

PROCEDURA RISK MANAGEMENT

Il **Risk Manager** si occupa dell'**analisi** e della **gestione dei rischi**.
Identifica, anticipa e risolve le criticità che possono danneggiare l'Istituto - dal punto di vista **clinico-operativo, organizzativo** e della **sicurezza** - ed è **responsabile** dello **sviluppo di strategie, processi e sistemi per la gestione e il monitoraggio dei rischi**, a difesa della **continuità «aziendale»**.

PROCEDURA RISK MANAGEMENT

In quest'ottica, è molto importante il lavoro di **documentazione**:
il Risk Manager infatti ha bisogno di **dati (statistiche, studi di criticità ecc.)** sia per supportare la propria valutazione dei rischi a cui la Casa può andare incontro, sia per produrre **report periodici** da presentare all'attenzione di chi è preposto.

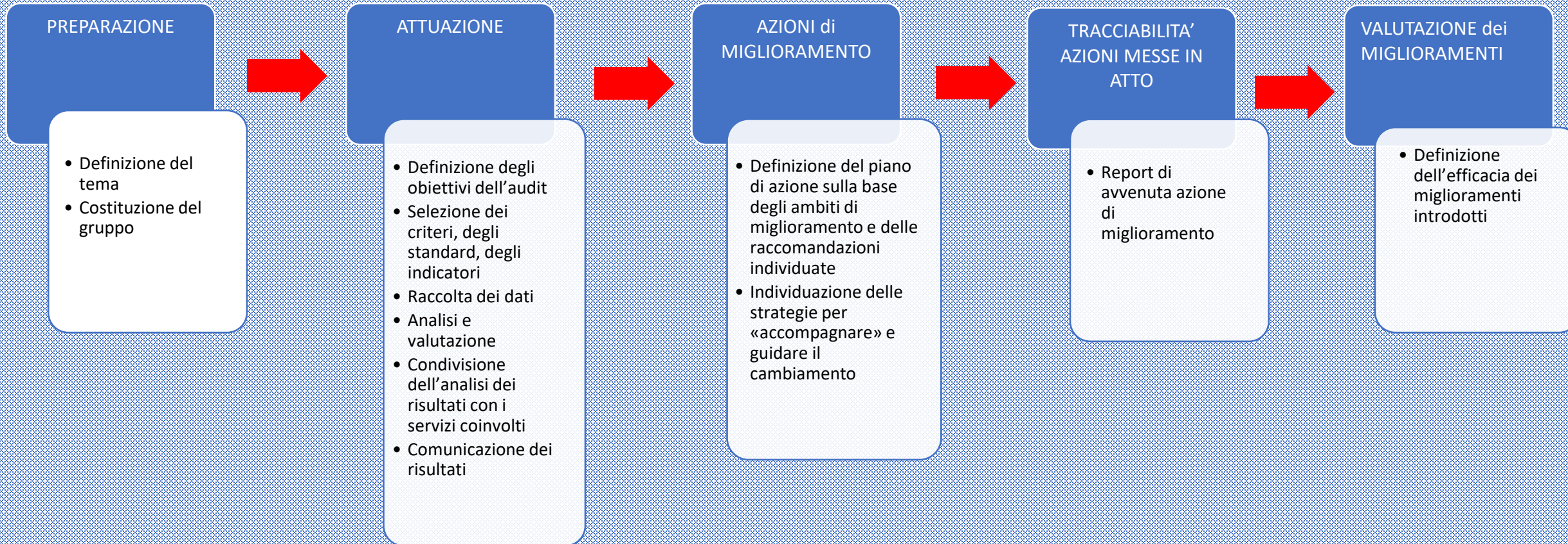
L'OSPITE E IL SUO ESSERE AL CENTRO

- Nel contesto del diritto alla tutela della salute, si sottolinea la necessità di migliorare la sicurezza dell'Ospite, minimizzando i rischi clinici ed organizzativi, con beneficio dell'Ospite ed evidenti vantaggi per le strutture.
- I servizi socio-sanitari sono caratterizzati da un concorso tra prestazioni medico-sanitarie e quelle di tipo assistenziale-alberghiero, i rischi maggiori, sono inseribili nelle esecuzioni delle attività assistenziali.
- Gli Ospiti delle strutture residenziali sono soggetti fragili e spesso non autosufficienti, che richiedono in ragione delle condizioni in cui versano, di attenzioni specifiche che devono essere oggetto di idonei Protocolli onde evitare il verificarsi di eventi avversi.
- Un altro aspetto strettamente collegato alle esperienze del sistema socio-sanitario è la ripercussione positiva dell'implementazione dei processi di risk management nei rapporti con i familiari/Ads/tutori degli Ospiti.
- Implementare azioni di risk management significa non solo aumentare la percezione esterna di attenzione nei confronti dell'Ospite, ma soprattutto ridurre le probabilità che un Ospite subisca un evento avverso

