

Passaggi S.r.l.

SEDE LEGALE : Roma – Via Quinto Fabio Pittore n. 28

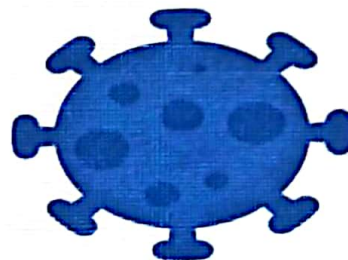
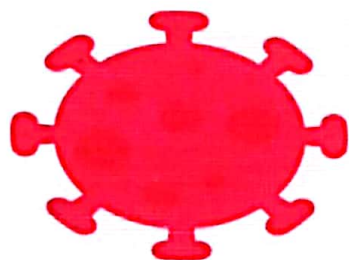
SEDE AMMINISTRATIVA : Carsoli (AQ) – Via Roma n. 111

SEDI OPERATIVE : ORICOLA (AQ) Via Tiburtina Valeria Km. 68,200

CARSOLI (AQ) Via Colle Farola, s.n.c.

S.R.P.2

“Comunità Passaggi”



PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) - 2023

Al sensi dell'art. 2, comma 5 della Legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

	FUNZIONE E NOME	FIRMA	DATA
REDAZIONE VERIFICA	Dott. ALESSANDRO BELLOTTA Risk Manager Responsabile Sanitario		16.02.2023
VALIDAZIONE	Dott. ANTONELLO ANGELINI Amministratore unico Legale rappresentante		20.02.2023 -

Aggiornamento Febbraio 2023

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT	
STATO DELLE REVISIONI	
Revisione 0	20.02.2020
Revisione 1	12.01.2022
Revisione 2	20.02.2023

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

INDICE

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE	5
2. DATI GENERALI DELL'AZIENDA SANITARIA	7
3. DATI STRUTTURALI	8
4. DATI DI ATTIVITA'	8
5. PERSONALE SANITARIO	8
6. TERMINI E DEFINIZIONI	9
7. PREMESSA	13
8. L'UFFICIO AZIENDALE DI RISK MANAGEMENT	17
9. FATTORI CHE DETERMINANO IL GRADO DI RISCHIOSITA' DI UN SISTEMA	19
10. METODI E STRUMENTI PER L'ANALISI DELL'ERRORE E LA GESTIONE DEL RISCHIO	19
11. STRUMENTI PER L'IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO CLINICO	20
12. IL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM)	24
13. CRITERI PER LA CLASSIFICAZIONE DEGLI EVENTI	25
14. DIAGRAMMA DI FLUSSO PER LA CLASSIFICAZIONE DEGLI EVENTI	26
15. LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E IL RELATIVO PIANO (PAICA)	27
16. GLI ATTI DI VIolenza A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI	27
17. IL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE	31
18. EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO	36
19. RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO	37
20. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	37
21. NUMERO E ANALISI CONTENZIOSO	38
22. IL COMITATO DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	38
23. IL COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI	38
24. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' SEGNALAZIONI 2022 E AZIONI POSTE IN ESSERE	39
25. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM	44
26. OBIETTIVI 2023	45
27. ATTIVITA' 2023	46

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

28. ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	49
29. DIFFUSIONE DEL PARM. COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE	53
30. RIFERIMENTI NORMATIVI	55
ALLEGATI : Delibera di approvazione ed adozione	

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE

La S.R.P.2 "COMUNITA' PASSAGGI", gestita da PASSAGGI S.r.l., con sede legale in Roma Via Quinto Fabio Pittore n. 28, sede amministrativa in Carsoli (AQ) Via Roma n. 111 e sede operativa in Oricola (AQ) via Tiburtina Valeria Km. 68,200, nasce nel 1998 ed è il risultato della collaborazione tra professionisti provenienti da precedenti esperienze nel campo della cura di pazienti psichiatrici, uniti con l'obiettivo di realizzare progetti a forte carattere terapeutico-riabilitativo.

Ospita, pertanto, pazienti di competenza psichiatrica, che presentano problematiche di tipo psicopatologico, relazionali, esistenziali, a causa dei quali si rende necessaria una temporanea separazione dall'abituale contesto di vita fornendo un trattamento che ha come obiettivo il recupero delle capacità individuali e livelli funzionali di autonomia del paziente, finalizzate al suo reinserimento nell'ambiente sociale. Nel corso degli anni è stato sviluppato un modello di intervento integrato, basato su differenti programmi e contesti terapeutici la cui finalità è andare incontro ai diversi bisogni delle persone sofferenti di disturbi psichici. L'obiettivo è di cercare di aiutare gli "ospiti", promuovendone la crescita personale, attraverso l'esperienza della convivenza e del confronto con gli altri in un contesto che ha tutte le caratteristiche di una microsocietà ma che sia sufficientemente protetto ponendo così l'accento su aspetti relazionali, di responsabilità e di dignità personale.

Il personale, selezionato in base alle qualifiche previste dalla legislazione nazionale e regionale, è sottoposto ad aggiornamento e formazione continua, con il fine di formare un'equipe sempre più affiatata.

Gli ospiti beneficiano di un progetto individualizzato che stabilisce obiettivi a medio e lungo termine, metodologia e verifica del progetto stesso.

L'esperienza nelle comunità residenziali psichiatriche ha posto al centro della sua azione la possibilità di condividere con altri luoghi e spazi comuni e riempire il tempo vuoto e dilatato dei vecchi ospedali psichiatrici con l'ascolto, il rapporto personale e le attività comuni basate sulla partecipazione del paziente. Su questi presupposti la "Comunità Passaggi" ha raggiunto, attraverso una crescita costante ed evolutiva delle metodologie terapeutiche e riabilitative e della qualificazione continua del personale in correlazione con la dinamica dei bisogni e delle richieste degli utenti, il risultato, per quanto possibile, di creare una atmosfera empatica, collaborativa, accettante e protettiva, volta alla integrazione operativa tra tutti i soggetti interessati al recupero del disagio

degli utenti e delle loro famiglie.

In questo contesto la gestione del rischio affronta molti dei rischi comuni alle strutture sanitarie quali **il rischio di caduta, le infezioni correlate all'assistenza, il percorso del farmaco**. Ma, in aggiunta, fronteggia **altri rischi** che sono **correlati alla natura particolare della malattia psichiatrica** che si presta meno ad un inquadramento rigidamente statistico. E' necessario, quindi, individuare e comprendere dove si annidino i rischi e correggere o migliorare le procedure organizzative o cliniche a seguito di strumenti analitici del risk management con il contributo dei diversi professionisti coinvolti (risk manager, psichiatri, psicologi, infermieri, educatori, esperti legali).

È solo la conoscenza di quanto è avvenuto che permette di capire come prevenire in futuro. Emerge che nessuna attività di gestione del rischio **può avere successo senza il contributo** – attivo e quotidiano – dell'intero personale sanitario. Sono coloro che operano a tutti i livelli nelle strutture a dover segnalare cosa non funziona e, nel contempo, ad applicare i nuovi protocolli sviluppati come risposta correttiva. Solo tenendo conto di ciò si comprende perché l'approccio del Risk Management è di natura culturale : l'evento avverso, l'incidente o il near miss non sono e non devono essere considerati più una "colpa". Sono eventi fisiologici che si possono verificare in una qualsiasi struttura sanitaria e devono essere segnalati senza vergogna o pudori perché è **solo attraverso la trasparenza interna che si può avere un miglioramento della qualità delle cure**. A fare la differenza è la capacità di accettare la sua presenza e costruire, di conseguenza, barriere che lo contengano e gli impediscano di diventare danno.

Anche la **formazione continua**, attraverso percorsi di sensibilizzazione di tutte le categorie di professionisti per l'applicazione di comportamenti e procedure per ridurre il rischio, ha l'obiettivo di contribuire a sviluppare nuove procedure volte a ridurre il rischio clinico in modo significativo.

Tutte le articolazioni aziendali, per competenza, collaborano e concorrono al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

2. DATI GENERALI DELL'AZIENDA SANITARIA

Aggiornati al 16 febbraio 2023	
SEDE	SEDE LEGALE Roma – Via Quinto Fabio Pittore n. 28 SEDE AMMINISTRATIVA Carsoli (AQ) – Via Roma n. 111 SEDE OPERATIVA 1 Oricola (AQ) – Via Tiburtina Valeria Km. 68,200 SEDE OPERATIVA 2 Carsoli (AQ) – Via Colle Farola, s.n.c.
AUTORIZZAZIONE ACCREDITAMENTO	La Comunità Passaggi è autorizzata come struttura residenziale psichiatrica per i trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo SRP2 per n. 15 posti letto in data 08.11.2017 , ai sensi dell'art. 3 della Legge Regionale n. 32/2007 e ss. mm. ii. dal Comune di Oricola (AQ) . Accreditata provvisoriamente con Delibera della Giunta Regionale Abruzzo n. 3513 del 23.12.1998.
DIREZIONE GENERALE	Dott. ANTONELLO ANGELINI Amministratore e legale rappresentante
REFERENTE AMMINISTRATIVO	ANNA MAZZETTI
RESPONSABILE SANITARIO	Dott. ALESSANDRO BELLOTTA
RESPONSABILE SETTORE PSICOLOGI/PSICOTERAPEUTI	Dott.ssa ELISA CHITI
REFERENTE SETTORE ASSISTENTI SOCIALI	Dott.ssa NOEMI DEL TURCO
REFERENTE SETTORE INFERMIERI PROFESSIONALI	Dott.ssa ELEONORA DI RIENZO
REFERENTE SETTORE OPERATORI SOCIO SANITARI	O.S.S. EVA GALIANO
SITO INTERNET	www.comunitapassaggi.it
INDIRIZZO MAIL	ctpassaggi@libero.it
PEC	ctpassaggi@dpec.it

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

3. DATI STRUTTURALI

Aggiornati al 16 Febbraio 2023			
	NUMERO EDIFICI	MQ di superficie	Posti letto
SRP2"COMUNITA' PASSAGGI"			
Sede di Oricola (AQ) Via Tiburtina Valeria km. 68,200	01	300 c.a	15
Sede di Carsoli (AQ) Via Colle Farola, s.n.c.	01	160 c.a	0

4. DATI DI ATTIVITA'

TOTALE NUMERO UTENTI ASSISTITI NELLA STRUTTURA	ANNO	NUMERO
	2017	13
	2018	18
	2019	20
	2020	22
	2021	28
	2022	23

N.B. Il numero totale di utenti transitati nella struttura è dato dai nuovi ricoveri dell'anno in considerazione aggiungendo a questi i "residenti".

5. PERSONALE SANITARIO

Aggiornati al 16 Febbraio 2023	
	NUMERO RISORSE
PSICHIATRI	2
PSICOLOGI PSICOTERAPEUTI	3
PSICOLOGI	5
ASSISTENTI SOCIALI	1
PSICOTERAPEUTI	4
INFERMIERI PROFESSIONALI	3
OPERATORI SOCIO SANITARI	5

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

6. TERMINI E DEFINIZIONI

Si riporta, di seguito, la terminologia ritenuta necessaria ai fini della comprensione del Piano di Risk Management.

