

 VILLA ARMONIA NUOVA	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT ANNO 2021	V EDIZIONE
--	--	-------------------

INDICE

1. PREMESSA “LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO DURANTE LA PANDEMIA DA SARS-COV-2” pag. 2-3
2. IL PARM COME STRUMENTO DI PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA’ DI CLINICAL RISK MANAGEMENT AI SENSI DELLA LEGGE 24/2017 pag. 3-5
 - 2.1. *Il contesto organizzativo* pag. 5-6
 - 2.2. *Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati* pag. 6-8
 - 2.3. *Descrizione della posizione assicurativa* pag. 8
 - 2.4. *Resoconto delle attività del PARM precedente* pag. 8-10
3. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM pag. 10
4. OBIETTIVI pag. 11
5. ATTIVITÀ pag. 11-15
6. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM pag. 15
7. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA pag. 15-16

EDIZIONE	DATA EMISSIONE	REDATTO DA	APPROVATO DA
V/2021	26/2/2021	DIRETTORE DI STRUTTURA	DIRETTORE SANITARIO MEDICI RESPONSABILI

1. PREMESSA - LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO DURANTE LA PANDEMIA DA SARS-CoV-2

La pandemia da SARS-CoV-2 ha provocato un'emergenza sanitaria che ha profondamente mutato gli assetti organizzativi e strutturali delle strutture sanitarie e le priorità definite dalla programmazione aziendale. Le attività di Risk Management hanno orientato e guidato le azioni finalizzate alla gestione di un'emergenza che non ha precedenti nella storia recente e che ha un forte impatto sulla sicurezza dei pazienti e degli operatori. La strategia multimodale di Clinical Risk Management implementata presso la struttura, in coerenza con la normativa nazionale e regionale e con le linee guida di riferimento, ha integrato la prevenzione e gestione del rischio clinico con le strategie di IPC (Infection Prevention and Control), con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- redazione e aggiornamento di specifiche istruzioni operative finalizzate alla definizione delle corrette procedure da osservare da parte degli operatori;
- organizzazione dell'attività sanitaria ai fini del monitoraggio clinico-assistenziale degli ospiti e dell'identificazione precoce e gestione dei quadri sintomatologici compatibili con il Covid-19;
- implementazione del flusso di notifica dei casi sospetti al Dipartimento di Prevenzione e attuazione delle specifiche disposizioni relative alla gestione del caso;
- organizzazione dell'attività di ricovero e dimissione in base ai protocolli vigenti;
- definizione di percorsi differenziati one way per la prevenzione della diffusione dell'infezione con identificazione di aree di degenza dedicate all'isolamento dei casi sospetti e locali filtro sporco e pulito dedicati;
- implementazione delle misure previste dai programmi di Infection Prevention and Control;
- formazione del personale;
- gestione dei tamponi per lo screening e la diagnosi di Covid-19 rivolti agli operatori e agli utenti;
- gestione delle vaccinazioni anti Covid-19 in base alle indicazioni del Dipartimento di Prevenzione;
- identificazione di percorsi differenziati e di specifici protocolli per il controllo e la gestione dell'accesso in struttura da parte di terzi (fornitori, visitatori ove autorizzati in base alla normativa vigente);
- in caso di restrizione dell'accesso dei visitatori in base alla normativa, implementazione di sistemi di comunicazione in remoto per gli ospiti finalizzati al mantenimento dei contatti con i familiari e con le persone di riferimento;
- attuazione di procedure specifiche di triage per chiunque acceda in struttura tramite apposita modulistica e controllo della temperatura all'ingresso, finalizzati ad interdire l'accesso in caso di

segni e sintomi riferibili al Covid-19; per gli accessi autorizzati esecuzione di tampone antigenico rapido;

- informazioni all'utenza sull'infezione da SARS-CoV-2 e sulle principali misure di prevenzione tramite apposita infografica;
- effettuazione di gruppi psicoeducazionali per gli ospiti durante l'inserimento in struttura finalizzati a stimolare l'aderenza alle misure di prevenzione di tipo igienico sanitario;
- attività di sorveglianza sanitaria degli operatori;
- disponibilità dalle fasi iniziali della pandemia dei Dispositivi di Protezione Individuale previsti per la prevenzione della diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2 e di gel idroalcolico;
- sanificazione delle superfici in base agli specifici protocolli previsti.

