieristica della presenza di PRI e pri alla dimissione. L'ufficio ADT verifica la presenza di PRI e PRI nei casi in cui viene richiesta la fotocopia di cartella clinica e prima della trasmissione delle cartelle cliniche di controllo richieste dai NOCE.	1	si	Adegua to a normativa e Linee Guida	DS

Una volta l'anno, quando avvertiti e.mail da AGENAS la Direzione Sanitaria provvede a consultare l'apposito sito e se le procedure, sono state modificate durante l'anno trascorso, provvede all'aggiornamento delle specifiche schede.

Circa il rischio clinico altri due eventi avversi sono presidiati:

- **la prevenzione delle ICA (infezioni correlate all'assistenza) con l'obiettivo del contenimento del rischio diffusivo;**



- **la prevenzione della manifestazione delle lesioni da compressione**

Nell'ambito di questa categoria rilevanza assume l'attività preventiva circa la manifestazione degli eventi e pertanto lo strumento audit assume una notevole rilevanza.

7.2 RISCHIO ECONOMICO FINANZIARIO

Nei contratti di concessione¹, come nel caso di specie per FERB, la maggior parte dei ricavi di gestione del concessionario proviene dalla vendita dei servizi resi al mercato. Il contratto in essere comporta il trasferimento al concessionario del rischio operativo riferito alla possibilità che, in condizioni operative normali, le variazioni relative ai costi e ai ricavi oggetto della concessione incidano sull'equilibrio del piano economico finanziario. I quattro contratti di concessione in atto si fondano sui principi della convenienza economica per la Pubblica Amministrazione (ASST Bergamo EST ed ASST Melegnano e della Martesana) e della sostenibilità finanziaria per FERB monitorata per mezzo di PEF di presidio ed aziendale. La frequenza del monitoraggio si è reso ancor più indispensabile in questi ultimi due anni a seguito delle misure emergenziali adottate dalle autorità preposte per il contenimento della pandemia da Coronavirus.

Al fine del raggiungimento del controllo avverso il rischio economico finanziario si procede attraverso:

P u n t o d e s c r i z i o n e	Descrizione	CONTROLLO (Riferimento Documenti)	Ris chi o	Accet tabile ? SI NO	Trattamento (azioni)	Ris chi o resi duo	Accet tabile ? SI NO	Indicatori di verifica	Responsabilità
1 6	Determinazioni regionali in materia di "Regole di Sistema" del SSR;	lettura, analisi ed interpretazioni delle "Regole di Sistema" del SSR;	2	si	Adeguamento quali/quantitativo delle prestazioni distribuite per livello assistenziale e per periodo temporale	1	si	Report in linea con le indicazioni direzionali	Direzione amministrativa e Presidente

¹ i contratti di concessione rappresentano importanti strumenti nello sviluppo strutturale a lungo termine di infrastrutture e servizi strategici in quanto concorrono al miglioramento della concorrenza in seno al mercato interno, consentendo di beneficiare delle competenze del settore privato e contribuiscono a conseguire efficienza e innovazione", garantendo al contempo "la massima efficienza nell'uso dei fondi pubblici



1 7	Costi che prevalgono sui ricavi	Reports periodici riguardo il rapporto costi/ricavi, l'utilizzo degli impianti, lo scostamento dai tetti di sistema assegnati da Regione Lombardia, tra risorse umane impiegate e normativa di settore; Promuovere il riempimento delle agende ambulatoriali	1	si	Quadro sinottico rapporto costi ricavi; monitoraggio costante dei parametri di utilizzo degli impianti; analisi mensile dei report aziendali di produzione; verifica periodica del rapporto tra costi/ricavi e relative tendenze annuali	1	si	Report in linea con le indicazioni direzionali	Direzione amministrativa e Presidente
1 8	Scostamento sostanziale e perdurante (superiore al 5%) della complessità della casistica dei ricoveri	Controllo quotidiano e report mensile	1	si	nessuna	1	si	Report in linea con le indicazioni direzionali	Controllo di gestione
1 9	Contenzioso e sinistrosità	Report esterno di contenzioso e di sinistrosità; analisi del fenomeno infortunistico. Contrazione di polizze assicurative correlate al livello di rischio.	1	si	formazione sulle problematiche relative alla sicurezza del lavoro raccordo informativo tra le strutture implicate nel processo di "Sicurezza Aziendale". Creazioni di un fondo rischi.	1	si	Mantenimento da parte delle assicurazioni delle polizze in essere	Direzione amministrativa e Presidente
2 0	Incompletezza documentale della cartella clinica. Incongruenza della codifica sulla SDO	Check list di Regione Lombardia ed ATS territoriali in materia di qualità documentale delle cartelle cliniche.	2	si	verifica costante dei criteri di appropriatezza dei ricoveri (Sistema Esperto – DGR 1185 sub allegato C DGR 1520 e 1980/2014); applicazione del combinato disposto in materia di qualità documentale (DGR 9014/2009 e check list di ATS);	1	si	Carenza documentale e inapproprietezza di congruenza inferiore alle soglie di rischio di incorrere in sanzioni e/o riduzione superiore all'1% del valore dei campioni di cartelle visionate dai NOC	DS Direttore di dipartimento



