



BEL.GE.CA. S.r.l.



PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT 2021

“RSA Mater Dei”

Centri non residenziali di riabilitazione ex art. 26

“Ars Sana” e “Ars Sana 2”

Sede legale: via Orazio, n.3 – Roma 00193

Sede operativa: via dei Villini, n.17 - Ariccia (RM) 00072

Il presente documento è unico e di proprietà della Società BELGECA srl
Ogni divulgazione, riproduzione o cessione di contenuti a terzi deve essere autorizzata dal Titolare.

Stato delle revisioni e descrizione delle modifiche

Ed.	Rev.	Data	Descrizione
02	01	01/02/2021	Emissione del documento

Risk Manager	Medico Responsabile	Legale rappresentate
Dott. Vittorio Amedeo Cicogna <i>Vittorio Cicogna</i>	Dott. Luigi Casella <i>Luigi Casella</i>	Dott. Marcello Russo BEL.GE.CA. s.r.l. Roma 00193 - Via Orazio, 3 C.F./P. IVA 07067071006

Componenti team rischio clinico	Componenti team rischio clinico	Componenti team rischio clinico
Avv. Maria Luisa Bellini	Dott. Matteo Rosso Dott.ssa Ilaria Ercolino	Daniele Salustri
Avv. Gianluca Bellini	Dott. Umberto Solis	Dott.ssa Maria Pia Talone

APPROVATO IL 15 febbraio 2021



Indice del documento

1. <u>PREMESSA</u>	3
2. <u>CONTESTO ORGANIZZATIVO</u>	4
2.1. UBICAZIONE DELLA STRUTTURA	5
2.2. CERTIFICAZIONI	5
2.3. TEAM RISCHIO CLINICO	6
2.4. COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI	6
2.5. ORGANIGRAMMA AZIENDALE	7
2.6. ORGANICO DELLE STRUTTURE	7
2.7. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	8
2.8. DESCRIZIONE DELLA POLIZZA ASSICURATIVA	8
2.9. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL TRIENNIO PRECEDENTE	9
3. <u>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</u>	10
4. <u>RENDICONTAZIONE DEGLI OBIETTIVI 2020</u>	11
5. <u>OBIETTIVI 2021</u>	12
6. <u>MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM</u>	15
7. <u>RIFERIMENTI NORMATIVI</u>	16
8. <u>TERMINI E DEFINIZIONI</u>	17
9. <u>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</u>	19



1. PREMESSA

Il presente Piano Annuale rappresenta la seconda esperienza di programmazione annuale delle attività in materia di prevenzione del Rischio Clinico condotta nelle Strutture gestite dalla Società Belgeca, e può avvalersi delle informazioni e delle evidenze emerse nel corso della prima annualità in cui le attività di Risk Management sono state portate a regime.

L'anno 2020 che si è appena concluso è coinciso, purtroppo, con l'esplosione della Pandemia da SARS-CoV-2 che ha fortemente condizionato l'intera organizzazione delle attività sanitarie ed assistenziali di tutte le Strutture del Paese, ivi inclusa quelle gestite dalla Società Belgeca srl, a cui fanno capo la "RSA Mater Dei" e i Centri non residenziali di riabilitazione ex art. 26, denominati "Ars Sana" e "Ars Sana 2", tutti con sede in Ariccia, via dei Villini n. 17.

Il presente Piano pertanto prende le mosse dalla situazione determinatasi a seguito della suddetta Pandemia e recepisce le disposizioni emanate dal Ministero della Salute, dall'Istituto Superiore di Sanità, dalla Regione Lazio ed altre Istituzioni, per la prevenzione e gestione dei contagi da SARS-COV-2 nelle strutture socio sanitarie, note alla data di approvazione del documento.

La gestione del Rischio Clinico è di fondamentale importanza in sanità ed ha un forte impatto sia sociale sia sui costi del sistema.