In tale contesto, il controllo del rischio sanitario e del rischio infettivo vengono gestiti in modo integrato, sia in termini di programmazione delle attività che di coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione della ASL, in coerenza con l'evoluzione della normativa nazionale e regionale e delle linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità.

L'applicazione di metodologie e strumenti di Risk Management nei piani di attività per la prevenzione e il controllo della diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2 e per la prevenzione degli eventi avversi correlati ai processi assistenziali prevede il coinvolgimento di tutti i professionisti sanitari. Ai sensi della Circolare Regione Lazio n. U0884520 del 15/10/2020, le azioni di preparazione alla gestione dell'epidemia da SARS-CoV-2 e l'elenco delle istruzioni operative e dei documenti adottati per fronteggiare l'infezione da Covid-19 sono riportati nel PAICA (Piano Annuale Infezioni Correlate all'Assistenza), edizione II- 2021.

2. IL PARM COME STRUMENTO DI PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' DI CLINICAL RISK MANAGEMENT AI SENSI DELLA LEGGE 24/2017

La gestione del rischio clinico è un processo finalizzato ad identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi per aumentare il livello di sicurezza delle cure. Tale attività ha pertanto l'obiettivo di ridurre le probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ossia che subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo non volontario, alle cure erogate presso la struttura.

Il Piano Annuale di Risk Management (PARM) è lo strumento che definisce le azioni programmate ai fini della prevenzione e gestione del rischio clinico, con l'obiettivo di ridurre la probabilità di accadimento di eventi avversi, in continuità con le azioni intraprese negli anni precedenti. Tale strumento è espressione dell'impegno della Direzione ai fini della qualità dell'assistenza e della sicurezza delle cure, che rappresentano un obiettivo prioritario da perseguire attraverso la

realizzazione di interventi coordinati che coinvolgono l'intera organizzazione sanitaria attraverso l'integrazione di competenze cliniche, assistenziali e tecnico-professionali. L'adozione della filosofia del miglioramento continuo è un approccio imprescindibile ai fini della programmazione delle attività sanitarie orientate alla qualità e alla sicurezza. Tale finalità è ottenuta attraverso:

- la standardizzazione di alcune fasi del processo clinico-assistenziale attraverso l'utilizzo di Raccomandazioni ministeriali e regionali e l'osservanza di linee guida cliniche evidence-based;
- la misurazione, tramite l'analisi e la valutazione degli eventi;
- il reporting, ovvero la segnalazione tempestiva degli eventi da parte degli operatori necessaria per la mappatura dei rischi presenti, l'identificazione delle criticità e delle opportune azioni di miglioramento.

Il tema della sicurezza delle cure, richiamato dalla 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”*, prevede l'adozione di un modello organizzativo di gestione del rischio clinico con la funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio con il coinvolgimento attivo di tutti gli operatori. Il PARM, pertanto, fa riferimento a tutti gli ambiti organizzativi in una visione sistemica tramite tre dimensioni “core”:

- clinica, incentrata sull'outcome dei trattamenti sanitari;
- tecnica, incentrata sugli aspetti tecnologico-strutturali;
- legale e assicurativa, incentrata sulla prevenzione e gestione del contenzioso.

Il PARM, rappresentando l'esplicitazione delle modalità di analisi, prevenzione e gestione del rischio clinico, favorisce un confronto trasparente con gli stakeholders in un'ottica di accountability e di promozione condivisa delle iniziative finalizzate al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

Poiché la sicurezza dei pazienti si colloca nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità e dell'appropriatezza clinico-organizzativa e rappresenta una delle aree di attività del governo clinico, il PARM rientra nell'ambito degli interventi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi strategici identificati nel Piano Annuale della Qualità e delle Attività.

