



PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT

(PARM)

**STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA E RSA
“VILLA GIUSEPPINA”**

Unità di Risk Management

Responsabile Dott. S.Cogliati Dezza

Anno 2020

Sommario

1. PREMESSA SUL CONTESTO NORMATIVO.....	3
1.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO	4
1.2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	5
1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	7
1.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PARM PRECEDENTE	7
2. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM.....	8
3. OBIETTIVI.....	9
4. ATTIVITA'	9
5. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM	10
6. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	11
7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	12

1. PREMESSA SUL CONTESTO NORMATIVO

Con l'entrata in vigore della L. 24/2017, detta anche "Legge Gelli-Bianco", intitolata "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", il legislatore si pone come obiettivo quello di inserire il paziente all'interno di un sistema di tutele efficienti atte a favorire appieno la realizzazione del diritto alla salute.

Tale disciplina è volta a regolare i molteplici aspetti del c.d. rischio clinico conseguente all'attività medico-sanitaria. I punti cardine in cui si articola la normativa consistono nella sicurezza delle cure, la gestione del rischio clinico, la trasparenza nei confronti del cittadino. Al fine di meglio realizzare gli obiettivi perseguiti, la legge prevede precisi adempimenti a carico delle strutture sanitarie e sociosanitarie, nonché obblighi peculiari alla funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario.

La gestione del rischio sanitario (*Risk Management*) è un processo sistematico che comprende sia la dimensione clinica che quella strategico-organizzativa. L'attuazione di una politica aziendale di gestione del rischio equivale a realizzare un percorso di controllo degli eventi e delle azioni che possano inficiare la capacità dell'azienda di raggiungere i propri scopi. La sicurezza delle cure diviene parte costitutiva del diritto alla salute e si realizza anche mediante il dispiego di tutte quelle attività di prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie.

Tali attività hanno come obiettivo la riduzione delle probabilità del verificarsi di eventi avversi durante il periodo di degenza, favorendo, non solo un aumento del livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie, ma anche una conseguente riduzione del contenzioso e l'arginamento del fenomeno della medicina difensiva.

Il nuovo modello di gestione del rischio clinico richiede, infatti, un'attenta individuazione di tutti quegli incidenti e/o accadimenti significativi in grado di incidere sulla sicurezza delle cure in modo da prevenire il verificarsi di tali accadimenti, in un'ottica di prevenzione e non di repressione.

Le attività di prevenzione del rischio, alle quali concorre tutto il personale, sono attivate dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private. La coordinazione di tali attività è deputata a personale medico dotato di specifiche specializzazioni (in Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica o equipollenti, in Medicina Legale) o comunque da personale dipendente con adeguata formazione nel settore.

Relativamente alle strutture operanti nella Regione Lazio, lo strumento strategico finalizzato alla gestione del rischio è il PARM, ossia il Piano Annuale di Risk Management. Questo strumento ha la

finalità di rispondere alle raccomandazioni del Ministero della Salute, contenute nel documento intitolato Risk Management e Qualità in Sanità. Scopo del PARM è quello di descrivere e indirizzare le azioni di miglioramento riconosciute come prioritarie per la gestione del rischio clinico. Il PARM riguarda il sistema struttura di cura nel suo insieme e comprende azioni quali: valutazione dei principali processi, analisi del rischio, promozione ed implementazione di procedure e istruzioni operative, formazione e informazione. Le attività realizzate attraverso il PARM concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

Il presente PARM è stato elaborato sulla base delle Linee Guida approvate dalla Regione Lazio.

1.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Struttura Residenziale Psichiatrica e RSA denominata “Villa Giuseppina”, gestita dalla S. Giuseppe S.p.A. con sede legale in Brescia in Via Moretto 34, è situata nel Comune di Roma in Via Prospero Colonna n. 46. Essa svolge la seguente attività sanitaria:

- ✓ Struttura Residenziale Psichiatrica
- ✓ Centro Diurno Psichiatrico
- ✓ Struttura di assistenza a persone non autosufficienti, anche anziane
- ✓ Poliambulatorio Specialistico con le seguenti branche: Allergologia e Immunologia clinica; Cardiologia; Dermatologia e Venereologia; Endocrinologia; Ematologia; Gastroenterologia; Genetica Medica; Geriatria; Ostetricia e Ginecologia; Malattie dell’Apparato Respiratorio; Malattie Infettive; Malattie Metaboliche e Dietologia; Medicina Estetica; Medicina Interna; Nefrologia; Neurologia; Neuropsichiatria Infantile; Oncologia; Pediatria; Psichiatria; Reumatologia; Scienze dell’Alimentazione e Dietetica; Chirurgia maxillo-facciale (solo visite); Chirurgia Generale (solo visite); Chirurgia Plastica e Ricostruttiva (solo visite); Chirurgia Toracica (solo visite); Chirurgia Vascolare-Angiologia (solo visite); Neurochirurgia (solo visite); Oftalmologia; Ortopedia e Traumatologia; Otorinolaringoiatria; Urologia; Medicina Legale; Neurofisiopatologia; Medicina del Lavoro.