Norme di rilievo nazionale e regionale prevedono che le strutture sanitarie debbano dotarsi di funzioni dedicate alla gestione del rischio ed alla prevenzione dei danni al paziente, curino il monitoraggio dei rischi sanitari e adottino le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi.

La legge 28 dicembre 2015, n. 208, al comma 539 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)", dispone che "tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management).

Infine la legge n 24 dell'8 marzo 2017 (Gelli-Bianco) "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", ha introdotto importanti innovazioni in materia di Sicurezza delle Cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Nel rispetto delle suddette disposizioni all'interno delle Strutture gestite dalla Società Bel.ge.ca. srl, sono attivi da oltre due anni un Comitato di Gestione del Rischio Clinico ed è stato nominato un Risk Manager.

Con "gestione del Rischio Clinico" si definisce lo specifico processo di identificazione dei rischi, la valutazione dei loro impatti potenziali, l'approntamento di tutte le misure per il loro controllo, la loro prevenzione e la gestione delle loro conseguenze.

Con il presente programma di Risk Management si intende:

- promuovere l'approccio sistemico al problema della sicurezza delle cure attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo assistenziale, con il fine ultimo del miglioramento della qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti e degli operatori;
- migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa anche attraverso la promozione di interventi mirati al contenimento degli eventi avversi;
- diffondere una cultura organizzativa basata sul miglioramento della qualità, sulla sicurezza di pazienti e operatori, sull'errore come strumento di apprendimento e sulla "non colpevolezza";



2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Fanno capo alla Società Bel.ge.ca srl le tre strutture di seguito descritte:

- a) La RSA Mater Dei, dispone di stanze singole, doppie e triple ed è accreditata con il SSR per 70 posti di letto per livello assistenziale R2 (e cioè livello di assistenza mantenimento alto) e 20 posti letto per livello di assistenza estensiva. La RSA Mater Dei garantisce assistenza medica (con presenza di medici h 24), infermieristica, riabilitativa e terapia occupazionale.
- b) Il Centro di Riabilitazione “Ars Sana” eroga prestazioni assistenziali ai sensi dell’art 26 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833 (Prestazioni di riabilitazione) con una capacità ricettiva di 250 posti distribuiti in regime non residenziale, ambulatoriale e domiciliare secondo le esigenze dei singoli utenti. Il Centro è specializzato in progetti riabilitativi interdisciplinari che consentono al singolo paziente di mantenere e/o migliorare e/o recuperare le proprie autonomie funzionali riducendo la necessità di assistenza e/o di aiuto.
- c) Il Centro “Ars Sana 2”, autorizzato con determina Regione Lazio n.G16262 del 27/11/2017 all’esercizio di attività ambulatoriale e domiciliare per prestazioni di riabilitazione per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; di cui:
 - 20 trattamenti/die ambulatoriali, per la riabilitazione a pazienti affetti da disabilità fisica, psichica e sensoriale;
 - 20 trattamenti/die ambulatoriali, per la riabilitazione a pazienti affetti da disabilità fisica, psichica e sensoriale in età evolutiva;
 - 40 trattamenti/die domiciliari, per la riabilitazione a pazienti affetti da disabilità fisica, psichica e sensoriale.

