



PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT
ANNO 2019
CENTRO DI RIABILITAZIONE DI VIA DIONISIO (RM)

Documento di adozione del Piano Annuale di Risk Management (PARM 2019)

Roma, 12 febbraio 2019

www.nuovasair.it

Roma - 00131
Viale del Tecnopolo, 83
Tel. 06 40800472
Fax 06 40800200
nuovasair@nuovasair.it

Milano - 20124
Via Emilio Cornalia, 10
Tel. 02 36763540
Fax 02 36763549
nuovasair.mi@nuovasair.it

NUOVA SAIR COOPERATIVA SOCIALE ONLUS

C.F. e Partita IVA n. 04197741004

Albo Regionale Coop. Sociali Reg. Lazio - Sez. A n. 24/76

Albo Nazionale Società Cooperative n. A113529

C.C.I.A.A. di Roma n. 741560



INDICE

1	PREMESSA	3
1.1	Contesto organizzativo	3
1.2	Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	4
1.3	Descrizione della posizione assicurativa	6
1.4	Resoconto delle attività del PARM precedente	6
2	MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM	7
3	OBIETTIVI	7
4	ATTIVITA'	8
5	MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM	11
6	RIFERIMENTI NORMATIVI	12
7	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	13

1 PREMESSA

1.1 Contesto organizzativo

Il rilascio alla Cooperativa Nuova Sair del titolo di accreditamento istituzionale definitivo da parte della Regione Lazio (DCA 327 del 20 luglio 2017) ha, di fatto, concluso il percorso di qualificazione avviato nel 2011, in seguito alla divisione dei rami di azienda del Consorzio Ri.Rei.

Il Presidio di riabilitazione in favore di persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale (ex art. 26 L. 833/78) denominato "Presidio di Via Dionisio", sito in via Dionisio, 84-90, gestito dalla Nuova Sair Onlus, in virtù di tale atto, risulta accreditato per:

- a) n. 140 posti semiresidenziali di cui n. 50 in modalità estensiva e n. 90 in mantenimento suddivisi in n. 80 ad alto carico assistenziale e n.10 a basso carico assistenziale
- b) e per lo svolgimento dei trattamenti in regime ambulatoriale e domiciliare nei limiti della capacità massima autorizzata: n. 70 trattamenti ambulatoriali e n. 90 trattamenti domiciliari

I servizi oggetto del presente PARM sono i seguenti:

a) Servizio semiresidenziale

L'organizzazione attuale del Centro prevede la suddivisione in 11 nuclei, omogenei per caratteristiche cliniche ed assistenziali. Le prestazioni previste dal progetto riabilitativo sono erogate all'interno del nucleo e presso le palestre e i laboratori educativi.

Il personale educativo e assistenziale è presente all'interno dei nuclei durante tutto l'orario di apertura. Per ogni nucleo è previsto uno psicologo di riferimento dell'equipe.

I laboratori attualmente attivi sono i seguenti: didattica, cucina, pittura, teatro, falegnameria, attività motoria.

Le attività di laboratorio si svolgono, di norma, tra le 10,00 e le 11,45. Il programma delle attività e l'elenco dei pazienti che vi partecipano sono definiti con cadenza semestrale dalle equipe.

b) Servizio domiciliare

Il servizio domiciliare è attivo dalle 8.00 alle 20.00 dal lunedì al sabato.

La Centrale operativa è aperta dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle 15.00 e il sabato dalle 8.30 alle 14.30.

c) Servizio ambulatoriale

L'Ambulatorio di Via Dionisio accoglie minori con autismo e disturbi generalizzati dello sviluppo.

Gli orari di accesso all'ambulatorio sono dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 17.00 e il sabato dalle ore 8.00 alle ore 14.00.