PER MIGLIORARE

- Diffondere la cultura della prevenzione e gestione del rischio fra il personale socio-sanitario della struttura, sollecitando la segnalazione degli eventi e dei quasi eventi;
- Migliorare il sistema di rilevazione, valutazione e correzione degli errori, degli eventi avversi e dei quasi eventi;
- Rendere propositivi gli operatori di ogni UA e servizio dell'Istituto, nell'individuazione, nell'analisi e nella gestione degli eventi;
- Favorire tra gli operatori le condizioni della cultura della sicurezza e della qualità", non porre più l'attenzione su "CHI E' STATO?" a favore di "PERCHE' SI E' VERIFICATO?", alla ricerca della SOLUZIONE.

METODOLOGIA: AUDIT 5 fasi



Nelle Unità Abitative agli Audit parteciperà almeno una figura per professionalità: Medico, Coordinatore, Infermiere, Educatore, OSS e ASA.

Tutto il personale viene adeguatamente formato, in merito alla Procedura. Il Risk Manager, coadiuvato dal Facilitatore, si occupa della divulgazione e spiegazione dei fondamenti del progetto e degli aspetti organizzativi procedurali previsti.

Gruppo di Risk Management

Istituito, con nomina annuale, un componente per ciascun ruolo: Procuratrice Speciale, Risk Manager, Infermiere, RSPP, Educatore professionale, Medico RSA, Medico RSD, Coordinatore RSA, Coordinatore RSD, Coordinatore amministrativo, RLS servizi generali, OSS/ASA, RSU interna, Fisioterapista, Assistente sociale, Facilitatore Risk Management.

il Facilitatore raccoglie i dati dettagliati di ciascun singolo evento, per singola Unità Abitativa, e li riporta in schemi che diverranno a loro volta allegati ai Report semestrali di analisi per Unità di Offerta

Le convocazioni plenarie previste dell'intero Gruppo a cadenza semestrale, sono poi occasione di condivisione di analisi sia dettagliate che generali dei dati raccolti per tutti i campi considerati e finalizzate alla valutazione dell'efficacia delle azioni di miglioramento.

A cadenza annuale il Risk Manager elabora, sulla base dei dati forniti, una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto e verifiche.

CAMPO DI ANALISI: Monitoraggio Cadute.

L'infermiere (o il coordinatore o il medico) di Unità Abitativa compila la Scheda cadute in CBA (Allegato A), come indicato nel "Protocollo per la prevenzione delle cadute" e ne consegna copia cartacea allo sportello della Segreteria.

La ricevente inoltra la medesima alla Direzione Sanitaria che appone sigla per presa visione e, si confronta con la Direzione Generale per valutare la necessità di procedere con la SEGNALAZIONE DI SINISTRO (eventuale Audit).

La Scheda viene archiviata dal Coordinatore amministrativo in un raccoglitore dedicato, custodito presso la Direzione Sanitaria.

Qualora l'invio in PS per gli esiti della caduta venga deciso successivamente alla chiusura della Scheda, il coordinatore/infermiere in turno deve comunicarlo tempestivamente alla Direzione Sanitaria e per conoscenza alla Direzione Generale tramite mail.

Il Facilitatore, raccolte le informazioni relative alle cadute presenti in CBA e integrate con quelle fornite dalle Direzioni (segnalazione di sinistro, audit) prepara un report da presentare nelle riunioni periodiche del gruppo Risk Management, seguendo lo schema di seguito riportato:

ANALISI DATI CADUTE

Periodo: (semestre)

U.d.O.:

Ospiti presenti nel periodo nella U.d.O.:

TOT OSPITI CADUTI	TOT CADUTE	N° CADUTE X LUOGO	N° CADUTE VISTE/NON VISTE DALL'OP	N° INVII IN PS	ESITO	Segnalazione di sinistro
-------------------	------------	-------------------	-----------------------------------	----------------	-------	--------------------------

