



PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT 2024

PREDISPOSIZIONE	VERIFICATO	APPROVATO
Risk Manager Responsabile Gestione Qualità	Direzione Sanitaria	Legale Rappresentante
Gabriella Aurelio 	Vincenzo Zottola 	Alberto Guglielmo

1. INTRODUZIONE

Le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie ai sensi della legge 8 Marzo 2017 n°24 (legge Gelli Bianco) " disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti delle professioni sanitarie" sono obbligate a redigere una relazione annuale consuntiva sugli strumenti utilizzati per il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura sanitaria.

La Regione Lombardia ha approvato le linee operative di Risk management in sanità per il 2023 D.G. Welfare prt.G.2023.0003393 del 30/01/23 sulla programmazione annuale delle attività di Risk Management 2023.

In coerenza con il DRG n.1827 del 31/01/2024, All. 4 Polo Ospedaliero il risk manager, con il gruppo aziendale per la gestione del rischio redige il PARM.

2. PREMESSA

La gestione del rischio clinico è un processo che mira alla sicurezza delle cure, parte costitutiva del diritto alla salute, con l'obiettivo del continuo miglioramento delle pratiche assistenziali basandosi sull' apprendere dall' errore.

La sicurezza dei pazienti deve essere continuamente presidiata, con azioni di monitoraggio, analisi ed audit, diffondendo al tempo stesso l'elaborazione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza coinvolgendo i pazienti e procedendo alla formazione continua degli operatori.



La gestione del rischio clinico è un elemento di governo clinico visto come “ il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l' eccellenza clinica”.

3. OBIETTIVI

Il PARM ha lo scopo di promuovere e garantire la maggiore condivisione del governo clinico tramite azioni condivise tra tutte le figure professionali e serve a garantire la trasparenza nei confronti del cittadino, tramite l'individuazione di tutti gli accadimenti significativi per la sicurezza delle cure e di tutte le informazioni utili ad attivare azioni che aumentino il livello della sicurezza stessa.

La redazione e la realizzazione del PARM vede due principali specifiche responsabilità:

- Il Risk Manager che, in uno con la Direzione Sanitaria ed a seguito di confronti ed audit interni tra il personale sanitario, ne cura la redazione e l'implementazione nonché monitora e verifica le attività.
- La Direzione Generale, nella persona del Legale Rappresentante, che si impegna a fornire le risorse umane, strumentali ed economiche nonché le opportune direttive per la concreta realizzazione degli obiettivi e delle attività previste.

Inoltre G.B. Mangioni Hospital persegue l'obiettivo di rispettare le Raccomandazioni Ministeriali alle quali attenersi per la gestione del rischio clinico e per la prevenzione degli errori in sanità.

Non tutte le raccomandazioni sono applicabili presso il G.B. Mangioni Hospital dove non sono presenti il pronto soccorso e i reparti di ostetricia e neonatologia.



❖ PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E SEPSI

Il Decreto DG Welfare n.20674 del 21/12/2023 ha approvato il documento "Linee di indirizzo regionali per l'identificazione e la gestione iniziale di sospetta o accertata sepsi/shock settico nel paziente adulto".

I documenti sono stati predisposti dal Gruppo di lavoro regionale "**Lotta alla Sepsi**" formalizzato con Decreto DG Welfare n. 3604 del 18.03.2023 al quale hanno partecipato medici della struttura G.B. Mangioni Hospital.

E' stato realizzato un PDTA aziendale contestualizzato alla realtà locale, sono stati adottati gli schemi di terapia antibiotica empirica e introdotta la nuova scheda di Audit con l'obiettivo di facilitare la revisione della documentazione clinica per valutare l'aderenza della gestione dei casi di sepsi al PDTA aziendale.

Si adotta il progetto operativo 2024 di compilazione di Audit e di aderire alla compilazione della nuova check-list logistico organizzativa aggiornata che sarà trasmessa nel corso dell'anno 2024.

Saranno previste tre riunioni del Comitato Infezioni Ospedaliere e sarà predisposto un piano di formazione che prevede n°3 incontri formativi dedicati alla condivisione della Procedura PDTA Identificazione e gestione iniziale di sospetta o accertata sepsi shock settico nel paziente adulto e alle relative istruzioni operative.

- Allegato 1. Linee Operative Risk Mangement Anno 2024

❖ RISCHIO NUTRIZIONALE

Il rischio nutrizionale, cioè la possibilità di eventi avversi correlabili all'alimentazione/nutrizione di una persona, rientra a pieno titolo nel più ampio quadro del rischio clinico.

Per una gestione efficace del rischio nutrizionale è necessario definire una procedura aziendale per la valutazione e la gestione del rischio, comprendente:

- L'utilizzo di un test di screening.
- L'inserimento della valutazione nutrizionale nella documentazione clinica.