RISCHIO CLINICO	La possibilità che un paziente subisca un «danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte».
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	Il processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti.
APPROPRIATEZZA	L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente, fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.
ERRORE	Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.
EVENTO	Accadimento che può modificare l'andamento atteso dell'assistenza nei confronti dei pazienti o che può arrecare danno agli operatori sanitari.
EVENTO AVVERSO (Adverse event)	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 SENZA DANNO	Accadimento che si verifica durante il processo assistenziale che non comporta danno alla persona pur avendone la potenzialità.
EVENTO EVITATO (Near miss)	Errore che ha la potenzialità di causare un evento che tuttavia non raggiunge il paziente o l'operatore sanitario perché intercettato o per caso fortuito.
EVENTO SENTINELLA	Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un

	<p>serio malfunzionamento del sistema, che comporta la morte o grave danno al paziente e/o che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del SSN e dei professionisti. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiamo contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive e il loro monitoraggio. <p>Di seguito l'elenco degli eventi indicati dal Ministero della Salute applicabili alla S.R.T.2 "COMUNITA' PASSAGGI":</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Procedura in paziente sbagliato; 2. Errata procedura su paziente corretto (es. esecuzione di una procedura diagnostica/terapeutica diversa da quella prescritta); 3. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica; 4. Morte o grave danno per caduta di paziente; 5. Suicidio o tentato suicidio di paziente nella struttura sanitaria; 6. Violenza su paziente (commissiva o omissiva) da chiunque compiuta all'interno di strutture sanitarie; 7. Atti di violenza a danno di operatore da parte di pazienti, loro parenti, accompagnatori, visitatori; 8. Morte o grave danno connesso al sistema di trasporto; 9. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente dovuto ad errore o livelli assistenziali inferiori rispetto agli standard previsti.
<p>RISCHIO</p>	<p>Condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che può modificare l'esito atteso del processo. È misurato in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento e la gravità del danno che ne consegue; nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso.</p>
<p>SICUREZZA DEL PAZIENTE (Patient safety)</p>	<p>Dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli</p>

	incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.
FATTORE UMANO	Sinonimo di ergonomia per indicare lo studio dei comportamenti umani, in relazione a specifiche condizioni ambientali, strumenti o compiti.
ERRORE ATTIVO	E' per lo più ben identificabile, prossimo, in senso spazio-temporale, al verificarsi dell'evento avverso; spesso è riconducibile ad un'azione sbagliata commessa da un operatore o ad un incidente, ad esempio il malfunzionamento di una strumentazione. Relativamente semplice da individuare.
ERRORE LATENTE	E' per lo più un'insufficienza organizzativo gestionale (progettazione, organizzazione e controllo) che resta silente nel sistema, finché un fattore scatenante non la rende manifesta in tutta la sua potenzialità, causando danni più o meno gravi. Relativamente difficile da individuare, spesso multiplo all'interno del sistema e tale da provocare una successione di errori secondari in grado di eclissare la gravità e la possibilità di identificazione dell'errore primitivo.
DANNO	Alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore).
SIMES	Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità.
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI	Ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro. Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari sono oggetto di una specifica raccomandazione ministeriale e sono inseriti fra gli eventi sentinella che devono essere segnalati attraverso il flusso SIMES.
GOVERNO CLINICO (Clinical governance)	Sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica.
ERGONOMIA	Disciplina che si occupa della comprensione delle interazioni tra gli

	esseri umani e gli altri elementi di un sistema, applicando teorie, principi, dati e metodi per progettare nell'ottica dell'ottimizzazione del benessere umano e della prestazione di tutto il sistema.
--	---

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

7. PREMESSA

La probabilità che un paziente sia vittima di un danno involontario imputabile alle cure sanitarie prende il nome di *“rischio clinico”* e gli interventi finalizzati a studiare, identificare e ridurre tale rischio prendono il nome di *“gestione del rischio clinico”* o, in inglese, *“risk management”*. Le politiche di gestione del rischio, volte sia alla prevenzione degli errori evitabili che al contenimento dei loro possibili effetti dannosi, e quindi, in ultima analisi, alla garanzia della sicurezza dei pazienti, costituiscono il *“sistema di gestione del rischio clinico”*.

Il *“rischio clinico”* è definito come la probabilità che un paziente sia vittima di un *“evento avverso”*, cioè subisca un qualsiasi *“danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”*.

La gestione del rischio clinico in sanità (spesso chiamata *clinical risk management*) ha come obiettivo, quindi, di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori. A questo scopo impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni per identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi connessi all'erogazione delle cure.

Con l'entrata in vigore della Legge 24/2017 - *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”* - il legislatore ha posto l'obiettivo di inserire il paziente all'interno di un sistema di tutele efficienti atte a favorire 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 e, al fine di meglio realizzare gli obiettivi perseguiti, prevede precisi adempimenti a carico delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, nonché obblighi relativi al monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio che può essere arginato attraverso iniziative di Risk management messe in atto a livello di singola Struttura Sanitaria, a livello aziendale, regionale, nazionale.

Queste iniziative devono prevedere strategie di lavoro che includano la partecipazione di numerose figure che operano in ambito sanitario e 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

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 “Comunità Passaggi”

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

conseguente riduzione del contenzioso e l'arginamento del fenomeno della medicina difensiva.

Le attività di prevenzione del rischio clinico, alle quali concorre tutto il personale, si sviluppano in più fasi :

- ▣ conoscenza ed analisi dell'errore (sistemi di report, revisione delle cartelle, utilizzo degli indicatori, ecc.);
- ▣ individuazione e correzione delle cause di errore;
- ▣ analisi di processo;
- ▣ monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore;
- ▣ implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte.

Inoltre, il programma di Risk management deve essere articolato e comprendere tutte le aree in cui l'errore si può manifestare, nell'incertezza del processo clinico assistenziale del paziente.

Il nuovo modello di gestione del rischio clinico richiede, infatti, un'attenta individuazione di tutti quegli incidenti e/o accadimenti in grado di incidere sulla sicurezza delle cure in modo da prevenire il loro verificarsi, in un ottica di prevenzione e non di repressione. Ad esempio, la somministrazione di un farmaco sbagliato è un errore commesso da un operatore, facilmente identificabile come comportamento sbagliato, che causa un danno, ed è necessario ripercorrere tutte le fasi del processo di lavoro, per individuare le circostanze che, direttamente o indirettamente, lo hanno reso possibile in quanto potrebbero essere identificati, come insufficienze latenti nel sistema : un sistema di prescrizione trascrizione manuale della terapia; un sistema di conservazione dei farmaci che rende possibile lo scambio di medicinali; un insufficiente addestramento del personale; le caratteristiche delle confezioni dei farmaci con l'attribuzione di nomi facilmente confondibili; dosaggi e vie di somministrazione equivocabili, ecc..

Solo attraverso opportune analisi è possibile identificare le cause dell'errore e ridisegnare i processi al fine di ridurre la probabilità che lo stesso errore si ripeta.

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 per cui è necessario soffermarsi a definire l' **errore** e i possibili danni che ne possono derivare per il paziente.

E' possibile ritrovare molte definizioni di **“errore”** e di **“evento avverso”** in sanità che hanno lo scopo di definire e condividere un lessico che consenta di individuare, in modo preciso e inequivocabile, il tipo di insufficienza che si è manifestata nel sistema.

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 “Comunità Passaggi”

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

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.

Una delle distinzioni più importanti è quella tra **errore** (o insufficienza) **attivo** ed **errore** (o insufficienza) **latente**.

L'**errore attivo** è per lo più ben identificabile, prossimo, in senso spaziotemporale, al verificarsi dell'evento avverso; spesso è riconducibile ad un'azione sbagliata commessa da un operatore o ad un incidente, ad esempio il malfunzionamento di una strumentazione. Gli **errori latenti** sono, invece, per lo più, insufficienze organizzative-gestionali del sistema, che hanno creato le condizioni favorevoli al verificarsi di un errore attivo.

Solo attraverso opportune analisi è possibile identificare le cause di errore, attive e latenti, e ridisegnare i processi al fine di ridurre la probabilità che lo stesso errore si ripeta. Se può essere relativamente semplice individuare l'errore attivo, può essere invece piuttosto complesso individuare tutte le insufficienze latenti presenti nel sistema: un errore nel sistema è molto probabile che induca una successione di altri errori, “secondari” e consequenziali al primo.

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**.

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 “Comunità Passaggi”

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

ALCUNE CATEGORIE SPECIFICHE DI ERRORE

ERRORE NELL'USO DEI FARMACI	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Errori di prescrizione ◆ Errori di preparazione ◆ Errori di trascrizione ◆ Errori di distribuzione ◆ Errori di somministrazione ◆ Errori di monitoraggio
ERRORI NELLA TEMPISTICA	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ritardi nel trattamento farmacologico ◆ Ritardo nella diagnosi ◆ Altri ritardi organizzativi/gestionali/logistici
ESAMI O PROCEDURE DIAGNOSTICHE	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Non eseguite ◆ Programmate ma non eseguite ◆ Eseguite in modo inadeguato o scorretto ◆ Eseguite correttamente ma su paziente sbagliato ◆ Non appropriate
ERRORE NELL'USO DI APPARECCHIATURE	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Uso in condizioni non appropriate ◆ Istruzioni inadeguate ◆ Pulizia non corretta ◆ Utilizzo oltre i limiti di durata prevista ◆ Malfunzionamento dovuto all'operatore (manutenzione, impostazione, altri errori d'uso)

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

8. L'UFFICIO AZIENDALE DI RISK MANAGEMENT

La legge prevede l'obbligatorietà della presenza di un *"Ufficio di Risk Management"* in tutte le aziende sanitarie, pubbliche e private, che valuti gli errori degli operatori sanitari e adotti politiche per prevenirli e gestirli, con l'obiettivo principale di tutelare i diritti del paziente alla sicurezza delle cure ma anche di tutelare l'azienda e gli operatori dalle conseguenze giuridiche ed economiche che gli errori sanitari possono comportare. Sono, infatti, frequenti le denunce, sia civili che penali, che vengono presentate all'azienda da parte di quei soggetti che ritengono di aver subito un danno come conseguenza di un fatto imputabile alle cure sanitarie.

Le attività di cui si occupa l'Ufficio Aziendale di Risk Management possono spaziare dalla sicurezza sul lavoro al benessere organizzativo, dalla gestione del rischio clinico alla responsabilità professionale, dalla prevenzione dei rischi all'analisi degli incidenti che hanno comportato (o potevano comportare) un danno al paziente e delle cause che li hanno prodotti, dalla definizione, con urgenza, delle misure di eliminazione o prevenzione delle cause che hanno prodotto l'errore alla attività fondamentale svolta con riguardo alla **formazione del personale sul rischio clinico** in quanto se ricercare la causa degli errori sanitari è certamente importante lo è ancor più prevenirli o prevenirne il ripetersi. A tal fine la formazione riveste un ruolo determinante considerando che la gestione del rischio si basa principalmente sulla conoscenza tra gli operatori degli elementi che lo costituiscono.

In caso di evento avverso l'Ufficio Aziendale di Risk Management provvede ad effettuare un'attenta analisi dell'accaduto con l'obiettivo di individuare i fattori che hanno contribuito o causato il determinarsi dell'evento, cercando di risalire indietro nel tempo fino alle sue cause più lontane. Questa attività è fondamentale per l'azienda sia per evitare che l'evento riaccada di nuovo sia per individuare elementi che scagionino da responsabilità il personale sanitario eventualmente chiamato in causa.

Al termine dell'anno l'Ufficio dovrà effettuare un riepilogo del lavoro svolto in quanto la legge 24/2017 prevede l'obbligo di pubblicare sul sito web della struttura sanitaria una **Relazione annuale sugli eventi avversi verificatisi, sulle cause che hanno prodotto ogni evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.**

Altro importante compito dell'Ufficio aziendale di risk management è la *"mappatura dei rischi"*. Questa attività è finalizzata ad individuare tutti i rischi a cui è esposta l'azienda sanitaria. Per svolgere tale attività occorre conoscere bene l'organizzazione, infatti anche

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

la mancata identificazione di un solo rischio rilevante può comportare conseguenze negative per l'azienda.

Contribuiscono a fornire informazioni per l'identificazione delle componenti di rischio il numero di sinistri aperti in seguito a denunce da parte dei pazienti o loro familiari e i reclami pervenuti. Altri strumenti utilizzati sono il sistema di segnalazione volontaria degli eventi (Incident Reporting), l'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche, le segnalazioni di reazioni avverse a farmaci, le segnalazioni provenienti dal Servizio di Prevenzione e Protezione, le aggressioni subite dal personale.

