

PIANO RISK MANAGEMENT ANNO 2023

Adottato con delibera del CdA del 03.07.2023

La Ghironda **CENTRO DIURNO PSICHIATRICO**

| <i>REV.</i> | <i>DATA</i> | <i>DESCRIZIONE</i> |
|-------------|-------------|--------------------|
| 00 | 03/07/2023 | Prima adozione |
| | | |
| | | |
| | | |

Risk Manager

Dott. Giorgio Liguori
Direttore Sanitario

INDICE

| | |
|--|---|
| 1. Premessa | 3 |
| 2. Contesto Organizzativo | 3 |
| 3. <i>Relazione Consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati</i> | 4 |
| 4. <i>Attività del P.A.R.M. precedente</i> | 4 |
| 5. <i>Posizione Assicurativa</i> | 4 |
| 6. Matrice delle responsabilità del P.A.R.M. | 4 |
| 7. Obiettivi | 5 |
| 8. Attività | 6 |
| 9. Formazione | 7 |
| 10. Modalità di diffusione del P.A.R.M. | 8 |
| 11. Riferimenti Normativi | 8 |
| 12. MODELLI | 9 |

1. PREMESSA

Il presente Piano Annuale di Risk Management, è elaborato in osservanza alla Legge 24/2017 ed in attuazione al D.C.A. 20/2022 e contiene la pianificazione della gestione del rischio clinico teso a contenere i potenziali pericoli e rappresenta l'insieme delle azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente.

L'errore viene considerato una componente ineliminabile della realtà umana, come fonte di conoscenza e miglioramento per evitare il ripetersi di circostanze che hanno portato l'individuo a sbagliare e mettere in atto iniziative che riducano l'incidenza di errori.

Il Risk management, perché sia efficace, deve interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare durante il percorso terapeutico del paziente.

L'errore può causare un evento avverso, cioè un evento indesiderabile che comporta un danno correlato al processo assistenziale. L'evento avverso è, quindi, per sua natura, indesiderabile, non intenzionale, dannoso; l'evento avverso derivato da errore è definito "prevenibile". Ai fini della identificazione delle misure di prevenzione da attuare, grande importanza riveste non solo l'analisi degli eventi avversi, ma anche quella dei quasi eventi o *near misses (eventi sentinella)*.

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il Centro Diurno Psichiatrico gestito da "La Ghironda" Società Cooperativa Sociale, ha sede a Cosenza, in via Cesare Terranova 24. È una struttura semiresidenziale, autorizzata ed accreditata dalla Regione Calabria per n. 20 posti, con funzione terapeutico-riabilitativo (compreso l'intervento farmacologico) teso a prevenire e a contenere il ricovero. Il Centro Diurno Psichiatrico "La Ghironda", svolge la sua attività in collaborazione con il DSM del territorio e rappresenta una risorsa ed un riferimento importante per il Servizio di Salute Mentale, per i pazienti ed i loro familiari.

L'utenza del C.D. è costituita da soggetti che presentano difficoltà a vari livelli di gravità, tali da limitare e/ o condizionare adeguati rapporti interpersonali e sociali.

Il C.D. è aperto tutti i giorni esclusi i festivi, dalle 8.30 alle 16.30 e prevede il servizio mensa.

I principi cui Il C.D.P. la Ghironda fa riferimento sono:

- a tutti gli utenti viene garantito lo stesso di trattamento in riferimento alle loro esigenze;
- le segnalazioni provenienti dagli utenti sono esaminate e considerate dalla Direzione al fine di migliorare il servizio;

- il diritto di poter identificare le persone che hanno in cura il paziente ed ottenere dagli operatori informazioni chiare e complete in merito alla diagnosi della patologia e alla terapia proposta.

3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell'articolo 2, comma 5, della Legge 24/2017, si dichiara che non si sono verificati eventi avversi nell' anno precedente

| <i>Eventi Avversi</i> | | | |
|-----------------------|----------|----------------------|------------------------|
| Anno | Sinistri | Risarcimenti erogati | Risarcimenti - importi |
| 2022 | 0 | 0 | 0 |

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM PRECEDENTE

Ai sensi dell'art. 4, comma 3 legge 24/2017, Il presente P.A.R.M., rappresenta il primo documento di Risk Management della Ghironda. Non ci sono, quindi, attività precedenti a questa.

| <i>Sinistri e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio</i> <i>art.4 C.3 L.24/2017</i> | | | | |
|--|--------|---|-------------------------|----------------|
| Tipo di Evento | Numero | Principali fattori causali/contribuenti | Azioni di miglioramento | Fonte del dato |
| Evento Avverso | 0 | // | // | // |

5. POLIZZA ASSICURATIVA

Ai sensi dell'art. 10, comma 4 legge 24/2017, si rende noto che La Ghironda Società Cooperativa Sociale è provvista della copertura assicurativa di seguito specificata:

| Anno | Polizza N. | Scadenza | Compagnia Assicurativa |
|------|------------|------------|--|
| 2022 | 410151228 | 28/09/2023 | GENERALI - SEI IN UFFICIO |
| 2022 | 361230254 | 28/09/2023 | GENERALI - R.C.T. GENERALE |
| 2022 | 500216747 | 31/10/2023 | ALLIANZ SpA - CAMPI – RCT PSICOLOGA |

6. MATRICE DELLA RESPONSABILITA' DEL PARM

La realizzazione del P.A.R.M. riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- quella del Risk Manager, che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
- quella della Direzione Aziendale che s'impegna a fornire al Risk Manager e all'organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

| Azione | Risk Manager | Direttore Sanitario C.D. La Ghironda | Struttura Amministrativa e Tecniche di supporto |
|---|--------------|---|---|
| Redazione P.A.R.M. e proposta di deliberazione | R | C | - |
| Adozione P.A.R.M. con deliberazione | I | C | - |
| Monitoraggio P.A.R.M. | R | C | C |

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

7. OBIETTIVI

La gestione del rischio prevede i seguenti passi logico-operativi:

- Individuazione dei rischi
- Valutazione dei rischi
- Gestione dei cambiamenti, finalizzati all'abbattimento dei rischi individuati
- Controllo del rischio residuo
- Verifica periodica dell'applicazione del Sistema, per garantirne la sua continua adeguatezza.

Il Sistema per la Gestione del Rischio aziendale deve essere periodicamente sottoposto a verifiche, ripetendo iterativamente i passi in precedenza indicati.

Si è proceduto a sensibilizzare tutti gli operatori della struttura relativamente all'importanza di segnalare sia gli eventi avversi che i near miss per la pronta pianificazione ed applicazione delle adeguate misure.

Le segnalazioni vengono trasmesse alla direzione sanitaria che ha la funzione interna per la gestione del rischio clinico e che ha il compito di approfondire la natura e le cause degli eventi segnalati per gestire tali criticità. In accordo con tutto il personale coinvolto, vengono applicate le procedure previste dal Sistema di Gestione.

La Direzione predispone apposita modulistica su cui registrare gli eventi avversi, near-miss ed eventi sentinella.

8. ATTIVITA'

I tre obiettivi strategici sono così riepilogati:

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.

| OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE | | |
|---|--------------|---------------|
| ATTIVITÀ A – Progettazione ed esecuzione di corsi di aggiornamento sulla gestione del Rischio Clinico teso a migliorare l'applicazione di procedure aziendali presenti rivolti a tutto il personale relativo alle disposizioni e procedure vigenti all'interno della struttura riferite all'emergenza | | |
| INDICATORE: Esecuzione del corso di aggiornamento. | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| Azione | Risk manager | UO Formazione |
| Progettazione del corso | R | 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 B – monitoraggio near miss, eventi avversi, eventi sentinella

INDICATORE n.segnalazioni pervenute prese in carico

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| Azione | Risk manager | UO Formazione |
|---------------|--------------|---------------|
| Rilevazione | R | R |
| Comunicazione | C | R |

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

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLA STRUTTURA

ATTIVITÀ C – Sviluppo e aggiornamento di procedure e protocolli che supportano gli operatori ad agire in modo sicuro

INDICATORE emissione documentazione entro giugno 2023

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| Azione | Risk manager | Ufficio Qualità |
|--|--------------|-----------------|
| Revisione delle procedure | C | R |
| Condivisione con responsabili delle procedure aggiornate | I | R |
| Sensibilizzazione del Personale sulle nuove indicazioni | I | R |
| Verifica dell'applicazione durante gli audit | I | R |

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

9. FORMAZIONE

E' stato previsto un Piano di Formazione annuale con corsi di formazione e prove pratiche per la gestione del rischio clinico.

10. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL P.A.R.M

Al fine di garantire una corretta diffusione del presente P.A.R.M., esso verrà pubblicato sul sito internet della Struttura. Inoltre, al fine di ottenere una sempre maggiore condivisione dei contenuti del presente P.A.R.M., esso verrà proposto come oggetto di confronto, negli eventuali incontri formativi e/o informativi con il personale.

11. RIFERIMENTI NORMATIVI

- *Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";*
- *D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";*
- *Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419" e successive modifiche;*
- *Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";*
- *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";*
- *Decreto n. 20 del 07.03.2022 del Commissario ad Acta del settore sanitario della Regione Calabria riorganizzazione dell'attività regionale in materia di gestione del rischio clinico;*
- *Allegato B del D.C.A. n. 20 del 07.03.2022, Regolamento delle attività di rischio clinico nelle strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate.*

12. MODELLI

SCHEDA DI SEGNALAZIONE

| SCHEDA DI SEGNALAZIONE VOLONTARIA DEGLI EVENTI | |
|--|---|
| <p>La presente scheda non ha l'intento di <u>ricercare il responsabile ma di identificare i problemi</u>, anche quelli che non hanno arrecato danno ma che avrebbero potuto farlo e le cause ad essi connesse, favorendo così la possibilità di intraprendere azioni che prevengono o riducono le probabilità di riaccadimento di analoghi eventi</p> <p>EVENTI AVVERSI: 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".</p> <p>QUASI EVENTI/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.</p> | |
| TIPOLOGIA EVENTO | <input type="checkbox"/> Evento avverso <input type="checkbox"/> Quasi evento |
| QUALIFICA DEL SEGNALATORE | <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere Altro..... |
| CIRCOSTANZE DELL'EVENTO | Luogo dell'evento: Data dell'evento: Giorno <input type="checkbox"/> Festivo <input type="checkbox"/> Feriale Turno <input type="checkbox"/> Mattino <input type="checkbox"/> Pomeriggio |
| DESCRIZIONE DELL'EVENTO | |
| POSSIBILI CAUSE E FATTORI CHA HANNO CONTRIBUTITO AL VERIFICARSI DELL'EVENTO (è possibile anche più di una risposta) | |
| Ritardato intervento terapeutico | |
| Mancato intervento terapeutico | |
| Errata somministrazione terapia farmacologica | |
| Mancata somministrazione terapia farmacologica | |
| Ritardata somministrazione terapia farmacologica | |
| Cause e fattori legati al consumo dei pasti | |
| Cadute | |
| Altri fattori (specificare) | |
| Suggerimenti per prevenire il ripetersi dell'evento | |



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali

**DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III**

OSSERVATORIO NAZIONALE SUGLI EVENTI SENTINELLA

Segnalazione dell'evento sentinella

*Denominazione struttura sanitaria:

.....
.....

ASP di appartenenza:

.....

Regione: Provincia: Comune:

.....

Tipo struttura:

*Referente per la compilazione:.....

Qualifica:

Tel: fax: e-mail:

(Valorizzare almeno uno tra tel, fax e mail))

Data compilazione:...../...../.....

* *dato obbligatorio*

***LISTA EVENTI SENTINELLA**

Indicare con il simbolo [X] l'Evento Sentinella che è avvenuto:

| | | |
|----|---|--|
| 1 | Procedura in paziente sbagliato | |
| 2 | Somministrazione Farmaco sbagliato | |
| 3 | Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica | |
| 4 | Morte o grave danno per caduta di paziente | |
| 5 | Atti di violenza su paziente | |
| 6 | Atti di violenza a danno di operatore | |
| 7 | Uso improprio attrezzature | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

****Barrare un solo evento per ogni segnalazione***

13. RIFERIMENTI NORMATIVI

- *Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;*
- *D.P.R. 14 gennaio 1997 recante “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;*
- *Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419” e successive modifiche;*
- *Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;*
- *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”;*
- *Decreto n. 20 del 07.03.2022 del Commissario ad Acta del settore sanitario della Regione Calabria riorganizzazione dell’attività regionale in materia di gestione del rischio clinico;*
- *Allegato B del D.C.A. n. 20 del 07.03.2022, Regolamento delle attività di rischio clinico nelle strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate.*