DATI STRUTTURALI (aggiornati al 02/2020)			
Posti letti ordinary	Psichiatria	n. 88	UO-0 n. 30 di cui: - 20 posti di SRTRi - 10 posti di SRTRe
			UO-2 n. 58 di cui: - 2 nuclei di tipologia assistenziale SRSRH24 (20 p.l. ciascuno) - 1 nucleo di tipologia assistenziale SRTRi (18 p.l.)
	R.S.A.	n. 35 Mantenimento B	UO-1 = 2 nuclei di 20 e 15 unità
	R.S.A.	n. 10 Estensiva	UO-1
	R.S.A.	n. 10 Estensiva DCCG	UO-1
Posti letto diurni	n. 10		

DATI DI ATTIVITA' 2019			
Ricoveri ordinari	n. 256	Ricoveri diurni	n. 15
Accessi PS	n.		n.
Branche Specialistiche	n. 37	Prestazioni ambulatoriali erogate	n. 2787

1.2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Eventi segnalati nel 2019 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	n. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss		Strutturali 5% Tecnologici 0% Organizzativi 80% (*) Procedure/Comunicaz. 15%	Strutturali 5% Tecnologici 0% Organizzativi 0% Procedure/Comunicaz. 20%	Sistemi di reporting % Sinistri 100% Emovigilanza% Farmacovig % Dispositivovig% ICA% Ecc.%
Eventi Avversi				
Eventi Sentinella	9			

(*) eventi dipendenti dai requisiti organizzativi regionali, che determinano il personale di assistenza per paziente

Nel 2019 si sono verificati i seguenti eventi: 9 cadute di pazienti.

Le cause sono attribuibili a: problematiche di deambulazione delle pazienti.

Il verificarsi degli eventi sopra indicati comporterà l'attivazione da parte della Struttura di un processo di indagine finalizzato alla risoluzione del problema attraverso gli strumenti procedurali e documentali del Sistema di Gestione della Qualità:

- **Procedura PRO-11 Emergenza Sanitaria**
- **Mod. M1-11 “Segnalazione Evento Avverso-Sentinella”**

In ogni caso seguirà un confronto all'interno delle Unità Operative necessario per analizzare l'evento e per determinare con gli operatori la corretta applicazione delle procedure esistenti e/o la eventuale implementazione di nuove procedure migliorative.

Per una corretta segnalazione e gestione dell'evento avverso:

- ogni operatore ha il dovere di segnalare al Medico Responsabile gli eventi avversi in cui è coinvolto o di cui ha notizia;
- il Medico Responsabile ha l'onere di condurre l'indagine interna e di effettuare la segnalazione presso il Ministero della Salute utilizzando i moduli A e B del Protocollo Ministeriale (solo per gli eventi sentinella).

Near Miss: Si definisce near miss o quasi infortunio qualsiasi evento, correlato al lavoro, che avrebbe potuto causare un infortunio o danno alla salute (malattia) o morte ma, solo per puro caso, non lo ha prodotto: un evento quindi che ha in sé la potenzialità di produrre un infortunio.

Evento Avverso: Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è un evento avverso prevenibile.

Evento Sentinella: Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichino una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna:

- Un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito
- L'individuazione e l'implementazione di adeguate misure correttive.

Ai sensi dell'art. 4, c.3 della L. 24/2017 “tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio”.

Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c.3 della L. 24/2017)

ANNO	N. SINISTRI	RISARCIMENTI EROGATI
2015	10	0
2016	15	0
2017	11	0
2018	9	0
2019	1	1
Totale	58	0

Nell'ultimo quinquennio S. Giuseppe Spa-Villa Giuseppina ha erogato i1 risarcimento.

1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Cattolica Ass.ni – Polizza n. 00010532300396 – Massimale 5.000.000 Euro

1.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PARM PRECEDENTE

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE	RAGGIUNGIMENTO
Diffondere la cultura della sicurezza delle cure	Organizzazione di corsi di formazione	Partecipazione 75% personale dipendente	Obiettivo raggiunto
Mantenimento della certificazione OHSAS 18001	Audit e verifiche interne	Verbali audit e numero di non conformità riscontrate	Obiettivo raggiunto
Implementazione di sistemi di sicurezza passivi	Controllo monitoraggio ambienti	Numero degli interventi	Obiettivo in corso
Sensibilizzazione del paziente e dei familiari alle procedure	Comunicazione verbale al paziente		Obiettivo in corso