Il Piano di Risk Management comprende, altresì, gli adempimenti relativi alla L. 24/2017:

- 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;
- dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario.

La programmazione delle attività aziendali finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio clinico contenuta nel PARM è incentrata sulle seguenti azioni strategiche:

- predisposizione del Piano di Risk Management e di procedure aziendali specifiche;
- diffusione di Raccomandazioni nazionali e regionali;
- sviluppo e attuazione di metodologie per l'analisi degli eventi avversi e relativo feedback agli operatori sull'esito della valutazione;
- identificazione delle situazioni in grado di generare una condizione di rischio (mappatura dei rischi generali e specifici) tramite sopralluoghi nelle unità organizzative e interviste agli operatori;
- diffusione della cultura della segnalazione degli eventi tramite *incident reporting*;
- raccolta e analisi dei dati provenienti dai sistemi di segnalazione (eventi avversi, eventi sentinella e near miss), dall'analisi delle cartelle cliniche e da reclami, infortuni e sinistri;
- monitoraggio dell'attività aziendale tramite reportistica e site visit;
- definizione e realizzazione delle azioni finalizzate ad individuare, ridurre e prevenire l'incidenza di eventi avversi con il coinvolgimento attivo di tutto il personale (valutazione delle priorità di intervento, analisi costi-benefici, analisi dell'impatto dell'azione proposta, definizione delle modalità operative di realizzazione e della tempistica, valutazione dell'efficacia dell'azione realizzata);
- attivazione dei flussi informativi previsti dalla normativa nazionale e regionale (SIMES, Centro Regionale Rischio Clinico);
- attuazione di eventi formativi finalizzati alla promozione della competenza tecnico-professionale degli operatori e alla prevenzione di eventuali procedimenti inerenti alla malpractice professionale;
- attivazione di iniziative finalizzate al coinvolgimento del paziente e dei familiari/caregivers nella promozione della sicurezza delle cure;
- coordinamento della funzione di clinical risk management con la gestione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e la compliance aziendale (D. Lgs. 81/08; D. Lgs. 231/01 e DCA n. U00469/2017).

2.1 IL CONTESTO ORGANIZZATIVO

DATI STRUTTURALI		
STPIT Struttura per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali	N. 30	Posti residenziali in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio
SRTRi Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per Trattamenti Comunitari Intensivi	N. 10	Posti residenziali in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio
SRTRe Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per Trattamenti Comunitari Estensivi	N. 10	Posti residenziali in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio

SRSR 24H Struttura Residenziale Socio- Riabilitativa a Elevata Intensità Assistenziale Socio-Sanitaria	N. 24	Posti residenziali in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio
SRTRi Adolescenti Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per Adolescenti – SRTR per trattamenti comunitari intensivi	N. 10	Posti residenziali in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio
Struttura per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare	N. 10	Posti residenziali in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio
	N. 10	Posti semiresidenziali (Centro Diurno) in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio

DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI

STPIT - Struttura per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali	NUMERO INSERIMENTI: 321
SRTRi - Struttura Residenziale Terapeutico- Riabilitativa per Trattamenti Comunitari Intensivi	NUMERO INSERIMENTI: 69
SRTRe - Struttura Residenziale Terapeutico- Riabilitativa per Trattamenti Comunitari Estensivi	NUMERO INSERIMENTI: 1
SRSR 24H - Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa a Elevata Intensità Assistenziale Socio-Sanitaria	NUMERO INSERIMENTI: 6
SRTRi ADOLESCENTI - Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per Adolescenti- SRTR per trattamenti comunitari intensivi	NUMERO INSERIMENTI: 44
Struttura per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare – Posti residenziali	NUMERO INSERIMENTI: 24
Struttura per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare – Posti semiresidenziali	NUMERO INSERIMENTI: 14

2.2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017 le strutture sanitarie devono predisporre una 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. Al fine di ottemperare a tale obbligo, è stata predisposta la seguente tabella, relativa all'anno 2020.