Tab. 1 - DATI STRUTTURALI anno 2018

Regime	Modalità assistenziale	n. trattamenti giornalieri
Semiresidenziale	Estensivo	50
	Mantenimento	90
Ambulatoriale		70
Domiciliare		90

Fonte: Direzione Sanitaria - dati aggiornati al 12/02/2019

Tab. 2 - DATI DI ATTIVITA' anno 2018

Regime	Modalità assistenziale	N. accessi
Semiresidenziale	Estensivo	31.966*
	Mantenimento	
Ambulatoriale		20.790
Domiciliare		26.674

* il dato è espresso in giornate di assistenza - Fonte: Direzione Sanitaria - dati aggiornati al 12/02/2019

1.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Dal 2012, il Presidio ha adottato una procedura specifica per la prevenzione dei rischi correlati all'attività riabilitativa e alla rilevazione di eventi potenzialmente critici. Di tale procedura è stata data comunicazione agli operatori.

Tabella 3 – Eventi segnalati nel 2018 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0 (0%)	Strutturali (0 %) Tecnologici (0 %) Organizzativi (% 100) Procedure/Comunicazione (0 %)	Strutturali (0 %)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi	4 (100%)		Tecnologici (0 %)	
			Organizzativi (100%)	
Eventi Sentinella	0 (0%)		Procedure/Comunicazione (0%)	

Fonte: Direzione Sanitaria - dati aggiornati al 12/02/2019

Tabella 4 – Definizioni

Evento (Incident)	Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente
Evento avverso (Adverse event)	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 avverso da	Qualsiasi evento indesiderato che si verifica durante una terapia farmacologica,

farmaco (Adverse drug event)	per effetto dell'uso o del non uso di un farmaco, ma non strettamente correlato all'azione del farmaco stesso. Gli eventi avversi da farmaco comprendono: eventi avversi da farmaco prevenibili, ovvero causati da un errore in terapia ed eventi avversi da farmaco non prevenibili, che avvengono nonostante l'uso appropriato, definiti come "reazioni avverse a farmaci" (ADR)
Evento evitato (Near miss o close call)	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 sentinella (Sentinel event)	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.

Tabella 5 – Sinistrosità e risarcimenti, non riguardanti danni a cose, erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4 co. 3 L. 24/2017) inerenti il Presidio di Via Dionisio – Roma

ANNO	NUMERO SINISTRI	DATA CHIUSURA SINISTRO	RISARCIMENTI EROGATI
2013	1	13.04.2015	€ 1.000,00
2014	-	-	-
2015	-	-	-
2016	-	-	-
2017	1	11.10.2017	Chiuso senza seguito
2018	-	-	-

1.3 Descrizione della posizione assicurativa

Periodo copertura	N. Polizza	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
Dal 31.12.2018 Al 31.12.2019	000510.32.300024	CATTOLICA ASS.NI	€ 56.790,00 Importo del conguaglio non ancora comunicato dalla Compagnia Ass.	Franchigia assoluta per danni a cose €1.000,00	Assiteca S.p.A.
Dal 07.10.2017 Al 31.12.2018	000510.32.300024	CATTOLICA ASS.NI	€ 69.883,24 Importo del conguaglio non ancora comunicato dalla Compagnia Ass.	Franchigia assoluta per danni a cose €1.000,00	Assiteca S.p.A.
Dal 07.10.2016 al 07.10.2017	000510.32.300024	CATTOLICA ASS.NI	€ 39.675,00 Oltre a conguaglio di € 14.207,84	Franchigia assoluta per danni a cose €1.000,00	Assiteca S.p.A.
Dal 07.10.2015 Al 07.10.2016	000510.32.300024	CATTOLICA ASS.NI	€ 36.150,00 Oltre a conguaglio di € 19.626,63	Franchigia assoluta per danni a cose €1.000,00	Assiteca S.p.A.

1.4 Resoconto delle attività del PARM precedente

Il presente Piano Annuale di Risk Management, relativo all'anno 2018, rappresenta il primo PARM del Presidio di Via Dionisio.

