



Cirò Marina, 10/01/2024

Revisione 12/09/2024

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT ANNO 2024



Indice

1. Premessa

- 1.1 Assetto organizzativo aziendale
- 1.2 Contesto organizzativo
- 1.3 Posizione assicurativa
- 1.4 Sinistrosità e risarcimenti

2. Raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure

3. Definizioni eventi avversi

- 3.1 Monitoraggio degli eventi sentinella
- 3.2 Audit clinico interno
- 3.3 Formazione
- 3.4 Sistemi di segnalazione
- 3.5 Gestione della segnalazione degli eventi sentinella
- 3.6 Procedura segnalazione eventi sentinella

4. Rischio caduta accidentale

- 4.1 Procedura di prevenzione e gestione delle cadute di pazienti e visitatori
- 4.2 Analisi delle cadute 2023

5. Rischio correlato alla terapia farmacologica

6. Rischio chirurgico

7. Rischio infettivo

8. Segnalazioni dei cittadini per la gestione del rischio – URP

9. Umanizzazione del percorso di cura

10. Prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari

11. Analisi del contesto esterno ed interno

- 11.1 Swot analysis casa di cura s. Rita

12. Resoconto attività 2023

13. Obiettivi strategici previsti per l'anno 2024

- 13.1 Piano di miglioramento 2024

14. Modalità di diffusione del PARM

15. Bibliografia e sitografia



1. PREMESSA

La Legge 24/2017, conosciuta come "Legge Gelli", in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita (nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie) ha normato e rafforzato il concetto, già introdotto dalla legge di Stabilità 2016, che il Risk Management costituisce un'attività strategica di prevenzione e gestione del rischio clinico alla quale sono tenute tutte le strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale. Inoltre, sancisce nell'articolo 1. che "la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e collettività" per poi declinare una serie di attività sia a livello centrale (Stato e Regioni) che a livello locale nelle singole strutture sanitarie finalizzate all'implementazione del sistema di gestione del rischio attraverso l'utilizzo appropriato di risorse strutturali, tecnologiche e organizzative (dall'istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche cliniche sulla sicurezza nella sanità, all'istituzione dei Centri Regionali per il Rischio Clinico, etc.).

Il Ministero della Salute pone come cardine strategico nelle attività di miglioramento continuo della qualità la gestione del rischio clinico e nel documento prodotto "Risk Management in Sanità" definisce in sintesi le seguenti raccomandazioni:

1. individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
2. elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
3. promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
4. promuovere la segnalazione dei near miss (quasi eventi);
5. sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
6. monitorare periodicamente e garantire un feed-back informativo;
7. definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
8. favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

Il **Piano Annuale di Risk Management** (PARM) della Casa di Cura S. Rita è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione, identificazione e gestione dei rischi all'interno della struttura.

1.1 ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE

La Casa di Cura S. Rita è situata nel territorio di Cirò Marina di competenza dell'ASP di Crotona che presenta un bacino di utenza di circa 174.000 abitanti. La struttura è autorizzata ed accreditata con SSN dalla Regione Calabria con DCA n. 3 del 23 gennaio 2019 e ss.ii.mm. per prestazioni di diagnosi e cura in regime di ricovero post-acuzie.

Il settore di Risk Management all'interno della Direzione Sanitaria si occupa della gestione del rischio clinico cercando di mettere in atto tutte le misure per rendere il rischio ad un livello minimo accettabile.



Il Team di Risk Management si occupa di tutte le aree in cui l'errore si può manifestare durante le varie fasi del processo clinico-assistenziale sulla base di diversi step:

- Conoscenza ed analisi dell'errore (con sistemi quale l'incident reporting, la revisione delle cartelle cliniche, i safety walkaround e briefing sulla sicurezza);
- Individuazione e correzione delle cause dell'errore;
- Monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore;
- Implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte;
- Programmazione di corsi formativi per gli operatori relativi al rischio clinico;
- Redazione di linee guida, protocolli e procedure sulla base di raccomandazioni del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità nonché di linee guida regionali;
- Aggiornamento annuale della relazione sul rischio clinico da parte del risk manager.

ATTIVITA' ORDINARIE DI RISK MANAGEMENT

- Segnalazioni spontanee (incident reporting)
- Segnalazione su apposita scheda interna di eventi avversi/near miss
- Controllo random delle cartelle cliniche
- Analisi delle richieste di risarcimento danno
- Monitoraggio ambientale
- Monitoraggio e controllo manutenzione dei dispositivi medici
- Giri per la sicurezza (safety walkaround)
- Briefing con coordinatori infermieristici e responsabili medici
- Analisi degli eventi avversi e audit

EVENTI FORMATIVI DI RISCHIO CLINICO PROGRAMMATI PER IL 2024

- Prevenzione e Cura delle infezioni del sito chirurgico
- Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
- Gestione dell'infortunio per esposizione a rischio biologico
- Raccomandazioni ministeriali e procedure di gestione del rischio clinico
- Prevenzione delle cadute
- Riconoscimento del giusto paziente e del giusto sito chirurgico

Tutti gli argomenti sopraelencati sono contenuti nelle procedure e linee guida interne già redatte e in corso di aggiornamento.

Matrice Responsabilità PARS

Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Direzione Generale
Redazione PARS e proposta deliberazione	R	C	C
Adozione PARS con deliberazione	I	R	R
Monitoraggio PARS	R	C	I

R= Responsabile

I= Informato

C= Consultato



1.2 CONTESTO ORGANIZZATIVO

Totale posti letto: 47

Specialità	Posti letto ordinari	Posti letto diurni
Riabilitazione intensiva (cod. 56)	20	
Lungodegenza medica (cod. 60)	25	
Day hospital		2

Servizi

- laboratorio analisi
- diagnostica per immagini
- chirurgia ambulatoriale (chirurgia generale, oculistica)

Attività ambulatoriale

- Cardiologia
- Diagnostica Ecografica
- Diagnostica per Immagini
- Fisiatria
- Gastroenterologia
- Endoscopia digestiva
- Ginecologia e Ostetricia
- Laboratorio Analisi
- Oculistica
- Ortopedia
- Diabetologia
- Chirurgia Vascolare