FERB

FONDAZIONE
EUROPEA
RICERCA
BIOMEDICA
ONLUS



				applicazione del combinato disposto in materia di congruenza della codifica delle SDO (DGR regionali ed ICD9CM).				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Le aziende pubbliche e private che operano per conto del SSR sono destinatarie di un tetto di sistema (cosiddetto “finanziamento a budget”) entro il quale devono operare. L’eventuale surplus di produzione non viene remunerato se non nell’ambito della produzione di prestazioni ambulatoriali ove viene riconosciuto il valore della produzione sino al 106% del tetto di sistema ma con altrettanta applicazione della cosiddetta regressione tariffaria a partire dal 97% della stessa produzione.

L’ufficio Affari Generali monitora quotidianamente le giornate di degenza nei presidi e riferisce settimanalmente al Presidente che, in caso di scostamento significativo e persistente dall’atteso, provvede a comunicarlo ai responsabili sanitari allo scopo che essi adottino le opportune misure correttive. L’Ufficio di Controllo di Gestione per parte sua provvede alla predisposizione di reports di periodicità mensile recanti valori qualitativi e quantitativi della produzione delle prestazioni ambulatoriali nonché, avvalendosi dei flussi provenienti dagli uffici ragioneria ed ADT rapporta i valori della produzione ai costi sostenuti, produce specifica reportistica che sottopone al Presidente con periodicità mensile allo scopo di analizzare le tendenze ed applicare, laddove necessario, le opportune misure correttive. In attesa delle determinazioni circa i valori dei tetti di sistema a valere sull’anno 2024 le cosiddette regole di sistema hanno stabilito che le aziende saranno destinatarie per la componente ricoveri dei tetti budget definiti per l’esercizio 2019 mentre per i tetti di budget delle prestazioni ambulatoriali hanno dato una indicazione generica di un aumento pari all’1% del valore anno 2023 a supporto del contenimento delle liste di attesa; con atti successivi Regione Lombardia disporrà le modalità operative per il riconoscimento.

A partire dall’anno 2020, anno di inizio della pandemia, eventi nazionali ed internazionali hanno indotto un aumento del tasso di inflazione – nel decennio precedente aumento medio in una forchetta tra l’1,8% ed il 2,2% - che si attesta (dato ufficiale ISTAT) all’8,1% anno 2022 ed al 5,7% anno 2023. Rispetto alla media il costo dell’energia si impenna e come è noto le strutture sanitarie sono particolarmente energivore; non solo ma i fornitori dei principali servizi (ristorazione – sanificazione – lavanolo) chiedono un adeguamento dei prezzi di fornitura. Gli eventi citati influiscono in modo rilevante sui costi di gestione senza che Stato e Regione Lombardia assumano provvedimenti di adeguamento dei valori dei DRG. Ciò costringe la Direzione a ricercare modalità di ricavi integrative dei budget assegnati dal SSR.

Nell’ultimo quinquennio FERB Onlus ha inoltre sostenuto rilevanti costi per la ristrutturazione dell’Ospedale di Cassano d’Adda, per la realizzazione dell’Hospice di Calcinate e per le rilevanti ristrutturazioni del presidio ospedaliero di Trescore Balneario di cui si era presa carico nel contesto dei contratti di concessione con le Aziende Ospedaliere di riferimento. Agli onerosi impegni ha fatto fronte mediante economie realizzate negli anni precedenti e ricorrendo in parte al credito.

Nonostante le avversità i risultati di esercizio del gruppo si sono mantenuti stabili e comunque in leggero attivo.



7.3 RISCHIO INFORTUNISTICO

Negli ambienti ospedalieri il personale sanitario è soggetto a diversi rischi di infortunio: cadute, urti, tagli o punture, uso non sicuro dei dispositivi medici e delle attrezzature di lavoro, atti violenti, incidenti correlati all'uso di veicoli. La letteratura informa che le lesioni fisiche di gran lunga più frequenti in caso di infortunio sono lussazioni, distorsioni e distrazioni diretta conseguenza di cadute nonché per le attività connesse al sollevamento, spostamento di pazienti o di carichi pesanti. Gli infermieri invece risultano la categoria più esposta al rischio di infortunio biologico a seguito di tagli e/o puntura accidentale.

La sicurezza nei presidi sanitari per FERB è un valore che non si può trascurare e per FERB la prevenzione degli infortuni sul lavoro rappresenta una priorità assoluta che persegue attraverso la tracciabilità degli eventi ed il monitoraggio sia relativo alla dimensione del fenomeno che delle circostanze nelle quali si manifestano.