SCHEDA REGISTRAZIONE CADUTE

Utente:	<input type="text"/>	Codice fiscale:	<input type="text"/>		
Età:	50	Data nascita:	17/08/1972	Data Ingresso:	12/08/2003 10:00
Sede:	R.S.D.	Reparto:	<input type="text"/>	Stanza:	CAMERA 2

Data compilazione:	16/09/2022 08:22	Compilatore:	<input type="text"/>
--------------------	------------------	--------------	----------------------

Provvedimenti adottati:

Invio al pronto soccorso: Conseguenze riportate:

Deambulazione ospite: non deambulante

Uso di ausili:

Utente portatore di: in uso al momento della caduta:

apparecchio acustico:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
occhiali:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quando l'ospite è caduto era: solo

Luogo della caduta: - sede: - rep: - st:

Fattori ambientali:

Illuminazione: Pavimento: Ostacoli:

Altri fattori:

Attività svolta durante la caduta:

Calzatura:
Contenzioni in uso:

Patologia acuta: Demenza: Sedazione:

Cadute precedenti:

Farmaci assunti:

CAMPO DI ANALISI: **MEZZI DI CONTENZIONE**

Il medico di Unità Abitativa compila in CBA la scheda di prescrizione relativa ai mezzi di contenzione, come indicato nel “Protocollo Assistenziale per l’uso della contenzione fisica”.

Il Facilitatore recupera i dati direttamente da CBA e prepara il report per le riunioni periodiche del gruppo di Risk Management seguendo lo schema predefinito riportato di seguito:

ANALISI DATI MEZZI DI CONTENZIONE FISICA

Periodo: (semestre)

U.d.O.:

Ospiti presenti nel periodo nella U.d.O.:

TOT OSPITI CON CONTENZIONE

N° OSPITI X STRUMENTO DI CONTENZIONE

TOT OSPITI X MOTIVO DELLA CONTENZIONE

SCHEDA STRUMENTI DI CONTENZIONE A TUTELA DEGLI UTENTI

Utenti: <input type="text"/>	Codice fiscale: <input type="text"/>	
Età: 50	Data nascita: 17/08/1972	Data Ingresso: 12/08/2003 10:00
Sede: R.S.D.	Reparto: <input type="text"/>	Stanza: CAMERA 2
Data compilazione: 01/09/2022 15:03	Compilatore: <input type="text"/>	

Paziente informato

Familiare informato

Alternative ricercate: Si sono adottati senza risultati tutti i protocolli volti al contenimento non fisico.

Medico prescrittore:

Motivo della contenzione: **Deficit psicomotorio con disturbo posturale**

Periodo della contenzione:

dalla data: **01/09/2022** alla data:

Contenzione attiva:

Dalle ore: alle ore:

Revisione tra: **3 Mesi (01/12/2022)**

Note: Pz caratterizzato da ritardo mentale in casi di cervice neonatale, epilessia generalizzata in terapia, ipovisione in nistagmo bilaterale, tetraparesi spastica, scoliosi dorsale con importante deformità della gabbia toracica.
Si prescrive una cintura pelvica in carrozzina.
Si esegue controllo diurno ogni due h e dalle 1:00 alle 7:00 ogni tre h
Si adottano anche sportine a letto durante il riposo.
Tutore: Addonino Davide

Mezzo di contenzione: **2.IN CARROZZINA.Cintura pelvica**

Personale assistente: **IP,ASA,OSS**

Medico

Familiare/ADS/Tutore/Ospite

CAMPO DI ANALISI: **errori preparazione/somministrazione terapia**

In ottemperanza alle linee guida per la gestione dei farmaci, gli infermieri della Struttura uniformano i criteri di comportamento nella conservazione, somministrazione e preparazione della terapia secondo quanto definito nei protocolli: “Tracciabilità della somministrazione dei farmaci” e “Approvvigionamento, conservazione e smaltimento di farmaci e presidi”.

Nel caso di un errore di somministrazione o preparazione di una terapia, l’infermiere compila il modulo di Incident report, come indicato nel Protocollo “Eventi avversi, Eventi sentinella”, e lo invia al Facilitatore che si accerterà dell’avvenuto Audit da parte dell’equipe di U.A. e trasmetterà il verbale di Audit con le azioni di miglioramento al Responsabile Sanitario.

Entrambi i moduli vengono poi consegnati al Coordinatore Amministrativo che provvederà all’archiviazione.