DATI ATTIVITA' ANNO 2023

Reparti	n. Ricoveri Ordinari	Giornate di degenza
Riabilitazione Intensiva (Cod. 56)	208	5916
Lungodegenza (Cod. 60)	196	7867

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI 2023

Cardiologia	1450
Diagnostica Ecografica	280
Diagnostica per Immagini	371
Fisiatria	12
Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva	113

URP 0962 31078
Email cdcs.rita@gmail.com

Member of CISQ Federation





Ginecologia e Ostetricia	120
Laboratorio analisi	7712
Oculistica	171
Ortopedia	44
Radiologia Diagnostica	1794
Diabetologia	17
Chirurgia vascolare	169
Totale	12.253

PRESTAZIONI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE 2023	
Chirurgia	85
Chirurgia generale	303
Totale	388

1.3 POSIZIONE ASSICURATIVA

N. polizza e data di scadenza	Compagnia Assicurativa	Premio minimo annuo	Franchigia sinistro per	Limiti di indennizzo
RCH00020000205 31/12/2025	AmTrust	59.764,10 €	0 €	5.000.000,00 €

1.4 SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI

(art. 4 c. 3 della legge 24/17)

ANNO DI RIFERIMENTO	N. RICHIESTE DI RISARCIMENTO	RISARCIMENTI EROGATI
2019	1	0 €
2020	1	65.832,00 €
2021	1	10.341,24 €
2022	2	73.340,95 €
2023	3	0 €

2. RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI PER LA SICUREZZA DELLE CURE

Il Ministero della Salute, Direzione Generale della programmazione sanitaria, ha elaborato, con il supporto di esperti di Regioni e Province Autonome e altri stakeholder, le **Raccomandazioni** atte ad offrire strumenti in grado di prevenire gli eventi avversi, promuovere l'assunzione di responsabilità e favorire il cambiamento di sistema.

Le raccomandazioni sono oggetto di revisione ed aggiornamento da parte dell'Ufficio Direzione generale della programmazione sanitaria in collaborazione con Regioni e Province Autonome, Agenas, AIFA, ISS, Coordinamento delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza delle Cure – Sub Area Rischio Clinico, Società scientifiche e altri stakeholder.



Fin dal 2005 il Ministero della Salute ha iniziato a sviluppare un sistema di allerta per i contesti clinici ed assistenziali a maggior rischio di errore per fornire agli operatori sanitari informazioni su condizioni particolarmente pericolose e inclini a produrre gravi, e talora fatali, conseguenze per i pazienti mediante la progressiva emanazione di Raccomandazioni che si prefiggono l'obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari sui potenziali pericoli insiti nelle singole fasi assistenziali e di fornire loro strumenti efficaci per mitigare i rischi cercando di promuovere una maggiore assunzione di responsabilità nei confronti degli assistiti da parte degli operatori sanitari.

Molte delle succitate raccomandazioni sono già state recepite dalla Casa di Cura S. Rita mediante la definizione di specifiche procedure aziendali inserite all'interno degli applicativi aziendali che ne permettono la consultazione da parte del personale interno.

L'importanza di una piena implementazione a livello aziendale delle Raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure è sottolineata anche dall'obbligo di un monitoraggio a cadenza annuale. Tale monitoraggio, curato da AGENAS attraverso un apposito sistema informativo, viene supportato dalla Regione che segue puntualmente l'assolvimento dell'adempimento da parte delle singole aziende fornendo anche supporto 'tecnico'.

La Casa di Cura S. Rita ha aderito al monitoraggio Agenas provvedendo alla compilazione dello specifico database di raccolta dati entro i termini previsti.

In aggiunta a ciò, nel prossimo triennio è previsto il recepimento totale delle raccomandazioni mediante definizione di specifiche procedure aziendali.

3. DEFINIZIONI EVENTI AVVERSI

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.

Root Cause Analysis (RCA): metodologia finalizzata all'identificazione, da parte degli operatori e delle organizzazioni sanitarie, delle cause e dei fattori che contribuiscono al manifestarsi di un evento avverso, consentendo, di conseguenza, di mettere in atto azioni utili a contrastare il ripetersi di tali eventi e di sviluppare raccomandazioni per l'implementazione sistematica delle azioni preventive.

SIMES: Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità, avente l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio degli eventi avversi.



3.1 MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA

Il monitoraggio degli eventi sentinella costituisce un'importante azione di Sanità Pubblica con lo scopo di raccogliere le informazioni riguardanti eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare la morte o un grave danno alla salute del paziente.

Lista Eventi Sentinella del Ministero della Salute aggiornata al 2024

1. Procedura chirurgica o interventistica eseguita in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica o interventistica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura diagnostico-terapeutica su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Errore trasfusionale correlato ad incompatibilità ABO, Rh, Duffy, Kell, Lewis
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza
8. Morte o grave danno in neonato sano a termine (≥ 37 settimane) non correlata a malattie congenite
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Morte o grave danno causato da violenza verso o nei confronti di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Morte causata o concausata da infezione correlata alle pratiche assistenziali ospedaliere
17. Morte o grave danno conseguente ad errato utilizzo o utilizzo anomalo dei dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali
18. Perdita/smarrimento di campioni anatomici/istologici/biologici o deterioramento che ne causa l'impossibilità di processazione
19. Morte o grave danno causato da esposizioni accidentali o indebite a radiazioni ionizzanti
20. Morte o grave danno correlati a pratiche anestesilogiche
21. Morte o grave danno correlato ad errore e/o ritardo di diagnosi medica
22. Errore in chemioterapia
23. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

A tal proposito, la **Casa di Cura S. Rita** ha aderito al flusso informativo previsto dal Protocollo per il Monitoraggio degli eventi Sentinella, riconoscendo nel sistema un'opportunità di miglioramento e di apprendimento.

Nell'anno 2023 non si sono verificati eventi sentinella nella nostra Struttura.



