

PIANO
AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL
RISCHIO (PAGR)

Sommario

PREMESSA	3
CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
1.2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	4
1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	5
2 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE	5
3 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	5
4 OBIETTIVI	6
4.1 LE ATTIVITÀ PER IL 2022	6
5 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO	8
6 RIFERIMENTI NORMATIVI	8

PREMESSA

Il piano aziendale della Gestione del rischio, qui contenuto e relativo all'anno 2022 si sviluppa nel rispetto delle nuove linee guida regionali. Dove nell'ottica del miglioramento continuo della qualità e della Esperienza trascorse.

Qui si tenta di integrare il contenuto espresso e le risultante del rischio clinico e occupazionale in senso lato, con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio

CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il presente piano si applica alla Comunità di Capodarco (in breve e di seguito CC). La CC agisce come struttura privata accreditata/convenzionata e le prestazioni erogate comprendono:

- Ricovero e cura dei malati disabili
- Visite mediche, in regime di ricovero o ambulatoriale

Sono presenti le seguenti strutture:

- La Villa: Residenziale 45 posti letto (15 RD3 e 30 RD2) e 15 p. Semiresidenziale (SRdis1)
- Centro Sant'Andrea Residenziale: 12 p.l. RD2
- Centro Santa Elisabetta Semiresidenziale: 20 p.l. Srdis1
- Centro Ambulatoriale Capodarco: CAR

Complessivamente sono presenti 92 p.l. suddivisi su tre strutture Autorizzate.

Il numero di giornate annue all'interno dei residenziali cubano 13.687 presenze, nei semiresidenziali 4.500 presenze circa e negli ambulatoriali 8.932 presenze.

Il personale dipendente e consulente si aggira sulle 128 unità.

ORGANIZZAZIONE		
AREA	FIGURA	NUMERO PERSONALE COMPLESSIVO
MANAGERIALE	DIRETTORE	1
	RESPONSABILI AREA	3
CLINICO	MEDICI	1
	INFERMIERI	9
	FISIOTERAPISTI	16
	PSICOLOGI	1

	EDUCATORE	10
	ASS. SOCIALE	1
	NUMERO TOT. DI CONSULENTI	28
	IMPIEGATI	11
ASSISTENZIALE	OSS	34
	OSA E OPERATORI GENERICI (CUOCHE/ PULIZIE)	13
TOT		128

DATI ANNO 2022			
SERVIZIO	INSERITI	DIMESSI	TOTALE GIORNATE PRESENZA
VILLA	6	5	13.687
CSA	1	1	1.648
CSE	0	0	2.937
CAR (TOT)	143	36	8.932

1.2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E NEAR-MISS E SUI RISARCIMENTI EROGATI

DIPENDENTI

DIPENDENTI	INFORTUNI	NEAR-MISS
2020	2	0
2021	4	1
2022	1	0
tot	7	1

Il near-miss è di un dipendente (impiegato), nel 2022, relativo ad un'azione di piegamento per riassetto carta nella stampante. Cosa che non si è più ripetuta nell'anno 2022. Alla radice del problema dall'analisi effettuata è risultato determinante la limitata disponibilità di spazi che hanno determinato un posizionamento errato della stampante. A tale riguardo l'Azione Correttiva applicata è stata quella di trasferire gli uffici amm.vi all'interno dei locali adiacenti la struttura (ex teodori) per avere locali adeguati alle mansioni

OSPITI

OSPITI	Numero totale Eventi	Numero totale cadute
2020	0	0
2021	0	0
2022	1	1

tot	1	1
-----	---	---

CADUTE:

Nell'anno 2022 si è verificata una caduta all'interno della struttura di Capodarco Villa come di seguito riportato e gestito con migliormento.