TIPO DI EVENTO	N. E % TOTALE DEGLI EVENTI	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/ CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
NEAR MISS¹	n. 6 (35,3%)	STRUTTURALI (/)	STRUTTURALI (/)	SISTEMI DI REPORTING (100%)
EVENTI AVVERSI²	n. 11 (64,7%)	TECNOLOGICI (/)	TECNOLOGICHE (/)	SINISTRI (/)
EVENTI SENTINELLA³	/	ORGANIZZATIVI (/)	ORGANIZZATIVE (/)	ICA (/)
		PROCEDURE/ COMUNICAZIONE (55%)	PROCEDURE/ COMUNICAZIONE (100%)	FARMACOVIGILANZA (/)
		CONDIZIONI DELL'OSPITE (45%)		

I near miss risultano correlati ad una non corretta gestione del processo assistenziale. Tra gli eventi avversi n. 6 eventi sono correlati ad agito eterodiretto dell'ospite, di cui 2 verso operatore sanitario; n. 1 evento è correlato ad agito eterodiretto dell'ospite verso altro paziente; n. 1 evento è correlato ad agito autodiretto; n. 1 evento è avvenuto in itinere durante lo svolgimento dell'attività riabilitativa; n. 2 eventi sono correlati a cadute. Non si sono verificati eventi sentinella.

Ciascun evento avverso è stato documentato tramite incident reporting ed è stato oggetto di apposita riunione di staff finalizzata ad analizzare l'evento, le cause e le opportune azioni di miglioramento, ove necessario.

L'art. 4 c. 3 della L. 24/2017 prevede che le strutture sanitarie rendano disponibili i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio. Si riporta di seguito il valore dei sinistri liquidati a partire dal 2015. Come evidenziato, non sono stati erogati risarcimenti nell'ultimo quinquennio.

¹ Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

² Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.

³ Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

2015	2016	2017	2018	2019	2020	Totale ^{€/000}
0	0	0	0	0	0	0

1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	SCADENZA POLIZZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	FRANCHIGIA	BROCKERAGGIO
2016	15/6/2017	UNIPOL SAI	30.900,00	10.000,00	GERENZA ROMA RELA BROKER SRL
2017	15/6/2018	UNIPOL SAI	30.900,00	10.000,00	GERENZA ROMA RELA BROKER SRL
2018	15/06/2019	UNIPOL SAI	36.950,00	10.000,00	GERENZA ROMA RELA BROKER SRL
2019	15/12/2019	UNIPOL SAI	43.000,00	10.000,00	GERENZA ROMA RELA BROKER SRL
2020	15/12/2020	UNIPOL SAI	43.000,00	10.000,00	GERENZA ROMA RELA BROKER SRL
2021	30/06/2021	AM TRUST	€ 16.948	€ 50.000	MARSH

1.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITA' PER L'ANNO PRECEDENTE

OBIETTIVO	ATTIVITA'	STATO DI ATTUAZIONE
DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE	<p>Programmazione e realizzazione di eventi formativi per la gestione del rischio clinico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Il rischio di violenza nei confronti degli operatori sanitari: misure di prevenzione e tecniche di gestione” - “La prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza” - “La gestione delle urgenze ed emergenze psichiatriche e internistiche” 	<p>Data l’emergenza correlata alla pandemia da Covid-19 l’attività formativa per gli operatori è stata rivolta esclusivamente alla prevenzione della diffusione dell’infezione da SARS-CoV-2. A tal fine sono stati effettuati i seguenti corsi FAD:</p> <p>“L’infezione da SARS-CoV-2: prevenzione e controllo nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie” (piattaforma Kos Academy);</p> <p>-“Procedura di vestizione e svestizione (tuta e camice) e rimozione dei dispositivi di</p>