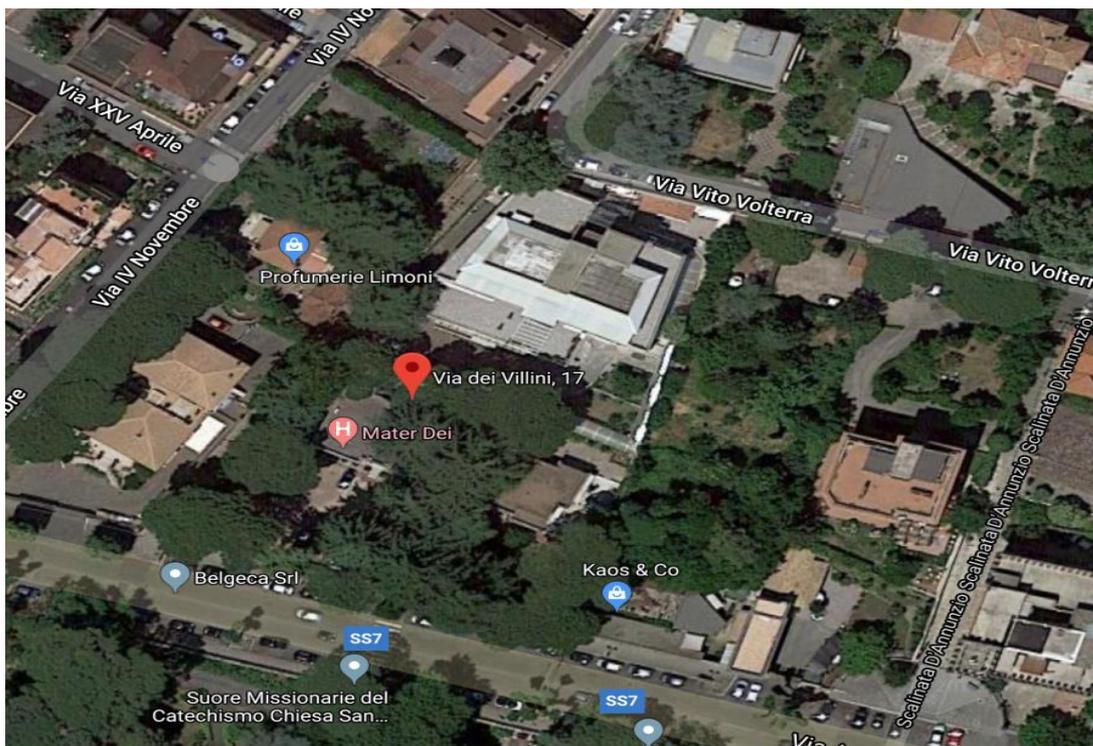
Complessivamente, nel corso dell’anno 2020, il volume delle prestazioni erogate presso le Strutture gestite dalla Soc. Belgeca srl è quello riportato nella tabella sottostante:

Tabella 1

DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI		
Giornate di assistenza residenziale	27.868	RSA Mater Dei
Prestazioni riabilitative ambulatoriali	5.880	ARS SANA
Prestazioni riabilitative domiciliari	28.520	ARS SANA
Prestazioni riabilitative ambulatoriali	3.789	ARS SANA 2
Prestazioni riabilitative domiciliari	6.162	ARS SANA 2

2.1 Ubicazione delle strutture

Le strutture, costituite da tre fabbricati principali, oltre a pertinenze accessorie, sono ubicate all'interno di un parco privato con alberi secolari, nel Comune di Ariccia, che ricade nel territorio dell'Azienda USL ROMA 6.



2.2 Certificazioni

Per le tre Strutture la società Belgeca nel 2019 ha avviato il processo di certificazione del sistema di gestione per la qualità con l'ente di certificazione "Bureau Veritas".

La Certificazione è stata conseguita in data 6/04/2020; per gli anni successivi sono previste visite periodiche per il monitoraggio delle attività ed il mantenimento della certificazione.

**2.3 Comitato Gestione Rischio Clinico** → composizione:

Risk Manager	Dott. Vittorio Amedeo Cicogna
Ufficio del Risk Manager	Dott.ssa Ilaria Ercolino

Avvocati	Avv. Maria Luisa Bellini Avv. Gianluca Bellini
----------	---

Medici Responsabili	Dott. Luigi Casella Dott. Umberto Solis Dott. Matteo Rosso
---------------------	--

Quality Manager	Daniela Salustri
-----------------	------------------

Coordinatore Infermieristico	Maria Pia Talone
------------------------------	------------------

2.4 Comitato Valutazione Sinistri → composizione:

Avvocati	Avv. Maria Luisa Bellini Avv. Gianluca Bellini
----------	---

Risk Manager	dott. Vittorio Amedeo Cicogna
--------------	-------------------------------