Il Facilitatore inserisce i dati per le riunioni periodiche del gruppo di Risk Management seguendo lo schema predefinito indicato di seguito:

ANALISI DATI ERRORI DI PREPARAZIONE/SOMMINISTRAZIONE TERAPIA			
Periodo: (semestre)			
U.d.O.:			
Ospiti presenti nel periodo nella U.d.O.:			
N° ERRORI	N° OPERATORI COINVOLTI X PROFILO PROF.LE	CAUSA (identificata in sede di Audit)	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
DI PREPARAZIONE			
DI SOMMINISTRAZIONE			

CAMPO DI ANALISI: consumo di antibiotici

Le infezioni nosocomiali trovano un'alta incidenza nelle strutture residenziali. A questo proposito in termini preventivi tutti gli operatori fanno riferimento ai protocolli: "Prevenzione delle ICA" e "Lavaggio mani".

Semestralmente i medici di U.A. forniscono al Facilitatore i dati presenti in CBA relativi al consumo di antibiotici avuto nel periodo considerato e rilevati per: U.A.; tipo di molecola; quantitativo prescritto per molecola.

Il Facilitatore, ricevuti i dati di tutte le Unità Abitative li inserisce nello schema di seguito riportato, per poter essere condivisi nelle riunioni semestrali del gruppo di Risk Management.

ANALISI DATI CONSUMO DI ANTIOBIOICI

Periodo: (semestre)

U.d.O.:

Ospiti presenti nel periodo nella U.d.O.:

MOLECOLA	QUANTITA' PRESCRITTE
----------	----------------------

CAMPO DI ANALISI: PIAGHE DA DECUBITO

Il rischio di lesioni da pressione nelle persone allettate è molto alto, per questo motivo sono state definite precise indicazioni nel protocollo utilizzato in struttura “Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione”.

Trimestralmente il Facilitatore raccoglie i dati da CBA e li inserisce, per le riunioni periodiche del gruppo di Risk Management, seguendo lo schema predefinito indicato di seguito:

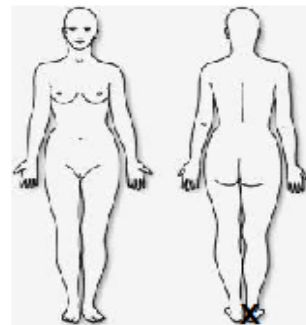
ANALISI DATI LESIONI DA DECUBITO				
Periodo: (semestre)				
U.d.O.:				
Ospiti presenti nel periodo nella U.d.O.:				
TOT OSPITI CON LESIONI DA DECUBITO	TOT OSPITI CON LESIONI DA DECUBITO INSORTE ALL'INTERNO	MEDIA STADIO LESIONI INSORTE ALL'INTERNO	TOT OSPITI CON LESIONI DA DECUBITO INSORTE ALL'ESTERNO	MEDIA STADIO LESIONI INSORTE ALL'ESTERNO
(.....%)	(.....%)		(.....%)	



SCHEDA REGISTRAZIONE LESIONE

Utente:	[]	Codice fiscale:	[]		
Età:	85	Data nascita:	21/07/1937	Data Ingresso:	29/09/2021 10:00
Sede:	R.S.A.	Reparto:	[]	Stanza:	CAMERA 1

Data compilazione:	15/09/2022 09:48
Compilatore:	[]



Tipo lesione: Piaga da decubito

Lesione presente all'ingresso/rientro

Consulenza dermatologica:

Toilette chirurgica:

Esame colturale:

Note:

Lesione da decubito std 2 al tallone dx (fittina) - medicazione con Ialuset crema , 1 volta al giorno

Dettaglio:	Data compilazione:	15/09/2022 09:48	Compilatore:	[]
Dimensioni (mm):				
Altezza:		Stadio:	2° Abrasione, vescicola o bolla	
Larghezza:	1	Caratteristiche:	Asciutta	
Profondità:		Frequenza rivalutazione:		

Medicazioni:	Data compilazione:	15/09/2022 09:50	Programmata dal	15/09/2022 in poi
	Compilatore:	[]		

IALUSET plus CR 25G

CAMPO DI ANALISI: DATI INFEZIONI DA SARS-COV2 E STATO VACCINALE

L'evento pandemico ha profondamente mutato gli assetti organizzativi e strutturali delle strutture sanitarie e socio sanitarie. E' fondamentale un monitoraggio dell'incidenza dell'infezione all'interno di Casa Famiglia per meglio orientare le azioni, già definite nel Piano Operativo Pandemico, che andranno implementate o meno in coerenza con l'andamento epidemiologico territoriale e in struttura.