		<p>protezione individuale” (piattaforma Kos Academy);</p> <ul style="list-style-type: none"> - corso Istituto Superiore di Sanità “Emergenza sanitaria da nuovo coronavirus SARS-CoV-2: preparazione e contrasto”; - corso Istituto Superiore di Sanità “Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell’emergenza Covid-19”; <p>corsi di formazione aziendali aventi per oggetto il materiale informativo dell’OMS “Prevenzione e controllo dell’infezione da Covid-19”</p>
	<p>Consolidamento del sistema di segnalazione e apprendimento (reporting and learning system) tramite il coordinamento ed il supporto metodologico nella fase di segnalazione degli eventi tramite incident reporting e feedback organizzativo relativo all’esito dell’analisi degli eventi segnalati</p>	<p>Gli eventi sono stati segnalati tramite compilazione della scheda di incident reporting e sono stati oggetto di analisi con i referenti organizzativi</p>
<p>MIGLIORARE L’APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA’ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E IL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI</p>	<p>Redazione di un Piano annuale per le infezioni correlate all’assistenza (PAICA)</p>	<p>Compilazione PAICA (data emissione 15/3/2020)</p>
	<p>Realizzazione di analisi strutturate e documentate degli eventi avversi finalizzate all’identificazione dei fattori contribuenti e/o determinanti e alla definizione di azioni di miglioramento</p>	<p>Data l’emergenza correlata alla pandemia da Covid-19 in alternativa a strumenti di gestione del rischio clinico quali RCA, audit, ecc. sono stati utilizzati strumenti quali attività di simulazione, riunioni di briefing/debriefing, osservazioni dirette sul campo, analisi delle barriere, che si adattano meglio all’esigenza di realizzare l’analisi in tempi rapidi e incidere sui comportamenti degli operatori in un ridotto arco temporale</p>
	<p>Verifica della completezza della documentazione sanitaria</p>	<p>Compilazione schede monitoraggio cartelle cliniche;</p>

	e degli indicatori di processo e di esito indicati nel Piano delle Attività e della Qualità	analisi reportistica indicatori previsti nel Piano delle Attività e della Qualità
	Aggiornamento delle procedure clinico-organizzative di ciascuna unità operativa in relazione alle specificità clinico-assistenziali ed al profilo specifico di rischio clinico	In relazione alla prevalenza di attività connesse alla gestione dell'emergenza Covid-19 il completamento dell'attività di aggiornamento è previsto entro il 2021
	Sensibilizzazione degli operatori in merito alla sicurezza della terapia farmacologica, con particolare riferimento alla gestione dei pazienti in politerapia e durante le transizioni di cura	Attività realizzata durante i briefing dell'équipe sanitaria e in occasione di apposite riunioni per la prevenzione del rischio clinico
	Coinvolgimento degli ospiti nella promozione della sicurezza tramite apposite attività di tipo psicoeducazionale	Verbali psicoeducazionali finalizzati alla promozione dei corretti comportamenti da adottare ai fini della prevenzione della diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2
PARTECIPARE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT	Partecipazione alle rilevazioni previste dai progetti regionali; trasmissione dati in base ai flussi informativi previsti dalla normativa regionale	Flussi informativi previsti dal Dipartimento di Prevenzione e dalla Regione ai fini della gestione dell'emergenza Covid-19

3. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM

AZIONE	DIRETTORE DI STRUTTURA/ RISK MANAGER	DIREZIONE MEDICA NEOMESIA	DIRETTORE SANITARIO/ MEDICI RESPONSABILI
REDAZIONE PARM	R	I	I
APPROVAZIONE PARM	C	C	R
ATTUAZIONE PARM	R	R	I
MONITORAGGIO PARM	R	R	C

LEGENDA

R= RESPONSABILE
C=COINVOLTO
I=INTERESSATO

4. OBIETTIVI

- A. Diffondere una 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 il 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.

Per l'anno 2021, compatibilmente con le misure da mettere in atto per la gestione dell'emergenza COVID-19, è previsto lo sviluppo di progetti operativi finalizzati alla promozione dell'implementazione delle seguenti Raccomandazioni Ministeriali:

- Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura;
- Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale;
- Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.

