

Casa di Cura Romolo Hospital

Sede Legale: Via Napoli 6, 88900 – Crotone KR

**Sede Operativa: Via Sandro Pertini snc- Loc. Cupone
- 88821 Rocca di Neto (KR)**

www.romolohospital.it



MANUALE DELLA QUALITA' E DEL RISCHIO CLINICO

PIANO ANNUALE RISK MANAGMENT 2023

(PARM 2023)



Rocca di Neto, 12/12/2022

A Cura dell'Unità di Gestione del Rischio Clinico e Tecnologico e Tecnologico:

Datore di Lavoro

Carmela Sanguedolce

Patient Safety Manager / RSPP

Dott. Ing. Antonio Silvestro Amodeo

Direttore Sanitario / Risk Manager

Prof. Ubaldo Prati

Covid Manager

Avv. Romolo Sanguedolce

RLS

Rag. Roberto Serratore

Medico Competente

Dott. Orlando Amodeo

Sommario

1.	PREMESSA.....	2
1.1	CONTESTO ORGANIZZATIVO	2
1.2	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E RISARCIMENTI EROGATI	3
1.2.1	Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della l. 24/2017) 6	
1.3	RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PARM PRECEDENTE 2021	6
2.	MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	7
3.	OBIETTIVI	7
3.1	ATTIVITA'	8
4.	MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM	18

1. Premessa

Con l'avvento su scala mondiale della pandemia da sars-cov-2 la casa di cura romolo hospital ha deciso, già nel marzo 2020, di dotarsi di una propria unità di gestione del rischio clinico e tecnologico e tecnologico (di seguito ugr). Tale ugr al cui interno sono presenti:

- Coordinatore unità di gestione del rischio clinico e tecnologico
- Patient safety manager
- Risk manager
- Direttore sanitario
- Covid manager
- Rsl
- Responsabile qualità
- Legale rappresentante

Ha avuto una significativa implementazione di tutte le attività, fornendo un riferimento costante e incrementale nella risoluzione di criticità quotidiane permettendo la creazione di una rete strutturata per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

L'attività del uc permette di:

- Approvare i contenuti del piano annuale di risk management (di seguito parm) e valutare la qualità e il grado di implementazione;
- Supportare nella progettazione di attività di formazione e ricerca sul tema della sicurezza delle cure;
- Revisionare documenti inerenti la sicurezza delle cure;
- Supportare l'esecuzione di audit esterni di gestione del rischio clinico per l'analisi di eventi di particolare rilevanza.

1.1 Contesto organizzativo

La casa di cura romolo hospital s.r.l., con sede operativa in loc. Cupone, rocca di neto (kr), è una struttura sanitaria privata che opera da oltre vent'anni in regime di accreditamento con il ssr nel distretto dell'a.s.p. di crotone, attualmente accreditata con dca n.71 del 4/05/2017, per l'erogazione di prestazioni sanitarie nelle specialità di:

- Urologia (cod. 43), per numero 40 posti letto, di cui 37 in ricovero ordinario e 3 posti letto in day surgery;
- Riabilitazione intensiva (cod. 56), ad indirizzo prevalente urologico/respiratorio, per numero 12 posti letto in ricovero ordinario e numero 2 posti letto in day hospital;
- Specialistica ambulatoriale nelle discipline di urologia.

La casa di cura nell'anno 2022 ha erogato in regime di ricovero ordinario/dh n. 1436 prestazioni di cui 1379 di branche chirurgiche con durata media di 3,42 giorni e n. Prestazioni 293 di riabilitazione urologica con durata media di 4,31 giorni. Ci sono stati zero "0" decessi riconducibili alle patologie di cui i pazienti

erano portatori. La casa di cura ha erogato in regime pacc (percorsi ambulatoriali coordinati e complessi) prestazioni n. 2080 di cui 795 di pacc tipo chirurgico e n. 1285 di pacc tipo medico.

1.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e risarcimenti erogati

L'unità di gestione del rischio clinico e tecnologico (UGR) ha provveduto ad implementare misure per la prevenzione, gestione e monitoraggio del rischio in sanità.

Dispone di un sistema di *incident reporting* aziendale al quale pervengono le segnalazioni anonime degli operatori sanitari.

L'emergenza pandemica, protratta per tutto il 2021 ed anche il 2022, probabilmente oltre il termine di decadimento dello stato di emergenza nazionale fissato il 31/12/2022, non ha determinato comunque un aumento della numerosità delle segnalazioni (anno 2022 totale n° 5 segnalazioni grafico 1) a favore di segnalazioni in riferimento alla sicurezza dei percorsi, del paziente e degli operatori a cui il risk management ha risposto in collaborazione con altri servizi interessati, con l'attivazione di percorsi dedicati.



Grafico 1. Dati su segnalazioni pervenute all'incident reporting anno 2022

Nella tabella sono riportati i *near miss*, ovvero “*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*”, gli *eventi avversi* ovvero “*evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile*” e gli *eventi sentinella* ovvero “*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 [...]*”⁴.

Il totale degli eventi rilevati l’anno 2022 sono 5.

Le segnalazioni inserite sono state accorpata seguendo la classificazione di cui nel dettaglio:

- ✓ Near miss (quasi eventi) n° 5 pari al 100 % sul totale degli eventi.
- ✓ Evento avverso (evento lieve / moderato) n° 0 pari allo 0 % sul totale degli eventi.
- ✓ Evento sentinella (evento severo/morte) n°0 pari allo 0% sul totale degli eventi⁵.

I principali fattori e cause contribuenti fanno riferimento agli eventi sottoposti ad analisi secondo il “*decreto ministeriale 2 aprile 2015 n. 70; regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*”

Eventi segnalati nel 2022 (ai sensi dell’art. 2, comma 5 della l. 24/2017)

Tipo di evento	Numero	Principali fattori causali / contribuenti	Azioni di Miglioramento	Fonte del dato
Near miss	5 (100%)	Organizzativi (80%) procedure/ comunicazione (20%)	Strutturali (10%) Tecnologici (10%) Organizzativi (65%) Procedure/ Comunicazione (15%)	Incident reporting (100%)
Evento avverso	0			
Evento sentinella	0			
Totale	5			

1.2.1 Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della l. 24/2017)

2017	0	0 €
2018	0	0 €
2019	0	0 €
2020	0	0 €
2021	0	0 €

Nella tabella vengono riportati solo i risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.).

1.3 Resoconto delle attività del PARM precedente 2022

Nel corso del 2022 l'UGR ha continuato ad effettuare una revisione della qualità documentale delle procedure relative all'implementazione delle raccomandazioni ministeriali in materia di rischio clinico.

Il PARM del 2023 contiene in riassunto:

1. La revisione ovvero la elaborazione delle procedure secondo le indicazioni della linea guida.
2. La revisione delle procedure emanate prima del 2017.
3. L'implementazione dei documenti regionali adottati in materia di gestione del rischio clinico.
4. Le attività svolte nell'anno 2022 secondo gli obiettivi strategici indicati sul modello PARM.

2. matrice delle responsabilita'

Azione	Risk manager	Rap. Legale	Direttore sanitario	Resp. Area legale	Strutture amministrative e tecniche Di supporto
Redazione PARM	R	C	C	C	-
Adozione PARM	I	R	C	C	-
Monitoraggio PARM	R	I	C	C	C

I= informato
R= responsabile
C= coinvolto

3. Obiettivi e Piano Formazione

Il piano annuale di risk management del 2023 intende proseguire e rafforzare le azioni avviate già nel 2020 per il miglioramento della sicurezza delle cure partendo dalla necessità di diffondere la cultura no-blande, l'approccio all'errore come opportunità di apprendimento, e miglioramento continuo.

Le attività previste dal PARM concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza delle cure, sostenibilità finanziaria e quindi il perseguimento degli obiettivi attribuiti dalla casa di cura romolo hospital al legale rappresentante.

Sono stati considerati gli obiettivi strategici e la strutturazione del documento per quanto riguarda i dati e le informazioni sulle attività, e specialistica

- a. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- b. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativo, 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. Partecipare alle attività regionali in tema di risk management

3.1 Attività'

Obiettivo a) diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività'1) progettazione ed esecuzione del corso <i>“le raccomandazioni ministeriali e le procedure aziendali.”</i>		
Indicatore: esecuzione di almeno un evento formativo entro il 31/12/2023		
Standard: si		
Fonte: risk management		
Matrice delle responsabilità'		
Azione	Risk manager	Centro ecm
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

Obiettivo a) diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività 2) progettazione ed esecuzione corso sulla <i>“responsabilità professionale degli operatori esercenti la professione sanitaria”</i> .		
Indicatore: : esecuzione di almeno un evento formativo entro il 31/12/2023		
Standard: si		
Fonte: risk management		
Matrice delle responsabilità		
Azione	Risk manager	Centro ecm
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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 1) – mantenimento della certificazione secondo la uni en iso 9001:2015

Indicatore: mantenimento della certificazione entro 31/12/2023.

Standard: si

Fonte: risk management

Matrice delle responsabilità

Azione	Risk manager/ sistema gestione qualità	Resp. Area ricerca e sviluppo
Progettazione della certificazione	R	C
Audit interni	R	I
Monitoraggio attività	R	I

Obiettivo b) migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi/avversi

Attività 2). Revisione della procedura sulla "riconciliazione farmacologica" raccomandazione ministeriale n°17

Indicatore: emissione della procedura entro 31/12/2023.

Standard: si

Fonte: risk management

Matrice delle responsabilità

Azione	Risk manager/ sistema gestione qualità	Direzione sanitaria
Progettazione della revisione	R	C
Validazione della revisione	C	R
Emissione della revisione	R	C

Obiettivo b) migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi/avversi

Attività 3) revisione della procedura sulla "prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" raccomandazione ministeriale n°

Indicatore: revisione delle procedure entro il 31/12/2023.

Standard: si

Fonte: risk management

Matrice delle responsabilità

Azione	Risk manager/ sistema gestione qualità	Direzione sanitaria
Progettazione della revisione	R	C
Validazione della revisione	C	R
Diffusione della revisione	R	C

Obiettivo b) migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi/avversi

Attività 4) revisione della procedura sulla "morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero). Raccomandazione ministeriale n°11

Indicatore: revisione delle procedure entro il 31/12/2023.

Standard: si

Fonte: data base risk management

Matrice delle responsabilità

Azione	Risk manager/sistema gestione qualità	Direzione sanitaria
Progettazione della revisione	R	C
Validazione della revisione	R	C
Diffusione della revisione	R	C

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 5) monitoraggio aderenza alle indicazioni su appropriatezza documentale/comportamentale su campione di cartelle cliniche, secondo buone pratiche/normativa.

Indicatore: esecuzione osservazione entro il 31/12/2023*.

Standard: 100 cartelle cliniche

Fonte: archivio cartelle cliniche casa di cura romolo hospital

Matrice delle responsabilità

Azione	Risk manager/sistema gestione qualità	Direzione sanitaria
Progettazione del monitoraggio	R	C
Esecuzione monitoraggio	R	C
Restituzione dati monitoraggio	R	C

- La tipologia di osservazione (retrospettiva ecc.) Sarà determinata dall’evoluzione dello statopandemico.

Obiettivo c) favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

Attività 1) partecipazione alle riunioni del uc

Indicatore: numero totale delle convocazioni del uc/numero di presenze convocazione (al netto delle assenze giustificate) dell'anno 2022

Standard: 80%

Fonte: uc

Matrice delle responsabilità

Azione	Risk manager	Uc
Convocazione riunione uc	C	R
Partecipazione alle riunioni uc	R	C

Obiettivo c) favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

Attività 2). Partecipazione alle riunioni del cvs

Indicatore: numero totale delle convocazioni del cvs/numero di presenze alle convocazioni (al netto delle assenze giustificate) dell'anno 2022

Standard: 80%

Fonte: cvs

Matrice delle responsabilità

Azione	Risk manager	Cvs
Convocazione riunione cvs	C	R
Partecipazione riunioni cvs	R	C

Obiettivo d) partecipare Alle attività regionali in tema di risk management		
Attività 1) inserimento nel simes dei near miss, eventi avversi ed eventisentinella.		
Indicatore: esecuzione dell'inserimento near miss, eventi avversi ed eventi sentinella pervenuti tramite incident reporting / sinistri / iniziative autorità giudiziaria entro il 31/12/2023 secondo indicazioni ministeriali.		
Standard: si		
Fonte: incident reporting aziendale, ministero delle salute -		
Matrice delle responsabilità		
Azione	Risk manager	Crrc
Inserimento evento	R	I
Trattamento evento	R	I
Monitoraggio attività	R	I

Legenda:
R = responsabile
C = coinvolto
I = interessato

4. Modalita' di diffusione del PARM

Il PARM sarà diffuso tramite:

1. Pubblicazione sul portale aziendale internet (seguire qr code da intestazione).
2. Invio a mezzo mail ai responsabili di uu.oo. E ai referenti dei servizi.

Rocca di Neto
15/12/2022

Il Direttore Sanitario
Ubaldo Prati