

Piano Annuale Rischio Sanitario (P.A.R.S.)

Casa di Cura S. Anna – Policlinico Città di Pomezia

Anno 2023

PREMESSA

CONTESTO ORGANIZZATIVO

RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARIMENTI EROGATI

DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PARM PRECEDENTE

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

OBIETTIVI

PIANO DI ATTIVITA'

MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

RIFERIMENTI

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Data:	Emesso da:	Approvato da:
28-02-2023	Clinical Risk Manager: Dott. Roberto Pasquali Lasagni	Direttore Generale: Dott. Massimo Miraglia Direttore Sanitario: Dott. Maria Mele Direttore Amministrativo: Dott. Fabio Bambini

PREMESSA

La Casa di Cura Sant'Anna Città di Pomezia è un Istituto accreditato, appartenente al Gruppo GIOMI, operante nel Lazio, nell'ambito territoriale della ASL di RM6, sito in via del Mare, n. 69/71. La struttura opera su un territorio comprensivo di due comuni (Pomezia e Ardea) per complessivi 130.000 abitanti residenziali (con notevole incremento nei mesi estivi) su un territorio di circa 158 Km².

CONTESTO ORGANIZZATIVO**DATI STRUTTURALI**

TIPOLOGIA Posti Letto	ORD	DH
AREA ACUTI	99 (ACCREDITATI)	6
AREA MEDICA		
UOC CARDIOLOGIA	12	
UOC MEDICINA INTERNA	25	1
AREA CHIRURGICA		
UOC CHIRURGIA	27	
UOC OTORINOLARINGOIATRIA	9	
UOC ORTOPEDIA	17	
UOC OCULISTICA	5	
DAY SURGERY MULTIDISCIPLINE		5
AREA CRITICA		
UTIC	4	

N° 1 Blocco Operatorio composto da n° 3 sale operatorie

N° 1 Sala Chirurgica ambulatoriale

N° 1 Sala endoscopia digestiva

N° 1 Pronto soccorso

DATI DI ATTIVITÀ

	Totale	Da PS
Ricoveri	2756	1255
CARDIOLOGIA	242	237
CHIRURGIA	965	288
MEDICINA	275	274
OCULISTICA	42	0
ORTOPEDIA	977	352
OTORINOLARINGOIATRIA	148	3
UTIC	107	101
Accessi di PS	18950	
Interventi chirurgici da ricovero	2981	
Interventi chirurgici APA	1000	

**RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI
SEGNALATI NEL 2022 (ex art. 2, comma 5, Legge 24/2017)**

Tipo di evento	Numero e % sul totale	Principali fattori causali / contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	6	Strutturali	Revisione protocollo cadute	Uff. Statistico
Eventi Avversi	19			
Eventi Sentinella	1			
Totale	26			

LEGENDA TABELLA: **Near Miss** o evento evitato: 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 Avverso:** Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”. **Evento Sentinella:** Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente 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.

SINISTROSITA' E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO (ex art. 4, comma 3, Legge 24/2017)

Anno	N° sinistri denunciati	N° richieste risarcite	Risarcimenti erogati (Euro)
2018	2	5	51,258,62
2019	1	6	59.795,11
2020	Dato non disponibile	Dato non disponibile	Dato non disponibile
2021	Dato non disponibile	Dato non disponibile	Dato non disponibile
2022	Dato non disponibile	Dato non disponibile	Dato non disponibile
Totale	3 + ?	11 + ?	111.053,73 + ?

La tabella fa riferimento esclusivamente a ai sinistri e ai risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura come ad esempio danni a cose, smarrimento di oggetti, etc.

DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

L'Istituto, in quanto facente parte del Gruppo GIOMI, operava in regime di ritenzione del danno fino al 2017, mentre nel 2018 è stata stipulata una copertura assicurativa con Le Assicurazioni Generali con premio annuo di Euro 500.00 e franchigia di Euro 100.000 mediante la European Brokers.

RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE

Di seguito è riportato l'esito delle attività programmate nel PARM relativo all'anno 2022.

