



POLICLINICO ITALIA

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT

PRESIDIO

CASA DI CURA PRIVATA POLICLINICO ITALIA

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

POLICLINICO ITALIA

ANNO 2019

Sommario

1. PREMESSA	2
1.1. CONTESTO ORGANIZZATIVO	2
1.2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	3
1.3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	5
1.4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM PRECEDENTE	5
2. RESPONSABILITÀ DI GOVERNO DEL PARM	7
3. OBIETTIVI	7

1. PREMESSA

Il Presidio “Casa di Cura – RSA Policlinico Italia”, su proposta del proprio Risk Manager, in recepimento della normativa nazionale e regionale adotta il Piano Annuale di Risk Management (PARM) sulla base delle indicazioni contenute nel presente documento che definisce gli obiettivi e le azioni da intraprendere per l’anno 2019 al fine del miglioramento continuo della qualità e della prevenzione degli eventi avversi a livello aziendale. Il presente documento recepisce e valorizza le azioni intraprese negli anni precedenti, ritenendo che esse costituiscano le basi per l’avvio di nuove iniziative.

1.1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il Presidio “Casa di Cura – RSA Policlinico Italia” è una struttura sanitaria specializzata nell’assistenza riabilitativa post-acuzie e nell’assistenza a persone con problematiche geriatriche afferenti all’ “area della senescenza” (parziale o totale limitazione dell’autosufficienza) ed all’ “area della disabilità” (handicap funzionali, in condizioni di notevole dipendenza).

Il Presidio ha ottenuto l’autorizzazione all’esercizio e l’accreditamento definitivo da parte della Regione Lazio con Delibera Autorizzativa DCA U00302 del 04.07.2013, successivamente modificata con DCA U00261 del 01.09.2016 e DCA U00398 del 23.12.2016.

Ai sensi delle succitate delibere, il Presidio risulta articolato organizzativamente nei seguenti setting assistenziali (sintetizzati nella tab. 1 – parte A):

- n. 72 posti letto di ricovero ordinario per la specialità di *Recupero e Rieducazione funzionale* cod. 56,
- n. 8 posti letto equivalenti di ricovero diurno per la specialità di *Recupero e Rieducazione funzionale* cod. 56
- n. 10 posti letto di ricovero ordinario per la specialità di *Recupero e Rieducazione funzionale* cod. 56, in regime di solvenza
- n. 60 posti ospite di *Residenza Sanitaria Assistenziale* di tipologia “*Mantenimento Alto*”
- n. 20 posti ospite di *Residenza Sanitaria Assistenziale* di tipologia “*Mantenimento Basso*”
- n. 10 posti ospite di *Residenza Sanitaria Assistenziale* di tipologia “*Intensivo*”

È presente inoltre un Poliambulatorio specialistico, aperto agli esterni, autorizzato per le seguenti branche specialistiche: Cardiologia, Chirurgia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Neurologia, Oculistica, Odontoiatria, Ortopedia, Fisiatria, Ostetricia e Ginecologia,

Otorinolaringoiatria, Pneumologia, Urologia, Reumatologia, Radiodiagnostica, Fisiopatologia Cardiovascolare e Respiratoria, Neurofisiopatologia ed EEG.

Il Presidio si è dotato di un Sistema di Gestione della Qualità certificato conforme alla norma ISO 9001:2015; la certificazione è stata rinnovata nel marzo del 2018.

Si riportano nella tab. 1, parte B, i volumi di attività sanitaria, in termini di episodi di ricovero, per l'anno 2018.

Tabella 1 – Dati strutturali e dati di attività

parte A - DATI STRUTTURALI		
Recupero e Rieducazione funzionale cod. 56	<i>Posti letto ORDINARI in convenzione</i>	n. 72
	<i>Posti letto equivalenti DAY HOSPITAL</i>	n. 8
	<i>Posti letto ORDINARI solventi</i>	n. 10
RSA	<i>Posti ospite tipologia "Mantenimento Basso"</i>	n. 20
	<i>Posti ospite tipologia "Mantenimento Alto"</i>	n. 60
	<i>Posti ospite tipologia "Intensivo"</i>	n. 10
parte B - DATI DI ATTIVITÀ – anno 2018		
Recupero e Rieducazione funzionale cod. 56	<i>RICOVERI ORDINARI in convenzione</i>	731
	<i>RICOVERI DAY HOSPITAL</i>	161
	<i>RICOVERI ORDINARI solventi</i>	69
RSA <i>(nuovi ricoveri)</i>	<i>RICOVERI Nucleo Mantenimento Basso</i>	4
	<i>RICOVERI Nucleo Mantenimento Alto</i>	14
	<i>RICOVERI Nucleo Intensivo</i>	7