Di fondamentale importanza risulta la valutazione dei rischi operata attraverso la redazione e revisione periodica dei DVR specifici di struttura che definiscono anche le azioni di prevenzione da adottare per mitigarli adattandoli alle singole realtà e coinvolgendo nel procedimento anche i lavoratori stessi.

Al fine del raggiungimento del controllo avverso il rischio infortunistico si procede attraverso:

Rischio infortunistico									
P u n t o d e s c r i z i o n e	Descrizione	CONTROLLO (Riferimento Documenti)	Risc hio	Accet tabile ? SI NO	Trattamento (azioni)	Risc hio resi duo	A c c e t t a b i l e ? S I N O	Indicatori di verifica	Responsabilità
2 1	Raccomandazione 08 Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	PT_SIC_02 Documento_sicurezza ES_LGU_27 Raccomandazione_prevenire_danno_a gli_operatori (1	si		1	si		

Il rischio infortunistico può integrare il rischio economico finanziario laddove questo influisce sul costo legato alle assenze per malattia dei dipendenti, quello connesso alle sostituzioni di lavoratori infortunati, gli oneri dovuti a sanzioni penali e costi assicurativi, o in ragione di decrementi produttivi.



FERB

FONDAZIONE
EUROPEA
RICERCA
BIOMEDICA
ONLUS



Un rischio ancora non riconosciuto da un punto di vista giuridico risulta essere il burnout che non è stato ancora espressamente regolamentato a livello normativo, né tanto meno acquisito espressamente da un punto di vista giurisprudenziale ma già oggetto di diffuse trattazioni da parte della letteratura specifica. Questo fenomeno nelle strutture di FERB Onlus può essere ingenerato soprattutto dal contatto prolungato con la disabilità, la cronicità, la sofferenza, la malattia e l'altrui morte.

La verifica del fenomeno infortunistico è affidata all'RSPP ed al medico competente che, con periodicità annuale, dopo aver predisposto i corrispettivi report convocano una riunione congiunta tra di loro, i Direttori Sanitari di presidio ed i RLS (rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza) dalla quale ne scaturisce un verbale. Verbale e reports sono inviati all'ufficio del Direttore Amministrativo che ne riferisce all'Amministratore, nonché all'ufficio qualità che includerà la sintesi dei report nel Riesame della Direzione. Rimangono in capo all'RSPP, medico competente e Direttori Sanitari di presidio l'adozione delle eventuali misure correttive da adottarsi e contestualizzare nelle revisioni dei DVR.

Il comitato valutazione sinistri

E' presieduto e convocato dal Direttore Amministrativo Dott. Massimiliano De' Margheriti che si avvale delle collaborazioni dei Direttori Sanitari Dott. Michele Tumiatì per il presidio di Trescore Balneario, Cassano d'Adda e Hospice di Calcinato, Dott.ssa Sara Fascendini per il presidio di Gazzaniga. E' assicurata la consulenza del medico legale Dott. Carlo Rodella. Viene rilasciato un periodico report (frequenza semestrale) al Presidente.



7.4 RISCHIO INFORMATICO

P u n t o d e s c r i z i o n e	Descrizione	CONTROLLO (Riferimento Documenti)	Rischio	Accet tabile ? SI NO	Trattamento (azioni)	Rischi o residu o	Accet tabile ? SI NO	Indicato ri di verifica	Responsabilità
2 2	Sottrazione di dati sensibili dei pazienti trattati in ambito sanitario di dati economico finanziari inerenti la situazione patrimoniale	All'assunzione sono consegnati ad ogni dipendente i seguenti documenti	1	SI	aggiornamento periodico del documento di valutazione dei rischi informatici penetration test qualora intervengano modifiche di configurazione dei firewall. Adozione ed applicazione di un software che intercetta eventuali intrusioni di sistema causate da device personali.	1	si	Nessuna perdita o diffusione inappropriata di dati sensibili	DPO DS Direttore amministrativo CED
2 3	Interruzione dei software ADT – CUP – Ragioneria – Tabula Clinica	PR_AMM_03 Continuità_di_servizio_di_Tabula_Clinica DN_PRY_05 Risk_Analysis_IT	1	SI	aggiornamento periodico del documento di valutazione dei rischi informatici penetration test qualora intervengano modifiche di configurazione dei firewall. Adozione ed applicazione di un software che intercetta eventuali intrusioni di sistema causate da device personali. Monitoraggio h24 software e Tabula clinica da parte di società esterna	1	si	Gestione efficace ed efficiente delle interruzioni	CED



FERB

FONDAZIONE
EUROPEA
RICERCA
BIOMEDICA
ONLUS



				(SORINT)				
--	--	--	--	----------	--	--	--	--

8. DIFFUSIONE

Al fine dello corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARM e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso:

- Pubblicazione del PARM sul sito aziendale nella sezione Intranet ed Internet