3.2 AUDIT CLINICO INTERNO

Per il monitoraggio degli eventi e la valutazione del rispetto dell'applicazione delle linee guida e protocolli interni che determinano specifiche modalità operative, si è messa in atto una programmazione di audit clinici inerenti alle varie problematiche riscontrate all'interno della Struttura. Tale tipologia di verifica è atta a focalizzare l'attenzione sia sugli aspetti di correttezza tecnico professionale più strettamente connessi alla gestione clinica e assistenza del paziente, sia sugli eventi avversi. La programmazione degli audit clinici è definita sulla base delle criticità emerse e/o sulle aree risultate più critiche. I programmi futuri potranno essere stabiliti tenendo in considerazione l'esito degli audit già eseguiti e le criticità emerse (reclami, incident reporting, etc.). Gli audit hanno dunque lo scopo di rilevare eventuali criticità come, ad esempio, una mancata aderenza ai protocolli, procedure e/o linee guida, per poi mettere in atto delle azioni correttive.

3.3 FORMAZIONE

Nella gestione del rischio clinico la formazione assume un ruolo fondamentale per la diffusione della cultura della sicurezza verso i pazienti, gli operatori e la struttura. Al fine di favorire la percezione del rischio, concepire l'errore come opportunità di miglioramento, stimolare il confronto e la partecipazione, migliorare la comunicazione e l'umanizzazione delle cure, la Casa di Cura propone un programma di eventi formativi rivolti ai vari professionisti che lavorano sul campo della clinica e dell'assistenza. A tal proposito la Casa di Cura sta organizzando eventi formativi particolarmente centrati sulle nozioni generali della gestione del rischio clinico (cos'è il rischio clinico, modalità prevenzione del rischio, comunicazione, documentazione sanitaria, responsabilità professionale, etc.) e del sistema di *incident reporting*. Per l'anno 2024 è prevista una programmazione di diversi incontri formativi mirati sulla prevenzione e gestione del rischio cadute accidentali, rischio infettivo, rischio chirurgico, rischio correlato alla terapia farmacologica, rischio aggressione, etc.

3.4 SISTEMI DI SEGNALAZIONE

Incident Reporting

Il Ministero della Salute definisce l'Incident Reporting come una modalità di raccolta delle segnalazioni di eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure, effettuata volontariamente od obbligatoriamente dagli operatori. Il sistema di Incident Reporting è una modalità di raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi significativi, incidenti o quasi incidenti, intesi come eventi che avrebbero potuto evolvere in incidenti. È una raccolta strutturata di informazioni su concreti eventi avversi ed ha il compito di fornire una base di analisi per la predisposizione di azioni di miglioramento atte a prevenire il reiterarsi di tali episodi. La sua esistenza offre una misura dell'affidabilità dell'organizzazione e, inoltre, fornisce informazioni a coloro che operano nell'ottica del miglioramento dell'organizzazione nei suoi aspetti di sicurezza. Gli eventi che determinano esiti dannosi costituiscono solo la punta dell'iceberg di una realtà in cui errori vengono intercettati dagli Operatori prima che producano conseguenze dannose o le producano in modo estremamente ridotte.

Pertanto, l'Incident Reporting è un sistema di segnalazione volontario utilizzato al fine di comprendere meglio i difetti di sistema che favoriscono l'insorgere di eventi avversi, prima che questi si manifestino con conseguenze dannose. Le informazioni vengono gestite in modo confidenziale, le segnalazioni non comportano l'adozione di sanzioni o punizioni e non vengono dunque utilizzate per il sistema della responsabilità (già conosciuto dal contenzioso) ma per quello della qualità e della sicurezza.



Rappresenta, inoltre, una fonte informativa indispensabile sia per avviare un processo di 'mappatura' dei rischi aziendale che per l'attivazione dei processi di analisi e valutazione degli stessi a fini di individuazione e applicazione di azioni correttive mirate.

3.6 PROCEDURA SEGNALAZIONE EVENTI SENTINELLA

Ogni volta che si verifica un evento avverso, la Direzione Generale, oltre a prendere in carico il paziente per attuare tutte le misure necessarie al fine di mitigare il danno e attivare i dovuti processi di comunicazione con pazienti e/o loro familiari in modo trasparente e completo, mette in atto le seguenti azioni, relativamente alla procedura di segnalazione dell'evento sentinella. L'operatore sanitario (medico, infermiere od altro professionista coinvolto nell'evento avverso o che sia venuto a conoscenza dell'occorrenza di un evento avverso) comunica quanto accaduto al referente del rischio clinico ed alla Direzione Sanitaria, secondo le procedure individuate a livello regionale e aziendale.

Successivamente, il referente per la gestione del rischio clinico, convoca un AUDIT con tutte le figure sanitarie coinvolte al fine di analizzare l'evento, le cause ed eventuali azioni di prevenzione.

Qualora l'evento avverso soddisfi i criteri per essere definito evento sentinella viene segnalato dal Risk Manager sul portale ministeriale.

Lo scopo dell'Audit è quello di promuovere azioni preventive, al fine di evitare il ripetersi di eventuali errori nell'ottica della sicurezza delle cure. Il Risk Manager procede dunque alla compilazione della scheda con le eventuali azioni di prevenzione proposte.

La segnalazione di eventi sentinella (ES) è una pratica in fase di consolidamento in Clinica. La maggior parte degli operatori ha acquisito le conoscenze necessarie per riconoscere gli eventi avversi potenzialmente inquadrabili come ES e, come da Procedura appositamente redatta, a segnalarli tempestivamente anche per le vie brevi. Ciò consente di attivare i necessari approfondimenti e, nel caso in cui sia confermato l'inquadramento di quanto segnalato, di darne poi tempestiva comunicazione sia ai referenti regionali che al successivo livello ministeriale, mediante inoltro della apposita Scheda Ministeriale.

Come previsto dal Protocollo di Monitoraggio Ministeriale, nei giorni e nelle settimane successive vengono sistematicamente condotti gli approfondimenti direttamente dal Risk Manager con coinvolgimento degli operatori interessati e dai rispettivi Direttori e Coordinatori. Ciò consente di raccogliere il maggior numero possibile di informazioni sulle cause e le circostanze in cui l'evento avverso si è verificato, informazioni poi collegialmente discusse in sede di audit, la metodica di elezione per l'analisi degli eventi avversi finalizzata alla definizione delle necessarie azioni di miglioramento.