Dati forniti dalla Direzione Sanitaria e dall'Ufficio Accettazione – aggiornati al 01.01.2019

1.2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Gli eventi occorsi nel 2018 (ai sensi dell'art. 2 comma 5 della Legge n. 24/2017) sono sinteticamente descritti nella tab. n. 2:

Tab. n. 2 – Eventi segnalati nel 2018 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali Fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss¹	42 (70%)	Strutturali (0%) Tecnologici (3%) Organizzativi (50%) Procedure/comunicazione (47%)	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (50%) Procedure/comunicazione (50%)	Sistemi di reporting (100%) Sinistri (0%) Emovigilanza (0%) Farmacovig. (0%) Dispositivovig. (0%) ICA (%) ecc.
Eventi Avversi²	17 (28%)			
Eventi Sentinella³	1 (2%)			

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

² Eventi inattesi correlato al processo assistenziale e che comportano 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”.

³ Eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente indicativi di un serio malfunzionamento del sistema, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichino 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.

Nell’anno 2018 si sono verificati complessivamente n. 60 eventi riconducibili al rischio clinico, rappresentati per la quasi totalità da cadute accidentali, tutte senza gravi conseguenze. La maggior parte degli eventi si è verificata per imprudenza (soprattutto nell’utilizzo degli ausili) o instabilità posturale dei pazienti, per la maggior parte impegnati nel percorso di recupero e riabilitazione funzionale.

Riguardo alle conseguenze della caduta, nel 70% dei casi il paziente non ha riportato alcun tipo di danno, mentre il 28 % ha riportato una contusione e/o lievi escoriazioni senza ematomi o altre complicanze degne di nota. Nessuno degli eventi ha richiesto il prolungamento del periodo di degenza né risulta, al momento, alcuna richiesta di risarcimento.

Dall’analisi sui casi segnalati si evince che

- i principali fattori causali/contribuenti sono da ascrivere a ragioni connesse alla mancata osservanza di procedure/non corretta comunicazione operatore-paziente, a cause organizzative come ad esempio la mancata vigilanza;
- non si ravvisano particolari problematiche legate alla presenza di barriere architettoniche ostacolanti interne; non si ravvisano problematiche legate ad ostacoli removibili e/o amovibili potenzialmente pericolosi;
- in due casi si rilevano problematiche legate a difetti di protesi, ortesi, ausili per la deambulazione (carrozine);
- non si ravvisano problematiche legate ad una non corretta mobilitazione dei carichi e/o legate alla mancanza di protocolli operativi.

Nonostante quanto sopra è stata raccomandata la programmazione di apposite riunioni di equipe al fine di sensibilizzare ulteriormente il personale ad una attenzione maggiore durante le attività di assistenza quotidiana. Inoltre, nell’ambito del continuo aggiornamento verranno privilegiati incontri formativi specifici al fine di garantire una costante e corretta formazione del personale assistenziale riabilitativo. Nell’anno 2018 non sono stati segnalati, oltre alle cadute, altri eventi avversi e/o sentinella, non si sono verificati eventi riconducibili a problematiche dovute ai dispositivi medici né eventi riconducibili alla somministrazione di farmaci.

I dati relativi ai sinistri ed i risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio, riferibili unicamente a rischio clinico, sono sintetizzati nella tab. n. 3.

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

Anno	N. Sinistri*	Risarcimenti erogati*
2018	0	-
2017	2	-
2016	2	-
2015	2	-
2014	1	-

*Sinistri e risarcimenti relativi a rischio clinico, esclusi quelli riferiti a danni di altra natura (es. smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

1.3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia per sinistro	Brokeraggio
2019	Polizza n. 5022204VK (sc.31.12.2019)	SARA Assicurazioni	€ 96.000,00	€ 1.500.000,00	ASSICRI S.r.l.
2018	Polizza n. IMED000006 (sc.31.12.2018)	AIG Europe Limited	€ 110.025,00	€ 1.500.000,00	PULSAR RISK S.r.l.
2017	Polizza n. 06985JN (RC generale - sc.31.12.2017)	SARA Assicurazioni	€ 48.069,00	€ 1.500.000,00	ASSICRI S.r.l.
	Polizza n. 16869PW (Rischi professionali - sc.31.12.2017)		€ 19.800,00	€ 500.000,00	

1.4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM PRECEDENTE

Sono riportate di seguito le attività previste nel PARM dell'anno 2018; tutte le attività risultano realizzate come comprovato dalle evidenze documentali riportate nelle sottostanti tabelle.