Il fine primo di tale percorso di analisi e rimodulazione organizzativa è incrementare il livello di sicurezza nell'interesse di pazienti, operatori e della azienda stessa in quanto incertezza e rischio sono connaturati all'esistenza di qualunque tipo di azienda sanitaria e appare evidente, dunque, che il rischio intrinseco alla natura dell'impresa sanitaria è il rischio connesso alla prestazione sanitaria stessa riconducibile alla sicurezza del paziente e di tutte quelle situazioni che possono causarne una diminuzione o la perdita di *safety* all'interno di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale. Appare innegabile, dunque, che la moltitudine di variabili che entrano nel governo sanitario e gli innumerevoli percorsi/processi che un paziente incontra nel corso della sua permanenza presso un'organizzazione erogatrice di salute sia per sua stessa natura un processo che produce rischi; di fatto eventi avversi possono avere frequenze statistiche elevate in termini di accadimento e, pertanto, una raccolta sistematica associata ad una discussione ragionata rappresenta una strada determinante per la prevenzione del danno al malato.

L'approccio alla gestione degli insuccessi in ambito sanitario è stato, fino a poco tempo fa, basato sulle persone e quindi rivolto a identificare i professionisti implicati al momento dell'incidente per ritenerli responsabili. Questa cultura della ricerca del colpevole è stata ritenuta metodo utile per risolvere il problema ma, alla luce delle risultanze dei rapporti del Ministero della Salute, si è ben compreso che l'unica cultura adatta alla gestione del rischio clinico è quella che parte dall'analisi dell'incidente come evento asettico, momento rivelatore dei punti critici dei processi e dei sistemi della complessa organizzazione sanitaria. In sintesi il risk management si interessa della funzione intrinsecamente rischiosa espletata nelle strutture sanitarie, allo scopo di disegnare nuove strategie atte a 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 mediche prestate durante il periodo di degenza.

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

9. FATTORI CHE DETERMINANO IL GRADO DI RISCHIOSITA' DI UN SISTEMA

- ✓ **FATTORI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI;**
- ✓ **FATTORI CHE RIGUARDANO L'AMBIENTE OPERATIVO;**
- ✓ **FATTORI LEGATI AL GRUPPO DI LAVORO;**
- ✓ **FATTORI INDIVIDUALI DELL'OPERATORE;**
- ✓ **FATTORI INERENTI LE CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE.**

10. METODI E STRUMENTI PER L'ANALISI DELL'ERRORE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Indagare gli “*eventi avversi*” o i “*quasi eventi*” per identificare le cause che maggiormente vi hanno contribuito ed imparare dagli errori può evitare che un simile incidente si ripeta in futuro.

Diversi sono i metodi e gli strumenti per l'analisi dell'errore e la gestione del rischio che sono stati sviluppati nel corso degli ultimi decenni a livello internazionale, soprattutto nei paesi anglosassoni, ed introdotti anche in molte realtà sanitarie italiane. La finalità dei metodi di analisi è di individuare le insufficienze nel sistema che possono contribuire allo scatenarsi di un evento avverso e di individuare e progettare le idonee barriere protettive. Nonostante l'obiettivo finale sia comune, essi possono seguire fundamentalmente due diversi approcci che non si escludono a vicenda.

▶ **Approccio proattivo** : l'analisi parte dalla revisione dei processi e delle procedure esistenti, identificando, nelle diverse fasi, i punti di criticità. Questo approccio può essere utilizzato anche nella ideazione e progettazione di nuove procedure, di processi e di tecnologie per realizzare barriere protettive che impediscano l'errore umano/attivo.

▶ **Approccio reattivo** : l'analisi parte da un evento avverso e ricostruisce a ritroso la sequenza di avvenimenti con lo scopo di identificare i fattori che hanno causato o che hanno contribuito al verificarsi dell' evento.

In una organizzazione sanitaria dove si introducono processi per la gestione del rischio, entrambi gli approcci possono essere utilizzati.

Tuttavia, per realizzare un processo sanitario sicuro, l'approccio proattivo è da preferire a quello reattivo.

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 “Comunità Passaggi”

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

Vengono proposti nel seguito metodi e strumenti per implementare un sistema di promozione della sicurezza del paziente.

11. STRUMENTI PER L'IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO CLINICO

- A. Sistemi di segnalazione (reporting);**
- B. Riunione per la sicurezza (briefing sulla sicurezza);**
- C. Safety walkaround (giri per la sicurezza);**
- D Focus group;**
- E. Revisione di cartelle cliniche;**
- F. Screening.**

A. SISTEMI DI SEGNALAZIONE (Reporting)

Un sistema di reporting efficace costituisce una componente essenziale di un programma per la sicurezza del paziente. È una modalità strutturata per la raccolta di informazioni relative al verificarsi di eventi avversi e/o di quasi eventi. Lo scopo è di disporre di informazioni sulla natura degli eventi e sulle relative cause per poter apprendere ed intervenire con le appropriate misure preventive e, più in generale, per diffondere le conoscenze e favorire la ricerca specifica nelle aree a maggior criticità.

Per quanto riguarda la modalità di segnalazione, essa può avvenire tramite formato prefissato o testo libero, consegnato a mano o inviato con mail, mettendo in atto le opportune forme di tutela della riservatezza della segnalazione.

Un sistema di reporting deve permettere l'identificazione di nuovi e non sospettati rischi, ad esempio complicazioni mai riconosciute associate all'uso di farmaci e, pertanto, alla raccolta deve sempre seguire l'analisi dei dati.

Nel nostro Paese sono stati implementati sistemi di segnalazione cosiddetti di "incident reporting" a livello di Regioni ed Aziende sanitarie che raccolgono eventi avversi e quasi eventi per favorire l'analisi e la predisposizione delle azioni preventive. Il Ministero della salute ha attivato un sistema di monitoraggio degli "*eventi sentinella*".

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

B. BRIEFING SULLA SICUREZZA (Riunione per la sicurezza)

Il briefing sulla sicurezza è uno strumento semplice e facile da usare per assicurare una cultura ed un approccio condiviso alla sicurezza del paziente. E' un metodo che consente di creare un ambiente in cui la sicurezza del paziente viene vista come una priorità, in un clima che stimoli la condivisione di informazioni circa le situazioni, effettive o potenziali, di rischio. Consiste in un breve confronto, una discussione colloquiale, ma strutturata, riguardante i potenziali rischi per il paziente presenti nella unità operativa.

In termini quantitativi permette una facile misurazione del raggiungimento di obiettivi di sicurezza.

Il briefing sulla sicurezza non deve essere punitivo, può fare riferimento ad una lista di problemi di sicurezza, deve essere di facile applicabilità e utilizzabile per tutti i problemi riguardanti la sicurezza del paziente. La conduzione della riunione richiede la scelta di un moderatore capace di spiegare le motivazioni e gli obiettivi.

Il briefing può essere effettuato all'inizio del turno, raccogliendo, per un massimo di 5 minuti, tutti gli operatori che si occupano della cura del paziente.

Si parte con la rilevazione di problemi, dati, osservazioni (in caso di assenza di situazioni specifiche si può fare riferimento a problemi potenziali). Alla fine del turno va effettuato un *debriefing* (altra brevissima riunione), con lo scopo di indagare se si sono verificate delle situazioni potenzialmente rischiose nel corso delle attività.

L'introduzione del metodo va adattata alle esigenze dell'unità operativa, garantendo comunque regolarità, continuità e risposta ai problemi che emergono.

La ricaduta immediata è la maggior responsabilizzazione nei comportamenti individuali, la maggior attenzione verso la sicurezza dei pazienti, il miglioramento del clima lavorativo, il potenziamento del "lavoro di " squadra".

C. SAFETY WALKAROUND (Giri per la sicurezza)

Questo metodo consiste in "visite" che i referenti della sicurezza, con mandato della direzione, effettuano nelle unità operative per identificare con il personale i problemi legati alla sicurezza. Il personale viene invitato a raccontare eventi, fattori causali o concomitanti, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni. Un valore aggiunto importante deriva dal fatto che le informazioni raccolte in questo processo spesso hanno già la soluzione nella descrizione dell'evento e quindi possono portare talvolta alla introduzione di una immediata modifica che migliora da subito il processo assistenziale e

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

la sicurezza. I referenti identificano delle priorità fra gli eventi e l'équipe clinico-assistenziale sviluppa soluzioni condivise con tutto lo staff. La raccolta deve essere anonima ed i problemi che emergono vengono registrati con le conseguenti azioni correttive.

Le modalità organizzative prevedono degli incontri, all'interno delle unità operative, fra gli esperti e un piccolo gruppo o singoli operatori, della durata di pochi minuti, in cui si cerca di raccogliere e di stimolare le segnalazioni del personale per quanto riguarda situazioni di danno o di rischio.

Fra le barriere più frequenti da superare vi è la paura da parte degli operatori di essere puniti o colpevolizzati per avere effettuato la segnalazione e la diffidenza e mancanza di fiducia nelle conseguenti azioni correttive. E' quindi molto importante fornire un feedback alle unità operative, in modo da far capire l'importanza e la seria considerazione con cui vengono trattate le segnalazioni. Deve essere chiaro a chi effettua la visita, ma soprattutto allo staff in prima linea, che oggetto dell'indagine non sono i comportamenti individuali, ma i sistemi in atto per la sicurezza del paziente. Il sistema proposto stimola il personale ad osservare comportamenti e pratiche con un occhio critico, riconoscere i rischi da un nuovo punto di vista.

D. FOCUS GROUP

Il focus group è una metodologia tipica della ricerca sociale, da anni introdotta anche in sanità, che serve per identificare tutti gli aspetti di un problema partendo dalle esperienze e dalle percezioni delle persone che sono entrate in contatto con il problema stesso.

Quindi, possono essere effettuati sia con singole figure professionali che con l'équipe, con i pazienti, i familiari e con altri stakeholder. La discussione, della durata di circa un'ora e mezza, deve essere condotta da un moderatore preparato.

L'efficacia del focus group dipende dalle domande formulate che devono essere aperte e consentire il confronto e la massima interazione. Durante la discussione è possibile far emergere eventi avversi o quasi eventi, insufficienze latenti, nonché gli elementi essenziali che concorrono a determinare la cultura locale della sicurezza, utili per individuare le strategie più efficaci da introdurre nello specifico contesto.

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

E. REVISIONE DELLE CARTELLE CLINICHE

La revisione delle cartelle cliniche ha rappresentato la pietra miliare negli studi sugli errori in sanità.

Rappresenta il metodo impiegato da più tempo per la valutazione di qualità, permette indagini sui processi decisionali e osservazioni di esito, analizzando l'aderenza a linee guida e protocolli.

Le revisioni delle cartelle cliniche possono avvenire in modo esplicito quando il revisore cerca specifici tipi di dati o eventi oppure in modo implicito, laddove un clinico esperto emette un giudizio relativo ad un evento avverso e/o errore, ad esempio la mancata modifica di una terapia dopo la segnalazione di reazioni avverse. Il processo di revisione delle cartelle può essere anche usato per monitorare i progressi nella prevenzione degli eventi avversi quando, ad esempio, si introducono pratiche più sicure e, attraverso la revisione, si valuta il livello di adozione delle stesse.

Il rilevatore inoltre emette un giudizio soggettivo che risente, oltre ad altre variabili, anche della propria specifica competenza. Mentre gli eventi avversi gravi sono quasi sempre riportati, gli errori e le condizioni sottostanti non lo sono mai ed i quasi eventi vengono raramente annotati.

Ne consegue che le cartelle sono utili per indagini preliminari, ma danno informazioni contestuali molto limitate. Altre limitazioni all'utilizzo di questa tecnica, oltre ai bias informativi citati, sono il costo elevato, la necessità di una preparazione omogenea dei rilevatori, la preparazione di griglie di lettura. La selezione delle cartelle cliniche da sottoporre a revisione può essere focalizzata su un tipo specifico di evento relativo ai punti critici del processo assistenziale.