4. RISCHIO CADUTE ACCIDENTALI

Le cadute accidentali quasi sempre colpiscono persone fragili, molte delle quali affette da demenza. Il rischio di caduta, seppure sempre presente, è diverso per i vari setting assistenziali. Le persone che cadono la prima volta presentano un rischio elevato di cadere nuovamente durante lo stesso anno e possono riportare, come conseguenza del trauma, danni anche gravi, fino a giungere, in alcuni casi, alla morte.

Le cadute possono determinare nei pazienti: paura di cadere di nuovo, perdita di sicurezza, ansia, depressione, fattori che possono condurre a diminuzione dell'autonomia, aumento della disabilità e, in generale, ad una riduzione anche molto significativa della qualità della vita. Oltre a danni di tipo fisico e psicologico, le cadute avvenute in un contesto di ricovero comportano un aumento della degenza, attività diagnostiche terapeutiche aggiuntive e/o eventuali ulteriori ricoveri dopo la dimissione, con un incremento dei costi sanitari e sociali. Si stima che circa il 14% delle cadute in un nosocomio sia



classificabile come accidentale, ovvero determinato da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato), l'8% come imprevedibile, considerate le condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell'equilibrio), e il 78% rientri tra le cadute prevedibili per fattori di rischio identificabili della persona (es. paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione). La compressione del rischio da caduta del paziente in struttura sanitaria è un indicatore della qualità assistenziale.

Le cadute sono eventi potenzialmente prevenibili tramite la rilevazione di alcuni elementi, anche attraverso appositi strumenti di lavoro che, congiuntamente ad una irrinunciabile valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni preventive. È fondamentale che operatori, pazienti e familiari/caregiver acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino in modo integrato e costante all'applicazione di strategie multifattoriali.

4.1 PROCEDURA DI PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DI PAZIENTI E VISITATORI

La caduta accidentale rappresenta l'evento avverso più frequente all'interno della Casa di Cura. Una volta esaminati i vari eventi e i fattori favorenti ad essi connessi, si è proceduto con la revisione delle Linee Guida sulla prevenzione e Gestione del Rischio Cadute (e relativi allegati), attenendosi a quanto emanato dal Ministero della Salute (cfr. Raccomandazione Ministeriale n.13 del novembre 2011, *"Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie"*). In tali linee guida della Casa di Cura sono previsti una scheda preliminare di valutazione del rischio caduta per ogni paziente ricoverato e una scheda valutativa con identificazione dei fattori favorenti e delle misure da mettere in atto da compilare una volta avvenuto l'evento caduta. Tali linee guida hanno lo scopo di comprimere il rischio caduta, tale da renderlo ad un livello minimo accettabile.

L'obiettivo è la prevenzione dell'evento sentinella *"Morte o grave danno per caduta di paziente"* nelle strutture sanitarie. Si prefigge, inoltre, di comprimere il rischio di caduta e, nel caso che l'evento accada, di ridurre le conseguenze. La capacità e la possibilità di una gestione immediata e corretta del paziente dopo una caduta e di una assistenza appropriata per gli eventuali esiti sono obiettivi professionali ed organizzativi fondamentali.

In ottemperanza del DCA N. 98 del 30 settembre 2015 è stata adottata la procedura adattando la stessa alla Casa di Cura S. Rita.

La fase operativa della prevenzione delle cadute si realizza attraverso:

1. valutazione della persona a rischio caduta (scheda di valutazione rischio caduta del paziente - scheda di Conley);
2. valutazione dei rischi ambientali (check-list).

La valutazione della persona è effettuata all'ingresso del paziente in reparto, in seguito ad alterazioni significative dello stato di salute durante la degenza, nei ricoveri prolungati ad intervalli regolari, ad ogni variazione di terapia con farmaci che possono portare il paziente a maggior rischio di caduta, a seguito di episodio di caduta.

La segnalazione viene inviata a:

- Direzione Sanitaria
- Responsabile Prevenzione e Sicurezza



4.2 ANALISI DELLE CADUTE 2023

Nell'anno 2023 si sono verificati presso la Casa di Cura S. Rita n. 13 cadute, tutti senza gravi conseguenze. Tali eventi si sono verificati essenzialmente per imprudenza dei pazienti. L'età media dei pazienti coinvolti era di 70 anni (range 46-85). L'analisi delle segnalazioni ha permesso, inoltre, di individuare come sedi più frequenti delle cadute il letto e la stanza di degenza. Nessuno dei casi segnalati ha prodotto un danno o peggioramento del quadro clinico per i pazienti, né è stato necessario il prolungamento della degenza. Al momento non risulta formalizzata alcuna richiesta di risarcimento.

5. RISCHIO CORRELATO ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Il rischio correlato alla terapia farmacologica è un argomento attenzionato dalla Casa di Cura, visto il potenziale danno che essa può recare nei confronti di un paziente. Pertanto, prendendo atto delle diverse fasi della terapia farmacologica (prescrizione, preparazione, somministrazione, etc.), l'azione di risk management intrapresa nell'anno 2023 è stata quella di redigere e inserire linee guida riguardanti le seguenti tematiche:

- prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike";
- ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica;
- prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'utilizzo di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli;

6. RISCHIO CHIRURGICO

Il rischio legato all'attività chirurgica è stato altresì preso in considerazione dall'attività di gestione del rischio clinico della **Casa di Cura S. Rita**. A tal proposito sono state revisionate le linee guida (sulla base dei dettami contenuti nelle raccomandazioni n.2 e n.3 - marzo 2008 - del Ministero della Salute) inerenti alla *corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico*. A tal proposito, per ridurre tale fattispecie di rischio, sul sistema informatico della Struttura, sono state inserite delle check list per ovviare, quanto più possibile, gli errori correlati a tali tematiche, con l'intento di comprimere il rischio al livello minimo accettabile.

7. RISCHIO INFETTIVO

Anche nel rischio infettivo la Casa di Cura ha prestato una particolare attenzione. Infatti, sono state redatte le *Linee guida sulla gestione del rischio infettivo e misure di controllo per i principali microrganismi sentinella*. È stata altresì redatta, per un miglior contrasto a 360° delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria, una procedura per la giusta gestione delle medicazioni delle ferite chirurgiche. Infine, è in corso la definizione di un CC-ICA (Comitato Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza); tale Comitato, oltre a riunirsi periodicamente stilando un apposito verbale, interverrà ogni qualvolta ve ne sia necessità avvalendosi, eventualmente, anche di figure professionali esterne alla struttura.

Infezioni correlate all'assistenza intercettate nell'anno 2023: Non è stata intercettata nessuna infezione correlata all'assistenza né nei reparti di degenza, né nel Blocco Operatorio. Nel caso in cui ci fossero stati, sarebbe avvenuta una segnalazione, una successiva gestione dell'isolamento, la tempestiva diagnosi e l'immediata cura e segnalazione presso gli organi competenti.



8. SEGNALAZIONI DEI CITTADINI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO – URP

L'Ufficio relazioni con il pubblico ha l'obiettivo di assicurare la comunicazione tra l'utenza e la struttura attraverso una precisa e programmatica gestione dell'attività che ha per obiettivo quello di far conoscere i servizi dell'Azienda e recepire le segnalazioni dei cittadini, propedeutiche alla gestione del rischio.

L'URP garantisce agli utenti le seguenti funzioni:

- Informazione riguardo le prestazioni erogate oltre ad informazioni più semplici (ad esempio, "dove sono situati i servizi, gli ambulatori, a chi devo rivolgermi per..., in quali orari, quali documenti sono necessari").
- Accoglienza, tale da limitare i disagi all'utente valutando le sue esigenze, i suoi bisogni e le sue aspettative, educandolo ad un corretto utilizzo dei Servizi sanitari.
- Rilevazione delle schede di gradimento degli utenti sui servizi erogati (customers satisfaction).

9. UMANIZZAZIONE DEL PERCORSO DI CURA

L'umanizzazione, intesa come impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, è un elemento essenziale per garantire la qualità dell'assistenza.

L'AGENAS, su tale fronte, ha sviluppato un Programma partecipato per il miglioramento continuo del grado di umanizzazione con la collaborazione dei Cittadini e di tutte le Regioni/P.A. attraverso gli esperti del gruppo interregionale sull'empowerment.

Il Programma prevede che professionisti delle strutture sanitarie e cittadini partecipino insieme a tutte le fasi del processo di valutazione e miglioramento: dalla costruzione degli strumenti di valutazione, alla rilevazione dei dati, per arrivare all'analisi dei risultati ottenuti ed alla definizione/implementazione e monitoraggio delle conseguenti azioni di miglioramento. Nel corso del tempo, il programma si è arricchito di strumenti per la valutazione partecipata della sicurezza del paziente. Attualmente l'Agenzia è impegnata in un progetto di ricerca, finanziato dal Ministero della Salute, volto a perfezionare metodi e strumenti per il miglioramento partecipato del grado di umanizzazione e sicurezza e a studiarne una più ampia applicazione all'ambito dell'assistenza territoriale.

Il metodo di lavoro sviluppato è stato un prerequisito fondamentale per sviluppare successivamente metodi e strumenti per la valutazione e il miglioramento della qualità dell'assistenza, co-costruiti con i diversi stakeholder.

L'umanizzazione delle cure è l'attenzione alla persona nella sua totalità, fatta di bisogni organici, psicologici e relazionali ed oggi un tema di grande attualità. Le crescenti acquisizioni in campo tecnologico e scientifico, che permettono di trattare anche patologie una volta incurabili, non possono essere disgiunte nella quotidianità della pratica clinica dalla necessaria consapevolezza dell'importanza degli aspetti relazionali e psicologici dell'assistenza.

La Casa di Cura S. Rita, in linea con il programma dell'Agenas, ha intrapreso una serie di iniziative soggette a monitoraggio, tra cui:

- Schede di gradimento consegnate ai pazienti e care-giver per valutare la customer satisfaction e per intraprendere azioni di miglioramento laddove necessarie;
- Schede di gradimento consegnate agli operatori per valutare la soddisfazione interna e, se necessario, intraprendere azioni per migliorare il welfare aziendale;



- Formazione per gli operatori sull'importanza della comunicazione e del coinvolgimento del paziente e dei caregiver nel processo di cura e nella presa in carico globale;
- Coinvolgimento del paziente chirurgico sin dall'inizio del suo percorso tramite un'accurata spiegazione dell'intervento specifico e consegna di opuscoli e materiale informativo sull'iter pre/perì e post-operatorio;
- Consegna di materiale informativo sulla terapia domiciliare e indicazioni sui comportamenti da adottare e quelli da evitare per una ripresa ottimale.

10. PREVENZIONE DELLA VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

Nel corso dell'attività lavorativa, gli operatori delle strutture sanitarie sono esposti a numerosi fattori potenzialmente dannosi per la salute e la sicurezza. Tra questi, assume particolare rilevanza il rischio di un'esperienza di violenza che può consistere in aggressione, omicidio o altro evento criminoso risultante in lesioni personali importanti o morte. Si definisce violenza nel posto di lavoro "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro".

Nella maggior parte dei casi si tratta di eventi con esito non mortale, ossia aggressione o tentativo di aggressione fisica o verbale, quale quella realizzata con uso di un linguaggio offensivo.

Gli episodi di violenza contro operatori sanitari possono essere considerati eventi sentinella in quanto segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.

Numerosi sono i fattori responsabili di atti di violenza diretti contro gli operatori sanitari.

Sebbene qualunque operatore possa essere vittima di violenza, i medici, gli infermieri e gli operatori sociosanitari sono a rischio più alto in quanto a contatto diretto con il paziente e devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente che dei familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo, specialmente se sotto l'effetto di alcol o droga.

Concorrono all'incremento degli atti di violenza:

- l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali;
- la diffusione dell'abuso di alcol e droga;
- l'accesso senza restrizione di visitatori esterni;
- le lunghe attese che possono favorire nei pazienti o accompagnatori uno stato di frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste;
- il ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività (trasporto pazienti, visite, esami diagnostici);
- mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi.

I fattori di rischio variano da struttura a struttura, dipendendo da tipologia di utenza e di servizi che eroga. Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, arriva fino a gesti estremi quali l'omicidio. La conoscenza di tale progressione può consentire al personale di comprendere quanto accade ed interrompere il corso degli eventi.

Un prossimo obiettivo della Casa di Cura sarà quello di prevenire gli atti di violenza attraverso:

- l'implementazione di misure che consentano l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire gli eventi quando



accadono;

- la conduzione di indagini ad hoc con il personale;
- la revisione degli episodi di violenza segnalati;
- l'organizzazione di corsi di formazione per tutto il personale della struttura con la collaborazione dei Carabinieri o altri esperti nella gestione e contenimento delle aggressioni.

11. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO (ANALISI SWOT)



L'analisi SWOT è una matrice divisa in quattro quadrati: quelli inferiori riguardano componenti esterne, quelli superiori sono interne. Questi quadranti prendono il nome di punti di forza, di debolezza, minacce e opportunità. L'obiettivo dell'analisi SWOT è quello di dare consapevolezza all'azienda di cosa è e dove si trova. Ma anche di agevolare i processi virtuosi, migliorare ogni debolezza e ridurre le minacce oltre all'eliminazione delle debolezze trasformandole in opportunità.

11.1 SWOT ANALYSIS CASA DI CURA S. RITA

AMBITO A MERCATO/COMPETITIVO	POSITIVO	NEGATIVO
INTERNO	PUNTI DI FORZA (S) <ul style="list-style-type: none"> • Struttura convenzionata con il SSN che garantisce un flusso costante di pazienti e finanziamenti, aumentando la stabilità finanziaria • Ampia offerta di servizi: reparti, DH riabilitativo, Chirurgia Ambulatoriale, ambulatori polispecialistici, radiologia diagnostica • Attivazione di percorsi di prevenzione per patologie specifiche • Efficienza organizzativa e riorganizzativa • Restyling strutturale del parco radiologico e 	PUNTI DI DEBOLEZZA (W) <ul style="list-style-type: none"> • La convenzione con il SSN potrebbe rendere la clinica vulnerabile a eventuali cambiamenti nelle politiche sanitarie o nei finanziamenti • Setting assistenziali rivolti principalmente alla popolazione adulta • Ubicazione della struttura decentrata rispetto alle grandi province regionali • Prestazioni non abbastanza



	<p>dei reparti di degenza ordinaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crescita dell'indice di occupazione e aumento delle prestazioni ambulatoriali e radiologiche • Certificazione ISO 9001/2015 - garanzia nei processi • Strutturazione del processo di reclutamento del personale con affiancamento, periodo di formazione e osservazione costante • Aumento della soddisfazione dei clienti rilevabile dalle recensioni su internet 	<p>differenziate rispetto ai competitor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilità limitata per la fruizione dei servizi - Difficoltà nei collegamenti con trasporti pubblici
ESTERNO	<p>OPPORTUNITA' (O)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Invecchiamento della popolazione - aumento delle patologie croniche • Interesse proattivo alla partecipazione di eventi sulla promozione della salute per aumentare la visibilità sul territorio • Aumento delle richieste per prestazioni ambulatoriali e radiologiche • Cessazione dello stato di emergenza 	<p>MINACCE (T)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concorrenza: altre strutture sanitarie nella zona potrebbero offrire servizi simili o migliori, mettendosi in competizione con la clinica per i pazienti e le risorse • Presenza sul territorio di molteplici servizi ambulatoriali • Difficoltà nei collegamenti pubblici

AMBITO B LEGALE AUTORIZZATIVO	POSITIVO	NEGATIVO
INTERNO	<p>PUNTI DI FORZA (S)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rispetto dei requisiti di riferimento autorizzativi e di accreditamento della normativa regionale vigente • Rispetto della norma in merito a sicurezza e salute nei posti di lavoro D.Lgs 81/08 • Adeguamento costante della norma in materia di Privacy • Puntuale rispetto HACCP 	<p>PUNTI DI DEBOLEZZA (W)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aree in cui l'organizzazione deve migliorare la conformità normativa o l'aderenza alle linee guida • Valutazione pratica del recepimento delle normative e procedure • Limitazione delle risorse
ESTERNO	<p>OPPORTUNITA' (O)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaborazione con altre strutture per condividere le migliori pratiche e migliorare la conformità normativa • Sfruttare le nuove tecnologie e l'innovazione per migliorare l'efficienza e l'efficacia nel rispetto delle normative • Opportunità di rafforzare la reputazione dell'organizzazione come leader nel settore per il rispetto delle normative 	<p>MINACCE (T)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambiamenti frequenti delle normative che potrebbero richiedere aggiustamenti significativi nelle pratiche e nei processi organizzativi • Difficoltà nel mantenere il personale aggiornato sulle normative in continua evoluzione e nell'assicurare un'adeguata formazione • Cambiamenti/revisioni repentine delle normative • Aumento dei contenziosi



AMBITO C ECONOMICO FINANZIARIO	POSITIVO	NEGATIVO
INTERNO	PUNTI DI FORZA (S) <ul style="list-style-type: none">• Disposizioni e misure operative per il contenimento della spesa• Valutazione interna dei fornitori e fidelizzazione dei fornitori storici• Incremento dell'indice di occupazione e delle prestazioni ambulatoriali• Appropriatelyzza delle risorse• Attenzione costante sulla prevenzione e gestione del rischio sanitario	PUNTI DI DEBOLEZZA (W) <ul style="list-style-type: none">• Superamento delle soglie di prestazioni previste in convenzione non remunerate• Vincoli economico finanziari collegati ai piani di contenimento della spesa sanitaria e ai rapporti stato- regione
ESTERNO	OPPURTUNITA' (O) <ul style="list-style-type: none">• Aumento della richiesta di prestazioni• Aumento del budget attualmente disponibile	MINACCE (T) <ul style="list-style-type: none">• Limitazioni sulla quantità di risorse da impiegare• Attuale contesto sanitario regionale• Ritardo nel trasferimento delle quote di compartecipazione da parte dei comuni• Mancato coinvolgimento incisivo nella redistribuzione delle economie per le prestazioni effettuate in esubero

AMBITO D CONOSCENZE COMPETENZE	POSITIVO	NEGATIVO
INTERNO	PUNTI DI FORZA (S) <ul style="list-style-type: none">• Personale clinico altamente qualificato e specializzato che garantisce un'elevata qualità delle cure e dei servizi offerti• Diffusione della cultura legata al rischio clinico e alla qualità (percorsi, procedure, protocolli) attraverso audit interni• Piano di formazione aderente ai bisogni formativi dei profili professionali• Formazione personale neoassunto (In attuazione i corsi Sicurezza), affiancamento nei processi operativi• Valutazione periodica delle competenze e performance degli operatori	PUNTI DI DEBOLEZZA (W) <ul style="list-style-type: none">• Criticità derivanti dalla carenza di alcuni profili professionali specifici• Difficoltà e avversione di una parte del personale all'utilizzo delle nuove tecnologie informatiche• Difficoltà di adeguamento e adattamento al cambiamento e di apertura all'innovazione
ESTERNO	OPPURTUNITA' (O) <ul style="list-style-type: none">• Utilizzo di provider esterni per la formazione al fine di contribuire alla implementazione delle competenze• Affiancamento di organi istituzionali per la formazione (ISS, Agenas)• Aggiornamento continuo in medicina (Norma ECM)	MINACCE (T) <ul style="list-style-type: none">• Turnover del personale sanitario che aumenta il rischio clinico e rende difficile pianificare la formazione a lungo termine• Scarsa adesione ai protocolli operativi



	<ul style="list-style-type: none">Miglioramento delle conoscenze digitali in funzione del turn-over del personale pensionato con personale giovane di nuova assunzione	
--	--	--

AMBITO E CULTURALE SOCIALE	POSITIVO	NEGATIVO
INTERNO	PUNTI DI FORZA (S) <ul style="list-style-type: none">Diffusione della cultura della comunicazione attraverso la formazione interna e il lavoro di squadraDiffusa cultura della qualità e della minimizzazione del rischio clinicoConfronto con i cittadini e le associazioni dei pazienti per accedere a nuove idee e risorse	PUNTI DI DEBOLEZZA (W) <ul style="list-style-type: none">Resistenze degli operatori aziendali al processo di cambiamento organizzativo e culturale
ESTERNO	OPPORTUNITA' (O) <ul style="list-style-type: none">Alta fidelizzazione della clientelaUmanizzazione delle cure e aumento dell'efficacia e dell'efficienza della presa in carico	MINACCE (T) <ul style="list-style-type: none">Attuale contesto economico criticoScetticismo verso il Privato Accreditato

AMBITO F TECNOLOGICO INFRASTRUTTURE	POSITIVO	NEGATIVO
INTERNO	PUNTI DI FORZA (S) <ul style="list-style-type: none">Posizione geografica: la struttura è ubicata in una località di mare che offre un ambiente rilassante e terapeutico per i pazientiacquisto di nuove apparecchiature ed innovazione del parco tecnologico (TC, RM ed Ecografi di ultima generazione) a supporto della diagnosiUtilizzo applicativi informaticiProcesso di restyling della struttura a blocchi	PUNTI DI DEBOLEZZA (W) <ul style="list-style-type: none">Limitazioni infrastrutturali: la struttura presenta limitazioni nello spazio disponibile per espandere i servizi e/o accogliere un maggior numero di pazientiNecessità di manutenzione delle strutture che insistono su edifici datatiAssenza di una piattaforma informatica univoca per la gestione della documentazione sanitaria (cartella informatizzata)
ESTERNO	OPPORTUNITA' (O) <ul style="list-style-type: none">Presenza sul mercato di una vasta offerta per l'acquisizione di beni tecnologiciNuovi software/applicativi	MINACCE (T) <ul style="list-style-type: none">Difficoltà nel raggiungimento della struttura con i mezzi pubbliciCaratteristiche geografiche del territorioHackeraggio



AMBITO PRESTAZIONI DELL'ORGANIZZAZIONE	POSITIVO	NEGATIVO
INTERNO	PUNTI DI FORZA (S) <ul style="list-style-type: none">• Molteplici setting in grado di soddisfare i bisogni assistenziali della popolazione afferente alla ASP di Crotone e specialità svolte in esclusiva per un bacino di utenza sovraprovinciale• Multidisciplinarietà delle prestazioni ambulatoriali• Gestione liste - contenimento dei tempi di attesa• Sistema Gestione Qualità certificato• Servizio più veloce rispetto ai canali del SSN	PUNTI DI DEBOLEZZA (W) <ul style="list-style-type: none">• Setting assistenziali principalmente rivolti alla popolazione adulta• Difficoltà nell'approccio integrato multidisciplinare• Carenza di personale
ESTERNO	OPPURTUNITA' (O) <ul style="list-style-type: none">• Aumento delle patologie croniche - maggiore richiesta di prestazioni• Aumento sul territorio della richiesta di post acuzie• Maggiore consapevolezza, da parte della popolazione, dell'importanza della salute• Cessazione dello stato di emergenza	MINACCE (T) <ul style="list-style-type: none">• Politiche regionali di contenimento della spesa sanitaria, criteri applicati dalla Regione per la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni erogate• Aumento della concorrenza delle strutture private convenzionate

AMBITO COMUNICAZIONE	POSITIVO	NEGATIVO
INTERNO	PUNTI DI FORZA (S) <ul style="list-style-type: none">• Utilizzo dei mezzi comunicativi ufficiali (Mail, PEC)• Rinnovamento del sito WEB e dei social media• Software gestionale interno per il personale	PUNTI DI DEBOLEZZA (W) <ul style="list-style-type: none">• Assenza di Cartella Clinica informatizzata• Personale reticente all'utilizzo dei mezzi comunicativi ufficiali
ESTERNO	OPPURTUNITA' (O) <ul style="list-style-type: none">• Offerta mediatica	MINACCE (T) <ul style="list-style-type: none">• Sicurezza informatica - Hacker