E' prevista altresì la prosecuzione delle attività di incident reporting ai fini della segnalazione di eventi o quasi eventi (near miss) e l'alimentazione del flusso SIMES per gli eventi sentinella, compilando le schede A e B nella tempistica prevista.

5. ATTIVITA' E RESPONSABILITA'

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE

ATTIVITA' 1: Realizzazione di un corso di formazione in materia di prevenzione e gestione del rischio clinico

INDICATORE: data di svolgimento del corso e n. partecipanti

STANDARD: partecipazione di tutti gli operatori

AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/ RISK MANAGER	DIREZIONE MEDICA NEOMESIA
Progettazione del corso	I	R
Erogazione del corso	I	R

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E IL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.

ATTIVITA' 1: prosecuzione dell'attività formativa finalizzata all'acquisizione delle corrette procedure da attuare ai fini della prevenzione della diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2 per i neo assunti

INDICATORE: partecipazione ai corsi FAD "L'infezione da SARS-CoV-2: prevenzione e controllo nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie" e "Procedura di vestizione e svestizione (tuta e camice) e rimozione dei dispositivi di protezione individuale"

STANDARD: Normativa e linee guida nazionali e regionali

AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/ RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA/MEDICI RESPONSABILI
Progettazione del corso	C	R
Erogazione del corso	I	R

ATTIVITA' 2: Realizzazione di un corso di formazione in materia di prevenzione e gestione del rischio suicidario

INDICATORE: data di svolgimento del corso e n. partecipanti con qualifica di Medico, Infermiere e Tecnico della riabilitazione psichiatrica

STANDARD: Raccomandazione n. 4 del Ministero della Salute "Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale"/Linee guida e documenti di indirizzo nazionali ed internazionali

AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/ RISK MANAGER	DIREZIONE MEDICA NEOMESIA
Progettazione del corso	C	R
Erogazione del corso	I	R

ATTIVITA' 3: Realizzazione di un corso di aggiornamento in psicofarmacologia finalizzato alla promozione dell'appropriatezza prescrittiva e alla prevenzione del rischio

INDICATORE: svolgimento di 1 edizione destinata al personale medico con qualifica di Responsabile/Referente clinico

STANDARD: Linee guida terapia farmacologica

AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/ RISK MANAGER	DIREZIONE MEDICA NEOMESIA

Progettazione del corso	C	R
Erogazione del corso	I	R

ATTIVITA' 4: Realizzazione di un'attività informativa sulle tecniche comunicative e sulle procedure da adottare ai fini della prevenzione delle aggressioni agli operatori sanitari nel corso dei focus group finalizzati alla promozione del benessere organizzativo

INDICATORE: n. focus group svolti in ciascuna unità organizzativa

STANDARD: Determinazione 25 ottobre 2018 n. G13505 recante “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”

AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/ RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA/MEDICI RESPONSABILI
Progettazione del corso	R	R
Erogazione del corso	I	R

ATTIVITA' 5: aggiornamento del Piano annuale per le infezioni correlate all'assistenza (PAICA)

INDICATORE: disponibilità PAICA entro il 28/2/2021

STANDARD: Linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle infezioni correlate all'assistenza (PAICA) - Determinazione della Regione Lazio prot. N. G00163 del 11/1/2019

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/ RISK MANAGER	DIRETTORE SANITARIO/MEDICI RESPONSABILI
Redazione PAICA	R	I

ATTIVITA' 6: realizzazione di analisi degli eventi avversi finalizzate all'identificazione dei fattori contribuenti e/o determinanti e alla definizione di azioni di miglioramento (audit, root cause analysis, simulazione, riunione di briefing/debriefing, osservazione diretta sul campo, analisi delle barriere, M&M meeting)

INDICATORE: verbale

STANDARD: 100% eventi analizzati in base alla rilevanza

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/ RISK MANAGER	DIRETTORE SANITARIO/MEDICI RESPONSABILI
Effettuazione attività di risk analysis	R	R

ATTIVITA' 7: conferimento dei dati previsti dal flusso SIMES (Sistema Monitoraggio Errori in Sanità); inserimento della scheda A entro 5 gg dalla segnalazione; inserimento della scheda B entro 45 gg dalla segnalazione; inserimento della scheda B comprensiva delle azioni di miglioramento		
INDICATORE: % di schede inserite sul portale regionale nella tempistica prevista		
STANDARD: totale delle segnalazioni correttamente inserite		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/ RISK MANAGER	DIRETTORE SANITARIO/MEDICI RESPONSABILI
Inserimento dati	R	R

ATTIVITA' 8: verifica della completezza della documentazione sanitaria e degli indicatori di processo e di esito indicati nel Piano delle Attività e della Qualità		
INDICATORE: compilazione schede monitoraggio cartelle cliniche; definizione indicatori e analisi reportistica		
STANDARD: requisiti DCA n. U00469/2017		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/ RISK MANAGER	DIRETTORE SANITARIO/MEDICI RESPONSABILI
Verifica cartella clinica	I	R
Definizione e verifica indicatori	R	C

ATTIVITA' 9: aggiornamento delle procedure clinico-organizzative di ciascuna unità operativa in relazione alle specificità clinico-assistenziali ed al profilo specifico di rischio clinico		
INDICATORE: aggiornamento entro il 31/12/2021		
STANDARD: Linee guida evidence-based/Buone pratiche clinico-assistenziali		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/ RISK MANAGER	DIRETTORE SANITARIO/MEDICI RESPONSABILI
Aggiornamento procedure unità organizzative	C	R

ATTIVITA' 10: redazione procedura per la corretta identificazione del paziente		
INDICATORE: disponibilità procedura entro il 30/6/2021		
STANDARD: Raccomandazione n. 3 del Ministero della Salute sulla corretta identificazione dei		

pazienti, del sito chirurgico della procedura/Documento di indirizzo per la corretta identificazione del paziente Centro Regionale Rischio Clinico Regione Lazio		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/ RISK MANAGER	DIRETTORE SANITARIO/MEDICI RESPONSABILI
Aggiornamento procedure unità organizzative	R	I

OBIETTIVO D) PARTECIPARE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT

ATTIVITA' : partecipazione alle rilevazioni previste dai progetti regionali; trasmissione dati in base ai flussi informativi previsti dalla normativa regionale.		
INDICATORE : assolvimento debito informativo/elaborazione questionari entro la tempistica prevista.		
STANDARD : 100% debito informativo soddisfatto.		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/ RISK MANAGER	DIRETTORE SANITARIO/MEDICI RESPONSABILI
Compilazione reportistica	R	R

6. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM

Il contenuto del presente Piano è portato a conoscenza dei referenti di ciascuna unità organizzativa. Il Piano è trasmesso al Centro Regionale di Riferimento Rischio Clinico della Regione Lazio. Ai sensi della Determinazione n. G00164 del 11/1/2019 della Regione Lazio, è prevista la pubblicazione sul sito internet aziendale.

7. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- 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”.
- Decreto 11 dicembre 2009 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità”.
- Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 recante: “Approvazione delle linee guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM).

- Determinazione 1 aprile 2014, n. G04112 . Approvazione del documento recante: "Linee di Indirizzo Regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA)".
- Determinazione 11 gennaio 2019, n. G00164 recante “Approvazione ed adozione del documento recante le Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM).
- Determinazione Regionale 25 ottobre 2016, n. G12355. Approvazione del documento recante “Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”.
- Determinazione 11 gennaio 2019, n. G00164 recante “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”.
- To Err Is Human: Building a Safer Health System (Washington, D.C.: National Academies Press, 2000).
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
- Ministero della Salute – sito tematico “Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure”.
- Agenas – sito tematico “Rischio clinico e sicurezza del paziente”.
- Regione Lazio – sito tematico “Centro Regionale Rischio Clinico”.
- Ministero della Salute – sito tematico “Nuovo coronavirus”.
- Istituto Superiore di Sanità – sito tematico “ISS per Covid-19”.
- Istituto Superiore di Sanità – sito tematico “Rapporti ISS Covid-19”.