Medici Responsabili	Dott. Luigi Casella Dott. Umberto Solis Dott.ssa Matteo Rosso
---------------------	---



2.5 Dotazione organica delle Strutture

Tabella 2 Organico RSA Mater Dei

Personale SANITARIO	NUMERO RISORSE
	RSA
Medici	8
Coordinatore	1
Infermieri	18
Fisioterapisti	4
Educatori	3
Psicologi	1
Assistente Sociale	1
OSS/OTA	24
Manutentori	2
Amministrativi	4
Totale	66

Tabella 3 Organico ARS SANA

Personale SANITARIO	NUMERO RISORSE
	ARS SANA
Medici	3
Coordinatore	1
Infermieri	
Fisioterapisti	12
Educatori	-
Psicologi	1
Assistente Sociale	1
OSS/OTA	-
Manutentori	-
Amministrativi	-
Totale	18

Tabella 4 Organico ARS SANA 2

Personale SANITARIO	NUMERO RISORSE
	ARS SANA 2
Medici	1
Coordinatore	1
Infermieri	-
Fisioterapisti	6
Educatori	-
Psicologi	1
Assistente Sociale	1
OSS/OTA	-
Manutentori	-
Amministrativi	-
Totale	10



2.7 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Nel triennio precedente alla attivazione della funzione specifica di Risk Management (2017- 2018 - 2019), periodo in cui è stato attivato il monitoraggio previsto dalla legge n. 24/2017 (legge Gelli), non sono stati registrati eventi avversi né sono pervenute denunce di sinistri e richieste di risarcimento danni.

Nel corso dell'anno 2020, in cui sono state formalizzate le attività di Risk Management ed introdotto il sistema di Incident Reporting, sono stati registrati i seguenti eventi:

Tabella 5 – Eventi segnalati nel 2020 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N.	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	Organizzativi (100%)**	Organizzative (50%) Procedure/Comunicazione (50%)	Incident reporting (100%)
Eventi Avversi	2			
Eventi Sentinella	1			

** in occasione dell'evento Sentinella è stato condotto un AUDIT

Al momento non risultano contenziosi pendenti, né richieste di risarcimento.

2.8 Descrizione della posizione assicurativa

La soc Belgeca srl è titolare di una polizza assicurativa stipulata con la Compagnia "Le Generali Assicurazioni" - **Polizza n 390575252**, a copertura dei rischi per le tre strutture.

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicurativa	N.polizza
2018	31/10/2018	Le Generali Ass.ni	380567753
2019	31/10/2019	Le Generali Ass.ni	390575256
2020	31/10/2020	Le Generali Ass.ni	390575252



2.9 Resoconto delle attività nel triennio precedente

Come detto in premessa la funzione di Risk Management è stata stabilmente introdotta nell'organizzazione delle Strutture gestite dalla Soc Belgeca srl dall'anno 2020.

Nelle precedenti annualità la gestione del Rischio Clinico, e la prevenzione degli eventi avversi, è stata effettuata avendo come riferimento le linee di indirizzo contenute nelle Raccomandazioni Ministeriali, quindi mediante l'adozione di specifiche procedure relative ai Rischi di maggiore interesse rispetto alla tipologia dei pazienti ospiti delle strutture ed in relazione ai trattamenti accreditati presso le stesse.

Il primo Piano di Prevenzione del Rischio (PARM), formulato secondo le linee di indirizzo del Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Lazio, di cui alla Determinazione n G00164 dell'11/01/2019 "Approvazione ed adozione del documento recante "le linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2019". è stato redatto nell'anno 2020.

Nel recente passato hanno costituito oggetto di specifica attività rivolta alla prevenzione dei rischi:

- l'adozione di scale di valutazione del rischio clinico dei pazienti
- l'introduzione di un impianto di clorazione della rete idrica per la riduzione del rischio legionella
- l'acquisizione della cartella informatizzata per l'assistenza domiciliare

Le suddette azioni hanno interessato una o più Strutture del Gruppo, a seconda della tipologia dei soggetti trattati.

Nel corso dell'anno 2020, gli eventi collegati alla Pandemia da SARS-COV-2 non hanno consentito la realizzazione di tutti gli interventi e delle attività programmate nel PARM, in quanto l'esigenza prioritaria è stata quella di limitare allo stretto necessario la presenza fisica di soggetti esterni nei reparti di degenza, evitando l'accesso di persone e l'ingiustificato affollamento nei locali sede delle attività assistenziali.

Le precauzioni adottate hanno consentito alla RSA di restare totalmente indenne nel corso della prima ondata della Pandemia da SARS-COV-2.

Il 5 novembre 2020, nel corso della seconda ondata, la RSA è stata interessata da un Cluster epidemico che ha coinvolto ospiti ed operatori e che è stato definitivamente circoscritto il 25 dicembre del 2020 con negativizzazione del tampone di tutti i soggetti interessati; la chiusura del cluster è stata attestata dalla locale Azienda Sanitaria con nota del 19/01/2021 con cui è stata autorizzata la ripresa delle attività di ricovero.

Nel corso dell'anno 2020 sono state comunque introdotti e portati a regime, mediante incontri con i coordinatori infermieristici dei reparti, i seguenti interventi:

1. l'impianto del sistema di Incident Reporting, per la segnalazione degli eventi avversi da parte del personale;
2. l'utilizzo della piattaforma regionale di Rating-Asl
3. l'introduzione delle schede di valutazione dei pazienti con riferimento al rischio cadute ed al rischio di sviluppare lesioni da pressione;
4. le verifiche per la corretta tenuta della documentazione sanitaria
5. la formazione degli operatori che hanno potuto seguire sul sito della Società due distinti corsi di formazione:
 - a) Importanza di una corretta gestione del Rischio Clinico nelle attività di assistenza - norme di comportamento per gli operatori sanitari



b) Prevenzione e controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie – norme di comportamento per gli operatori sanitari.

I corsi sono stati seguiti on line da 46 operatori in un arco di tempo compreso tra il 31/07/2020 ed il 2/12/2020

3. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Di seguito la matrice delle responsabilità stabilite all'interno della Soc Belgeca srl per la redazione, adozione e monitoraggio del PARM.

Funzione aziendale	Direzione	Medico Responsabile	Risk Manager	Strutture di supporto
Fase PARM				
Nomina del Risk Manager	R	C	I	-
Redazione PARM e proposta di delibera	C	C	R	C
Approvazione PARM	R	I	I	I
Monitoraggio PARM	I	C	R	C

Legenda

[R] : funzione Responsabile

[C] : funzione Coinvolta

[I] : funzione Interessata



4. RENDICONTAZIONE OBIETTIVI 2020

Realizzazione corsi di formazione per gli operatori

Obiettivo n. 1: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure - Progettazione ed esecuzione di Corsi di formazione per gli operatori delle strutture sulla Gestione del rischio clinico e sulla Sicurezza delle Cure

Stato: Raggiunto NON raggiunto

Prevenzione del rischio cadute

Obiettivo n. 2: 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: Valutazione del rischio cadute degli ospiti, monitoraggio e prevenzione delle stesse.

Stato: Raggiunto NON raggiunto

Prevenzione del rischio di sviluppare lesioni da pressione

Obiettivo n. 3: 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: Valutazione del rischio degli ospiti di sviluppare Lesioni da pressione e prevenzione delle stesse.

Stato: Raggiunto NON raggiunto

Rispetto del "protocollo dolore"

Obiettivo n. 4: Riduzione del rischio clinico associato al mancato rispetto del "protocollo dolore" e presenza della relativa scala di valutazione nella cartella personale.

Stato: Parzialmente Raggiunto NON raggiunto

**Gestione rischio da legionella**

Obiettivo n 5: Mantenimento in esercizio e verifica periodica dell'impianto di clorazione della rete idrica per la riduzione del rischio legionella

Stato: Raggiunto NON raggiunto

5. OBIETTIVI 2021

Anche per l'anno in corso sono state confermate le linee di indirizzo della Regione Lazio per l'adozione del PARM che individuano i seguenti quattro obiettivi strategici che le Strutture debbono impegnarsi a raggiungere :

- 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.

Le Linee di indirizzo prevedono che le Strutture debbano declinare almeno cinque attività distribuite su almeno due obiettivi a scelta tra quelli a), b); c),

Considerate inoltre le limitazioni alle attività causate dalla Pandemia da SARS-COV-2 nel corso dell'anno 2020, dovranno essere recuperati tutti gli interventi e le attività programmate che non hanno potuto essere compiutamente realizzate.

In particolare la Regione Lazio chiede che nel corso del 2021 tutte le Strutture curino l'aggiornamento delle procedure emanate prima dell'anno 2018.

Sarà data priorità, ovviamente, all'aggiornamento delle specifiche procedure relative ai Rischi di maggiore interesse rispetto alla tipologia dei pazienti ospiti delle strutture, in relazione ai trattamenti accreditati presso le stesse, ed alle linee di attività esistenti, non essendo rappresentate, ad esempio, nei processi assistenziali, attività che si svolgono nei blocchi operatori o di diagnostica strumentale.

Premesso quanto sopra vengono di seguito illustrati gli obiettivi che nell'anno 2021 dovranno essere conseguiti nelle tre strutture del Gruppo Belgeca:

Obiettivo n. 1: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure - Progettazione ed esecuzione di Corsi di formazione per gli operatori delle strutture sulla Gestione del rischio clinico e sulla Sicurezza delle Cure

Sarà data la possibilità agli operatori di seguire sul Sito dell'Azienda una seconda edizione dei Corsi realizzati nell'anno precedente sulla "Gestione del rischio clinico", su "La Sicurezza delle Cure" e sulla Prevenzione e controllo dell'infezione da SARS-COV-2 con particolare riferimento ai possibili rischi che il Paziente può incontrare nei percorsi di cura e nei diversi setting assistenziali; L'accesso al Portale e la fruizione del corso da parte dei singoli operatori saranno tracciate ed al termine dovrà essere compilato un questionario di verifica.



Tutte le Strutture del Gruppo "BELGECA"

Obiettivo a): Diffondere la cultura e la sicurezza delle cure;

Attività: Seconda edizione di un Corso di formazione per gli operatori delle strutture sulla Gestione del rischio clinico e sulla Sicurezza delle Cure in modalità on line

Indicatore: coinvolgimento e partecipazione di almeno il 70% degli operatori

AZIONE	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Direzione
Progettazione del corso	C	R	I
Approvazione del corso	C	C	R
Individuazione operatori	R	I	C
Realizzazione del corso	C	R	C
Tracciamento accessi e verifica partecipazione	C	I	R

Obiettivo n. 2: 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: Valutazione del rischio cadute degli ospiti, monitoraggio e prevenzione delle stesse.

Nel corso dell'anno verrà implementata presso le Strutture del Gruppo la procedura per la valutazione e prevenzione del "rischio caduta degli ospiti"

Obiettivo b): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa

Attività: Valutazione del rischio cadute, monitoraggio e prevenzione delle stesse.

Indicatore: presenza della scheda di valutazione del rischio caduta nella documentazione sanitaria

AZIONE	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Direzione
Aggiornamento della scheda valutazione rischio caduta	C	R	I
Utilizzo della scheda di valutazione e segnalazione della caduta	R	C	I
Analisi, monitoraggio delle cadute, individuazione delle misure preventive	C	R	C
Rendere disponibili sistemi di prevenzione e protezione	C	C	R



Obiettivo n. 3: 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: Valutazione del rischio degli ospiti di sviluppare Lesioni da pressione e prevenzione delle stesse.

Nel corso dell'anno verrà implementata presso la RSA Mater Dei la procedura per la valutazione e la prevenzione del rischio di sviluppare Lesioni da Pressione.

Obiettivo b): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa

Attività: Valutazione e prevenzione del rischio di sviluppare Lesioni da pressione.

Indicatore: presenza della scheda di valutazione del rischio di Lesioni da Pressione degli ospiti

AZIONE	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Direzione
Aggiornamento della scheda valutazione rischio LdP	C	R	I
Utilizzo della scheda di valutazione rischio LdP	R	C	I
Rendere disponibili sistemi di prevenzione e protezione	C	C	R

Obiettivo n. 4: Riduzione del rischio clinico associato al mancato rispetto del "protocollo dolore" e presenza della relativa scala di valutazione nella cartella personale.

A causa degli eventi collegati alla Pandemia da SARS-COV-2 tale attività non ha potuto essere realizzata compiutamente, occorre quindi completare il percorso interrotto nell'anno precedente.

Obiettivo b): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa

Attività: Riduzione del rischio clinico associato alla mancata valutazione del dolore e presenza della relativa scala nella cartella personale.

Indicatore: Numero di Non Conformità e relativa gravità riscontrate relativamente al sottoprocesso di gestione del dolore nell'anno 2020 rispetto al 2019

AZIONE	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Direzione Generale
Audit sul processo di monitoraggio e gestione del dolore	C	R	I
Analisi dei dati correlati al monitoraggio del dolore	C	R	I

**Obiettivo n. 5: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa – Prevenzione del rischio “Legionella”****Obiettivo b): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa**

Attività: Prevenzione e riduzione del rischio “Legionella” - Mantenimento in esercizio e verifica periodica dell'impianto di clorazione della rete idrica

Indicatore: numero di verifiche periodiche ed interventi sull'impianto rispetto allo standard

AZIONE	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Direzione e infrastruttura tecnica
Mantenimento in esercizio dell'impianto di clorazione	C	I	R
Verifica degli interventi di manutenzione	C	I	R
Controlli microbiologici	C	I	R

Obiettivo n. 6: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa – Aggiornamento delle procedure più datate di specifico interesse per le linee di attività assistenziali presenti nelle strutture

RSA MATER DEI

Obiettivo b): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa

Attività: Aggiornamento delle procedure più datate di specifico interesse per le linee di attività assistenziali presenti nelle strutture

Indicatore: numero di procedure aggiornate

AZIONE	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Coordinatori infermieristici
Aggiornamento della procedure	C	R	C
Verifica della conoscenza delle procedure da parte degli operatori e del rispetto delle stesse	R	C	C

6. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

Il PARM viene redatto con frequenza annuale e pubblicato sul sito internet della Società BELGECA srl affinché sia consultabile pubblicamente.

La conoscenza del Piano verrà inoltre favorita coinvolgendo gli operatori in incontri periodici, a piccoli gruppi, da realizzarsi direttamente nei luoghi di lavoro.

I dati contenuti nel presente documento sono oggetto di riesame periodico all'interno del Comitato del Rischio Clinico in collaborazione con il personale sanitario e le altre funzioni dell'organizzazione.



7. RIFERIMENTI NORMATIVI

Si riportano di seguito le fonti normative utilizzate quale riferimento per la stesura del presente Piano Aziendale di Risk Management.

- **Decreto del 11 dicembre 2009**
Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità
- **DCA U0008 del 10/02/2011**
“Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie”
- **Legge 8 novembre 2012, n. 189. (Legge Balduzzi)**
«Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.».
- **DCA n° 490 del 21 ottobre 2016**
Adempimenti delle strutture sanitarie relativi all’accreditamento
- **Determina Regione Lazio n. G12355 del 25 ottobre 2016**
Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella
- **Legge 28 dicembre 2015, n. 208**
“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”
- **Legge n 24 dell’8 marzo 2017 (Gelli-Bianco)**
Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie
- **Legge n. 219 del 22 dicembre 2017 (Biotestamento)**
Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento
- **Determinazione Regione Lazio 25 ottobre 2016, n. G12355**
Approvazione del documento recante “Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella
- **Determinazione Regione Lazio (Dir Salute e Politiche Sociali) n. 16829 del 6 dicembre 2017** *Istituzione del “Centro Regionale per il Rischio Clinico” (CRRC).*
- **Determinazione Regionale n. G04112 dell’ 01/04/2014**
“Approvazione del documento recante: “Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all’assistenza (CC-ICA)”
- **Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328**
Approvazione delle “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”
- **Determinazione della Regione Lazio n. G01226 del 2/02/2018**
“Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del piano Annuale di Risk Management (PARM) ” ai sensi della legge 24/17



- **Determinazione Regione Lazio n G00164 dell'11/01/2019**
"Approvazione ed adozione del documento recante "le linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2019".
- **Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12356**
Approvazione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti".
- **Regione Lazio – CRRC – 20 aprile 2018**
Documento di indirizzo per la prevenzione e la gestione delle lesioni da pressione (LdP)
- **Rapporto ISS COVID-19 • n. 4/2020 Rev. 2**
Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali

8. TERMINI E DEFINIZIONI

Si riporta di seguito la terminologia ritenuta necessaria ai fini della comprensione del presente piano aziendale di risk management.

Termini	Definizioni
Evento avverso	Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile" ^{SEPI}
Near miss	Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente
Evento sentinella	Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna: a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive. Di seguito l'elenco degli eventi sentinella indicati dal Ministero della Salute: 1. Procedura in paziente sbagliato 2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte) 3. Errata procedura su paziente corretto 4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure 5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO 6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica 7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto 8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita 9. Morte o grave danno per caduta di paziente



	<p>10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale</p> <p>11. Violenza su paziente</p> <p>12. Atti di violenza a danno di operatore</p> <p>13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extra-ospedaliero)</p> <p>14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso</p> <p>15. Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico</p> <p>16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente</p>
Rischio Clinico	Il rischio clinico è 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”
Risk Management	Il Risk Management in sanità rappresenta l'insieme delle azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore.
Audit	L'audit è un'ispezione sistematica, documentata e indipendente che ha come scopo quello di verificare la conformità ai requisiti espressi, che dovrà essere non casuale ma il prodotto di una cultura dell'organizzazione che determinerà sempre lo stesso risultato. La conformità dovrà essere dimostrata tramite evidenze oggettive che si raccoglieranno per mezzo di colloqui con il personale, analisi di documenti, osservazione di come vengono svolte le attività.
Audit Clinico	L'audit clinico è un processo di miglioramento della qualità che cerca di migliorare l'assistenza al paziente e gli esiti attraverso una revisione sistematica dell'assistenza rispetto a criteri precisi, e la realizzazione del cambiamento.
Audit Organizzativo	L'audit organizzativo ha lo scopo di “diagnosticare” il funzionamento delle aziende e, nel contempo, fornire al Management Team suggerimenti sulle linee di cambiamento organizzativo coerenti con l'attuazione degli orientamenti strategici.
Incident reporting	L'incident reporting è la segnalazione spontanea e volontaria (anche dove obbligatoria) degli eventi avversi e dei problemi organizzativi. Le segnalazioni archiviate costituiscono la base dati che può essere utilizzata come una delle fonti per mappare e analizzare i rischi all'interno della struttura sanitaria.



9. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori -Ministero della Salute
3. Raccomandazioni Ministero della Salute sulla Prevenzione del Rischio Clinico
4. SITO del Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Toscana
5. SITO della Fondazione Italia in Salute
6. SITO della Associazione Scientifica ***Hospital & Clinical Risk Managers*** (HCRM)