12. RESOCONTO ATTIVITA' 2023

SINTESI ATTIVITA' 2023		
ATTIVITA'	STATO	NOTE
ATTIVITA' 1: Organizzare ed effettuare almeno un nuovo corso di formazione relativo alla gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure.	OK	Corso formativo interno per tutto il personale con n. 6 incontri effettuati tra il 22 novembre 2023 ed il 15 dicembre 2023
ATTIVITA' 2: Controllo random di almeno 30 cartelle cliniche per ogni reparto con indicatori predefiniti	OK	Controllo effettuato dal Direttore Sanitario
ATTIVITA' 3: Implementazione prevenzione e gestione lesioni da pressione	OK	Formazione del personale con istruzioni operative
ATTIVITA' 4: Gestione documentazione sanitaria	OK	Revisione della modulistica relativa a: PRI, Foglio terapia degenti, Cartella infermieristica, Procedura approvvigionamento farmaci e presidi sanitari. Istruzioni al personale per la compilazione
ATTIVITA' 5: Prevenzione delle cadute in reparto	OK	Formazione del personale con istruzioni operative
ATTIVITA' 6: Gestione ferite chirurgiche e prevenzione infezioni	OK	Formazione del personale con istruzioni operative
ATTIVITA' 7: Prevenzione eventi avversi secondo la classificazione ministeriale	OK	Condivisione con i reparti del documento ministeriale
ATTIVITA' 8: Mantenimento delle misure di prevenzione e contenimento dell'infezione da SarsCov-2	OK	Periodiche direttive da parte del Direttore Sanitario secondo l'andamento epidemiologico
ATTIVITA' 9: riduzione del rischio biologico del personale sanitario per esposizione a materiale biologico del paziente	OK	Formazione del personale con istruzioni operative

13. Obiettivi Strategici previsti per l'anno 2024

Il presente PARM 2024 intende consolidare e migliorare le azioni necessarie alla prevenzione dei rischi e, a tal proposito, in coerenza con la Mission aziendale, sono stati identificati i seguenti obiettivi strategici:



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	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.
E	Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)

13.1 PIANO DI MIGLIORAMENTO 2024

Il piano di miglioramento aziendale della Casa di Cura S. Rita viene aggiornato annualmente in ottemperanza della Normativa ISO 9001/2015 attraverso un'attenta e dettagliata mappatura dei processi. Si riporta di seguito la parte relativa esclusivamente agli obiettivi strategici sopraelencati.

Obiettivo A	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure
Attività	Implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute relative alla gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure N.: 1-2-3-4-7-9-12-13-17-18-19
Indicatore	<ol style="list-style-type: none">1. Stampa e diffusione tra gli operatori dei documenti ministeriali2. Effettuazione di un corso formativo riguardante le tematiche del rischio clinico più confacenti alla struttura, con coinvolgimento di almeno il 50% del personale sanitario (entro il 31/12/2024)3. Riunioni con i responsabili delle unità operative per definire e condividere percorsi operativi di implementazione delle raccomandazioni con possibilità di nomina di responsabili-facilitatori per settori specifici

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	Monitoraggio eventi sentinella secondo la classificazione ministeriale
Indicatore	<ol style="list-style-type: none">1. Stampa e diffusione tra gli operatori della documentazione di riferimento2. Revisione del sistema di segnalazione secondo la metodologia "incident reporting" e adozione scheda aziendale con riferimento ai mod. A e B ministeriali3. Controllo random a cadenza mensile delle cartelle cliniche per ogni reparto4. Aggiornamento e revisione della modulistica dei reparti con unificazione dei format utilizzati laddove è possibile5. Formazione del personale sulle modalità di compilazione



Obiettivo C	Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture
Attività	Implementazione della Raccomandazione del Ministero della Salute n. 8 "Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"
Indicatore	<ol style="list-style-type: none">1. Diffusione della Raccomandazione e riunioni con il personale per definire e analizzare situazioni a rischio.2. Iniziative di comunicazione preventiva agli utenti riguardo alle regole di funzionamento della Casa di Cura S. Rita.

Obiettivo D	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo
Attività	Up date corso di formazione degli operatori sanitari sul tema della Antimicrobial Resistance
Indicatore	<ol style="list-style-type: none">1. Esecuzione corso entro il 31.01.2025 con una partecipazione degli operatori sanitari superiore al 50%2. Adozione del protocollo interno e delle schede di notifica per le infezioni contratte nel nosocomio

Obiettivo E	Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo
Attività	Revisione procedure di Direzione Sanitaria riguardanti la gestione delle ICA
Indicatore	<ol style="list-style-type: none">1. Test giornalieri, settimanali e annuali per la validazione dei cicli di sterilizzazione delle autoclavi2. Campionamenti microbiologici acqua, aria superfici3. Adozione delle misure di prevenzione legate alla produzione, trasporto, distribuzione e consumo degli alimenti (HACCP)

14. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

Al fine di raggiungere gli obiettivi indicati il Direttore Sanitario e la Direzione Aziendale si impegnano ad assicurare:

- Presentazione del PARM ai Responsabili Medici, Coordinatori Infermieristici ed eventuale altro personale ritenuto strategico nella diffusione e realizzazione dello stesso;
- Disponibilità del PARM in formato cartaceo presso le medicherie della Struttura;
- Iniziative di diffusione e condivisione del PARM a tutti gli operatori sanitari operanti nella struttura;
- Pubblicazione sull'Intranet e sito internet aziendale.



15. 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. GLOSSARIO del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza;
3. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “SaveSurgerySave Live”;
4. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
5. Reason J. Human error. Cambridge: Cambridge University Press 1990.
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QDQQUSO5JPMJ:www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp%3Fid%3D250%26area%3Dqualita%26menu%3Dsicurezza+&cd=1&hl=it&ct=clnk&gl=it
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
8. WHO Draft guidelines for adverse events reporting and learning system.
9. Libro Bianco “Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell’UE per il periodo 2008-2013”
10. AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators
11. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: new health care system for the 21 century
12. Halling and Donaldson London. Implementing clinical governance: turning vision into reality
13. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system Washington, DC:National Accademic Press, 1999.
14. Donadebian A. The effectiveness of quality assurance. Int J Qual Health Care 1996;8:401-7
15. Vincent C, Amalberti R. Safer Healthcare, strategy for the real world
16. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997
17. Eventi sentinella, Ministero della Salute 2024