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- a) Quella del Risk Manager, che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
- b) Quella della Direzione Strategica che s'impegna ad adottarlo con Deliberazione e a fornire al Risk Manager e all'organizzazione della struttura le risorse e le opportune direttive per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

Azione	Risk Manager/Direttore Sanitario	Direttore Generale	Infermiera Capo Sala	Consulente legale	Consulente Qualità Sicurezza	R.S.P.P.
Redazione PARM	R	C	C	C	C	C
Adozione PARM	C	R	I	I	I	I
Monitoraggio PARM	R	C	C	C	C	C

Legenda:

R = Responsabile

C = Coinvolto

I = Interessato

Nella specifica realtà di "Villa Giuseppina", l'Unità di Risk Management è composta dal Risk Manager e dal Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio Clinico costituito da:

- ✓ Dr. S. Cogliati Dezza (Direttore Sanitario nominato Risk Manager-RM)
- ✓ Ing. M. Veronesi (Direttore Generale)
- ✓ Avv. G. De Marco (consulente legale)
- ✓ Dr. M. De Ruvo (consulente Qualità Sicurezza)
- ✓ Arch. M. Sauve (in qualità di RSPP)
- ✓ Suor Giovanna-Milena Bassi (Infermiera Capo Sala)

3. OBIETTIVI

Nel recepire le Linee Guida regionali per l'elaborazione del PARM, sono stati identificati e ritenuti prioritari i seguenti obiettivi strategici per l'anno 2020:

- a) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- c) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture;
- d) Partecipare alle attività regionali in tema di risk management.

4. ATTIVITA'

Ciascuno dei suddetti obiettivi strategici è declinato in attività la cui implementazione sarà realizzata mediante azioni svolte in unità operative o aree di degenza pilota, ciascuna delle quali caratterizzata da una maggiore rischiosità per singolo obiettivo considerato.

Gli obiettivi strategici saranno in particolare declinati come segue:

OBIETTIVO	ATTIVITA'	INDICATORE
Diffondere la cultura della sicurezza delle cure	Organizzazione di corsi di formazione	Partecipazione 75% di personale dipendente
Mantenimento della certificazione di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro e passaggio allo standard 45001:2018	Audit e verifiche interne	Verbali Audit e numero di non conformità riscontrate negli audit
Implementazione di sistemi di sicurezza passivi	Controllo monitoraggio degli ambienti	Numero degli interventi
Sensibilizzazione del paziente e dei familiari alle procedure	Comunicazione verbale al paziente	-
Maggiore monitoraggio sulle infrastrutture ed impianti	Pianificare l'elaborazione di uno strumento di controllo su attrezzature ed impianti maggiormente efficace	Numero di conformità rilevate su inadempimenti rispetto alla normative vigente ed alle procedure del Sistema di gestione salute e sicurezza

Rafforzare la conoscenza delle tematiche di salute e sicurezza all'interno della struttura	Nominare e avviare la formazione del un nuovo ASPP	Obiettivo da raggiungere entro aprile 2020
Miglioramento delle condizioni di benessere dei dipendenti e del personale sanitario	Nell'ottica di ridurre al minimo I valori sulla valutazione dello "stress lavoro correlato", incrementare colloqui con la Direzione Sanitaria, di equipe o individuali, finalizzati a proporre una serie di benefits per i dipendenti (es. sconti sugli ambulatori, consumazioni gratuite periodiche, convenzioni con specialisti, laboratori, ecc.)	V. risultati della precedente valutazione specifica

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Gruppo di Coordinamento
Organizzazione di corsi di formazione	R	C
Audit e verifiche interne	R	C
Controllo monitoraggio degli ambienti	R	C
Comunicazione verbale al paziente	R	C

Legenda:

R = Responsabile

C = Coinvolto

I = Interessato

5. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal presente PARM e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, è prevista la sua diffusione con le seguenti modalità:

- Pubblicazione sul sito internet della struttura
- Inoltro al Centro Regionale Rischio Clinico della Regione Lazio

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421”;
- D.P.R. 14 gennaio 1997 recante “Approvazione del l’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e 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”;
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”;
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 integrato con il Decreto Legislativo n. 106/2009 recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Circolare Ministeriale n. 52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere: la sorveglianza”;
- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante “Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del documento recante Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”;
- Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”;
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
- Determinazione Regionale n. G09765 del 31 luglio 2018 recante “Revisione del Documento di indirizzo per l’implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi”;
- Determinazione Regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”

- Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018 n. U00400 recante “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”.

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Ministero della Salute: “Risk Management in Sanità- Il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- WHO-World Alliance for patient safety – The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”;
- The new NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
- Reason J., Managing the risks of organizational accidents, 1997;
- Reason J., Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute;
- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009.