- La realizzazione di un'attività di informazione e formazione per gli operatori sanitari e non, coinvolti nel processo assistenziale della nutrizione.

La struttura G.B. Mangioni Hospital adotta il progetto operativo 2024 di realizzare ed applicare una procedura aziendale per la valutazione del rischio nutrizionale e di definire un piano di formazione dedicato al personale dipendente che prevede n°3 incontri formativi.

- Allegato 1. Linee Operative Risk Mangement Anno 2024

4. RISCHIO IN AMBITO DI IMPIEGO DELLE RADIAZIONI

In materia di gestione del rischio in ambito di impiego delle radiazioni ionizzanti, G.B. Mangioni Hospital, ha provveduto a redigere ed applicare una procedura in adeguamento alla normativa in materia di radioprotezione in riferimento al D.Lgs 31 luglio n°101/2020 e sono stati previsti corsi FAD per il personale esposto e non esposto.

5. GESTIONE DELLE CRISI E CONTINUITA' OPERATIVA

Per l'anno 2024 il Risk Manager assicura l'attività di monitoraggio delle procedure correlate al Piano Pandemico in sinergia con le articolazioni organizzative interessate all'aggiornamento.

Infine, viene assicurata la partecipazione del Risk Manager agli incontri di condivisione/formazione promossi da Regione Lombardia.



6. PORTALE DI GOVERNO A SUPPORTO DEL RISK MANAGEMENT

Nel corso del 2024 si terranno almeno tre riunioni del comitato Risk Management al fine di monitorare gli indicatori di qualità e sicurezza e per elaborare eventuali azioni di miglioramento necessarie.

7. GESTIONE DEL CONTENZIOSO/COPERTURA ASSICURATIVA RCT/RCO

Proseguirà in ambito aziendale l'attività di mediazione e gestione dei conflitti compatibilmente con le valutazioni di mediabilità, in sinergia con l'Ufficio "Affari Generali Legali del Gruppo GVM".

8. ATTIVITA' DI MONITORAGGIO

- a. Eventi Sentinella (SIMES): anche nel 2024 proseguirà l'attività di monitoraggio degli Eventi Sentinella attraverso il sistema on-line SIMES, curato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari. Proseguirà inoltre l'attività di monitoraggio di Incident Reporting e Near Miss.
- b. Buone Pratiche (Sito Agenas): verrà promossa presso la struttura G.B. Mangioni Hospital la segnalazione di Buone Pratiche da inserire nel sito ministeriale.
- c. Monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali e della check-list di sala operatoria: proseguirà nel contesto aziendale l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali.
- d. Richieste di Risarcimento - Polizze – Cadute – Infortuni (DB Regionale Sinistri AON): proseguirà l'aggiornamento del data-base regionale entro le scadenze previste dalle indicazioni nazionali e regionali e in particolare in condivisione con il Comitato Valutazione Sinistri verrà assicurata la:



1. analisi delle richieste di risarcimento danni ricadenti nella polizza RCT/O;
2. analisi dati II° semestre 2023 e I° semestre 2024 e aggiornamento dei dati storici;
3. continua attività di Audit Clinici presso reparti/degenze e servizi.

9. TRASPARENZA NEI CONFRONTI DEL CITTADINO

In conformità alla Legge 24/2017 (con informazioni e dati aggiornati al 31.12.2023) verranno pubblicati: la Relazione Annuale consuntiva sugli Eventi Avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto entro il 30.04.2024;

- l'importo dei Risarcimenti erogati (il liquidato annuo) relato alle richieste di risarcimento in ambito di Risk Management con riferimento all'ultimo quinquennio.

10. IL GRUPPO DI COORDINAMENTO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO

Nel 2024 viene aggiornato con provvedimento formale il Gruppo di Coordinamento Aziendale per la Qualità e le attività di Risk Management con il quale viene condiviso il Piano Annuale di Risk Management. Verranno assicurati almeno tre incontri nel corso dell'anno.

11. NETWORK ED EVENTI FORMATIVI

Verrà assicurata la partecipazione del Risk Manager agli altri eventi formativi organizzati in tema di gestione del rischio e del contenzioso.

Il Risk Manager aderirà agli eventi formativi pianificati da Regione Lombardia.



12.1 PROGETTI OPERATIVI

Nel corso del 2024 verranno avviati i seguenti progetti operativi di cui si allegano le relative schede:

1. Adesione alle "Linee di indirizzo regionali per l' identificazione e la gestione iniziale di sospetta o accertata sepsi/shock settico nel paziente adulto".
2. Preveniamo le cadute: dall' Empowerment del paziente ospedalizzato alla prevenzione delle cadute. Progetto biennale.
3. Redazione ed applicazione di una procedura aziendale per la valutazione del rischio nutrizionale.

G. B. Mangioni Hospital
Lecco



GVM
CARE & RESEARCH

Struttura Ospedaliera Polispecialistica
Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale

Sistema Sanitario  Regione
Lombardia

G. B. Mangioni Hospital S.r.l.
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento
di Gruppo Villa Maria S.p.A.
Via L. da Vinci 49, 23900 Lecco
T +39 0341 478111, F +39 0341 285087, info-gbm@gvmnet.it
www.gvmnet.it

Cap. Soc. 157.692,30 i.v.
Cod. Fisc. P.Iva 00205160138, n. Registro Imprese di Lecco 1060
R.E.A. LC n. 67665
Struttura Accreditata col S.S.N. Registrata al N. 13 del
Registro Regionale Strutture Accreditate della Regione Lombardia

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2024

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2024			
ASST/IRCCS/ATS	G.B.Mangioni Hospital		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende			
Risk Manager aziendale	Gabriella Aurelio		
1. Titolo del Progetto	Adesione alle Linee di indirizzo regionali per l'identificazione e la gestione iniziale di sospetta o accertata sepsi/shock settico nel paziente adulto.		
2. Motivazione della scelta	Assenza della Procedura		
3. Area di RISCHIO	Infezioni correlate all'Assistenza e Sepsì		
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	U.O. Madicina, Oncologia, Sub Acuti		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	*Redazione Procedura PDTA Identificazione e gestione iniziale di sospetta o accertata sepsi shock settico nel paziente adulto * Piano di formazione dedicato per il personale dipendente		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Applicazione e Condivisione della Procedura		
9. Strumenti e metodi	Utilizzo delle schede Audit		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine
	Compilazione Schede Audit	N°Schede %	
	Incontri di Formazione	N°Incontri	

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2024

SCHEMA PROGETTO - ANNO 2024			
ASST/IRCCS/ATS	G.B.Mangioni Hospital		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende			
Risk Manager aziendale	Gabiella Aurelio		
1. Titolo del Progetto	Rischio Nutrizionale		
2. Motivazione della scelta	Assenza di Procedura dedicata.		
3. Area di RISCHIO	Rischio Nutrizionale		
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	U.O. Medicina, Oncologia, Sub Acuti		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	Redazione Procedura Nutrizione		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Applicazione e Condivisione della Procedura		
9. Strumenti e metodi	Utilizzo di Test di screening nutrizionali e Valutazione Attività di Formazione.		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine
	Compilazione di Scheda Nutrizione	N°Schede %	
	Incontri di Formazione	N°Incontri	

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2024

SCHEMA PROGETTO - ANNO 2024			
ASST/IRCCS/ATS	G.B.Mangioni Hospital		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende			
Risk Manager aziendale	Gabriella Aurelio		
1. Titolo del Progetto	Preveniamo le cadute: "Empowerment del paziente ospedalizzato, la prevenzione delle cadute".		
2. Motivazione della scelta	Le cadute dei pazienti durante l'assistenza sanitaria rientrano tra gli eventi avversi più frequenti anche presso G.B. Mangioni Hospital. L'empowerment del paziente ospedalizzato può costituire un fedele alleato per la prevenzione del rischio caduta sia nel contesto ospedaliero sia presso il domicilio. Il progetto si rivolge ai pazienti ospedalizzati, di età superiore ai 65 anni, e ai loro caregiver e si prefigge lo scopo di favorire per entrambe le categorie la cultura della prevenzione del rischio caduta.		
3. Area di RISCHIO	Rischi Cadute		
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Dipartimento Medico G.B. Mangioni Hospital -Dipartimento Chirurgico G.B. Mangioni Hospital		
5. Nuovo/Prosecuzione	Prosecuzione		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	Aumentare la compliance dei pazienti ricoverati e giudicati a rischio caduta e, di conseguenza, ridurre il numero di cadute attraverso l'empowerment dei pazienti, l'educazione dei caregiver e la formazione del personale afferente alle unità operative.		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Empowerment del paziente e del care-giver. Materiale informativo da consegnare al paziente e al care-giver. Sensibilizzazione del personale alla corretta accoglienza ed educazione del paziente over 65 in reparto.		
9. Strumenti e metodi	Incontri con il personale per la sensibilizzazione a una corretta accoglienza ed educazione del paziente over 65 in reparto. Realizzazione di brochure da consegnare ai pazienti e ai care-giver e di poster da affiggere nelle camere degenza. Revisione del protocollo in materia di prevenzione cadute.		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine
	Riduzione numero dei casi	% Ricoveri	
	Incontri di Formazione	N°Cadute/N°Incontri	