Obiettivo a): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: : Esecuzione della sesta edizione del corso per Facilitatori del Rischio Clinico	SI	1 Firme di presenza 2 Attestati del corso

Obiettivo 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		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 2: Emissione della procedura sulle gestione delle lesioni da pressione	SI	Presenza procedura revisionata Schede di valutazione in cartella clinica
Attività 3: Revisione della scheda unica di terapia e sostituzione di quella in corso	NO	Non unicità della SUT
Attività 4: Revisione della procedura sugli atti di violenza a carico degli operatori	SI	Nuova procedura in Intranet
Attività 5: Revisione della procedura e scheda per la valutazione del rischio tromboembolico	SI	Procedura in Intranet

Obiettivo c): Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 6: Certificazione OHSAS 18001.	NO	Superata dalla nuova normativa.

Obiettivo d): Partecipare alle attività regionali in tema di risk management		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 7: Partecipare al tavolo regionale permanente del Risk manager	SI	Partecipazione ad almeno una riunione del tavolo regionale entro il 31.12.2022

Complessivamente sono state realizzate 5 attività rispetto alle 7 attività previste per l'anno 2022, ossia il 70% del totale.

MATRICE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARM riconosce due specifiche responsabilità:

- quella del Clinical Risk Manager che lo redige, lo promuove e lo monitora con l'ausilio della rete dei Facilitatori del Rischio Clinico;
- quella della Direzione Strategica Aziendale che si impegna a adottarlo e a fornire al CRM e all'Organizzazione le risorse e le opportune direttive per la realizzazione delle attività in esso previste.

Azione	Direttore Sanitario	Direttore Amministrativo	Risk Manager	Strutture Tecniche di Supporto
Redazione PARM e proposta di adozione	C	I	R	-
Adozione del PARM con Atto proprio	C	C	I	-
Monitoraggio PARM	C	I	R	C

OBIETTIVI pars 2023

In coerenza con quanto previsto dalle LL.GG. regionali per la redazione del PARS sono state individuate per l'anno 2023 le seguenti attività declinate all'interno dei quattro obiettivi strategici:

A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.

1. Esecuzione del corso base sulla gestione del rischio clinico rivolto agli operatori non formati negli anni precedenti e ai neoassunti

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.

2. Emissione della procedura sulla gestione delle lesioni da pressione
3. Revisione della scheda unica di terapia e sostituzione della scheda in uso
4. Revisione della procedura sugli atti di violenza a carico degli operatori
5. Revisione della procedura e della scheda per la valutazione del rischio cadute

C. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo

6. Revisione della Stewardship Antibiotica
7. Revisione del protocollo di prevenzione e gestione delle infezioni da germi sentinella
8. Esecuzione di un Corso sulla antibioticoresistenza
9. Monitoraggio sul consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani

D. Partecipare alle attività regionali in tema di risk management

10. Partecipazione al tavolo regionale permanente dei Risk Manager

PIANO DI ATTIVITA'**Obiettivo A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure**

Attività 1: Esecuzione del corso base sulla gestione del rischio clinico rivolto agli operatori non formati negli anni precedenti e ai neoassunti

Indicatore: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31 dicembre 2023

Standard: sì

Fonte: CRM, RAQ e Ufficio Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Clinical Risk Manager	RAQ e Ufficio Formazione
Organizzazione Corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	C

Obiettivo 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

Attività 2: Emissione della procedura sulla gestione delle lesioni da pressione

Indicatore: Presenza della procedura sulla gestione delle lesioni da pressioni e della relativa modulistica entro il 30/06/2023

Standard: sì

Fonte: CRM, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico e UU.OO.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Clinical Risk Manager	Direzione Sanitaria/ Servizio Infermieristico	UU.OO.
Redazione procedura	R	I	I
Autorizzazione/diffusione	I	R	I
Applicazione procedura	I	I	R
Controllo corretta applicazione	C	R	I

Obiettivo 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

Attività 3: Revisione della scheda unica di terapia e sostituzione della scheda in uso

Indicatore: Presenza della nuova scheda compilata correttamente in cartella clinica in tutte le UU.OO. entro il 31/07/2023

Standard: sì

Fonte: CRM, Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico e UU.OO.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Clinical Risk Manager	Direzione Sanitaria / Servizio Infermieristico	UU.OO.
Progettazione SUT	R	I	C
Approvazione/ Distribuzione SUT	C	R	I
Compilazione SUT	I	I	R
Controllo correttezza SUT	C	R	I