Obiettivo A - Diffondere la cultura della sicurezza		
Attività	Realizzata ³	Stato di attuazione
Attività 1 Implementazione di un sistema interno di segnalazione di eventi sentinella, eventi avversi, incidenti, near miss correlati alle prestazioni sanitarie, in osservanza anche alla Determinazione della Regione Lazio del 25.10.2016 n. G12355	Sì	IO.75A.48_Rev.0_11.09.2018 "Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi e gli eventi sentinella"

Obiettivo B - Realizzare interventi per migliorare l'appropriatezza e la sicurezza delle prestazioni erogate		
Attività	Realizzata ³	Stato di attuazione
Attività 2 Implementazione delle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza delle cure	Sì	IO.75A.42_Rev.0_02.02.2018 "Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio" (Raccomandazione n. 12) IO.75A.46_Rev. 0_10.05.2018 "Gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente" (Raccomandazione n. 11)
Attività 3 Revisione protocollo cadute in	Sì	IO.75A.33_Rev.1_04.12.2018 "Prevenzione e gestione delle cadute delle persone assistite"

ottemperanza alla Determinazione della Regione Lazio del 25.10.2016 n. G12356 (Approvazione del “Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”)		
Attività 4 Revisione o emissione di protocolli assistenziali per aree di maggiore rischio	Sì	IO.75A.44_Rev. 0_13/04/2018 “Protocollo per il corretto cateterismo vescicale e per la prevenzione delle infezioni urinarie correlate” IO.75B.07_Rev. 0_13/04/2018 “Gestione dei PICC” IO.75B.03_Rev. 1_15.06.2018 “Prevenzione degli effetti delle ondate di calore” IO.75B.09_Rev. 0_11/09/2018 “Protocollo per la corretta idratazione del paziente” IO.75A.20_Rev. 1_13/09/2018 “Prevenzione e trattamento delle Lesioni da Pressione”

Obiettivo C - Favorire una visione unitaria della sicurezza		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 5 Aggiornamento delle Istruzioni Operative di sicurezza e del materiale Informativo per i lavoratori	Sì	IO.SPP.01_Rev. 1_12.06.2018 “Movimentazione dei Pazienti IO.SPP.02_Rev. 1_12.06.2018 “Movimentazione dei carichi” IO.SPP.03_Rev. 1_08.08.2018 “Uso dei Videoterminali” IO.SPP.06_Rev. 1_08.08.2018 “Informativa sul fumo di tabacco -Regolamento Divieto di fumo IO.SPP.07_Rev. 1_08.08.2018 “Informativa sul consumo di alcool - Regolamento Alcool IO.SPP.08_Rev. 0_12.06.2018 “Promozione della salute” IO.SPP.09_Rev. 1_12.06.2018 “Il Rischio Chimico. Utilizzo di detersivi e disinfettanti” IO.SPP.10_Rev. 1_12.06.2018 “La prevenzione dei rischi elettrici” IO.SPP.12_Rev. 1_10.07.2018 “Rischio da radiazioni ionizzanti” IO.SPP.13_Rev. 0_12.06.2018 “Utilizzo di gas medicali” IO.SPP.14_Rev. 0_10.07.2018 “Manipolazione e preparazione di Farmaci” IO.SPP.15_Rev. 0_13.07.2018 “Dispositivi di Protezione Individuale” IO.SPP.16_Rev. 1_09.07.2018 “Prevenzione degli atti di violenza ai danni degli operatori sanitari” IO.SPP.17_Rev. 1_10.07.2018 “Salute e sicurezza dei lavoratori addetti alla Cucina”

		IO.SPP.20_Rev. 1_12.06.2018 "Il Sistema di gestione della sicurezza" IO.SPP.21_Rev. 0_10.07.2018 "Utilizzo in sicurezza delle scale portatili" IO.SPP.22_Rev. 0_12.06.2018 "La segnaletica di sicurezza" IO.SPP.23_Rev. 1_08.08.2018 "Informazione sul consumo di droghe"
--	--	--

2. RESPONSABILITÀ DI GOVERNO DEL PARM

I Direttori Amministrativo e Sanitario, come rappresentanti della Direzione Aziendale, hanno il compito di:

- monitorare periodicamente la progressione ed i risultati delle attività con il Risk Manager aziendale
- garantire gli interventi "direzionali" necessari al raggiungimento degli obiettivi

La responsabilità complessiva di coordinamento del Progetto è affidata al Risk Manager, che opera in autonomia decisionale e risponde del proprio operato alla Direzione Aziendale. Tutti i dirigenti aziendali ed i referenti successivamente individuati, amministrativi e sanitari, devono collaborare, per quanto loro richiesto dal Risk Manager, allo sviluppo del progetto; la partecipazione attiva e responsabile sarà oggetto di verifica e concorrerà alla valutazione complessiva degli operatori coinvolti.

Azione	Risk Manager	Direttore Generale	Direttore Sanitario aziendale	Direttore Amministrativo aziendale	Strutture Amministrative e Tecniche di supporto
Redazione PARM e proposta di delibera	R	C	C	C	-
Adozione PARM con delibera	I	R	C	C	-
Monitoraggio PARM	R	I	C	C	C

Legenda

[R] : Responsabile - [C] : Coinvolto - [I] : Interessato

3. OBIETTIVI

Nel recepire le Linee Guida Regionali per l'elaborazione del PARM (Determinazione Regionale n. G00164 del 11.01.2019 "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)", sono stati identificati e ritenuti prioritari gli obiettivi strategici per l'anno 2019 di seguito illustrati.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno tre edizioni di un "Corso sugli Audit Clinici"		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 30/05/2019		
STANDARD SI		
FONTE Risk Manager/Responsabile Formazione		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	C	R

Legenda:

R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

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 – Introduzione della tecnica di risk assessment "SAFETY WALKAROUND"			
INDICATORE Elaborazione di una istruzione operativa aziendale per l'adozione della tecnica di risk assessment "SAFETY WALKAROUND"			
STANDARD SI			
FONTE Risk Manager /Responsabile Formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria Medici Responsabili Coordinatori Infermieristici	Tutto il personale
Stesura della Procedura	R	C	C
Adozione e Diffusione	I	R	I
Applicazione (esecuzione giri e report)	R	R	C
Pianificazione e attuazione piani di miglioramento	C	R	C

Legenda:

R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

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 – Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 18 “Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all’uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli”			
INDICATORE Elaborazione di una istruzione operativa aziendale sull’utilizzo di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli			
STANDARD SI			
FONTE Risk Manager, Direzione Sanitaria e collegio Medici, Coordinatori infermieristici			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria – Medici - Coordinatori Infermieristici	Tutto il personale
Stesura della Procedura	R	C	C
Adozione e Diffusione	I	R	I
Applicazione	I	I	R
Verifica a campione	C	R	I

Legenda:

R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

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 –Progettazione ed esecuzione di un Audit sulla Documentazione Sanitaria			
INDICATORE Esecuzione di almeno un audit sulla documentazione sanitaria entro il 31.12.2019			
STANDARD SI			
FONTE Risk Manager, Direzione Sanitaria, Medici Responsabili, Sistema Gestione Qualità			
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria Medici Responsabili	SGQ
Predisposizione audit	C	R	C
Esecuzione audit	R	R	C
Identificazione e attuazione azioni di miglioramento	R	R	C

Legenda:

R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

OBIETTIVO C) FAVORIRE VISIONE UNITARIA SICUREZZA			
ATTIVITÀ 5 – Esecuzione della valutazione dello stress lavoro correlato utilizzando le linee guida INAIL del 2017			
INDICATORE Esecuzione della valutazione entro il 31.12.2019			
STANDARD SI			
FONTE Risk Manager, RSPP, Direttore Sanitario			
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria	RSPP
Predisposizione valutazione	C	C	R
Esecuzione valutazione	C	C	R
Identificazione e attuazione azioni di miglioramento	C	R	R

Legenda:

R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

IL RISK MANAGER
Dott. Francesco Papalia