F. SCREENING

Questo metodo ha lo scopo di identificare possibili eventi avversi utilizzando i dati disponibili nei sistemi sanitari. Le banche dati possono essere interrogate in modo retroattivo o in tempo reale, oppure si possono consultare gli archivi cartacei tradizionali. In questo modo si identifica la presenza di determinati eventi, precedentemente identificati come "segnalatori", ad esempio la prescrizione di un antidoto nel caso di eventi avversi da farmaci.

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

12. IL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM)

Alla luce di quanto sopra le strutture sanitarie, pubbliche e private, sono tenute ad elaborare un **Piano Aziendale di Risk Management (PARM)**, al cui interno devono definire ed esplicitare le linee di attività aziendali per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure sulla base degli obiettivi strategici definiti a livello regionale. Scopo del PARM è, pertanto, quello di descrivere e indirizzare le azioni di miglioramento riconosciute come prioritarie per la gestione del rischio clinico con successivo monitoraggio dello stato di avanzamento delle azioni intraprese.

Con il PARM l'azienda definisce lo scopo, i destinatari, le aree strategiche, gli obiettivi, le metodologie, gli indicatori che intende adottare per la gestione del rischio clinico in ottemperanza agli obiettivi di rischio clinico indicati dalla Regione. Lo strumento, sostanzialmente pragmatico ed ispirato a criteri di efficacia operativa, privilegia la prevenzione, l'interazione tra le strutture aziendali, la comunicazione, la formazione, l'aggiornamento e si pone come strumento per diminuire le potenzialità di errore nell'organizzazione nonché di contenere la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie.

Molti degli adempimenti in esso proposti rispondono a precisi obblighi normativi in tema di gestione del rischio clinico sia nazionali che regionali.

Tutte le strutture aziendali deputate alla valutazione e alla riduzione degli eventi di rischio collaborano alla rilevazione ed elaborazione delle informazioni necessarie alla definizione del PARM. L'ottica è sempre quella di diminuire le potenzialità di errore nell'organizzazione nonché di contenere la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie.

Poiché il monitoraggio dei fenomeni è alla base della gestione del miglioramento, particolare attenzione viene posta nella definizione dei risultati da raggiungere attraverso la predisposizione di specifici indicatori affinché i risultati siano realmente misurabili ed idonei a stabilire il perseguimento degli obiettivi prefissati.

Il Responsabile Sanitario, in collaborazione con la Direzione Aziendale, assicura la diffusione del PARM ai diversi livelli aziendali attraverso specifiche modalità informative quali :

- ✓ pubblicazione sul sito internet aziendale;
- ✓ presentazione del Piano nell'ambito dei corsi di formazione sul "Risk Management";
- ✓ capillare diffusione del PARM, tramite i Dirigenti Medici e i Responsabili di settore, a tutto il personale sanitario e di supporto.

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

13. CRITERI PER LA CLASSIFICAZIONE DEGLI EVENTI

Nella gestione del rischio clinico, la corretta definizione della tipologia di evento è fondamentale per il corretto svolgimento delle operazioni di analisi e la progettazione di interventi di miglioramento. L'evento che si verifica in un sistema complesso come quello delle organizzazioni sanitarie, difficilmente riconosce un rapporto lineare del tipo causa-effetto, essendo in genere determinato da un complesso di più fattori e fortemente influenzato dal contesto e dal setting assistenziale in cui si verifica.

Il CRRC della Regione Lazio, nel 2021, ha predisposto un *“Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”* per una corretta definizione della tipologia di evento che risulta fondamentale per il corretto svolgimento delle operazioni di analisi, la progettazione di interventi di miglioramento nonché per la corretta alimentazione del portale regionale relativo agli Eventi Sentinella.

Si riporta il diagramma di flusso per la classificazione degli eventi, rinviano al Documento del CRRC la trattazione dei Criteri per la classificazione degli eventi.

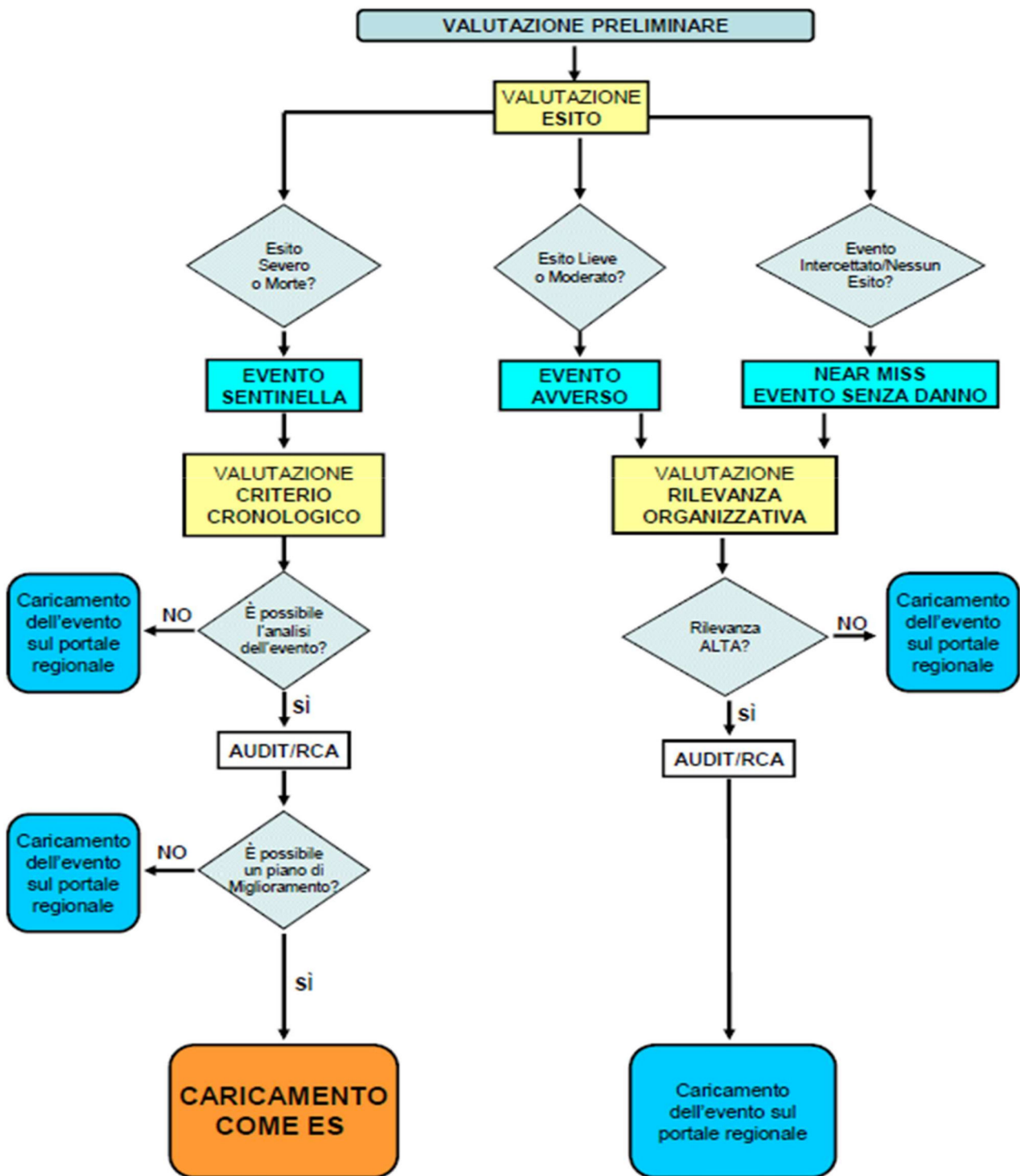
Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 “Comunità Passaggi”

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

14. DIAGRAMMA DI FLUSSO PER LA CLASSIFICAZIONE

DEGLI EVENTI



Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

15. LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E IL

RELATIVO PIANO (PAICA)

Passaggi S.r.l. ha elaborato il “Piano Annuale per le ICA” per l’anno 2023 che, adottato con delibera, integra il presente PARM.

16. ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

Gli operatori dei servizi sanitari, nel corso dell'attività lavorativa, sono esposti al rischio significativo di affrontare un'esperienza di violenza e ciò in quanto sono a contatto diretto con il paziente e devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente stesso che dei familiari, che si trovano in un stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo.

Gli atti di violenza consistono nella maggior parte dei casi in eventi con esito non severo, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale, quale quella realizzata con uso di un linguaggio offensivo.

Il termine *“Violenza sul posto di lavoro”* è piuttosto generico comprendendo eventi che vanno da comportamenti incivili, alla mancanza di rispetto verso gli operatori, dagli insulti alle minacce verbali, fino ad arrivare all’aggressione fisica o psicologica degli operatori con esiti anche mortali, da parte di soggetti esterni alla organizzazione, compresi i pazienti, tali da mettere in pericolo la salute, la sicurezza o il benessere dell’individuo.

Oltre a quelli già conosciuti, legati all’ambiente di lavoro in ambito sanitario, quali i rischi biologici, fisici e chimici, emergono quindi anche rischi psicosociali, che possono verificarsi in ambito lavorativo, dovuti all’esposizione ad aggressioni del personale sanitario da parte degli utenti/parenti/visitatori.

Già nel 2002, l’OMS aveva riconosciuto come la violenza in ambito lavorativo fosse un problema di salute pubblica nel mondo e il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) ha definito la violenza nel posto di lavoro come *“ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro”*.

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 “Comunità Passaggi”

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

Studi effettuati sul campo hanno dimostrato che gli episodi di violenza contro il personale sanitario sono in aumento.

Il **Ministero della Salute**, già nel novembre 2007, ha emanato una specifica raccomandazione sull'argomento (**Raccomandazione numero 8**) per incoraggiare l'analisi dei fattori di rischio e per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, adottando misure che permettano di ridurre, e se possibile eliminare, le condizioni di rischio ed ha inserito "gli atti di violenza a danno di operatore" fra gli **Eventi Sentinella (ES)** che devono essere segnalati al SIMES per quantificare le dimensioni del fenomeno.

Pertanto, le strutture sanitarie, pubbliche e private, del Sistema Sanitario Regionale sono tenute a :

- ✓ Istituire un **Gruppo di Lavoro Interdisciplinare** per avviare l'elaborazione ovvero la revisione del "**Programma di prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari**".
- ✓ Adottare il succitato Programma di prevenzione all'interno del **Documento di Valutazione dei Rischi** di cui al Decreto Legislativo n. 81/08 e s.m.i. e inviarlo al Centro Regionale Rischio Clinico con gli estremi dell'atto di adozione.
- ✓ Elaborare o revisionare specifiche procedure per l'implementazione della Raccomandazione ministeriale n. 8, sulla base dei contenuti del Documento di indirizzo sopracitato.

Come sopra detto, l'aggressione del personale sanitario deve essere considerata un "**Evento Sentinella**", cioè un **evento avverso di particolare gravità**, in quanto segnale della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.

Fino al recente passato la corretta quantificazione del fenomeno è stata sottostimata per la scarsa propensione da parte degli operatori che li subiscono di denunciare gli episodi di violenza, specialmente quelli di minore impatto fisico (aggressioni verbali, spinte, strattonate), in quanto, per fattori sociali e culturali, gli operatori sanitari sono stati portati a considerare la violenza subita come una componente sgradevole ma inevitabile e "normale" del proprio lavoro.

Di fatto il fenomeno si sta incrementando e sebbene qualsiasi operatore possa essere vittima di violenza, tuttavia le figure più a rischio sono rappresentate da infermieri, operatori socio-sanitari e medici. Si tratta di figure che, oltre ad essere a contatto diretto con il paziente, sono chiamate a gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

emotività da parte di soggetti che vivono in uno stato di vulnerabilità e frustrazione. Il dolore, ambienti non familiari, alterazioni mentali e dell'umore legate a farmaci e alla

progressione della malattia possono essere all'origine di comportamenti agitati e violenti.