2 MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM

Azione	Responsabilità				
	Risk manager	Direttore Generale	Direttore Sanitario	Direttore Amministrativo	Strutture Amministrative e Tecniche di supporto
Redazione PARM e proposta di deliberazione	R	C	C	C	-
Adozione PARM con deliberazione	I	R	C	C	-
Monitoraggio PARM	R	I	C	C	C

3 OBIETTIVI

Obiettivo strategico A – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

Obiettivo strategico 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

4 ATTIVITA'

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure			
ATTIVITA' 1 —La gestione del rischio clinico attraverso la metodologia della Root Cause Analysis (RCA)			
INDICATORE Erogazione del corso entro il 31/07/2019			
STANDARD SI			
FONTE Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria	Ufficio Formazione
Progettazione del corso	R	C	C
Erogazione del corso	I	C	R

R = Responsabile C = Coinvolto I = Informato

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure			
ATTIVITA' 2 - La prevenzione delle cadute accidentali dei pazienti.			
INDICATORE Erogazione del corso entro il 31/07/2019			
STANDARD SI			
FONTE Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria	Ufficio Formazione
Progettazione del corso	R	C	C
Erogazione del corso	I	C	R

R = Responsabile C = Coinvolto I = Informato

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure			
ATTIVITA' 3 - La movimentazione manuale della persona / paziente (MMP)			
INDICATORE Erogazione del corso entro il 31/07/2019			
STANDARD SI			
FONTE Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria	Ufficio Formazione
Progettazione del corso	R	C	C
Erogazione del corso	I	C	R

R = Responsabile C = Coinvolto I = Informato

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			
ATTIVITA' 4 – Elaborazione di un protocollo interno per la corretta preparazione e somministrazione dei pasti			
INDICATORE APPLICAZIONE ENTRO IL 31/03/2019			
STANDARD			
<ul style="list-style-type: none"> o Presenza della procedura condivisa o Applicazione della procedura elaborata 			
FONTE Direzione Sanitaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria	Ufficio Qualità
Elaborazione del protocollo	C	C	C
Distribuzione e formazione/informazione agli operatori	I	R	C
Monitoraggio	I	R	C

R = Responsabile C = Coinvolto I = Informato

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		
ATTIVITA' 5 – Elaborazione di un protocollo interno per la corretta gestione delle crisi epilettiche		
INDICATORE APPLICAZIONE ENTRO IL 30/04/2019		
STANDARD		
<ul style="list-style-type: none"> o Presenza della procedura condivisa o Applicazione della procedura elaborata 		
FONTE Direzione Sanitaria		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria e Ufficio Qualità
Elaborazione del protocollo	R	C
Distribuzione e formazione/informazione agli operatori	I	R
Monitoraggio	C	R

R = Responsabile C = Coinvolto I = Informato

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		
ATTIVITA' 6–Revisione del protocollo interno per la prevenzione delle cadute		
INDICATORE APPLICAZIONE ENTRO IL 30/04/2019		
STANDARD		
<ul style="list-style-type: none"> o Presenza della procedura condivisa o Applicazione della procedura elaborata 		
FONTE Direzione Sanitaria		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria e Ufficio Qualità
Elaborazione del protocollo	R	C
Distribuzione e formazione/informazione agli operatori	C	R
Monitoraggio	C	R

R = Responsabile C = Coinvolto I = Informato

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		
ATTIVITA' 7– Elaborazione di un protocollo interno per la gestione della P.E.G.		
INDICATORE APPLICAZIONE ENTRO IL 30/04/2019		
STANDARD		
<ul style="list-style-type: none"> o Presenza della procedura condivisa o Applicazione della procedura elaborata 		
FONTE Direzione Sanitaria		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria e Ufficio Qualità
Elaborazione del protocollo	R	C
Distribuzione e formazione/informazione agli operatori	C	R
Monitoraggio	C	R

5 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM

Il PARM 2019 è disponibile sul sito web della Cooperativa Sociale Nuova Sair. Tutte le azioni previste saranno oggetto di coinvolgimento del personale sia attraverso comunicazioni formali sia attraverso la bacheca interna del Centro di Riabilitazione di via Dionisio.

6 RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
7. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante “Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131”;
8. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del documento recante ‘Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”;
9. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”;
10. 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”;
11. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
12. Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”;
13. Determinazione 11 gennaio 2019, n. G00164 Approvazione e adozione del documento recante le “linee guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”.
14. Norma UNI EN ISO 9001:2015 Sistemi di gestione per la qualità - Requisiti.

7 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;

2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";

3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;

4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;

5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;

6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;

7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza;