

PIANO ANNUALE PER LA
GESTIONE DEL RISCHIO
SANITARIO
(PARS)
Anno 2022

ISTITUTO SAN GIORGIO



INDICE

1. Contesto organizzativo	
2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	
3. Descrizione della posizione assicurativa	
4. Resoconto delle attività del Piano precedente	
5. Matrice delle responsabilità	
6. Obiettivi e attività	
6.1 Obiettivi	
6.2 Attività	
7. Modalità di diffusione del documento	
8. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi	



Il presente documento si applica alle attività della Struttura, sia per il Residenziale che per Centro Diurno, per Disturbi del Comportamento Alimentare ed Obesità Istituto San Giorgio con sede in Via San Giorgio n.3 01038 – Soriano nel Cimino (VT) P.IVA- CF 02233980560 ASL Viterbo: Codice struttura SSR: 301521, sito web <https://www.codess.org/sito/istituto-san-giorgio/>. Ente gestore e titolare: ISTITUTO SAN GIORGIO s.r.l.

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

1.1. LA STRUTTURA

L'Istituto San Giorgio è una struttura terapeutica-riabilitativa che si occupa di Disturbi del Comportamento Alimentare ed Obesità attiva ed autorizzata dalla Regione Lazio con Determinazione Direzione Regionale n. G08729 del 21/06/2017 e il 29/08/2019 con D.C.A. n.U00308 ha ottenuto L'Accreditamento Istituzionale.

La Struttura è accreditata per 20 posti letto residenziali e 10 posti per il centro diurno, ambedue dedicati sia all'età evolutiva (12-17 anni) sia per l'età adulta. È inoltre autorizzata per n.10 posti per centro diurno privati.

L'istituto accoglie pazienti provenienti da tutta Italia. Ad oggi il maggior numero di invii proviene dalle Asl territoriali della Regione Lazio.

L'equipe è formata da un gruppo di persone spinte dalla volontà di mettere a disposizione la propria sensibilità e professionalità verso una causa comune; il cui principio cardine può essere così racchiuso: "noi partiamo dalla persona e non dal sintomo".

Si rivolge anche alle famiglie come parte integrante e fondamentale dei percorsi riabilitativi con la prospettiva del reinserimento all'interno del proprio nucleo di appartenenza.

La missione dell'Istituto San Giorgio s.r.l. si sostanzia nei seguenti punti:

- La persona, considerata come valore e risorsa prima che portatrice di uno specifico problema, è al centro dell'attenzione: è sempre da accogliere ascoltare, rispettare, promuovere.
- Progettazione ed erogazione di servizi di cura e di riabilitazione rivolti a soggetti minori ed adulti affetti da disturbi psichiatrici, disturbi della alimentazione e della nutrizione.



- Attività di progettazione di percorsi psicoterapici per la gestione di comorbidità con disturbi d'ansia, disturbi somatoformi e sindromi posttraumatiche.
 - Attività di ricerca ed innovazione al fine di articolare e potenziare l'offerta di servizi al territorio.
- La stretta integrazione con i Servizi sanitari, con quelli socio-assistenziali ed educativi, e con il resto delle reti formali e informali è la condizione di base per il perseguimento degli obiettivi sopra indicati. All'interno della Struttura sono presenti due equipe multidisciplinari distinte.

Per il Regime Residenziale l'equipe comprende: 1 Direttore di Struttura, 1 Direttore Sanitario, 1 Neuropsichiatra Infantile, 1 Coordinatrice area psico/riabilitativa, 1 Coordinatrice Infermieristica, 5 Psicologi/psicoterapeuti, 1 Medico endocrinologo, 2 Biologi Nutrizionisti, 1 Fisioterapista, 4 Infermieri, 4 TeRP, 1 Assistente sociale.

Per il Centro Diurno l'equipe comprende: 1 Direttore Sanitario, 1 Neuropsichiatra Infantile, 2 Psicologi/psicoterapeuti, 1 Medico endocrinologo, 1 Dietista, 1 Fisioterapista, 2 Infermieri, 2 TeRP, 1 Assistente sociale.

Tabella 1 – presentazione dei dati di attività

ISTITUTO SAN GIORGIO	
DATI STRUTTURALI	
ASL territorialmente competente	ASL VITERBO

DATI DI ATTIVITÀ RESIDENZIALE

	N° Posti letto	N° pazienti inseriti / anno	N° pazienti dimessi/ anno	N° pazienti residenti /anno
Anno 2019	20	31	20	38
Anno 2020	20	37	34	50
Anno 2021	20	41	44	57

DATI DI ATTIVITÀ CENTRO DIURNO

	N° Posti letto	N° pazienti inseriti / anno	N° pazienti dimessi/ anno	N° pazienti presenti /anno
Anno 2019	10	10	11	12
Anno 2020	10	4	3	5
Anno 2021	10	15	11	17



1.2. ORGANIZZAZIONE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Nel 2020 è stato istituito presso la nostra Struttura il Comitato per la Sorveglianza e il Controllo delle infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA).

Il CC-ICA è composto dal Dott. Andrea Cellie (Direttore Sanitario- Psichiatra), dal Dott. Marco Petrucci (Direttore di Struttura), e dalla Coordinatrice Infermieristica Carlotta Annunziata.

Secondo uno studio condotto da Yuriko Fukuta, e Robert R. Muder, pubblicato su *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2013;34(1):80-88, i pazienti psichiatrici in comunità hanno un minor numero di comorbidità rispetto a pazienti ricoverati in reparti di terapia intensiva o in cliniche.

Il loro rischio infettivo è più simile a quello dei pazienti ambulatoriali. Si stima che nei centri diurni la problematica di ICA è sovrapponibile in toto a quella dei pazienti ambulatoriali.

Ci sono alcune somiglianze tra l'ambiente residenziale di assistenza a lungo termine e l'ambiente di cura psichiatrica: entrambi i gruppi di residenti tendono a rimanere per lunghi periodi di tempo e frequentano eventi congregati, come una terapia di gruppo o ricreativa.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Per l'anno 2021 la struttura ha predisposto la relazione annuale consuntiva ai sensi dell'art. 2 c. 5 L 24/2017 in quanto nell'annualità indicata si sono verificati 18 eventi avversi, 15 dei quali si riferiscono a episodi di autolesionismo attraverso l'uso di taglienti (lamette, forbici, temperini) e vetri recuperati nel cortile della Struttura; mentre 3 riguardano tentativi di forzatura delle finestre delle camere.

Ciascun evento avverso è stato documentato tramite gruppi Gestione Rischio Clinico, finalizzati ad analizzare l'evento, le cause e le opportune azioni di miglioramento, ove necessario, in particolare per limitare gli eventi autolesivi sono state disposte bonifiche di ingresso e a sorpresa nelle camere, oltre ad aver recintato parte del giardino, dove presenti resti di bottiglie di vetro coperti dal terreno. Per quanto riguarda la sicurezza delle camere sono stati inseriti dei dispositivi di metallo fissati sulla soglia delle finestre.

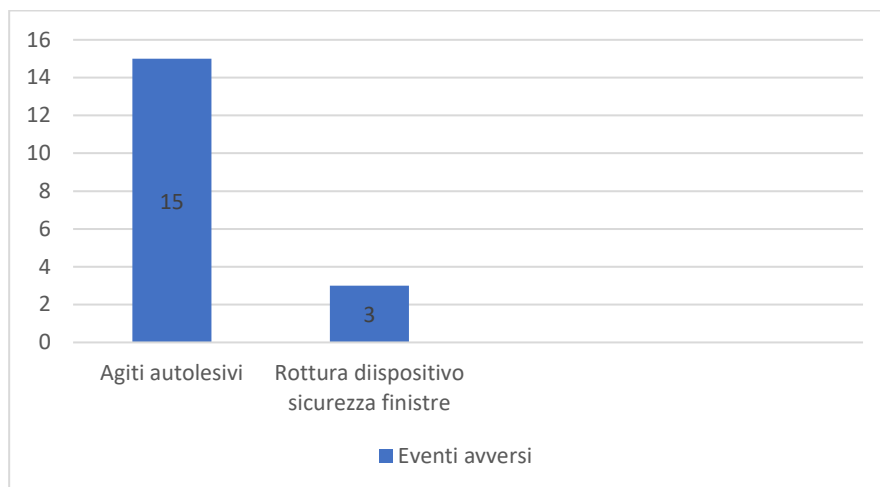


Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2021 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	Legati al paziente (90%) Strutturali (10%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%)	Strutturali (10%) Tecnologiche (0%) Organizzative (40%) Procedure/ Comunicazione (50%)	Sistemi di reporting (100%) Sinistri (0%) Farmacovig. (0%) ICA (0%) ecc.
Eventi Avversi	18 (100%)			
Eventi Sentinella	0			

(A): I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi. Si rimanda al documento *Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella* adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul *cloud* regionale. Nessuno degli eventi avversi ha provocato danni tali da esitare in sinistri e richieste di risarcimento.

Tabella 3 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	N. Sinistri	Risarcimenti Erogati
2017	0	0
2018	0	0
2019	0	0
2020	0	0
2021	0	0
Totale	0	0



3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

L'azienda ha stipulato nuova apposita polizza assicurativa (n. 390722071) secondo quanto previsto dalla citata L. 24/08/2017 in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, al fine della gestione di eventuali contenziosi:

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Franchigia	Brokeraggio
2019	30/06/2019	Generali Italia Spa	€ 5.000,00	Aon Spa
2019	30/06/2020	Generali Italia Spa	€ 15.000,00	Aon Spa
2020	30/06/2020	Generali Italia Spa	€ 15.000,00	Aon Spa
2020	30/06/2021	Generali Italia Spa	€ 30.000,00	Aon Spa
2021	30/06/2021	Generali Italia Spa	€ 30.000,00	Aon Spa
2021	30/06/2022	Generali Italia Spa	€ 30.000,00	Aon Spa
2022	30/06/2022	Generali Italia Spa	€ 30.000,00	Aon Spa

4. RESOCONTO ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE

La Struttura ha predisposto e attuato nel 2021 il piano annuale di risk management (PARM) e il piano annuale per le infezioni correlate all'assistenza (PAICA) di cui si fornisce di seguito sintetico resoconto.

RESOCONTO PARM 2021

Obiettivo strategico A Diffondere la Cultura della Sicurezza delle Cure ^(A)		
Attività	Realizzata ^(B)	Stato di attuazione
Attività 1- Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso di Formazione di "Gestione del Rischio Clinico"	Sì	Il corso è stato erogato in data 17/05/2021



Obiettivo strategico B Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento delle qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi ^(A)

Attività	Realizzata ^(B)	Stato di attuazione
Attività 1- Implementazione, applicazione e diffusione di strumenti di Risk Assessment (Scheda di "incident Reporting" e "analisi delle Cartelle Cliniche")	Sì	Scheda segnalazione spontanea eventi. Rev 00 del 14/05/2017
Attività 2- Implementazione, applicazione e diffusione di strumenti di Risk Analysis (Audit di Rischio Clinico)	NO	Emergenza COVID
Attività 3- Implementazione di percorsi psicoeducativi finalizzati alla prevenzione di eventi aggressivi, auto ed etero diretti	Sì	Attraverso gruppi psicoterapeuti

7

RESOCONTO PAICA 2021

Obiettivo A Diffondere la Cultura della Sicurezza delle Cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo ^(A)

Attività	Realizzata ^(B)	Stato di attuazione
Attività 1- Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio ad alla prevenzione dell'infezione da SARS Cov2	Sì	Data l'emergenza Covid-19 l'attività formativa per gli operatori è stata rivolta esclusivamente alla prevenzione della diffusione dell'infezione da SARS-Cov2. I corsi sono stati effettuati in FAD: - prevenzione e controllo nelle strutture sanitarie e socio sanitarie. - procedura di vestizione e svestizione e rimozione dei dispositivi di protezione (DPI)
Attività 2- Organizzazione di attività di informazione degli operatori sulle procedure di prescrizione/	NO	Emergenza COVID



somministrazione degli antibiotici		
Attività 3- Organizzazione di attività di informazione rivolte ai pazienti, con particolare attenzione al rispetto delle regole di distanziamento sociale, disinfezione delle mani e corretto utilizzo dei DPI	SI	Eseguiti incontri informativi con i pazienti

Obiettivo B 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 CPE ^(A)

Attività	Realizzata ^(B)	Stato di attuazione
Attività 1- Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo	Si	Aggiornato protocollo COVID in data 01/03/2022

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direttore Sanitario/ Risk Manager	Coord Struttura	Coordinatore Infermieristico	Resp.Clinico	Strutture di supporto
Redazione PARS	R	C	C	R	-
Adozione PARS	I	R	C	R	-
Monitoraggio PARS	R	C	C	R	C

Legenda: R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato



6. OBIETTIVI E ATTIVITA'

OBIETTIVI

Si ritiene anzitutto fondamentale promuovere a tutti i livelli dell'organizzazione la cultura della sicurezza delle cure come elemento costante di attenzione nel lavoro quotidiano. Questa sensibilizzazione sarà perseguita sia attraverso un'attività specifica e mirata di formazione, sia con l'adozione di opportuni strumenti organizzativi e documentali che favoriscano la rilevazione pronta, contestuale e blame-free di qualsiasi situazione potenzialmente suscettibile di esitare in un evento lesivo.

Inoltre, dall'analisi degli eventi avversi registrati riportati nella relazione consuntiva 2021 (cap. B2) risultano le seguenti aree prioritarie di intervento:

- Poiché a fronte di registrazione eventi avversi non si sono osservate segnalazioni di near miss si è ritenuto utile prevedere interventi formativi e di sensibilizzazione del personale a una rilevazione attiva dei quasi-errori in una prospettiva generale di attenzione alla sicurezza nel lavoro quotidiano.
- Dato il setting psichiatrico è opportuno stimolare e mantenere l'attenzione sia sul rischio di aggressione nei confronti del personale che per la prevenzione e gestione degli eventi autolesivi.
- Durante la pandemia si sono inoltre registrati alcuni casi di contagio che hanno evidenziato come l'isolamento del paziente ne rendeva difficile la gestione, amplificando uno stato d'animo depressivo e aggravando un possibile stato di ansia. E' stata quindi aumentata l'attenzione nella sorveglianza dei pazienti isolati, sensibilizzando inoltre il gruppo pazienti nella difficile integrazione degli ospiti in isolamento, alle attività riabilitative quotidiane, attraverso l'adozione di strumenti tecnologici e una revisione dei piani di attività.
- Alla luce dell'età e delle condizioni cliniche degli ospiti si ritiene inoltre fondamentale curare l'attenzione all'igiene quotidiana degli ospiti durante la giornata, data la difficoltà a mantenere una spontanea attenzione da parte degli utenti stessi



ATTIVITA'

OBIETTIVO: FORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE ALLA RILEVAZIONE ATTIVA DEI QUASI ERRORI		
ATTIVITÀ 1 – Interventi formativi e di sensibilizzazione in una prospettiva generale di attenzione alla sicurezza nel lavoro quotidiano		
INDICATORE Aggiornamento scheda segnalazione spontanea degli eventi ed esecuzione di un corso formativo. Numero di partecipanti ad ogni incontro rispetto al totale degli operatori interessati -> raggiungere almeno il 70% degli operatori.		
STANDARD Compilazione raccolta MD64. <ul style="list-style-type: none">➤ 100% delle sessioni formative realizzate entro il 31/07/2022➤ Range di accettabilità dei partecipanti 70%		
FONTE Direzione Sanitaria		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria
Aggiornare tabella	R	C
Raccolta MD64	R	C

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

OBIETTIVO: PREVENZIONE E GESTIONE DI AGGRESSIONI ETERO E AUTO DIRETTE		
ATTIVITÀ 1 – Diffusione e formazione sul rischio aggressione verso il personale		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/10/2022		
STANDARD Diffusione/formazione di almeno il 65% del personale		
FONTE Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I

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

ATTIVITÀ 2 – Realizzazione di un corso di formazione in materia di prevenzione e gestione di agiti autolesivi		
INDICATORE Esecuzione entro il 31/12/2022		
STANDARD Formazione di almeno il 65% degli operatori (Medico, Psicologi, TeRP, Infermieri)		
FONTE Direzione Sanitaria		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Direttore di Struttura/Risk Manager	UO Formazione
Progettazione del Corso	R	C
Erogazione del Corso	I	R

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



OBIETTIVO: ADEGUATA GESTIONE DEL PAZIENTE DURANTE L'ISOLAMENTO PER PANDEMIA		
ATTIVITÀ 1 – Sensibilizzazione del gruppo pazienti per favorire l'integrazione di coloro che sono in isolamento, attraverso la partecipazione alle attività laboratoriali per mezzo di strumenti tecnologici, con l'obiettivo di limitare il ricorso alla terapia al bisogno per controllare eventuali sintomi comportamentali.		
INDICATORE N. somministrazioni terapia al bisogno		
STANDARD Coinvolgimento di almeno il 60% dei pazienti		
FONTE Direzione Sanitaria		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria
Aumento sorveglianza	C	R
Esecuzione di attività	C	R

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

OBIETTIVO: MAGGIORE CURA E ATTENZIONE VERSO L'IGIENE PERSONALE DEL PAZIENTE		
ATTIVITÀ 1 – Sensibilizzazione e attenzione per l'igiene quotidiana		
INDICATORE Compilazione MD97 Check list controllo ospiti		
STANDARD 100% compilazione Check list di autovalutazione		
FONTE Coordinatore infermieristico		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Coord. infermieristico	Direzione Sanitaria
Progettazione di incontri formativi e sensibilizzazione	R	C
Monitoraggio quotidiano	R	C

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

7. MODALITÀ' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

L'Istituto San Giorgio srl promuove il coinvolgimento attivo della direzione e di tutto il personale nelle attività di prevenzione del rischio sanitario nei processi clinico-assistenziali, così come un'adeguata e corretta informazione del pubblico e degli utenti. Le modalità con cui di diffusione del presente documento saranno pertanto attuate attraverso i seguenti canali:

- Presentazione al Consiglio di Amministrazione
- Pubblicazione sul sito internet della struttura <https://www.codess.org/sito/istituto-san-giorgio>
- Trasmissione via e-mail alle Direzioni di P.O. e di Distretto dell'ASL di Viterbo
- Invio tramite mail in formato pdf all'indirizzo: crcc@regione.lazio.it
- Diffusione del documento agli operatori con attestazione di ricezione (mail con lettura obbligatoria su E-personam)
- Affissione in bacheca
- Presentazione in almeno una riunione del personale di struttura



8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

RIFERIMENTI NORMATIVI:

- Determinazione Regione Lazio G00643 del 25/01/2022 – Adozione documento indirizzo per l’elaborazione Piano Annuale Gestione Rischio Sanitario (PARS)
- Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 Approvazione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)
- Regione Lazio – Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria. Determinazione 20/07/2021 N. G09850 adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
- Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti’”;
- 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”;
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;

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. 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;