Le evidenze disponibili dimostrano che gli episodi di violenza, in ambito sanitario, si verificano con maggior frequenza nelle seguenti aree :

- Servizi di emergenza-urgenza (Presidi di P.S.);
- Strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali;
- Distretti socio-sanitari;
- Luoghi di attesa;
- Reparti di degenza in genere;
- Servizi di continuità assistenziale (Guardia Medica).

Il 13 Marzo 2018 presso il Ministero della Salute si è insediato l'**Osservatorio permanente per la garanzia della sicurezza e per la prevenzione degli episodi di violenza ai danni di tutti gli operatori sanitari** che ha il compito di raccogliere dati, di fare proposte per la prevenzione, per nuove norme di legge, per misure amministrative e organizzative.

Importanti novità sono state introdotte dalla legge 14 agosto 2020 n. 113 *“Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni”* sotto il profilo delle aggravanti e della procedibilità d’ufficio quando i reati riguardino gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni .

E’ da precisare che :

1. Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari rappresentano un problema di **sicurezza del lavoro** che va affrontato secondo quanto previsto dal D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008 e s.m.i. recante *“Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”* (TUSSL) : il rischio di subire una aggressione sul posto di lavoro va valutato e gestito dalle Organizzazioni al pari di qualsiasi altro rischio lavorativo. In quanto tale rientra nella valutazione dei rischi previsti dal TUSSL, che riguarda tutti i rischi *“presenti nell’ambito della Organizzazione in cui i lavoratori prestano la propria attività”* ed è *“finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza”*.

Tuttavia, è necessario sottolineare che il rischio di subire un atto di violenza sul posto di lavoro presenta aspetti peculiari che devono essere adeguatamente considerati per orientare correttamente sia la valutazione del rischio che l’identificazione di adeguate

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 “Comunità Passaggi”

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

misure protettive in quanto si è in presenza di un di un fattore di rischio “esterno” all’ambiente di lavoro e alle mansioni specifiche, legato a comportamenti di individui che sono caratterizzati da una estrema variabilità quando non da una assoluta imprevedibilità.

2. Fatti salvi casi limitati e specifici, gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari sono da considerarsi come reati e, come tali, vanno perseguiti;

3. Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari presentano un ampio spettro di eventi assai variegati che presentano margini di prevedibilità e prevenibilità molto diversi tra loro e spesso ridotti o difficilmente quantificabili;

4. Le indicazioni ministeriali sull’applicazione della citata Raccomandazione sono quelle di classificare come **Eventi Sentinella (ES)** gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, indipendentemente dall’esito.

5. La segnalazione è obbligatoria anche per le “aggressioni subite da parte di pazienti a particolare rischio dai quali è possibile attendersi comportamenti violenti”.

Sono escluse dalle segnalazioni soltanto le *“aggressioni verbali che non abbiano il carattere di minaccia o intimidazione”*.

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 “Comunità Passaggi”

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

17. IL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE

Alla luce della **Raccomandazione n. 13/2011** del Ministero della Salute, che si pone come strumento per la prevenzione delle cadute dei pazienti e può trovare utile applicazione anche per la compressione del rischio di tale evento e per una appropriata ed efficace gestione della persona a seguito di caduta, Passaggi S.r.l. ha istituito un **Gruppo di Lavoro** per la elaborazione del **“Programma di prevenzione e gestione della caduta del paziente”**. Premesso che nelle Strutture di Passaggi S.r.l., per la tipologia di persone che ospita, il concetto di **“anziano”** quale **persona di età uguale o superiore a 65 anni** trova limitata applicazione, rimane tuttavia l’esigenza di valutare, prevenire e gestire le cadute degli utenti/pazienti in quanto **i portatori di disabilità psichica devono essere considerati soggetti a rischio** in quanto soggetti fragili.

Le cadute dei pazienti rappresentano il più comune e frequente **Evento Avverso** nelle Strutture Sanitarie e nelle Strutture Residenziali, quasi sempre colpiscono persone fragili e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi fino a condurre, in alcuni casi, alla morte. Il Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella - 5° Rapporto (Settembre 2005 - Dicembre 2012) del Ministero della Salute conferma che l’Evento Sentinella più segnalato (24,6%) è la **“morte o grave danno per caduta di paziente”**, indicando che il problema delle cadute è rilevante per le Strutture Sanitarie.

Dagli studi epidemiologici emerge che nella popolazione generale il rischio di caduta è maggiore nei soggetti anziani rispetto ai giovani, e tale rischio aumenta in ambiente ospedaliero : infatti alle condizioni proprie di ciascun paziente (preesistenti al ricovero) si sommano dei fattori di rischio aggiuntivi, legati ad un ambiente nuovo ed estraneo, alla presenza di una patologia acuta o all’assunzione di farmaci che possono influenzare il sistema dell’equilibrio e le stesse funzioni cognitive.

La gestione della **prevenzione delle cadute**, pertanto, continua ad essere uno degli aspetti più impegnativi nell’applicare in sicurezza i percorsi clinico - assistenziali e i sistemi sanitari e le organizzazioni da diversi anni focalizzano i loro sforzi nella prevenzione e gestione dei danni da caduta, soprattutto nella popolazione anziana e fragile.

Si stima che circa il **14%** delle cadute in struttura sanitaria sia classificabile come **accidentale**, ovvero possa essere determinato da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato), **l’8%** come **imprevedibile**, considerate le condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell’equilibrio), e il **78%** rientri tra le cadute **prevedibili**

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 “Comunità Passaggi”

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

per fattori di rischio **identificabili** della persona (es. paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione).

Le cadute accidentali si collocano al quarto posto, per frequenza, dopo l'errore chirurgico, diagnostico e terapeutico, e si stima che siano la causa di milioni di euro l'anno di risarcimenti. Le spese mediche legate alle cadute rappresentano nei Paesi occidentali, circa il 5% della spesa sanitaria complessiva.

Oltre a danni di tipo fisico e psicologico, le cadute avvenute in un contesto di ricovero comportano un incremento dei costi sanitari e sociali e anche un'immagine negativa della Struttura Sanitaria che potrebbe apparire poco attenta alla problematica, **n o n c h é u n a** possibile rivalsa da parte della persona caduta e dei suoi familiari per un adeguato ristoro (denuncia per risarcimento danni). La riduzione del rischio di caduta del paziente in Struttura Sanitaria costituisce, pertanto, un indicatore della qualità assistenziale.

Quando le conseguenze sono **la morte o un grave danno**, la caduta viene classificata come **"Evento Sentinella"**, ovvero come evento che rende obbligatoria un'analisi conoscitiva per accertare se nella sua genesi siano riscontrabili fattori eliminabili o comunque riducibili.

Le cadute sono eventi potenzialmente prevenibili tramite la rilevazione di alcuni elementi che, congiuntamente ad una irrinunciabile valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni preventive.

Il rischio di cadute non può essere completamente azzerato, tuttavia è necessario definire azioni di prevenzione volte al suo contenimento e azioni di gestione dell'evento caduta volte a mantenere/ristabilire la fiducia del paziente, dei suoi familiari e in generale dei cittadini nel Servizio Sanitario.

E' fondamentale, pertanto, che operatori, utenti e familiari acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino in modo integrato e costante, attento all'applicazione di strategie multifattoriali.

Come sopra detto, la Raccomandazione 13 del Ministero della Salute, si prefigge di ridurre il rischio di caduta e, nel caso che questa avvenga, di ridurre le conseguenze.

La Procedura ha, pertanto, lo scopo di fornire agli operatori sanitari, coinvolti nel processo clinico-assistenziale, le indicazioni e gli strumenti finalizzati alla prevenzione e gestione delle cadute del soggetto ricoverato, con i seguenti obiettivi :

- ✓ implementare la Raccomandazione Ministeriale n. 13/2011 *"Prevenzione e gestione della caduta del Paziente nelle strutture sanitarie"*;
- ✓ prevenire il verificarsi dell'evento sentinella *"Morte o grave danno per caduta del paziente"* nella Struttura Sanitaria;

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

- ✓ contenere il rischio caduta e, nel caso che l'evento accada, di ridurne le conseguenze;
- ✓ uniformare le modalità di rilevazione del rischio caduta degli utenti con uno strumento di previsione agile, ma sufficientemente dettagliato, che possa essere utilizzato in fase di valutazione del soggetto all'ingresso nella Struttura;
- ✓ adeguare l'assistenza dell'utente in funzione del profilo di rischio-caduta;
- ✓ diffondere una cultura di informazione e sensibilizzazione del personale sanitario, della persona assistita e dei suoi familiari verso il rischio-caduta, anche attraverso l'utilizzo di materiale informativo (es. opuscolo, brochure) e di una cartellonistica adeguata;
- ✓ definire le modalità di segnalazione di tutte le cadute che avvengono nella Struttura, con danno o senza danno, attraverso una scheda dettagliata, da compilarsi a cura del Responsabile Sanitario e dell'Infermiere, che contenga tutti gli elementi descrittivi dell'evento, i provvedimenti adottati, l'eventuale descrizione del danno subito dal soggetto;
- ✓ definire i ruoli e le responsabilità dei diversi attori nelle fasi di articolazione della procedura;
- ✓ monitorare le cadute del soggetto ospite della Struttura al fine di avere una precisa stima degli eventi, e sulla base dell'analisi dei dati poter definire eventuali ulteriori azioni di contenimento del rischio;
- ✓ uniformare le modalità di gestione dell'evento caduta, compreso il monitoraggio degli esiti;
- ✓ individuare, in collaborazione con il SPP gli ostacoli e/o le condizioni ambientali che possono favorire il rischio-caduta, così da rimuoverli, per quanto possibile.

Gli obiettivi della Procedura adottata sono, pertanto :

a. SUL PIANO PROATTIVO

- Identificare i fattori che espongono l'utente a rischio cadute.
- Elaborare strategie idonee a ridurre l'esposizione a tali fattori al fine di ridurre gli incidenti.
- Prevenire il verificarsi dell'Evento Sentinella "*Morte o grave danno per caduta di paziente*".
- Regolamentare la contenzione temporanea delle persone ad altissimo rischio di caduta.

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

b. SUL PIANO REATTIVO

- Uniformare le modalità di segnalazione dell'evento caduta.
- Standardizzare modalità reattive all'Evento Avverso, compresa la gestione della persona a seguito di caduta.

Le attività previste nella Procedura sono riconducibili a due ambiti :

1. Prevenzione delle cadute.
2. Gestione delle cadute.

La Procedura si rivolge a tutti gli operatori coinvolti nelle attività, a tutela degli ospiti fruitori delle prestazioni.

La prevenzione delle cadute del soggetto ricoverato prevede, pertanto, le seguenti attività :

- Valutazione del rischio caduta;
- Valutazione della sicurezza dell'ambiente e dei presidi;
- Interventi informativi per gli utenti/familiari;
- Indicazioni assistenziali per gli utenti a rischio caduta.

I fattori di rischio che pongono il soggetto a rischio caduta sono stati suddivisi in due categorie :

- a) FATTORI DIPENDENTI DALLE CONDIZIONI DI SALUTE.**
- b) FATTORI AMBIENTALI, ERGONOMICI ED ORGANIZZATIVO - ASSISTENZIALI.**

Attraverso la valutazione di ciascun utente e l'attuazione di interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali ed ambientali è possibile prevenire e comprimere il rischio di caduta.

Anche la capacità e la possibilità di una **gestione immediata e corretta della persona dopo una caduta** e di una **assistenza appropriata** per gli eventuali esiti sono obiettivi professionali ed organizzativi fondamentali per gli operatori e per l'Azienda che, pertanto, ha predisposto il Programma di gestione del rischio di caduta volto :

- ◆ alla individuazione del **profilo di rischio** nel contesto aziendale in relazione alle caratteristiche dell'utente;
- ◆ alla definizione di **misure di prevenzione**, considerando i **fattori di protezione e precauzione**;
- ◆ all'attivazione di un **sistema di osservazione dei risultati conseguiti** in seguito all'applicazione delle **misure preventive**, utilizzando come indicatore la riduzione del

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

numero di cadute in un anno;

- ◆ all'attivazione di **appropriate modalità di gestione della persona che è caduta**;
- ◆ alla implementazione di un **sistema informativo per la segnalazione** delle cadute e delle mancate cadute (*near fall*) nonché di gestione dei dati **allo scopo di adottare le misure correttive più adeguate e di fornire informazioni agli operatori**;
- ◆ all'attivazione di **interventi informativi/formativi** per operatori e utenti.

Sulla base dell'identificazione dei fattori di rischio, inoltre, **l'Azienda provvede, a livello operativo :**

- ◆ all'utilizzo di **appropriate modalità di valutazione del rischio di caduta dell'utente**;
- ◆ alla **valutazione ambientale periodica**, in collaborazione tra i servizi assistenziali e quelli deputati alla prevenzione e sicurezza delle Strutture.

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

18. EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO

Ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, 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”*.

Passaggi S.r.l. ha sviluppato un programma per le segnalazioni di *near miss*, eventi avversi ed Eventi Sentinella dal 2020 ed istituito un Comitato per l'analisi degli eventi segnalati. La diffusione della cultura della sicurezza e la partecipazione del personale al programma di segnalazione di eventi avversi, near miss e criticità organizzative che rappresentano un rischio per la sicurezza dell'utente/paziente è di fondamentale importanza per la implementazione di tutti i correttivi necessari per migliorare il sistema organizzativo e gestionale e garantire sicurezza delle cure.

Negli ultimi 5 anni non sono stati segnalati eventi.

TIPO DI EVENTO		NUMERO	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/ CONTRIBUTENTI
NEAR MISS	2018	0	Strutturali (0%)
	2019	0	Tecnologici (0%)
	2020	0	Organizzativi (0%)
	2021	0	Procedure/
	2022	0	Comunicazione(0%) Cadute(0%)
EVENTI AVVERSI	2018	0	Strutturali (0%)
	2019	0	Tecnologici (0%)
	2020	0	Organizzativi (0%)
	2021	0	Procedure/
	2022	0	Comunicazione(0%) Cadute(0%)
EVENTI SENTINELLA	2018	0	Strutturali (0%)
	2019	0	Tecnologici (0%)
	2020	0	Organizzativi (0%)
	2021	0	Procedure/
	2022	0	Comunicazione(0%) Cadute(0%)

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 “Comunità Passaggi”

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

19. RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO

L'art. 4, comma 3, della L. 24/2017 prevede che *“Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio”*.

Al fine di ottemperare a tale obbligo è stata elaborata la tabella che segue.

ANNO	NUMERO SINISTRI	RISARCIMENTI EROGATI
2018	0	0
2019	0	0
2020	0	0
2021	0	0
2022	0	0

20. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	POLIZZA (Scadenza)	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	FRANCHIGIA
2018	1/2726/65/23731567 Scadenza : 15.10.2019	UNIPOL	4.557,52	NO
2019	1/2726/65/23731567 Scadenza : 15.10.2020	UNIPOL	5.868,52	NO
2020	RCT n. 35036VB Scadenza : 30.10.2021	SARA ASSICURAZIONI	2.800,00	SI
2021	RCT n. 35036VB Scadenza : 30.10.2021	SARA ASSICURAZIONI	2.800,00	SI
2022	RCT n. 35036VB Scadenza : 30.10.2022	SARA ASSICURAZIONI	2.800,00	SI

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 “Comunità Passaggi”

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

21. NUMERO E ANALISI CONTENZIOSO

--

Nessun contenzioso pendente

22. IL COMITATO DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

COMPOSIZIONE	Delibera di istituzione del 27 gennaio 2020. Delibera di modifica del 05 marzo 2021.
RISK MANAGER	Dott. ALESSANDRO BELLOTTA
AVVOCATO	Avv. STEFANIA IASONNA
COORDINATORE PSICOLOGI/PSICOTERAPE.	Dott.ssa ELISA CHITI
ASSISTENTE SOCIALE	Dott.ssa NOEMI DEL TURCO
REFERENTE INFERMIERI PROFESSIONALI	Dott.ssa ELEONORA DI RIENZO
REFERENTE OPERATORI SOCIO SANITARI	O.S.S. EVA GALIANO
RSPP	Ing. SERAFINO NARDECCHIA

23. IL COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI

COMPOSIZIONE		
AVVOCATO	Avv. STEFANIA IASONNA	
RISK MANAGER	Dott. ALESSANDRO BELLOTTA	
LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA'	Dott. ANTONELLO ANGELINI	
ANNO DI ISTITUZIONE	2020	Delibera del 27 gennaio 2020
NUMERO DI CASI ISTRUITI	0	

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

24. RESOCONTO DELLE SEGNALAZIONI DELL'ANNO 2022

E AZIONI POSTE IN ESSERE

Il resoconto delle segnalazioni dell'anno 2022, è il seguente :

- ❑ Segnalazioni relative a cadute di pazienti = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative a criticità organizzativo/strutturali = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative a carenza di personale = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative a errata identificazione di paziente = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative a decesso di paziente a causa di eventi indesiderati = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative a presunto nesso di causalità tra atto medico - infermieristico ed evento indesiderato = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative ad aggressioni verbali nei confronti di operatore = n. 01
- ❑ Segnalazioni relative ad aggressioni fisiche nei confronti di operatore = n. 01
- ❑ Segnalazioni relative ad allontanamento volontario di paziente = n. 01
- ❑ Segnalazioni relative a errore di terapia = n. 0
- ❑ Segnalazioni di eventi di scarsa rilevanza = n. 0
- ❑ Schede di ALERT-REPORT contenenti l'individuazione di azioni di miglioramento = 02

Nel corso dell'anno 2022 si è perseguita una politica di Gestione del rischio clinico, per altro ricompresa all'interno della più ampia politica per la sicurezza aziendale, promuovendo l'approccio sistemico al problema della sicurezza delle cure anche attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo assistenziale.

Con riferimento alle aggressioni nei confronti di operatori sanitari si è provveduto alla verifica, correzione ed implementazione delle procedure interne ed è stato pianificato, nel corso dell'anno 2023, un corso di formazione sugli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.

Anche per quanto concerne il caso di allontanamento volontario dalla Struttura sono state implementate le procedure di assistenza alle esigenze degli utenti ai fini di una maggiore tutela della loro sicurezza.

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

Le azioni poste in essere sono state le seguenti.

<p align="center">OBIETTIVO A)</p> <p align="center">DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</p>	<p align="center">REALIZZATO</p>	<p align="center">STATO DI ATTUAZIONE</p>
<p align="center">Attività 1</p> <p align="center">PROGRAMMATA</p> <p>Il PARM verrà portato a conoscenza di tutti gli operatori sanitari. Saranno progettate e realizzate iniziative di ulteriore informazione e formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza degli utenti. E' stato programmato un "Corso base sul rischio clinico". Sarà assicurata la partecipazione a corsi, seminari, convegni sul tema del rischio clinico.</p>	<p align="center">SI</p>	<p>Il PARM 2022 è stato portato a conoscenza di tutti gli operatori. Sono stati realizzati eventi formativi riguardanti la prevenzione e il contenimento del contagio SARS-CoV2. Sono state redatte, approvate ed attuate le procedure per la prevenzione del contagio SARS-CoV2. In particolare, sono state adottate tutte le misure previste dalla normativa nazionale e regionale per garantire la prevenzione, il contenimento e la gestione del rischio da infezione SARS-CoV2. E' stato predisposto un modello per la segnalazione degli eventi sentinella e le cadute del paziente, da compilare a cura degli operatori sanitari che operano nelle Strutture. E' stato realizzato il Corso di formazione previsto.</p>
<p align="center">Attività 2</p> <p align="center">PROGRAMMATA</p> <p>Riunione di equipe clinica Settimanale.</p>	<p align="center">SI</p>	<p>Sono state regolarmente svolte le riunioni di equipe clinica, con cadenza settimanale.</p>
<p align="center">OBIETTIVO B)</p> <p align="center">MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI</p>		

<p>INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI</p>		
<p>Attività 1</p> <p>PROGRAMMATA</p> <p>Con riguardo alla emergenza sanitaria Covid-19 in atto si procederà sulla linea del 2020 e 2021, nel rispetto di tutte le misure previste dalla normativa nazionale e regionale per garantire la prevenzione, il contenimento e la gestione del rischio da infezione.</p> <p>Implementazione delle procedure per il rispetto delle raccomandazioni ministeriali e regionali per la sicurezza dei pazienti.</p> <p>Attività di verifica delle procedure avviate.</p> <p>Riunione di equipe clinica settimanale.</p> <p>Implementazione della sicurezza nella somministrazione dei farmaci.</p> <p>Attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti.</p>	<p>SI</p>	<p>Sono state redatte, approvate ed attuate le procedure per la prevenzione del contagio Covid-19 nel rispetto delle raccomandazioni ministeriali e della normativa nazionale e regionale per la sicurezza degli utenti ed è stata svolta una specifica attività di verifica delle procedure avviate.</p> <p>Si sono tenute regolarmente tenute le riunioni settimanali dell'equipe clinica nel corso delle quali particolare attenzione è stata è posta alle problematiche legate al rischio clinico.</p> <p>E' stata svolta la consueta attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti.</p> <p>Sono state adottate e verificate le procedure per la sicurezza nella somministrazione dei farmaci.</p>
<p>Attività 2</p> <p>PROGRAMMATA</p> <p>Programma di valutazione della cartella clinica come strumento di risk management : saranno esaminate cartelle cliniche del 2021, utilizzando una chek list ad hoc.</p> <p>Verranno analizzati i seguenti requisiti : completezza, precisione, aggiornamento,</p> <p>chiarezza, intelligibilità, e tracciabilità con parametrizzazione dei risultati in scala 0/100 con sufficienza a 60.</p>	<p>SI</p>	<p>Sono state esaminate complessivamente n. 08 cartelle cliniche relative all'anno 2021 sotto il profilo della completezza, precisione, chiarezza, aggiornamento.</p> <p>L'esame non ha evidenziato problematiche legate al rischio clinico e, pertanto, il risultato è stato parametrato come più che sufficiente, con punteggio a 90.</p>
<p>Attività 3</p>		

<p>PROGRAMMATA Programma farmaci (gestione archivio, segnalazione farmaci in scadenza). Procedura gestione farmaci in paziente sbagliato; errata procedura gestione farmaci su paziente corretto.</p>	<p>SI</p>	<p>Sono state verificate n. 20 procedure per la gestione del farmaco. Il risultato dell'accertamento è stato più che soddisfacente.</p>
<p>Attività 4 PROGRAMMATA Saranno verificate ed implementate le procedure in essere per prevenire le cadute dei pazienti. Sarà predisposto un vademecum per la prevenzione delle cadute da consegnare agli utenti.</p>	<p>PARZIALMENTE</p>	<p>E' stato predisposto il vademecum da consegnare agli utenti per prevenire le cadute. E' in itinere il Piano di Prevenzione Aziendale per la prevenzione e gestione della caduta del paziente. Sono stati implementate le informazioni agli operatori sanitari sul pericolo di cadute.</p>
<p>Attività 5 PROGRAMMATA Saranno verificate ed implementate le procedure in essere per prevenire le aggressioni agli operatori sanitari.</p>	<p>PARZIALMENTE</p>	<p>E' in itinere il Piano Aziendale per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Sono stati implementate le informazioni agli operatori sanitari sul pericolo di aggressioni.</p>
<p>OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE</p>		
<p>Attività PROGRAMMATA Svolgimento di audit su eventi, processi o esiti. Attività del Tavolo permanente istituito per la sicurezza aziendale, coordinato dal Risk Manager. Riunione di equipe clinica settimanale.</p>	<p>SI</p>	<p>Sono pervenute n° 02 (due) schede di ALERT-REPORT, contenenti l'individuazione e l'attivazione di azioni di miglioramento, scaturite dall'attività di Equipe Clinica, riguardanti tuttavia eventi di scarsa gravità che hanno prodotto azioni di miglioramento. L'Unità di Gestione del Rischio Clinico ha realizzato, presso la Struttura, una costante attività di monitoraggio e implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali. E' stato istituito un Tavolo permanente per la</p>

		<p>sicurezza aziendale, coordinato dal Risk Manager.</p> <p>Sono state svolte con regolarità le riunioni di equipe clinica settimanali.</p>
<p>OBIETTIVO D)</p> <p>GARANTIRE LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT</p>		
<p>Attività</p> <p>PROGRAMMATA</p> <p>Partecipazione ai tavoli regionali sul rischio clinico e alle attività dei gruppi di studio/approfondimento regionali. Recepimento delle Linee di indirizzo regionale in materia di Rischio Clinico.</p>	<p>NO</p>	<p>L'emergenza sanitaria SARS-CoV-2 non ha permesso la partecipazione alle attività regionali.</p>

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

25. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità :

- quella del Risk Manager che redige e promuove lo stesso tenendo nel debito conto le Linee Guida Aziendali in materia di Risk Management e ne monitorizza la implementazione;
- quella della Direzione Aziendale che si impegna ad adottarlo con Deliberazione e a fornire al Risk Manager e alla organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive per la concreta realizzazione delle attività in esso previste nonché le informazioni per la parte specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa.

È bene sottolineare che in questa sezione non si elencano le responsabilità delle singole azioni previste nelle attività, ma solo quelle relative alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARM.

Di seguito la matrice delle responsabilità.

Legenda : R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

AZIONE	RISK MANAGER DIREZIONE SANITARIA	DIREZIONE AZIENDALE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	STRUTTURE TECNICHE DI SUPPORTO
REDAZIONE PARM E PROPOSTA DI DELIBERA	R	C	C	I
APPROVAZIONE E ADOZIONE PARM CON DELIBERA	I	R	I	I
DIFFUSIONE DEL PARM	R	C	C	C
MONITORAGGIO PARM	R	C	C	C

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

26. OBIETTIVI 2023

Gli interventi e le azioni proposte, parte integrante e sostanziale del Piano, hanno la finalità di portare in evidenza e analizzare la rischiosità intrinseca a processi o pratiche terapeutiche e assistenziali, affinché, con il concorso di tutti gli operatori si possano adottare gli opportuni correttivi, nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate. Il PARM si propone, quindi, di ridurre la possibilità di errori da parte degli operatori della Struttura e 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 Risk Manager rappresenta un facilitatore del cambiamento organizzativo che opera alle dirette dipendenze della Direzione aziendale e la cui attività non può e non deve sollevare dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi assistenziali, comprendendo nel termine "gestione" anche gli aspetti non direttamente di tipo sanitario ma che hanno rilevanza sull'erogazione delle prestazioni. Rispetto a tali soggetti, il Risk Manager coordina ed armonizza l'intero sistema di governo del rischio partendo però dall'assunto che ogni singolo operatore ricopre un ruolo determinante nella diffusione della cultura della sicurezza e nel successo degli interventi di gestione del rischio clinico.

Il PARM fornisce alla Direzione un supporto indispensabile per intervenire nella macchina organizzativa aziendale basandosi su dati certi, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa. La struttura aziendale, per quanto di competenza, collabora con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARM e la riuscita degli interventi in questo proposti.

Pertanto, nel recepire le Linee Guida regionali per la stesura del PARM ed in coerenza con la *mission* dell'Azienda sono stati identificati, per l'anno 2023. La implementazione dei seguenti obiettivi strategici :

- 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.**

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

27. ATTIVITA' 2023

Di seguito si individuano le diverse linee di attività in riferimento ai singoli obiettivi declinati secondo le peculiarità e le necessità dell'Azienda.

Il Piano dell'attività di Risk Management per l'anno 2023 continua nell'obiettivo intrapreso nel corso degli anni precedenti, dando continuità ai percorsi di gestione strategica e alla operatività delle linee di attività già precedentemente intraprese.

In particolare, tenuto conto delle esigenze e delle limitazioni per il contrasto e il contenimento dell'infezione Covid-19 e delle priorità da queste richieste, si tenderà a privilegiare e a sviluppare una formazione prevalentemente sul campo, attraverso AUDIT all'interno delle Strutture aziendali. Tale modello oltre a svolgere attività di analisi, monitoraggio e controllo di quanto oggetto di AUDIT terrà presente, come già precedentemente indicato, quegli elementi di criticità relativi alla "comunicazione" sia tra i professionisti che verso l'utente, con la convinzione che un buon processo di comunicazione è elemento fondamentale per mitigare reazioni avverse e possibili contenziosi.

<p>OBIETTIVO A)</p>	<p>DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</p>
<p>Attività 1</p>	<p>Il PARM 2023 verrà portato a conoscenza di tutti gli operatori sanitari. Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti. Si terrà un Corso su tematiche relative al rischio clinico. La Direzione aziendale assicurerà la partecipazione a incontri, corsi, seminari, convegni sul tema, anche in video conferenza. Si procederà ad acquisire informazioni sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate (ad esempio sul corretto utilizzo dei farmaci). Progettazione audit. Esecuzione audit. Saranno attuati report sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate.</p>
<p>Attività 2</p>	<p>Riunione di equipe clinica Settimanale.</p>
<p>Attività 3</p>	<p>Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali e regionali per la prevenzione di errori di terapia farmacologica.</p>
<p>OBIETTIVO B)</p>	<p>MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI</p>

Attività 1	<p>Con riguardo alla emergenza sanitaria Covid-19 in atto si procederà, sulla linea degli anni precedenti, nel rispetto di tutte le misure previste dalla normativa nazionale e regionale, per garantire la prevenzione, il contenimento e la gestione del rischio da infezione.</p> <p>Implementazione delle procedure per il rispetto delle raccomandazioni ministeriali e regionali per la sicurezza dei pazienti/utenti. In particolare, implementazione delle procedure per contenere l'emergenza sanitaria da Covid-19 e sulla sicurezza nella somministrazione dei farmaci.</p> <p>Implementazione delle procedure e formazione per l'igiene delle mani.</p> <p>Attività di verifica delle procedure avviate.</p> <p>Riunione di equipe clinica settimanale.</p> <p>Elaborazione di procedure aziendali volta al recepimento di documenti regionali o nazionali da diffondere al personale.</p> <p>Attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti delle Strutture.</p>
Attività 2	<p>Attività di valutazione della cartella clinica come strumento di risk management : saranno esaminate cartelle cliniche dell'anno 2022 utilizzando una chek list ad hoc.</p> <p>Verranno analizzati i seguenti requisiti : completezza, precisione, aggiornamento, chiarezza, intelligibilità e tracciabilità con parametrizzazione dei risultati in scala 0/100 con sufficienza a 60.</p>
Attività 3	<p>Programma farmaci (gestione archivio, segnalazione farmaci in scadenza).</p> <p>Implementazione procedura gestione farmaci in paziente sbagliato; errata procedura gestione farmaci su paziente corretto.</p>
Attività 4	<p>Cadute : Piano di prevenzione e gestione delle cadute.</p> <p>Aggressioni : Piano di prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Sarà svolto un corso sugli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.</p>
Attività 5	<p>Sicurezza farmaci : Report analisi delle difformità riscontrate nel corso di attività ispettive.</p>
Attività 6	<p>Attività di rilevazione della qualità percepita da parte degli utenti.</p>
OBIETTIVO C)	<p>FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE</p>
Attività	<p>Svolgimento di audit reattivi o proattivi su eventi, processi o esiti.</p> <p>Attività del Tavolo permanente istituito per la sicurezza aziendale, coordinato dal Risk Manager.</p> <p>Riunione di equipe clinica settimanale.</p>
OBIETTIVO D)	<p>GARANTIRE LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT</p>

Attività	Partecipazione ai tavoli regionali sul rischio clinico e alle attività dei gruppi di studio/approfondimento regionali. Recepimento delle Linee di indirizzo regionale in materia di Rischio Clinico.
-----------------	---

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

28. ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Le attività previste ed elencate per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti rispondono agli obiettivi relativi al Rischio Clinico ai sensi della legge 24/2017.

Per ogni attività è definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo standard che ci si prefigge di raggiungere. In alcuni casi l'indicatore non potrà che essere del tipo SI/NO, mentre in altri sarà possibile costruire un rapporto e indicare una percentuale da raggiungere. Vengono indicati standard realistici e realizzabili nei tempi previsti per la specifica attività.

LE TABELLE SEGUENTI RIPORTANO IN SINTESI LE ATTIVITA'

PREVISTE NEL 2022 E LA MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Legenda : R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA ELLE CURE	ATTIVITA' 1 Diffusione del PARM 2023 a tutti gli operatori sanitari. Standard = 100%			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	AZIONE	Risk Manager	Vertice aziendale	Struttura Amministrativa
	Esecuzione	R	C	C
	ATTIVITA' 2 Monitoraggio PARM 2022			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		Risk Manager	Vertice aziendale	
	Esecuzione	R	C	
	ATTIVITA' 3 Riunione di equipe clinica settimanale. Obbligatoria per gli operatori che ne fanno parte. Standard ≥ una riunione a settimana			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		Direzione Sanitaria	Vertice aziendale	
	Esecuzione	R	C	
	ATTIVITA' 4 Progettazione ed esecuzione di un corso sul Rischio Clinico entro il 31.12.2023. Obbligatorio per tutti gli operatori sanitari. Standard ≥ 75%			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	AZIONE	Risk Manager	Vertice aziendale	Corpo Docente
	Progettazione del corso	R	C	C
	Eventuale accreditamento del corso	C	R	I
	Esecuzione del corso	C	R	C

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO DEGLI EVENTIAVVERSI	ATTIVITA'01 Gruppo di Lavoro. Implementazione delle Procedure per la sicurezza degli utenti e delle Raccomandazioni Ministeriali e regionali, in particolare delle Procedure e raccomandazioni per la prevenzione e il contenimento del contagio Covid-19. Attività di verifica sulle procedure avviate. Riunione di equipe clinica settimanale. Implementazione delle procedure e formazione igiene delle mani.			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGER	VERTICE AZIENDALE	RESPONSABILE DEL GRUPPO DI LAVORO	GRUPPO DI LAVORO
STESURA DELLE PROCEDURE	C	C	R	C
VALIDAZIONE	R	C	C	I

DELLE PROCEDURE				
APPROVAZIONE DELLE PROCEDURE	C	R	I	I
INFORMAZIONE FORMAZIONE	R	C	C	C
VERIFICA APPLICAZIONE	R	C	C	C
		ATTIVITA' 02 Programma di valutazione della qualità della cartella clinica come strumento di risk management.		
INDICATORE		Numero di cartelle Verificate		
STANDARD		≥ 10 Valutazione qualità : sufficienza ≥ 60		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
AZIONE	RISK MANAGEMENT	VERTICE AZIENDALE	PERSONALE SANITARIO	
Attuazione programma	R	C	C	
Esecuzione	R	C	C	
Report	R	C	C	
		ATTIVITA' 03 Programma farmaci (gestione archivio, segnalazione farmaci in scadenza, ecc.). Procedura gestione farmaci in paziente sbagliato; errata procedura gestione farmaci su paziente corretto		
INDICATORE		Numero di utenti da verificare		
STANDARD PER SINGOLA VERIFICA		≥ 10		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
AZIONE	RISK MANAGEMENT	VERTICE AZIENDALE	PERSONALE SANITARIO	
Progettazione programma	R	C	C	
Esecuzione	R	C	C	
Report	R	C	C	
		ATTIVITA' 04 Rilevazione della qualità percepita dagli utenti		
INDICATORE		Numero di utenti da intervistare		
STANDARD PER SINGOLA VERIFICA		≥ 05		

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
AZIONE	RISK MANAGEMENT	VERTICE AZIENDALE	PERSONALE
Progettazione	R	C	C
Esecuzione	C	R	C
		ATTIVITA' 5 Implementazione Raccomandazione cadute dei pazienti	
INDICATORE		SI	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
AZIONE	RISK MANAGEMENT	VERTICE AZIENDALE	PERSONALE
Progettazione	R	C	C
Esecuzione	R	C	C
		ATTIVITA' 6 Implementazione Raccomandazione prevenzione e gestione atti di violenza a danno degli operatori sanitari	
INDICATORE		SI	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
AZIONE	RISK MANAGEMENT	VERTICE AZIENDALE	PERSONALE
Progettazione	R	C	C
Esecuzione	R	C	C
		Progettazione ed esecuzione di un corso sugli atti di violenza a danno degli operatori sanitari entro il 31.12.2023. Obbligatorio per tutti gli operatori sanitari. Standard ≥ 75%	
Progettazione	R	C	C
Esecuzione	R	C	C

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE	ATTIVITA' 01 Attività del Tavolo permanente istituito per la sicurezza aziendale, coordinato dal Risk Manager. Riunione di equipe clinica settimanale. Incontri periodici aziendali in tema di risk management.		
INDICATORE	Numero riunioni Tavolo permanente ≥ 02/anno Numero riunioni settimanali ≥ 40/anno Numero riunioni mensili ≥ 10/anno		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGEMENT	OPERATORI SANITARI	
Convocazione riunione	R	C	
Partecipazione riunioni	C	R	

OBIETTIVO D) PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT		ATTIVITA' Partecipazione ai tavoli regionali sul rischio clinico e alle attività dei gruppi di studio e/o approfondimento regionali, anche in video conferenza. Recepimento delle Linee di Indirizzo Regionale in materia di Rischio Clinico. Attività volta al recepimento di Documenti regionali o nazionali da portare a conoscenza degli operatori.		
INDICATORE		Numero eventi ≥ 1		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGER	VERTICE AZIENDALE	RESPONSABILE DEL GRUPPO DI LAVORO	
PERMESSI	-	R	I	
PARTECIPAZIONE AI LAVORI	R	I	C	

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

29. DIFFUSIONE DEL PARM.

COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE

Il PARM 2023 è approvato ed adottato con deliberazione aziendale.

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività in esso previste e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, viene assicurata la sua diffusione attraverso :

- La pubblicazione sul sito internet aziendale.

- Lo svolgimento di incontri presso le Strutture Operative promossi dal Risk Manager per far conoscere gli obiettivi del Piano e le relative modalità attuative di competenza di ciascuno.
- Riunioni di equipe clinica per aspetti relativi alle problematiche delle diverse categorie di operatori delle Strutture.
- Svolgimento di corsi di formazione diretti al personale.

Il coinvolgimento del personale rispetto ai problemi della sicurezza è effettuato in modo sistematico ed avviene sin dalla costruzione del sistema di gestione del rischio clinico e, successivamente, in tutte le fasi di identificazione dei rischi e di analisi di *near misses*, eventi sentinella ed eventi avversi; deve riguardare, quindi, il sistema nel suo complesso e l'analisi e la gestione dei singoli eventi. Viene reso più efficace dalla creazione e dal sostegno di una cultura condivisa del rischio clinico, quindi la presenza di un linguaggio comune è pre-requisito indispensabile e la formazione è uno strumento fondamentale. Quest'ultima deve essere :

- mirata agli specifici bisogni formativi;
- costruita con riferimento al contesto storico, culturale (valori, priorità, rapporti, clima) ed operativo (utilizzo di esempi concreti, applicazioni reali);
- prevedere l'applicazione nella pratica quotidiana di quanto acquisito con successiva revisione;
- continuativa, ossia prevedere avanzamenti e richiami, al fine di rinforzare l'apprendimento.

Il coinvolgimento del personale viene, inoltre, previsto almeno nelle seguenti attività :

- a) costruzione, revisione, implementazione di Linee Guida;
- b) progetti di miglioramento;
- c) costruzione di materiale informativo e di educazione per il personale e i cittadini utenti;
- d) effettuazione delle scelte : organizzative, delle attrezzature, delle tecnologie; della formazione;

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

- e) audit ed altre attività connesse alla valutazione ed al miglioramento.

Le metodologie per la partecipazione attiva del personale includono la raccolta di opinioni e pareri, problemi percepiti dal personale per quanto riguarda la sicurezza attraverso questionari; cassetta dei suggerimenti; riunioni, anche nella forma dell'assemblea.

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

30. RIFERIMENTI NORMATIVI. SITOGRAFIA

NAZIONALI

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*;
- D.P.R. 14 gennaio 1997 recante *“Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti*

strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;

- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante *“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 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”;*
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Decreto 11 dicembre 2009 – *“Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità (SIMES)”;*
- 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”.*

REGIONALI

- Determinazione Regionale n. G04112 del 01 aprile 2014 recante *“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 (CCICA)”;*
- Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante *“Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio”;*
- Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali - Determinazione 25 ottobre 2016 n. G12355 - Approvazione *“Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”;*
- Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione 25 ottobre 2016 n. G12356 Approvazione del *“Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”;*

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 “Comunità Passaggi”

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante *“Istituzione del Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente con la denominazione di “Centro Regionale Rischio Clinico” ai sensi della L. 24/2017;*
- Determinazione n° G00164 del 11/01/2019 - Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria Regione Lazio - *“Approvazione ed adozione del documento recante le “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”;*

- Regione Lazio – Decreto del Commissario ad acta (Delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013) n. U00490 del 21.10.2015 – Recepimento dell’Intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all’accreditamento delle strutture sanitarie.
- Decreto del Commissario ad Acta del 22 febbraio 2017 n. U0052 avente ad oggetto Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato *“Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale”*;
- Regione Lazio Decreto del Commissario ad Acta del 6 luglio 2015 n. U 00309 Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018. Progetto 7.3, *“Contenimento delle Infezioni Correlate all’Assistenza e monitoraggio dell’uso degli antibiotici”*;
- Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali. Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Attuativi per i Comitati di controllo delle infezioni correlate all’assistenza della Regione Lazio. Regione Lazio Registro Ufficiale U0388434 del 22.07.2016;
- 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”*;
- D. Lgs. n° 81 del 9 aprile 2008 integrato con il Decreto Legislativo n° 106/2009, recante *“Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”*;
- 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”*;
- DCA n. 490 del 21.10.2015 : Adempimenti relativi all’accreditamento delle strutture sanitarie.
- Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella del 6 luglio 2021.

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 “Comunità Passaggi”

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

SITOGRAFIA

- Ministero della salute. Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure.
<http://www.salute.gov.it/portale/temi/>
- Regione Lazio. Rischio Clinico.
<http://www.regione.lazio.it/t/rlsanità>
- AGENAS Rischio clinico e sicurezza del paziente.
<http://www.agenas.it/aree-tematiche>

Passaggi S.r.l.
S.R.P.2 "Comunità Passaggi"
PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2023

ALLEGATI

- **DELIBERA di approvazione ed adozione del PARM 2023 (Allegato A)**
-

Il presente PARM è pubblicato sul sito istituzionale dell'Ente

Passaggi S.r.l.

SEDE LEGALE : 00136 Roma – Via Quinto Fabio Pittore n. 28

SEDE AMMINISTRATIVA : 67061 Carsoli (AQ) – Via Roma n. 111

Tel./Fax 0863.992483 • e-mail : ctpassaggi@libero.it • PEC : ctpassaggi@dpec.it

DELIBERAZIONE DEL 20 FEBBRAIO 2023

OGGETTO : Approvazione ed adozione del Piano Annuale Risk Management (PARM) anno 2023 e del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) anno 2023 del presidio sanitario denominato S.R.T.2 “COMUNITA’ PASSAGGI” gestito da PASSAGGI S.r.l..

L'anno 2023 il giorno 20 del mese di febbraio alle ore 11,30 presso la sede amministrativa della società in Carsoli (AQ) Via Roma n. 111, il sottoscritto Dott. ANTONELLO ANGELINI, n.q. di amministratore e legale rappresentante di PASSAGGI S.r.l., con il presente atto :

- vista 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”*;

- visto il Decreto Legislativo n. 502/1992 *“Riordino della disciplina in materia di sanità, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421 e sue modifiche e integrazioni”*;

- vista l'intesa del 20.03.2008 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente, che definisce l'ambito funzionale di competenza dei Servizi Sanitari Regionali in materia di gestione del rischio clinico e sicurezza dei pazienti;

- visto il Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante *“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”*;

- visto il Decreto Ministero della Salute dell'11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità (SIMES) - alimentato attraverso le informazioni riguardanti le segnalazioni di eventi sentinella e delle denunce di sinistro;

- vista la Determinazione della Regione Abruzzo 18 gennaio 2019 n. 14 avente ad oggetto *“L. n. 24 del 08.03.2017 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie – Costituzione del Centro di gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente”*;

- visto il Decreto del Commissario ad Acta n. 55/2016 del 10.06.2016 recante all'oggetto *“Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario Abruzzese 2016-2018”* che indica (intervento 6.2) quale

obiettivo della Regione Abruzzo, l'introduzione di meccanismi in grado di misurare i risultati delle strutture accreditate pubbliche e private, per ciò intendendo – tra l'altro – il potenziamento degli strumenti necessari alla gestione del rischio sanitario;

- vista la D.G.R. n. 78 del 28.02.2017 – siccome modificata ed integrata con D.G.R. n. 402 del 21.07.2017 – recante *“Approvazione delle nuove linee guida per la redazione degli atti aziendali”*, che prevede in seno all'organizzazione aziendale – Punto 5 Risk Management – l'attivazione da parte dell'Amministrazione Regionale, di un Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, coerentemente alla normativa vigente;

- visto il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;

- visto il Decreto Legislativo n° 81 del 9 aprile 2008 integrato con il Decreto Legislativo n° 106/2009, recante *“Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”*.

Considerato che

- la Legge n. 24 dell'8 marzo 2017 espressamente prevede (Art. 2 comma 4) che *“In ogni regione è istituito il Centro per la Gestione del Rischio Sanitario e la sicurezza del paziente”*;
- con D.G.R. n. 265 del 22.05.2017 la Giunta Regionale Abruzzo ha approvato l'istituzione ex novo dell'Ufficio *“Gestione del Rischio clinico e sicurezza del paziente”* il quale esercita le funzioni dell'istituendo Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente di cui alla Legge n. 24 del 08.03.2017, al fine di garantire la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del risk management, a tutela del paziente per la migliore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili;
- la sicurezza del paziente costituisce per Passaggi S.r.l. la base per una buona assistenza sanitaria e un principio fondamentale del diritto alla salute perseguito dall'ente.

Dato atto che :

- con apposita Deliberazione del 20 gennaio 2020, è stato nominato il Risk Manager;
- con apposita Deliberazione del 27 gennaio 2020 è stato costituito il Gruppo di Lavoro Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico e il Comitato Valutazione Sinistri;
- con apposita Deliberazione del 05 marzo 2021 è stato sostituito un componente del Gruppo di Lavoro Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico;
- con apposita Deliberazione del 15 gennaio 2023 è stato istituito il Comitato aziendale per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA);
- si sono conclusi positivamente gli iter procedurali per la stesura finale del PARM e del PAICA 2023.

Ritenuto, altresì, di approvare il Piano Annuale di Risk Management per l'anno 2023 (**Allegato 1**) e il Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza per l'anno 2023 (**Allegato 2**)

DELIBERA

1. di approvare ed adottare, per le motivazioni espresse in premessa, gli allegati PARM e PAICA per l'anno 2023, che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo;
3. di dare mandato di pubblicare sul sito internet aziendale la presente delibera con allegato PARM – anno 2023 e PAICA – anno 2023;
4. di dare mandato alla Direzione Sanitaria di esporre e presentare le Procedure agli operatori sanitari.

PASSAGGI S.r.l.

Il legale rappresentante