RISCHIO CLINICO	ATTIVITA'	modo giusto / errore	G	P	E	IPR - pre	causa	migliormento	G	P	E	IPR - post
CADUTA (A.S.)	esecuzione di eliminazione urinaria all'interno del bagno in camera	mancato riassetto della leva antiribaltamento	7	3	4	84	distrazione operatore errore umano	cambio di manovra di ingresso al bagno (senza alzare la leva)-o utilizzare bagno con ingresso pi ampio - sensibilizzare con operatori le manovre rivolte agli ospiti	7	1	2	14

INFEZIONI

Nell'arco dell'anno si è verificata una infezione come di seguito riportato e gestita con un miglioramento

RISCHIO CLINICO	ATTIVITA'	modo giusto / errore	G	P	E	IPR - pre	causa	migliormento	G	P	E	IPR - post
ICA (PAZ S.M)	igiene perineale in soggetto con catetere vescicale	inadeguato numero di igiene perineale giornalieri	4	6	4	96	produzione di feci liquide e abbondanti per episodio virale	aumentare il numero di attività di igiene programmata da 3 a 4, e applicazione di fermenti lattici	4	2	4	32

1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Sono state valutate le polizze utilizzate e acquistate da Capodarco ETS da un punto di vista del numero di polizze, le garanzie previste, le compagnie fornitrici, i premi assicurativi e le franchigie applicate.

Si è evidenziato, come programmato, un lavoro negli ultimi tre anni di rimodulazione e ottimizzazione. Questo ha portato nel 2022 un risultato che valorizza le garanzie per un 1.5% riducendo il numero di polizze acquistate di una unità (da 10 a 9), il tutto razionalizzando le spese, con mezzo punto percento (0.5%) relativo al premio pagato dall'Ente.

POSIZIONE ASSICURATIVA					
ANNO	N. POLIZZA	GARANZIA IN EURO	COMPAGNIA	PREMIO	FRANCHIGIE
2020	10	22.913.000,00 €	CATTOLICA ASSICURAZIONE	32.528,73 €	0 o 500
2021	10	23.983.000,00€	CATTOLICA ASSICURAZIONE	32.683,87 €	0 o 500 o 5500
2022 AD OGGI	9	25.803.910,00 €	CATTOLICA ASSICURAZIONE	35.304,73 €	0 o 500 o 5500

2 RESOCONTO PIANO PRECEDENTE

In questa sezione del Piano 2023 vengono inserite le richieste inserite nel Riesame dell'anno precedente, in quanto lo scorso anno non era stato del tutto sviluppato un PAGR come fatto quest'anno.

Ad ogni modo all'interno del Riesame erano stati fissati i seguenti Obiettivi integrati tra rischio occupazionale e clinico:

- 1 - Sviluppo di un Piano Aziendale per la Gestione del Rischio
- 2 - Attivare audit ogni 6 mesi da parte del Consulente Sicurezza con RSPP
- 3 – Preparare schede formazione Rischio Clinico
- 4 - Riduzione infezione da Covid (visite mediche contingentate)
- 5 – Spostare ufficio amm.vo (rischio lavoratori)

OBIETTIVO 1: Sviluppo di un Piano Aziendale per la Gestione del Rischio		
ATTIVITA': Individuazione di un Area di Risk Management e lavoro su un PAGR		
INDICATORE	OBIETTIVO RAGGIUNTO	STATO DI ATTUAZIONE
Produzione di un PAGR*	SI	CONCLUSO

*la presente produzione

OBIETTIVO 2: Attivare audit ogni 6 mesi da parte del Consulente Sicurezza con RSPP		
ATTIVITA': Verifica semestrale su N.C. e verifica Attrezzature ed Impianti		
INDICATORE	OBIETTIVO RAGGIUNTO	STATO DI ATTUAZIONE
Produzione di un Verbale*	SI	CONCLUSO

*verbale presentato

OBIETTIVO 3: Preparare schede formazione Rischio Clinico		
ATTIVITA': Individuazione delle schede e preparazione materiale		
INDICATORE	OBIETTIVO RAGGIUNTO	STATO DI ATTUAZIONE
Elenco schede*	SI	CONCLUSO

*elenco rischio clinico (incident reporting, rischio cadute, ICA, farmaci e gestione terapia farmacologica, gestione emergenza, rifiuti, sanificazione dei presidi, disinfezione, Dpi, sanificazione dispositivi antidecubito, trasporto materiale biologico, trasporto sanitario)

OBIETTIVO 4: Riduzione infezione da Covid (visite mediche contingentate)		
ATTIVITA': evitare affollamenti per effettuare visite mediche		
INDICATORE	OBIETTIVO RAGGIUNTO	STATO DI ATTUAZIONE
Verbale che regolamenti*	SI	CONCLUSO

*(Come registrato nel verbale del 15/12/22) INFEZIONI: Covid evitare affollamenti per effettuare visite mediche dando priorità alle visite pre-assuntive e a visite di idoneità a seguito di malattia per oltre 60 gg, le alra procederanno in maniera scaglionata pe ridurre i rischi per gli ospiti accolti.

OBIETTIVO 5: Spostare ufficio amm.vo (riduzione rischio lavoratori)		
ATTIVITA': spazi liù idonei alle attività svolte dagli impegnati		
INDICATORE	OBIETTIVO RAGGIUNTO	STATO DI ATTUAZIONE

Avvenuto trasloco	SI	CONCLUSO
-------------------	----	----------

3 MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

La realizzazione del Piano attraverso le linee guida, riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

- 1. Area Operativa per il Risk Management:** redige e monitora l'implementazione della parte del Piano. Questa è composta da una serie di figure quali: Resp. Sicurezza, Resp. Formazione, Consulente Sicurezza, Direttore Sanitario e Rssp. Invia il Piano al Presidente dell'Ente
2. Presidente redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio;
3. Consulente Affari Legali: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
4. Ufficio di Presidenza/CDA: si impegna ad adottare il Piano con **Deliberazione** o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento entro fine Aprile di ogni anno; si impegnano a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

	PRESIDENTE/CDA	RISK MANAGER (DS/COORDINATORE)	CONS. SICUREZZA	RSPP	CONS. LEGALE	R.Q.E FORMAZIONE	Ris. Umane	Centrale Acquisti
REDAZIONE PUNTI STATISTICI PERSONALE	I	I	I	I	I	R	R	R
REDAZIONE PUNTI STATISTICI OSPITI	I	R	I	I	I	R	I	I
REDAZIONE PIANO AZIENDALE PER A GESTIONE DEL RISCHIO	R	R	R	R	C	R	I	I
OBIETTIVI ANNUI DEL PIANO	R	I	I	I	I	R	I	I
ADOZIONE PIANO	R	R	R	R	I	R	R	R
MONITORAGGIO PIANO	I	I	I	I	I	R	I	I

R=Responsabile C= Coinvolto I: Interessato

4 OBIETTIVI

Il piano annuale del rischio sanitario è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e gestione dei rischi. Operando secondo le linee guida regionali per la stesura del PIANO (Legge n. 24 dell'8 Marzo 2017) sono stati portati gli obiettivi strategici da declinare in linee di attività da implementare nel corso dell'anno 2023. Gli obiettivi strategici definiti sono i seguenti:

1. Diffondere la **"Cultura della sicurezza delle cure"** e attenzione alla segnalazione immediata e digitale;

2. Favorire una **visione unitaria** della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura e nuova rete del Risk management.

3 **Aggiornare le schede formative** su rischio clinico e occupazionale con le nuove linee guida correlate

4 Promuovere gli obiettivi di **riduzione del rischio Clinico/Occupazionale** riportate

4.1 LE ATTIVITA' PER IL 2023

OBIETTIVO 1: Diffondere la "Cultura della sicurezza delle cure";				
ATTIVITA' (1): Partecipare durante l'Equipe alle formazioni specifiche sul rischio clinico e sulla condivisione del Piano Aziendale della Gestione del Rischio (PAGR)				
INDICATORE: Partecipazione di almeno l'80 % del personale a tutte le formazioni in equipe sulla Gestione "Rischio clinico" e del (PAGR)				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
AZIONE	R.F.	D.S.	CDA	FIGURE DI SUPPORTO
Progettazione corsi	R	R	R	R
Calendarizzazione del corso	I	R	I	R
Esecuzione del corso	I	R	I	R
REGISTRAZIONE	VERBALE DI EQUIPE			

OBIETTIVO 1: Diffondere la "Cultura della sicurezza delle cure";				
ATTIVITA' (2): Partecipare durante l'Equipe al confronto sul Piano Aziendale della Gestione del Rischio (PAGR)				
INDICATORE: Partecipazione di almeno l'50 % del personale all'Equipe				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
AZIONE	R.F.	D.S.	CDA	FIGURE DI SUPPORTO
Calendarizzazione del Equipe	I	R	I	R
Esecuzione dell' Equipe	I	R	I	R
REGISTRAZIONE	VERBALE DI EQUIPE			

OBIETTIVO 2: Favorire una **visione unitaria** della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura.

ATTIVITA' (2): Preparare una dispensa con le schede formative sia per il personale che per il rischio clinico da inserire in CAPODARCO BOX				
INDICATORE: che il 100% dei dipendenti abbiano sul proprio CAPODARCO BOX il materiale complessivo				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
AZIONE	R.F./R.Q	D.S.	CDA	FIGURE DI SUPPORTO (uff. personale)
Preparazione materiale	R	R	I	R
Inserimento in CAPODARCO BOX	R	I	I	R
REGISTRAZIONE	EFFETTIVO INSERIMENTO DEL MATERIALE SU CAPODARCO BOX			

OBIETTIVO 2: Aggiornare le schede formative su rischio clinico e occupazionale con le nuove linee guida correlate				
ATTIVITA' (2): aggiornare le schede di formazione con le nuove linee guida (se presenti)				
INDICATORE: che il 100% delle schede siano aggiornate o verificate.				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
AZIONE	R.F./R.Q	D.S.	CDA	FIGURE DI SUPPORTO (uff. personale)
VERIFICA SCHEDA	I	R	I	R
VERIFICA MINISTERIALE	I	R	I	R
AGGIORNAMENTO SCHEDA	C	R	I	R
REGISTRAZIONE	CHE VI SIA UNA REV SUL MODULO AGGIORNATA			

OBIETTIVO 3 RIDUZIONE RISCHIO CLINICO/OCCUPAZIONALE

RISCHIO CLINICO	ATTIVITA'	modo giusto / errore	G	P	E	IPR - pre	causa	miglioramento	G	P	E	IPR - post
CADUTA	pulizia ordinaria dei pavimenti	scelta della segnaletica applicata per igiene struttura	8	4	5	160	segnaletica a norma ma inadeguata alla tipologia di ospiti con grave rit.ment.	individuare una segnaletica di limitazione appropriata a tutti (dipendenti e ospiti) nel PAGR	8	2	3	48
INTOSSICAZIONE	pulizia vetri in struttura	scelta utilizzo prodotti detergente	4	2	2	16	prodotto ad alto rischio per ospiti affetti da PICA e lambire il vetro con la lingua)	individuare prodotti a basso tasso alcolico e tossico	4	1	1	4

*come condiviso dal Cons. Sicurezza RSPP e D.S. e Coordinatore queste azioni ridurranno la probabilità, la gravità ed aumenteranno l'efficacia delle azioni rivolte alle cadute e intossicazioni.

5 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PAGR

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal presente PAGR e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione generale garantisce la sua diffusione attraverso:

- Pubblicazione PAGR nel sito internet
- Pubblicazione del PAGR sulla rete intranet aziendale riservata ai dipendenti (CAPODARCO BOX) in una cartella dedicata
- **Condivisione del PAGR con le famiglie in un incontro plenario una volta all'anno svolto dal Coordinatore e D.S. della Struttura.**

6 RIFERIMENTI NORMATIVI

In questa sezione sono elencati alcuni riferimenti alla normativa regionale e nazionale inerenti la gestione del rischio clinico:

- D. Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 - D.P.R. 14/01/97 "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"
- D. Lgs. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- D. Lgs. 254/00 "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari"
- D. Lgs. 81/08 "Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro."
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità"
- Legge 24 dell'8 Marzo 2017 "Disposizioni in materia di sicurezza della cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
- DGR n. 1093/06/2018 "recepimento da parte della Regione Marche della Legge (Marzo 2017 n. 24)
- DGR n 127/2019 "Linee di indirizzo per la formazione del personale nell'ambito del Rischio Clinico 2019/21 (L.208/15 e L 24/17)

DATA

20 Dicembre 2022

FIRME

RSPP

PRESIDENTE
CONSULENTE SIC.
D.S.