Al Facilitatore vengono comunicati:

- mensilmente I dati relativi alla positività degli Ospiti, dai coordinatori/infermiere.
- lo stato vaccinale, dall'ufficio gestione paghe.

Il Facilitatore inserisce i dati secondo lo schema di seguito riportato:

ANALISI DATI INFEZIONI DA SARS-COV2 E STATO VACCINALE

Periodo: (semestre)

U.d.O.:

Ospiti presenti nel periodo nella U.d.O.:

N° CASI POSITIVI

tot. N° VACCINATI

Stato vaccinale

(alla data di compilazione del report)

CAMPO DI ANALISI CONFORMITA' CARTELLE Fa.S.A.S.

Con l'adozione della cartella informatizzata CBA si è strutturato un sistema di monitoraggio della conformità dei FaSAS in coerenza con quanto definito nel protocollo "Modalità di compilazione, conservazione, archiviazione del FaSAS e di ogni altra documentazione comprovante l'attività socio-sanitaria erogata" e nel rispetto degli Items definiti nella "Check list di appropriatezza"

Il Facilitatore verifica a campione la conformità dei FaSAS e riporta i dati su un file in excel secondo uno schema predefinito come di seguito riportato:

ANALISI DATI MONITORAGGIO FaSAS		
Periodo: (semestre)		
U.d.O.:		
Ospiti presenti nel periodo nella U.d.O.:		
N° FaSAS CONTROLLATI	N° DI NON CONFORMITA' RILEVATE (PER TIPOLOGIA)	% DI CONFORMITA' RAGGIUNTA A 30gg DAL RILIEVO

Il Facilitatore condivide, tramite mail, le difformità rilevate con i Coordinatori e per conoscenza con la Direzione

CAMPO DI ANALISI: ALTRI EVENTI AVVERSI/QUASI EVENTI

Sono incluse le segnalazioni che vengono fatte alla Direzione per migliorare la sicurezza degli Ospiti, a cui segue un'analisi delle cause e dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi stessi. Da un punto di vista procedurale, il riferimento è il Protocollo "Eventi avversi, eventi sentinella".

Al Facilitatore viene consegnata, dal D.S. copia delle segnalazioni e del verbale di Audit da inserire nel report per la riunione annuale del gruppo di risk management

ANALISI DATI EVVENTI AVVERSI/QUASI EVENTI						
Periodo: (semestre)						
U.d.O.:						
Ospiti presenti nel periodo nella U.d.O.:						
N° TOT EVENTI	N° TOT QUASI EVENTI	OPERATORI PROFILO PROF.LE	COINVOLTI	X	N° PER TIPOLOGIA DI CAUSA (identificata in sede di Audit)	AZIONI DI MIGLIORAMENTO

ALLEGATO 1 SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI R.S.A.

SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI (INCIDENT REPORTING)	
Nome e Cognome (facoltativo)	
Qualifica di chi segnala <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Coordinatore <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> ASA/OSS <input type="checkbox"/> Altro	
Giorno, mese e anno ____ / ____ / ____	
Momento della giornata <input type="checkbox"/> Feriale <input type="checkbox"/> Festivo <input type="checkbox"/> Mattino <input type="checkbox"/> Pomeriggio <input type="checkbox"/> Notte	
DOVE HA AVUTO LUOGO (es. salone, corridoio, bagno etc)	
BREVE DESCRIZIONE DELL'EVENTO Fornire una breve descrizione dell'evento e delle modalità di svolgimento dello stesso, descrivendo particolari utili al fine di identificare e classificare la tipologia di errore avvenuta e le conseguente per l'assistito, avendo cura di non includere particolari che permettano l'identificazione dell'assistito o degli operatori coinvolti.	
DA COMPILARE IN CASO DI ERRORI CORRELATI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA	
Specificare il tipo di farmaco coinvolto	
IN QUALE FASE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA E' AVVENUTO L'EVENTO? <input type="checkbox"/> Prescrizione <input type="checkbox"/> Somministrazione <input type="checkbox"/> Preparazione <input type="checkbox"/> Monitoraggio	
TIPO DI ERRORE (specificare, ad esempio di dosaggio, via di somministrazione, velocità di somministrazione, mancata somministrazione scambio di farmaci, di Ospiti etc)	

FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO (è possibile indicare più di una risposta)	
<input type="checkbox"/> Cause e fattori legati alla comunicazione <input type="checkbox"/> Cause e fattori umani <input type="checkbox"/> Cause e fattori ambientali <input type="checkbox"/> Cause e fattori legati a dispositivi medici e apparecchiature elettromedicali <input type="checkbox"/> Cause e fattori legati ai farmaci <input type="checkbox"/> Cause e fattori legati a linee-guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure, barriere <input type="checkbox"/> Altri fattori (specificare)	
ESITO DELL'EVENTO	
Evento Potenziale	<input type="checkbox"/> Livello 1 - Situazione pericolosa / danno potenziale / evento non occorso (es: personale insufficiente / pavimento sdrucchioloso coperto dove non sono avvenute cadute)
	<input type="checkbox"/> Livello 2 - Situazione pericolosa / danno potenziale / evento occorso, ma intercettato (es: preparazione di un farmaco, ma mal somministrato / farmaco prescritto per un assistito allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)
Evento Effettivo	<input type="checkbox"/> Livello 3 - ESITO MINORE - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento
	<input type="checkbox"/> Livello 4 - ESITO MODERATO - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es: esame del sangue o delle urine) / trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici)
	<input type="checkbox"/> Livello 5 - ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche
	<input type="checkbox"/> Livello 6 - ESITO SIGNIFICATIVO - ammissione in ospedale o condizioni che permangono alla dimissione
	<input type="checkbox"/> Livello 7 - ESITO SEVERO - disabilità permanente / contributo al decesso

Sono stati intrapresi primi e immediati accorgimenti a seguito dell'evento? SI NO

Se si quali?

CAMPO DI ANALISI: RECLAMI/ENCOMI

L'addetto all'URP, nonché Facilitatore provvede, ogni qualvolta arrivi una segnalazione di reclami/encomi, secondo la modalità definita nel Protocollo: "Sistema gestione/segnalazione di reclami/encomi", ad inserirla nel relativo report seguendo lo schema predefinito indicato di seguito.

ANALISI MONITORAGGIO RECLAMI/ENCOMI

Periodo: (semestre)

U.d.O.:

Ospiti presenti nel periodo nella U.d.O.:

N° TOT RECLAMI	N' TOT ENCOMI	N° X MITTENTE (parente, conoscente,....)	N° X AREA (medica, educativa, gestionale,....)	Azioni intraprese
----------------	---------------	---	---	-------------------

CAMPO DI ANALISI: INFORTUNI/QUASI INFORTUNI OPERATORI

Le indicazioni circa il comportamento e l'analisi degli infortuni e quasi infortuni è riportata nella «Procedura di rilevazione e gestione degli infortuni o quasi infortuni» redatta dall'Istituto in accordo con il RSPP, il Medico Competente ed il RLS.

Gli infortuni ed i quasi infortuni vengono visionati nella riunione annuale della sicurezza e, se necessario, in ulteriori audit con la Direzione Generale ed il Responsabile Sanitario.

La Coordinatrice Amministrativa provvede a inviare al Facilitatore copia delle segnalazioni da inserire nel report per la riunione annuale del gruppo di risk management seguendo lo schema predefinito indicato di seguito:

ANALISI DATI INFORTUNI/QUASI INFORTUNI OPERATORI				
Periodo: (semestre)				
U.d.O.:				
OPERATORI presenti nel periodo nella U.d.O.:				
N° TOT INFORTUNI	N° TOT QUASI INFORTUNI	N°OPERATORI COINVOLTI X PROFILO PROF.LE	N° PER TIPOLOGIA DI CAUSA (identificata in sede di Audit)	AZIONI DI MIGLIORAMENTO

RISCHIO ETICO

Questo rischio è contemplato nei documenti adottati dall'Organismo di Vigilanza come riportato di seguito.

ORGANISMO DI VIGILANZA

In ottemperanza al DL 231, è stato nominato l'Organismo di Vigilanza costituito da soggetti interni ed esterni all'Istituto con il compito di vigilare sull'osservanza del Modello Organizzativo – Codice Etico in uso.

L'OdV riceve, direttamente o tramite i vertici dell'Istituto, eventuali segnalazioni, effettua ispezioni, audit, formazione e redige una relazione annuale che viene trasmessa all'ATS quando richiesta.

DPO

In ottemperanza al Regolamento UE 679/2016 l'Istituto ha provveduto a nominare un DPO (Responsabile del trattamento Dati) il cui compito principale è quello di osservare, valutare e organizzare la gestione del trattamento di dati personali all'interno dell'Istituto, affinché questi siano trattati nel rispetto delle normative europea citata sopra.

Il DPO riceve eventuali segnalazioni, effettua audit e formazione in materia agli operatori dell'Istituto.