



STRUTTURA RESIDENZIALE
PSICHIATRICA SORRISO SUL MARE

Piano Annuale per
La Gestione del Rischio Sanitario
(PARS) 2022

Data
18/02/2022

Pag. 1 di 14

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) *Anno 2022*

INDICE

- 1. Contesto organizzativo**
- 2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati**
- 3. Descrizione della posizione assicurativa**
- 4. Resoconto delle attività del Piano precedente**
- 5. Matrice delle responsabilità**
- 6. Obiettivi e attività**
 - 6.1 Obiettivi*
 - 6.2 Attività*
- 7. Modalità di diffusione del documento**
- 8. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi**

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

- STRUTTURA RESIDENZIALI PSICHIATRICA:

Tabella 1

ISTITUTO CHIRURGICO ORTOPEDICO SALUS SRL – STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA – SORRISO SUL MARE		
DATI STRUTTURALI: N. 1 EDIFICIO COMPOSTO DA:		
- N. 1 MODULO DA 20 POSTI LETTO + N. 2 MODULI DA 10 POSTI LETTO PER TRATTAMENTI RABILITATIVI ESTENSIVI		
- N. 1 MODULO DA 20 POSTI LETTO + N. 1 MODULO DA 10 POSTI LETTO PER TRATTAMENTI RIABILITATIVI INTENSIVI		
- N. 1 MODULO DA 20 POSTI LETTO PER RIABILITAZIONE AD ELEVATA INTENSITA' ASSISTENZIALE SOCIO-SANITARIA H24		
ASL territorialmente competente LATINA		
Posti letto	90	
DATI DI ATTIVITÀ		
Giornate di degenza	29.440	

La sicurezza dei pazienti è una priorità per tutti i sistemi sanitari e rimane a tutt'oggi una sfida globale dell'assistenza sanitaria. Il rischio di contrarre un'infezione è un problema importante sia per l'aumento di pazienti fragili che per le complessità assistenziali correlate. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), infatti, indica le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA - HAI nella terminologia anglosassone) come l'evento avverso più frequente durante l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari, con un trend epidemiologico in progressione e un impatto clinico ed economico rilevante con conseguente aumento di costi diretti e indiretti, dovuti ad un prolungamento della durata della degenza, della disabilità a lungo termine e della mortalità.

Le ICA possono quindi essere contratte in qualsiasi ambito sanitario dove si fornisca assistenza, potendo manifestarsi anche in seguito alla dimissione dalla struttura.

Parte delle ICA è prevenibile, infatti alcuni studi indicano che possono esserlo sino al 70% nel caso di batteriemie ed infezioni urinarie, entrambe correlate a catetere, e sino al 55% per le infezioni del sito chirurgico e per le infezioni respiratorie correlate a ventilazione assistita. Tra i fattori determinanti sui quali si può intervenire per ridurre il rischio di ICA rientrano quelli legati alla struttura, agli impianti, alle risorse umane e tecnologiche, all'attuazione di pratiche assistenziali dimostrate efficaci e all'uso responsabile degli antibiotici.

Agire sui fattori modificabili può rappresentare l'arma vincente contro le ICA, ma è necessario un approccio omogeneo, integrato e coordinato all'interno delle strutture sanitarie. Le ICA si accompagnano spesso a fenomeni di antibiomicobico resistenza la cui comparsa e ascesa sono dovute principalmente al prolungato uso inappropriato degli antibiotici. Le percentuali inferiori di resistenza riportate in alcuni Paesi, nei quali sono state implementate con maggiore determinazione politiche per il controllo delle infezioni e migliori pratiche di utilizzo degli antinfettivi, testimoniano la possibilità di un efficace contrasto al fenomeno. La resistenza antimicrobica è quindi un fattore modificabile, in particolare la strategia di politica prescrittiva nota come *Antimicrobial stewardship* è divenuta uno strumento di fondamentale importanza per ottimizzare l'uso degli antinfettivi. In Italia, si è osservato un incremento dell'incidenza di antimicrobico resistenza sia per quelli di uso comune che per gli antibiotici utilizzati in ambito ospedaliero. La lotta alle ICA e all'antimicrobico resistenza rientrano nella più ampia definizione di gestione del rischio infettivo, sono un aspetto fondamentale per la sicurezza dei pazienti e un indicatore di qualità dell'assistenza che deve essere garantita a tutti i cittadini.

Nell'ottica di integrare maggiormente gli sforzi, il metodo e le azioni di promozione e gestione della sicurezza clinica con i sistemi di sviluppo per il miglioramento continuo della qualità si è deciso di definire un piano integrato per la qualità ed il Risk Management. Questa strategia permette di ottimizzare risorse e progetti al fine di condividere, con tutte le strutture ed i servizi sanitari nonché gli staff, gli obiettivi sul miglioramento della qualità e della sicurezza.

Il Risk Manager aziendale (RM) ha la responsabilità di:

- coordinare e promuovere le attività di valutazione e gestione reattiva e proattiva del rischio a livello aziendale in stretta sinergia con i dipartimenti;
- promuovere e monitorare le azioni di identificazione e prevenzione dei rischi legati al processo di cura attivate nelle Unità Operative;

- gestire le attività di “Risk Management” su casi di “near miss”, stimolando l’apprendimento degli strumenti di analisi degli incidenti;
- mantenere il necessario livello di coordinamento e interfaccia con le altre funzioni di staff e la Direzione.

La funzione di Risk Management è assolta dal Responsabile Sanitario, coadiuvato dai Responsabili dei singoli reparti.

Gruppo di Coordinamento per l’attività di gestione del rischio (GCGR)

È un gruppo di lavoro nel quale confluiscono diverse professionalità e aree di specializzazione (medica, medicina legale) che favoriscono una contaminazione culturale e professionale proficua nell’ambito del Risk Management. Nei lavori del GCGR saranno inoltre eventualmente coinvolti i pazienti attraverso l’associazione del tribunale per i diritti del malato quando si affrontano tematiche nelle quali è utile il coinvolgimento del paziente. A ciò si deve aggiungere anche un percorso di partecipazione attraverso l’ascolto concreto della voce di pazienti (team di ascolto), veicolata anche dai reclami. Il GCGR supporta la struttura aziendale di Risk management. Gli sono attribuiti i seguenti obiettivi:

- funzione di indirizzo e verifica del piano annuale di Risk management nonché il coordinamento delle attività preposte al raggiungimento degli specifici obiettivi;
- condivisione delle criticità più o meno latenti e dell’adozione degli strumenti di analisi proattiva e reattiva dei rischi in struttura;
- proposta e condivisione dell’adozione di strumenti ed azioni correttive e proattive per la riduzione degli eventi avversi agli utenti;
- proposta e definizione delle strategie per migliorare i rapporti con l’utenza e l’immagine della struttura.

Il GCGR è parte della componente sanitaria, favorisce la diffusione della cultura della sicurezza per il paziente, facilitando la segnalazione spontanea (Incident Reporting System) utilizzando le apposite schede e l’applicazione degli strumenti di analisi (Audit, Root Cause Analysis) in conformità al documento “Procedura di riferimento per controllo eventi avversi”.

Nel caso di un evento avverso grave il Risk Manager supporterà la Direzione Aziendale nella costituzione di unità di crisi nella quale sarà coinvolta l'area comunicazione per la gestione dei rapporti con i media. Il GCGR o alcuni dei suoi componenti possono essere coinvolti nell'unità di crisi a seconda della tipologia di evento. Il GCGR formula risposte strutturate alle segnalazioni attraverso reports relativi alle aree di segnalazione e agli interventi messi in campo. Il GCGR si riunisce a seguito di convocazione del Risk Manager aziendale.

Il GCGR si compone delle seguenti funzioni aziendali:

- Risk Manager aziendale (con funzione di coordinamento del Gruppo)
- Responsabile Moduli
- Assistente Sociale
- Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

DESCRIZIONE DEGLI EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO 2017/2018/2019/2020/2021

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. Solo attraverso opportune analisi è possibile identificare le cause di errore e apportare le azioni correttive che miglioreranno i processi al fine di ridurre la probabilità che lo stesso errore si ripeta. La funzione di gestione del rischio clinico fornisce all'organizzazione le informazioni necessarie per imparare dagli errori.

È fondamentale partire dal principio di considerare l'errore come "difetto del sistema" e non del singolo professionista e pianificare e implementare programmi aziendali di gestione del rischio clinico. La gestione del rischio clinico richiede pertanto un approccio di sistema e la riduzione degli errori presuppone imparare da essi e porre in essere misure protettive e preventive all'interno dell'organizzazione. I fattori individuali hanno un peso importante nella pratica clinica, ma spesso sono altre componenti, legate all'organizzazione, che determinano il verificarsi dell'errore; per tale motivo assume importanza fondamentale identificare e segnalare qualsiasi errore, sia che esso abbia causato un evento avverso, che un Near Miss.

La maggior parte degli incidenti, nelle organizzazioni complesse come quelle sanitarie, è generato dall'interazione tra le diverse componenti del sistema: fattori strutturali-tecnologici, fattori organizzativo gestionali e condizioni di lavoro; fattori umani, caratteristiche dell'utenza, fattori esterni.

Pertanto le azioni risarcitorie negli anni 2017-18-19-20-21 sono state: 0 azioni risarcitorie Ogni richiesta risarcitoria formulata nei confronti dell'Azienda viene gestita direttamente dalla Direzione Amministrativa.

Gli eventi avversi, così come codificati nella Determinazione Regionale n. G09850 del 20 Luglio 2021, e la loro prevenzione sono stati oggetto di attenta valutazione nella struttura, tenuto anche conto della natura della stessa, dedicata alle patologie psichiatriche.

A solo titolo informativo la norma definisce i seguenti eventi come avversi, e cioè:

- procedura corretta in ambiente sbagliato;
- errata procedura su paziente corretto;
- errori nella dispensazione della terapia conseguenti ad abbreviazioni, sigle, acronimi o simboli;
- morte o coma grave derivanti da errori in terapia farmacologica;
- morte o grave danno per caduta del paziente;
- suicidio o tentativo di suicidio di paziente in struttura;
- atti di violenza a carico di paziente;
- atti di violenza a carico di operatore;
- ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente.

Nel corso dell'anno 2021 non sono stati rilevati eventi sentinella o avversi. Sono stati rilevati alcuni atti di lieve autolesionismo, legati alle patologie degli ospiti o tentativi di aggressione tra pazienti e verso operatori, che sono stati prontamente limitati e contenuti. Tali eventi, che non possono essere definiti Near Miss, ammontano a N. 26.

La Struttura, al fine di migliorare le procedure volte al contenimento degli eventi di cui sopra, attua una attività di continua comunicazione e sensibilizzazione sia degli operatori sia degli ospiti, tenendo sempre presenti le patologie di questi ultimi.

Tabella 2-Eventi segnalati nel 2021. (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	0	Strutturali (0%) Tecnologici (0 %) Organizzativi 0(%) Procedure/ Comunicazione (0%)	Strutturali (0 %) Tecnologiche (0 %) Organizzative (0 %) Procedure/ Comunicazione 0 (%)	Sistemi di reporting (100%) Sinistri (0%) Emovigilanza (0%) Farmacovig. (0%) Dispositivovig. (0%) ICA (0%) ecc.
Eventi Avversi	0	0			
Eventi Sentinella	0	0			

Tabella 3-Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2017	0	0	0
2018	0	0	0
2019	0	0	0
2020	0	0	0
2021	0	0	0
Totale	0	0	0

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Tabella 4-Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2020	351476534 scad. 31.12.2020	Generali Spa	41.705,10	5.000	GBSAPRI
2021	351476534 scad. 31.12.2021	Generali Spa	41.705,10	5.000	GBSAPRI
2022	351476534 scad. 31.12.2022	Generali Spa	39.486,75	5.000	GBSAPRI

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Il 2022 è il quarto anno in cui opera il C-ICA nella Struttura Sorriso sul Mare . Negli anni precedenti l'attività di sorveglianza delle ICA sono state pianificate e approvate dal Responsabile Sanitario – Risk Manager, che coordina le attività di Igiene della struttura.

Sono stati effettuati, negli anni precedenti, corsi interni di formazione specifica del personale, con lo scopo di diffondere e sensibilizzare gli operatori verso una maggiore attenzione in azioni e cultura alla prevenzione del rischio infettivo.

Tabella 5A-Resoconto delle attività del Piano precedente PAICA

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
La sorveglianza e controllo delle ICA	Sì	Le analisi a carico dei moduli sono state efficaci, non hanno evidenziato presenza di infezioni
Sorveglianza dei patogeni sentinella	SI	Il monitoraggio è stato valido, non si sono evidenziate colonizzazioni
Promozione delle precauzioni standard/igiene delle mani	SI	E' stato recepito il rispetto delle linee guida internazionali. Viene effettuata periodicamente la funzionalità degli erogatori/igienizzatori delle mani
Formazione	SI	Il personale è stato istruito internamente sul comportamento da adottare nei casi di COVID-19. Inoltre considerato lo stato pandemico, si è ritenuto consigliabile evitare occasioni di assembramento e pertanto si procederà nell'anno in corso ad organizzare una formazione più specifica.
Approvazione procedure e protocolli aziendali/informazione risultati	SI	E' stata attuata la diffusione dei protocolli e delle linee guida mediante consegna nei vari reparti delle disposizioni attivate con divulgazione delle modalità di applicazione ed esiti delle risultanze

Tabella 5B-Resoconto delle attività del Piano precedente PARM

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Partecipazione al corso sulla sicurezza delle cure	SI	Il personale è stato istruito internamente sul comportamento da adottare nei casi di COVID-19. Inoltre considerato lo stato pandemico, si è ritenuto consigliabile evitare occasioni di assembramento e pertanto si procederà nell'anno in corso ad organizzare una formazione più specifica.

Contenimento delle infezioni correlate all'assistenza come da LLGG regionali	SI	L'attività ha evidenziato che non si sono verificati casi di infezioni
Monitoraggi eventi sentinella	SI	Sono stati effettuati i monitoraggi e le segnalazioni dovute riportanti gli eventi accaduti seppur non riconducibili ad eventi sentinella
Completezza dello strumento cartella sanitaria dell'ospite	SI	E' stata rivista la modulistica all'interno della cartella sanitaria per verificarne l'effettiva rispondenza con le attività assistenziali svolte all'interno della Struttura
Revisione delle procedure aziendali già implementate	SI	Si è proceduto alla revisione delle procedure con particolare attenzione alle disposizioni per il contenimento della diffusione del COVID
Completamento ed implementazione della Procedura per la prevenzione delle cadute dei pazienti ricoverati.	SI	Sono state prese in considerazione le procedure già in atto e si è ritenuto, in considerazione della tipologia di paziente presente all'interno della Struttura, di non dover apportare modifiche o implementare altra modulistica, ritenendo già ampiamente esaustiva e completa quella adottata.
Monitoraggio benessere fisico e psicofisico degli ospiti tramite questionari e scale di valutazione scientificamente validati	SI	E' presente all'interno della Struttura lo staff medico/psicologo che utilizza le scale previste dalla normativa accreditante le strutture psichiatriche, per la valutazione dello stato psicofisico e delle sue evoluzioni durante tutto il periodo del ricovero.

Gli obiettivi sono stati discretamente raggiunti, hanno migliorato la circolarità delle informazioni e conseguentemente l'analisi degli eventi e delle problematiche, consentendo interventi correttivi mirati e tempestivi.

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del Piano riconosce due specifiche responsabilità:

- quella del Risk Manager che redige e promuove lo stesso tenendo in debito conto le linee guida regionali ed aziendali in materia di Risk Management;
- quella della Direzione che si impegna a fornire direttive (piano di budget, valutazione performance, definizione di specifici progetti aziendali) e risorse a tutte le macrostrutture coinvolte nel Piano.

Tabella 6-Matrice delle responsabilità

Azione	Direttore Sanitario/ Medico Responsabile	Risk Manager*	Responsabile Affari Legali/Generali*	Direzione/Proprietà	Strutture di supporto
Redazione PARS	R	R	C	I	C
Adozione PARS	I	I	I	R	I
Monitoraggio PARS	R	R	C	I	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

*Se presente

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

6.1 Obiettivi

I quattro obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- 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) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

6.2 Attività

Al fine del raggiungimento degli obiettivi l'attivazione del PARS prevede i seguenti strumenti:

- a. La partecipazione del Risk Manager, quale componente effettivo, al Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA): il CC-ICA prevede modalità operative in coerenza con il documento prodotto dal gruppo di lavoro regionale;
- b. Mappatura dei rischi mediante i seguenti strumenti:
 - 1) Analisi delle segnalazioni pervenute tramite Incident Reporting (con apposito modulo) o altre modalità di comunicazione
 - 2) Processo interno di auditing
 - 3) Indicatori ottenuti tramite analisi Registri Consegne dei Moduli
 - 4) Monitoraggio delle cartelle sanitarie al fine di verificare la qualità della documentazione sanitaria
 - 5) Analisi dei Reclami.
 - 6) Analisi del fenomeno Infortunistico;
- c. Corsi di informazione/formazioni degli operatori mirati alla diffusione della cultura della sicurezza e all'apprendimento degli strumenti e tecniche di gestione del rischio;
- d. Monitoraggio degli Eventi Sentinella secondo il Protocollo Ministeriale;
- e. Monitoraggio dei dati riguardanti i sinistri;
- f. Introduzione sistematica di attività di "Internal Auditing" che coinvolgano direttamente i professionisti in un percorso di identificazione, rimozione e/o segnalazione dei rischi;
- g. Adesione alle Buone Pratiche ed ai protocolli/procedure o linee guida prodotte a livello aziendale e/o regionale;
- h. Applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali in tema di gestione del rischio e sicurezza delle cure;
- i. La sorveglianza e controllo delle ICA e dell'antimicrobico resistenza, favorire la sua implementazione e monitorare i risultati;
- j. Sorveglianza dei patogeni sentinella;
- k. Contrasto all'antimicrobico resistenza, sia attraverso il monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci antimicrobici;
- l. Promozione delle precauzioni standard e aggiuntive, con particolare attenzione all'igiene delle mani;
- m. Formazione dei professionisti;
- n. Approvare procedure e protocolli aziendali, promuoverne la diffusione e valutarne l'adesione;

- o. Definire metodi e mezzi per informare il personale sanitario sui risultati ottenuti;
- p. Per quanto attiene all'Igiene delle mani, anche in riferimento alla pandemia SARS-COVID 19 in atto dal 2020, verrà rivolta particolare attenzione all'applicazione delle indicazioni ministeriali relative alla corretta igiene delle mani. Materiale informativo e relativa formazione saranno uno dei punti fermi dell'azione di prevenzione e monitoraggio della Struttura.

Tabella 7

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso di Gestione Del Rischio Clinico"		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 30/09/2022		
STANDARD SI		
FONTE Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO B) MAPPATURA DEI RISCHI PER CONTENIMENTO EVENTI AVVERSI		
ATTIVITÀ: Analisi delle segnalazioni pervenute tramite Incident reporting		
INDICATORE Esecuzione di almeno un incontro bimensile con Gruppo di Coordinamento		
STANDARD SI		
FONTE Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direzione
Programmazione incontro	R	I

OBIETTIVO C) APPROVAZIONE PROCEDURE E PROTOCOLLI AZIENDALI		
ATTIVITÀ: Diffusione dei protocolli e linee guida		
INDICATORE Verifica avvenuta applicazione		
STANDARD SI		
FONTE Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direzione
Analisi delle applicazioni	R	I

OBIETTIVO D) SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE ICA		
ATTIVITÀ: Analisi della prevalenza nei vari reparti		
INDICATORE: Monitoraggio periodico		
STANDARD SI		
FONTE Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direzione
Monitoraggio episodi	R	I

OBIETTIVO E) PROMOZIONE DELLE PRECAUZIONI STANDARD/IGIENE DELLE MANI		
ATTIVITÀ: Continua sorveglianza da parte degli operatori – Controllo funzionalità delle postazioni degli erogatori/igienizzatori delle mani		
INDICATORE: Controllo periodico		
STANDARD SI		
FONTE Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direzione
Verifica funzionalità	R	I

7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

AL fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso la Pubblicazione del PARS sul sito aziendale.

8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

I riferimenti normativi utilizzati per la redazione del documento sono:

- Determina G00643 del 25/01/2022
- Determina G09850 del 07/07/2021
- Determina G02044 del 26/02/2021

- FINE -