Obiettivo 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

Attività 4: Revisione della procedura sugli atti di violenza a carico degli operatori

Indicatore: Emanazione della nuova procedura entro il 31/03/23

Standard: sì

Fonte: Direzione Aziendale

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Clinical Risk Manager	Direzione Aziendale	UU.OO.
Redazione procedura	R	C	I
Approvazione procedura	C	R	I
Attuazione procedura	C	I	R

Obiettivo 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

Attività 5: Revisione della procedura e della scheda per la valutazione del rischio cadute

Indicatore: Emanazione della nuova procedura entro il 30/06/2023

Standard: sì

Fonte: DS, CRM e CSSA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Clinical Risk Manager	Direzione Sanitaria / Servizio Infermieristico	UU.OO.
Revisione procedura	R	I	C
Approvazione procedura	I	R	I
Attuazione procedura	I	I	R
Controllo attuazione procedura	C	R	I

Obiettivo C): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo

Attività 6: Revisione della Stewardship Antibiotica

Indicatore: Monitoraggio e report annuale sul consumo di antibiotici

Standard: sì

Fonte: Farmacia aziendale

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Armamentario	Coordinatori infermieristici	CRM	Direzione
Extrapolazione dati	R	R	I	I
Extrapolazione Report	I	C	R	I

Obiettivo C): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo**Attività 6:** Revisione del protocollo di prevenzione e gestione delle infezioni da germi sentinella**Indicatore:** Statistiche su germi sentinella**Standard:** si**Fonte:** Laboratorio analisi**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

Azione	CC-ICA	Laboratorio analisi	CRM	Direzione
Revisione protocollo	R	C	C	I
Valutazione quantitativa e qualitativa germi sentinella	R	I	C	I

Obiettivo C): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo**Attività 6:** Esecuzione di un Corso sulla antibioticoresistenza**Indicatore:** Effettuazione corso entro 31.12.2023**Standard:**si**Fonte:** Ufficio personale**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

Azione	CC-ICA	Medici Responsabili	CRM	Direzione
Progettazione del Corso	R	I	C	I
Effettuazione del Corso	R	I	C	X

Obiettivo C): Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo**Attività 7:** Monitoraggio della compliance sull'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta**Indicatore:** Effettuazione indagine**Standard:** Emissione Report entro il 21.12.2023**Fonte:** CC-ICA**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

Azione	CC-ICA	FRC	CRM	Direzione
Programmazione e disegno indagine	R	C	R	I
Effettuazione rilevazioni	C	C	I	I
Analisi risultati	R	I	I	I

Obiettivo D): Partecipare alle attività regionali in tema di risk management.**Attività 5:** Partecipazione al tavolo regionale permanente dei Risk Manager**Indicatore:** Partecipazione ad almeno una riunione del tavolo regionale entro il 31.12.2023**Standard:** sì**Fonte:** CRM**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

Azione	CRM	Direzione Aziendale
Partecipazione alla riunione	R	I

MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM

Il PARM approvato dalla Direzione Generale avrà le seguenti modalità di diffusione:

1. Presentazione del PARM ai Facilitatori del Rischio Clinico in occasione della prima riunione utile;
2. Invio a mezzo e-mail ai Responsabili Medici e Caposala di tutti Reparti / Servizi;
3. Diffusione a cascata all'interno dei Reparti/Servizi da parte dei FRC;
4. Pubblicazione sulla Intranet Aziendale;
5. Pubblicazione sul sito Internet Aziendale.

Il PARM sarà inoltre inviato a mezzo e.mail (crcc@regione.lazio.it) entro il 28 febbraio 2023 al Centro Rischio Clinico della Regione Lazio, come previsto dalla determina regionale G00164 del 11-01-2019.

RIFERIMENTI

1. 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";
2. 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";
3. 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"
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";
9. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
10. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti'";
11. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";
12. Decreto del Commissario ad Acta 7 novembre 2017, n. U00469 "Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012".
13. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
14. 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";
15. Determinazione regionale n. G05584 del 27 aprile 2018 recante: "Approvazione del Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)".
16. 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".
17. Determinazione regionale n. G00163 del 11-01-2019 recante: "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)".
18. Determinazione regionale n. G00164 del 11-01-2019 recante: "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".

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. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori – sito del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;
7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza;