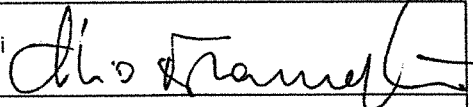
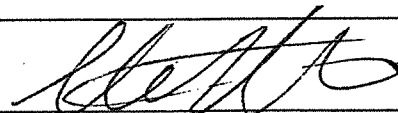
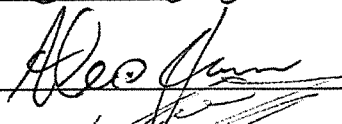
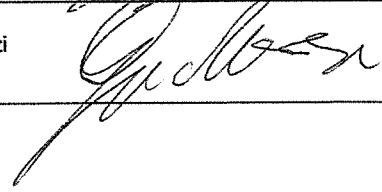


*Comunità Terapeutica
Riabilitativa Protetta
per Minori e Adolescenti
"GIULIA"*

(14-18 anni con possibilità di proroga fino ai 21 anni)

**PIANO ANNUALE DI
RISK MANAGEMENT**

Edizione N. 01 del 06 ottobre 2021

Redazione e verifica	Direttore Sanitario	Firma Dott. Claudio Franceschini	
Redazione e verifica	Infermiera (in collaborazione)	Firma Dott.ssa Monalisa Pirtak	
Redazione e verifica	Coordinatore Clinico	Firma Dott. Manuel Racchelli	
Verificato	Direttore UdO	Firma Dott.ssa Alessia Giraldo	
Approvato	Referente Regionale	Firma Dott. Valerio Burattin	
Approvato	Legale Rappresentante	Firma Ing. Gabriele Meluzzi	



COMUNITÀ
E PROGETTI
PER MINORI

CTRP GIULIA VIA TERRAGUETTO, 132
30174 MESTRE - VENEZIA
TEL. 0415020857
CTRPGIULIA@EIDOSMINORI.IT
DIREZIONE@EIDOSMINORI.IT

N°	Data	Documento distribuito a
01	06.10.2021	Direttore Unità d'Offerta
02	06.10.2021	Tutto il personale CTRP
03	06.10.2021	Sito www.eidosminori.it

Ed.	Data	Descrizione della modifica
01	06.10.2021	Prima stesura.

Indice

1. DEFINIZIONE DI RISCHIO CLINICO	5
2. IL RISCHIO CLINICO E L'ERRORE IN MEDICINA	6
2.1 ALCUNE CATEGORIE SPECIFICHE DI ERRORE	8
3. SICUREZZA DELLE CURE E RISCHIO CLINICO: FUNZIONE DELL'UFFICIO AZIENDALE DI RISK MANAGEMENT	8
4. IL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM)	10
5. TERMINI E DEFINIZIONI	12
6. METODI E STRUMENTI PER L'ANALISI DELL'ERRORE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	15
6.1 STRUMENTI PER L'IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO CLINICO	15
7. PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) DELLA CTRP GIULIA	20
7.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE	20
7.1.1 Presentazione della Comunità	20
7.1.2 Utenti destinatari	20
7.2 L'ESPERIENZA E LA MISSION	21
7.2.1 L'esperienza del gruppo Sereni Orizzonti 1 S.p.A. nell'area Minori.....	21
7.3 DATI STRUTTURALI	22
7.3.1 Strumenti.....	22
7.3.2 Caratteristiche specifiche del servizio.....	23
7.3.3 Presa in carico	24
7.3.4 Carta del Servizio.....	26
7.3.5 Riunioni.....	26
7.3.6 Cartella comunitaria	27
7.3.7 Cartella clinica	27
7.3.8 Piano Terapeutico	27
7.3.9 Modulistica specifica di Servizio.....	28
7.3.10 Procedure (vedi punto 8)	28
7.4 L'EQUIPE	29
7.5 LA CURA DELL' EQUIPE	31
7.6 SELEZIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	31
7.7 RETE FORMALE E INFORMALE	31
7.8 APPROCCIO TERAPEUTICO.....	32
7.9 DATI GENERALI DELL'AZIENDA	34
7.10 ORGANI DI GOVERNO	35
7.11 DATI STRUTTURALI.....	35
7.12 DATI DI ATTIVITA'	35
7.13 PERSONALE SANITARIO	36
7.14 EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO.....	36

7.15	RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO BIENNIO	37
7.16	DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	37
7.17	COMITATO DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	37
7.18	COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI.....	38
7.19	RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PARM 2020.....	38
7.20	MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM	41
7.21	OBIETTIVI 2022	41
7.22	ATTIVITA' 2022.....	42
7.23	ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	45
7.24	MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM	48
7.25	MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM. COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE.....	48
8.	PROCEDURE DI RIFERIMENTO.....	50

1. DEFINIZIONE DI RISCHIO CLINICO

Il "rischio clinico" è la probabilità che un paziente sia vittima di un "evento avverso", cioè subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte".

Con l'entrata in vigore della Legge 24/2017, intitolata "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", il legislatore ha posto l'obiettivo di inserire il paziente all'interno di un sistema di tutele efficienti atte a favorire la realizzazione del diritto alla salute.

Tale disciplina è volta a regolare i molteplici aspetti del c.d. "rischio clinico" conseguente all'attività medico-sanitaria. I punti cardine in cui si articola la normativa consistono nella sicurezza delle cure, la gestione del rischio clinico, la trasparenza nei confronti del cittadino. Al fine di meglio realizzare gli obiettivi perseguiti, la legge prevede precisi adempimenti a carico delle strutture sanitarie e sociosanitarie, nonché obblighi peculiari alla funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario.

Le attività di prevenzione del rischio, alle quali concorre tutto il personale, sono attivate dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private.

Il rischio clinico può essere arginato attraverso iniziative di Risk management messe in atto a livello di singola struttura sanitaria, a livello aziendale, regionale, nazionale. Queste iniziative devono prevedere strategie di lavoro che includano la partecipazione di numerose figure che operano in ambito sanitario.

L'attività di Risk management si sviluppa in più fasi:

- conoscenza ed analisi dell'errore (revisione delle cartelle, utilizzo degli indicatori, sistemi di report, ecc.);
- individuazione e correzione delle cause di errore;
- analisi di processo;
- monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore;
- implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte.

Inoltre, il programma di Risk management deve essere articolato e comprendere tutte le aree in cui l'errore si può manifestare nell'incertezza del processo clinico assistenziale del paziente.

Tali attività hanno come obiettivo la riduzione delle probabilità del verificarsi di eventi avversi

durante il periodo di degenza, favorendo, non solo un aumento del livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie, ma anche una conseguente riduzione del contenzioso e l'arginamento del fenomeno della medicina difensiva.

Il nuovo modello di gestione del rischio clinico richiede, infatti, un'attenta individuazione di tutti quegli incidenti e/o accadimenti in grado di incidere sulla sicurezza delle cure in modo da prevenire il loro verificarsi, in un'ottica di prevenzione e non di repressione.

Il processo di gestione del rischio clinico con l'utilizzo dell'FMEA (Failure Mode and Effect Analysis).

La FMEA è una tecnica previsionale per valutare l'affidabilità (reliability) cioè il rischio insito in un processo o in un prodotto in sanità e delle sue conseguenze, per prevederne i danni e ridurre le conseguenze.

Step metodologici per l'applicazione della FMEA:

- Identificare e dare priorità ai processi ad alto rischio.
- Selezionare annualmente almeno un processo ad alto rischio.
- Identificare modi di guasto/errore e i possibili effetti.
- Per gli effetti più critici condurre una analisi delle cause alla radice.

2. IL RISCHIO CLINICO E L'ERRORE IN MEDICINA

Quando si affronta il tema del "rischio clinico" è necessario soffermarsi a definire l'errore e i possibili danni che ne possono derivare per il paziente.

In letteratura è possibile trovare molte definizioni di "errore" e di "evento avverso"; sono state proposte diverse classificazioni dell'errore in sanità con l'intento di definire e condividere un lessico che consenta di individuare, in modo preciso e inequivocabile, il tipo di insufficienza che si è manifestata nel sistema.

Tutte condividono alcune caratteristiche sostanziali:

- l'errore è un'insufficienza del sistema che condiziona il fallimento delle azioni programmate;
- l'errore è una "azione non sicura" o una "omissione" con potenziali conseguenze negative sull'esito del processo di cura;
- l'errore è un comportamento che può essere giudicato inadeguato da "pari" di riconosciuta esperienza e competenza, al momento in cui il fatto si verifica, indipendentemente se ci siano state o no conseguenze negative per il paziente.

Una delle distinzioni più importanti è quella tra errore (o insufficienza) attivo ed errore (o

insufficienza) latente:

- L'errore attivo è per lo più ben identificabile, prossimo al verificarsi dell'evento avverso, spesso è riconducibile ad un'azione sbagliata commessa da un operatore o ad un incidente, ad esempio il malfunzionamento di una strumentazione

- Gli errori latenti sono, invece, per lo più, insufficienze organizzative - gestionali del sistema, che hanno creato le condizioni favorevoli al verificarsi di un errore attivo.

La somministrazione di un farmaco sbagliato è un errore attivo commesso da un operatore, facilmente identificabile come comportamento sbagliato, che causa un danno, ma è necessario ripercorrere tutte le fasi del processo di lavoro, per individuare le circostanze che, direttamente o indirettamente, lo hanno reso possibile. Ad esempio, nel caso di un errore di somministrazione farmacologica, potrebbero essere identificati, come insufficienze latenti nel sistema: un sistema di prescrizione trascrizione manuale della terapia, un sistema di conservazione dei farmaci che rende possibile lo scambio di medicinali, un insufficiente addestramento del personale. Alcuni errori sono stati già riconosciuti come riconducibili alle caratteristiche delle confezioni dei farmaci, ad es.

L'attribuzione di nomi facilmente confondibili, dosaggi e vie di somministrazione equivocabili. Solo attraverso opportune analisi è possibile identificare le cause di errore, attive e latenti, e ridisegnare i processi al fine di ridurre la probabilità che lo stesso errore si ripeta.

L'errore può causare un "evento avverso", cioè un evento indesiderabile che comporta un danno al paziente non dovuto alle sue condizioni cliniche, ma correlato al processo assistenziale. L'evento avverso è, quindi, per sua natura, indesiderabile, non intenzionale, dannoso per il paziente; l'evento avverso derivato da errore è definito "prevenibile".

Ai fini della identificazione delle misure di prevenzione da attuare, grande importanza riveste non solo l'analisi degli "eventi avversi", ma anche quella dei "quasi eventi" o near miss.

2.1 ALCUNE CATEGORIE SPECIFICHE DI ERRORE

Tipi	Descrizione
ERRORE NELL'USO DEI FARMACI	➤ Errori di prescrizione ➤ Errori di preparazione ➤ Errori di trascrizione ➤ Errori di distribuzione ➤ Errori di somministrazione ➤ Errori di monitoraggio
ERRORI NELLA TEMPISTICA	➤ Ritardi nel trattamento farmacologico ➤ Ritardo nella diagnosi ➤ Altri ritardi organizzativi/gestionali/logistici
ESAMI O PROCEDURE DIAGNOSTICHE	➤ Non eseguite ➤ Programmate ma non eseguite ➤ Eseguite in modo inadeguato o scorretto ➤ Eseguite correttamente ma su paziente sbagliato ➤ Non appropriate
ERRORE NELL'USO DI APPARECCHIATURE - misuratore di pressione - bilancia - aerosol	➤ Uso in condizioni non appropriate ➤ Istruzioni inadeguate ➤ Pulizia non corretta ➤ Utilizzo oltre i limiti di durata prevista ➤ Malfunzionamento dovuto all'operatore (manutenzione, impostazione, altri errori d'uso)

3. SICUREZZA DELLE CURE E RISCHIO CLINICO: FUNZIONE DELL'UFFICIO AZIENDALE DI RISK MANAGEMENT

Le politiche di gestione del rischio, volte sia alla prevenzione degli errori evitabili che al contenimento dei loro possibili effetti dannosi, e quindi, in ultima analisi, alla garanzia della sicurezza dei pazienti, costituiscono il sistema di gestione del rischio clinico.

La gestione del rischio clinico in sanità (spesso chiamata clinical risk management) ha come obiettivo quello di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

L'Ufficio Aziendale di Risk Management ha l'obiettivo principale di tutelare i diritti del paziente alla sicurezza delle cure ma anche di tutelare l'azienda e gli operatori dalle conseguenze giuridiche ed economiche che gli errori sanitari possono comportare.

La possibilità che un paziente subisca un danno involontario imputabile alle cure sanitarie prende il nome di “rischio clinico” e gli interventi finalizzati a studiare, identificare e ridurre tale rischio prendono il nome di “gestione del rischio” o, in inglese, “risk management”.

La legge prevede l'obbligatorietà della presenza di un Ufficio di Risk Management in tutte le aziende sanitarie, pubbliche e private, che valuti gli errori degli operatori sanitari e adotti politiche per prevenirli e gestirli. Sono, infatti, frequenti le denunce, sia civili che penali, che vengono presentate all'azienda da parte di quei soggetti che ritengono di aver subito un danno come conseguenza di un fatto imputabile alle cure sanitarie.

Il Responsabile del gruppo di risk management dovrà soddisfare requisiti di titoli e formazione determinati dalla legge 24/2017 (“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”) e in molte aziende sanitarie l'Ufficio è strutturato in una vera e propria unità operativa che può essere semplice ma anche complessa.

Le attività di cui si occupa il gruppo di Risk Management spaziano dalla sicurezza sul lavoro al benessere organizzativo, dalla gestione del rischio clinico alla responsabilità professionale, dalla prevenzione dei rischi alla gestione del contenzioso (risarcimenti), dall'analisi degli incidenti che hanno comportato (o potevano comportare) un danno al paziente e delle cause che li hanno prodotti alla definizione, con urgenza, delle misure di eliminazione o prevenzione delle stesse, o quando viene segnalato l'evento o comunque una volta all'anno.

Altra attività fondamentale svolta dal gruppo di Risk Management è la formazione sul rischio clinico. Ricercare la causa degli errori sanitari è certamente importante ma ancor più importante è prevenirli o prevenirne il ripetersi. A tal fine la formazione riveste un ruolo determinante considerando che la gestione del rischio si basa principalmente sulla conoscenza tra gli operatori degli elementi che lo costituiscono.

In caso di evento avverso il gruppo di Risk Management provvede ad effettuare un'attenta analisi dell'accaduto con l'obiettivo di individuare i fattori che hanno contribuito o causato il determinarsi dell'evento, cercando di risalire indietro nel tempo fino alle sue cause più lontane. Questa attività è fondamentale per l'azienda sia per evitare che l'evento riaccada di nuovo sia per individuare elementi che scagionino da responsabilità il personale sanitario eventualmente chiamato in causa.

Al termine dell'anno l'Ufficio dovrà effettuare un riepilogo del lavoro svolto in quanto la legge 24/2017 prevede l'obbligo di pubblicare sul sito web della struttura sanitaria una relazione

annuale sugli eventi avversi verificatisi, sulle cause che hanno prodotto ogni evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

Altro importante suo compito è la mappatura dei rischi. Questa attività è finalizzata ad individuare tutti i rischi a cui è esposta l'azienda sanitaria. Per svolgere tale attività occorre conoscere bene l'organizzazione, infatti anche la mancata identificazione di un solo rischio rilevante può comportare conseguenze negative per l'azienda. Contribuiscono a fornire informazioni per l'identificazione delle componenti di rischio il numero di sinistri aperti in seguito a denunce da parte dei pazienti o loro familiari e i reclami pervenuti. Altri strumenti utilizzati sono il sistema di segnalazione volontaria degli eventi (Incident Reporting), l'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche, le segnalazioni di reazioni avverse a farmaci, le segnalazioni provenienti dal Servizio di Prevenzione e Protezione, le aggressioni subite dal personale. La gestione del rischio o Risk Management è un processo articolato e multidisciplinare che comprende sia la dimensione clinica sia quella strategico – organizzativa di un'azienda. Tale modello operativo impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni in grado di identificare, analizzare e valutare i rischi presenti all'interno dei processi clinico/assistenziali. Il fine primo di tale percorso di analisi e rimodulazione organizzativa è incrementare il livello di sicurezza nell'interesse di pazienti, operatori e della azienda. Promuovere una politica di gestione del rischio vuol dire spronare e accompagnare l'organizzazione nel necessario percorso di controllo degli eventi e delle azioni che possono inficiare la capacità di raggiungere i propri obiettivi.

4. IL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM)

Le strutture sanitarie pubbliche e private sono tenute ad elaborare un Piano Aziendale di Risk Management (PARM), al cui interno devono definire ed esplicitare le linee di attività aziendali per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure sulla base degli obiettivi strategici definiti a livello regionale.

Scopo del PARM è quello di descrivere e indirizzare le azioni di miglioramento riconosciute come prioritarie per la gestione del rischio clinico.

In tema di Risk Management anche le singole Regioni contribuiscono a pianificare gli interventi strategici e operativi a tutela degli obiettivi di salute e sicurezza delle cure. Tra le principali azioni messe in atto negli ultimi anni dalle Regioni per promuovere la gestione del

rischio clinico nelle Aziende Sanitarie troviamo proprio il Piano Aziendale di Risk Management (PARM) che deve essere redatto annualmente dalle aziende su indicazione delle Regioni a seguito dell'emanazione di specifiche Linee Guida (Regione Lazio - Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 - Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management - PARM").

Il PARM, da redigere entro il 15 novembre dell'anno cui si riferisce, prevede azioni su obiettivi di rischio clinico definiti dalla Regione con successivo monitoraggio dello stato di avanzamento delle azioni intraprese. L'Azienda definisce nel PARM lo scopo, i destinatari, le aree strategiche, gli obiettivi, le metodologie, gli indicatori che intende adottare per la gestione del rischio clinico in ottemperanza agli obiettivi strategici di rischio clinico indicati dalla Regione. Tale strumento, sostanzialmente pragmatico ed ispirato a criteri di efficacia operativa, privilegia la prevenzione, l'interazione tra le strutture aziendali, la comunicazione, la formazione, l'aggiornamento. Molti degli adempimenti in esso proposti rispondono a precisi obblighi normativi in tema di gestione del rischio clinico sia nazionali che regionali.

L'ottica è quella di diminuire le potenzialità di errore attivo nell'organizzazione nonché di contenere la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie. Tutte le strutture aziendali deputate alla valutazione e alla riduzione degli eventi di rischio collaborano alla rilevazione ed elaborazione delle informazioni necessarie alla definizione del PARM.

Poiché il monitoraggio dei fenomeni è alla base della gestione del miglioramento, particolare attenzione viene posta nella definizione dei risultati da raggiungere attraverso la predisposizione di specifici indicatori affinché i risultati siano realmente misurabili ed idonei a stabilire il perseguimento degli obiettivi prefissati.

La Direzione Aziendale deve assicurare la diffusione del PARM ai diversi livelli aziendali attraverso specifiche modalità informative quali:

- presentazione del Piano nell'ambito dei Corsi di formazione sul "Risk Management";
- capillare diffusione del PARM, tramite i Dirigenti Medici e i Responsabili di settore, a tutto il personale sanitario e di supporto.

5. TERMINI E DEFINIZIONI

Si riporta, di seguito, la terminologia ritenuta necessaria ai fini della comprensione del presente Piano Aziendale di Risk Management.

Tipo	Descrizione
RISCHIO CLINICO	La possibilità che un paziente subisca un «danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte».
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	Il processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti.
APPROPRIATEZZA	L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente, fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.
ERRORE	Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.
EVENTO	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 EVITATO (Near miss)	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 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".



EIDOS

COMUNITÀ
E PROGETTI
PER MINORI

CTRP GIULIA VIA TERRAGUETTO, 132
30174 MESTRE - VENEZIA
TEL. 0415020857
CTRPGIULIA@EIDOSMINORI.IT
DIREZIONE@EIDOSMINORI.IT

Tipo	Descrizione
EVENTO SENTINELLA	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. 1. Procedura in paziente sbagliato. 2. Errata procedura su paziente corretto (es. esecuzione di una procedura diagnostica/terapeutica diversa da quella prescritta). 3. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica. 4. Morte o grave danno per caduta di paziente. 5. Suicidio o tentato suicidio di paziente nella struttura sanitaria. 6. Violenza su paziente (commissiva o omissiva) da chiunque compiuta all'interno di strutture sanitarie. 7. Atti di violenza a danno di operatore da parte di pazienti, loro parenti, accompagnatori, visitatori. 8. Morte o grave danno connesso al sistema di trasporto. 9. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente dovuto ad errore o livelli assistenziali inferiori rispetto agli standard previsti.
GOVERNO CLINICO (Clinical governance)	Sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica.
RISCHIO	Condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che può modificare l'esito atteso del processo. È misurato in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento e la gravità del danno che ne consegue; nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso.
SICUREZZA DEL PAZIENTE (Patient safety)	Dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.



EIDOS

COMUNITÀ
EIPROGETTI
PER MINORI

CTRP GIULIA VIA TERRAGUETTO, 132
30174 MESTRE - VENEZIA
TEL. 0415020857
CTRPGIULIA@EIDOSMINORI.IT
DIREZIONE@EIDOSMINORI.IT

Tipo	Descrizione
ERGONOMIA	Disciplina che si occupa della comprensione delle interazioni tra gli esseri umani e gli altri elementi di un sistema, applicando teorie, principi, dati e metodi per progettare nell'ottica dell'ottimizzazione del benessere umano e della prestazione di tutto il sistema.
FATTORE UMANO	Sinonimo di ergonomia per indicare lo studio dei comportamenti umani, in relazione a specifiche condizioni ambientali, strumenti o compiti.
ERRORE ATTIVO	E' per lo più ben identificabile, prossimo, in senso spazio-temporale, al verificarsi dell'evento avverso; spesso è riconducibile ad un'azione sbagliata commessa da un operatore o ad un incidente, ad esempio il malfunzionamento di una strumentazione. Relativamente semplice da individuare.
ERRORE LATENTE	E' per lo più un'insufficienza organizzativo gestionale (progettazione, organizzazione e controllo) che resta silente nel sistema, finché un fattore scatenante non la rende manifesta in tutta la sua potenzialità, causando danni più o meno gravi. Relativamente difficile da individuare, spesso multiplo all'interno del sistema e tale da provocare una successione di errori secondari in grado di eclissare la gravità e la possibilità di identificazione dell'errore primitivo.
DANNO	Alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore).



EIDOS

COMUNITÀ
E PROGETTI
PER MINORI

CTRP GIULIA VIA TERRAGUETTO, 132
30174 MESTRE - VENEZIA
TEL. 0415020857
CTRP.GIULIA@EIDOSMINORI.IT
DIREZIONE@EIDOSMINORI.IT

6. METODI E STRUMENTI PER L'ANALISI DELL'ERRORE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Indagare gli "eventi avversi" o i "quasi eventi" per identificare le cause che maggiormente vi hanno contribuito ed imparare dagli errori può evitare che simili incidenti si ripetano in futuro.

Diversi sono i metodi e gli strumenti per l'analisi dell'errore e la gestione del rischio clinico che sono stati sviluppati nel corso degli ultimi decenni con la finalità di individuare le insufficienze nel sistema che possono contribuire allo scatenarsi di un evento avverso e di individuare e progettare le idonee barriere protettive.

Nonostante l'obiettivo finale sia comune, essi possono seguire fondamentalmente due diversi approcci che non si escludono a vicenda:

- Approccio proattivo: l'analisi parte dalla revisione dei processi e delle procedure esistenti, identificando, nelle diverse fasi, i punti di criticità. Questo approccio può essere utilizzato anche nella ideazione e progettazione di nuove procedure, di processi e di tecnologie per realizzare barriere protettive che impediscano l'errore umano/attivo;
- Approccio reattivo: l'analisi parte da un evento avverso e ricostruisce a ritroso la sequenza di avvenimenti con lo scopo di identificare i fattori che hanno causato o che hanno contribuito al verificarsi dell'evento.

In una organizzazione sanitaria dove si introducono processi per la gestione del rischio, entrambi gli approcci possono essere utilizzati.

Tuttavia, per realizzare un processo sanitario sicuro, l'approccio proattivo è da preferire a quello reattivo.

Vengono proposti nel seguito metodi e strumenti per implementare un sistema di promozione della sicurezza del paziente.

6.1 STRUMENTI PER L'IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO CLINICO

- A) Sistemi di segnalazione (reporting).
- B) Riunione per la sicurezza (briefing sulla sicurezza).
- C) Safety walkaround.
- D) Focus group.
- E) Revisione di cartelle cliniche.
- F) Procedure.

A. SISTEMI DI SEGNALAZIONE (Reporting)

Un sistema di reporting efficace costituisce una componente essenziale di un programma per la sicurezza del paziente. È una modalità strutturata per la raccolta di informazioni relative al verificarsi di eventi avversi e/o di quasi eventi. Lo scopo è di disporre di informazioni sulla natura degli eventi e sulle relative cause per poter apprendere ed intervenire con le appropriate misure preventive e, più in generale, per diffondere le conoscenze e favorire la ricerca specifica nelle aree a maggior criticità. Per quanto riguarda la modalità di segnalazione, essa può avvenire tramite formato prefissato o testo libero, consegnato a mano o inviato con mail, mettendo in atto le opportune forme di tutela della riservatezza della segnalazione.

Un sistema di reporting deve permettere l'identificazione di nuovi e non sospettati rischi, ad esempio complicazioni mai riconosciute associate all'uso di farmaci e, pertanto, alla raccolta deve sempre seguire l'analisi dei dati.

Nel nostro Paese sono stati implementati sistemi di segnalazione cosiddetti di "incident reporting" a livello di Regioni ed Aziende sanitarie che raccolgono eventi avversi e quasi eventi per favorire l'analisi e la predisposizione delle azioni preventive. Il Ministero della salute ha attivato un sistema di monitoraggio degli "eventi sentinella".

B. BRIEFING SULLA SICUREZZA (Riunione per la sicurezza)

Il briefing sulla sicurezza è uno strumento semplice e facile da usare per assicurare una cultura ed un approccio condiviso alla sicurezza del paziente. E' un metodo che consente di creare un ambiente in cui la sicurezza del paziente viene vista come una priorità, in un clima che stimoli la condivisione di informazioni circa le situazioni, effettive o potenziali, di rischio. Consiste in un breve confronto, una discussione colloquiale, ma strutturata, riguardante i potenziali rischi per il paziente presenti nella struttura operativa.

In termini quantitativi permette una facile misurazione del raggiungimento di obiettivi di sicurezza.

Il briefing sulla sicurezza non deve essere punitivo, può fare riferimento ad una lista di problemi di sicurezza, deve essere di facile applicabilità e utilizzabile per tutti i problemi riguardanti la sicurezza del paziente. La conduzione della riunione richiede la scelta di un moderatore capace di spiegare le motivazioni e gli obiettivi.

Il briefing può essere effettuato all'inizio del turno, raccogliendo, per un massimo di 5 minuti, tutti gli operatori che si occupano della cura del paziente.

Si parte con la rilevazione di problemi, dati, osservazioni (in caso di assenza di situazioni

specifiche si può fare riferimento a problemi potenziali).

Alla fine del turno va effettuato un debriefing (altra brevissima riunione), con lo scopo di indagare se si sono verificate delle situazioni potenzialmente rischiose nel corso delle attività.

L'introduzione del metodo va adattata alle esigenze della struttura operativa, garantendo comunque regolarità, continuità e risposta ai problemi che emergono.

La ricaduta immediata è la maggior responsabilizzazione nei comportamenti individuali, la maggior attenzione verso la sicurezza dei pazienti, il miglioramento del clima lavorativo, il potenziamento del "lavoro di "squadra".

C. SAFETY WALKAROUND (Giri per la sicurezza)

Questo metodo consiste in "visite" che i referenti della sicurezza, con mandato della direzione, effettuano nelle strutture operative per identificare con il personale i problemi legati alla sicurezza. Il personale viene invitato a raccontare eventi, fattori causali o concomitanti, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni. Un valore aggiunto importante deriva dal fatto che le informazioni raccolte in questo processo spesso hanno già la soluzione nella descrizione dell'evento e quindi possono portare talvolta alla introduzione di una immediata modifica che migliora da subito il processo assistenziale e la sicurezza. I referenti identificano delle priorità fra gli eventi e l'équipe clinico-assistenziale sviluppa soluzioni condivise con tutto lo staff. La raccolta deve essere anonima ed i problemi che emergono vengono registrati con le conseguenti azioni correttive.

Le modalità organizzative prevedono degli incontri, all'interno delle strutture operative, fra gli esperti e un piccolo gruppo o singoli operatori, della durata di pochi minuti, in cui si cerca di raccogliere e di stimolare le segnalazioni del personale per quanto riguarda situazioni di danno o di rischio.

Fra le barriere più frequenti da superare vi è la paura da parte degli operatori di essere puniti o colpevolizzati per avere effettuato la segnalazione e la diffidenza e mancanza di fiducia nelle conseguenti azioni correttive. E' quindi molto importante far capire l'importanza e la seria considerazione con cui vengono trattate le segnalazioni.

Deve essere chiaro a chi effettua la visita, ma soprattutto allo staff in prima linea, che oggetto dell'indagine non sono i comportamenti individuali, ma i sistemi in atto per la sicurezza del paziente. Il sistema proposto stimola il personale ad osservare comportamenti e pratiche con un occhio critico, riconoscere i rischi da un nuovo punto di vista.

D. FOCUS GROUP

Il focus group è una metodologia tipica della ricerca sociale, da anni introdotta anche in sanità, che serve per identificare tutti gli aspetti di un problema partendo dalle esperienze e dalle percezioni delle persone che sono entrate in contatto con il problema stesso. Quindi, possono essere effettuati sia con singole figure professionali che con l'èquipe, con i pazienti, i familiari e con altri stakeholder. La discussione, della durata di circa un'ora e mezza, deve essere condotta da un moderatore preparato.

L'efficacia del focus group dipende dalle domande formulate che devono essere aperte e consentire il confronto e la massima interazione. Durante la discussione è possibile far emergere eventi avversi o quasi eventi, insufficienze latenti, nonché gli elementi essenziali che concorrono a determinare la cultura locale della sicurezza, utili per individuare le strategie più efficaci da introdurre nello specifico contesto.

E. REVISIONE DELLE CARTELLE CLINICHE

La revisione delle cartelle cliniche ha rappresentato la pietra miliare negli studi sugli errori in sanità.

Rappresenta il metodo impiegato da più tempo per la valutazione di qualità, permette indagini sui processi decisionali e osservazioni di esito, analizzando l'aderenza a linee guida e protocolli.

Le revisioni delle cartelle cliniche possono avvenire in modo esplicito quando il revisore cerca specifici tipi di dati o eventi oppure in modo implicito, laddove un clinico esperto emette un giudizio relativo ad un evento avverso e/o errore, ad esempio la mancata modifica di una terapia dopo la segnalazione di reazioni avverse. Il processo di revisione delle cartelle può essere anche usato per monitorare

i progressi nella prevenzione degli eventi avversi quando, ad esempio, si introducono pratiche più sicure e, attraverso la revisione, si valuta il livello di adozione delle stesse.

Il rilevatore, inoltre, emette un giudizio soggettivo che risente, oltre ad altre variabili, anche della propria specifica competenza. Mentre gli eventi avversi gravi sono quasi sempre riportati, gli errori e le condizioni sottostanti non lo sono mai ed i quasi eventi vengono raramente annotati. Ne consegue che le cartelle sono utili per indagini preliminari, ma danno informazioni contestuali molto limitate. Altre limitazioni all'utilizzo di questa tecnica sono la necessità di una preparazione omogenea dei rilevatori, la preparazione di griglie di lettura. La selezione delle cartelle cliniche da sottoporre a revisione può essere focalizzata su un tipo specifico di evento relativo ai punti critici del processo assistenziale.

F. PROCEDURE

Procedure interne: definite dal Coordinatore di struttura protocollate e diffuse al personale facente parte dell'equipe. I protocolli interni hanno lo scopo di creare una linea comune di comportamento e di gestione delle diverse situazioni all'interno e all'esterno della comunità oltre che avere lo scopo di rendere trasparente e verificabile le modalità di intervento.

Il Servizio è dotato di procedure interne specifiche fornite dalla Sereni Orizzonti 1 SRL per la corretta gestione di determinati ambiti:

- Procedura di sostituzione del responsabile.
- Protocollo di gestione dei farmaci.
- Prevenzione rischi.

La Comunità si dota inoltre di ulteriori procedure interne infermieristico sanitarie al fine di garantire un'adeguata organizzazione interna, lo svolgimento corretto di tutte le mansioni richieste e la gestione di criticità emergenti.

- Documentazione infermieristica, a cura dell'Infermiere Professionale ma a disposizione dell'equipe, contiene tutta la documentazione sanitaria riguardante l'ospite, dalla tessera sanitaria, all'esenzione ticket, i certificati di vaccinazione, esiti di esami.
- La "Scheda Terapia" che riporta l'orario di somministrazione giornaliera per ciascun farmaco così come indicato dal medico di struttura e gli appositi spazi in cui l'infermiere firma l'avvenuta somministrazione.
- "Autocontrolli infermieristici e check lists" attraverso le quali l'infermiere gestisce l'infermeria.

Tutta la documentazione del punto 7, sopra indicata, è soggetta ad aggiornamento. La documentazione revisionata viene conservata presso la struttura.

7. PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) DELLA CTRP GIULIA

7.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE

7.1.1 Presentazione della Comunità

- ✓ **Denominazione presidio**
 - Comunità Terapeutica Riabilitativa protetta per minori e adolescenti "Giulia"
- ✓ **Ente gestore**
 - Sereni Orizzonti 1 Spa
- ✓ **Ubicazione/indirizzo**
 - Via del Terraglietto, 132 - Mestre (VE)
- ✓ **Accreditamento istituzionale: DGR nr. 1021 del 25/07/2021**
- ✓ **Asl di Competenza:**
 - ULSS 3 Serenissima
- ✓ **Territorio di riferimento**
 - Veneto
 - La Comunità accoglie utenti provenienti da fuori Regione compatibilmente con le esigenze progettuali di ogni singolo minore.

7.1.2 Utenti destinatari

- ✓ **Vocazione prevalente**
 - Ha finalità terapeutico – educative e riabilitative, volte sia alla cura della psicopatologia che al recupero psico-sociale del minore/adolescente accolto. Gli interventi sono personalizzati, continuativi, prolungati e definiti all'interno di un progetto terapeutico specifico, individuale, monitorabile e verificabile da un'équipe multi professionale.
- ✓ **Fasce di età degli utenti afferenti**
 - La fascia di età è compresa tra gli 14 anni e il compimento della maggiore età, con la possibilità di prolungare l'accoglienza qualora l'ingresso si avvenuto prima dei 18 anni.



EIDOS

COMUNITÀ
E PROGETTI
PER MINORI

CTRP GIULIA VIA TERRAGUETTO, 132
30174 MESTRE - VENEZIA
TEL. 0415020857
CTRP GIULIA@EIDOSMINORI.IT
DIREZIONE@EIDOSMINORI.IT

✓ **Capacità ricettiva**

- Fino ad un massimo di 12 ragazzi/e contemporaneamente, comprensivi dei 2 posti di pronta accoglienza.

7.2 L'ESPERIENZA E LA MISSION

7.2.1 L'esperienza del gruppo Sereni Orizzonti 1 S.p.A. nell'area Minori

La Sereni Orizzonti 1 SpA gestisce dal 2012 comunità riabilitative e terapeutiche per minorenni. Attualmente in quest'area è presente con 10 Comunità ubicate in 3 Regioni: Piemonte, Veneto e Liguria.

In particolare, la CTRP "Giulia" collabora con l'equipe della Comunità educativa riabilitativa "Gaia" con la quale da anni condivide l'esperienza nel territorio Veneziano oltre che esperienze formative e di confronto.

Data l'esigenza presente nel territorio piemontese e valutata la positiva esperienza maturata negli anni nell'area dell'adolescenza nella realizzazione e la gestione di comunità per minori delle quali attualmente 6 in Piemonte:

• CRP ELSA	10 POSTI	SCALENGHE (TO)
• CRP GP2	8 POSTI	GRUGLIASCO (TO)
• CTM AURORA	8 POSTI	RIVOLI (TO)
• CTM IRIS	10 POSTI	RACCONIGI (CN)
• CTM CASA DI DULEEK	10 POSTI	TORINO (TO)
• CRP DIANA	10 POSTI	CAVAGNOLO(TO)
• CER GAIAN	12 POSTI	MARGHERA(VE)
• CTRP GIULIA	12 POSTI	MESTRE(VE)

Sereni Orizzonti 1 SpA intende realizzare, ove è riconosciuto il fabbisogno, Comunità Riabilitativa Terapeutiche per minori volte all'accoglienza e alla messa in atto di percorsi riabilitativi individualizzati finalizzati ad accompagnare i ragazzi in un percorso di crescita e verso la massima autonomia raggiungibile da ciascun ragazzo.

Tipi	Descrizione
OPERARE CON QUALITÀ'	1. PROGETTI: ricerca attenta dei bisogni sociali, definizione accurata dei servizi, lavoro di rete con il territorio;
	2. INTERVENTI: programmazione e realizzazione di progetti terapeutico individualizzato;

LE INIZIATIVE A FAVORE DEI MINORENNI NASCONO CON L'OBIETTIVO DI OFFRIRE SERVIZI DI ALTO VALORE QUALITATIVO IN TERMINI DI	3. RISORSE UMANE: qualificazione del personale impiegato e formazione permanente dell'équipe educativo
	4. AMBIENTI: strutture, attrezzature e ambienti "a misura di ragazzo" con una valenza educativo terapeutica;
	5. NORMATIVE: pieno rispetto di tutti gli standard di legge: strutturali, gestionali, disciplina del lavoro, contratti collettivi, sicurezza, privacy.

Sereni Orizzonti 1 Spa intende quindi perseguire il benessere, l'accoglienza e la cura di minorenni affetti da disturbi psicopatologici impiegando le risorse previste dalla normativa e tutte le risorse necessarie al raggiungimento di questi obiettivi.

Uno degli obiettivi principali è inoltre creare un Sistema culturale all'interno della propria organizzazione e dentro ogni singola comunità tale da far riconoscere i servizi erogati per la qualità e l'appropriatezza dei modelli teorici e metodologici utilizzati.

E' inoltre un obiettivo già in parte realizzato collegare le comunità alle facoltà universitarie accreditando le single realtà come luoghi di formazione e tirocinio.

Direttrice fondamentale individuate per la crescita e il miglioramento è l'investimento nella formazione del personale al fine di creare equipe stabili e motivate poiché sostenute dall'azienda.

7.3 DATI STRUTTURALI

7.3.1 Strumenti

L'equipe di lavoro deve necessariamente dotarsi di alcuni strumenti per svolgere al meglio il proprio lavoro, al fine di documentare e, non ultimo, dotarsi di una "memoria storica" del proprio operato. Tali strumenti si possono riassumere in:

- Carta del Servizio.
- Riunioni.
- Cartella Comunitaria dell'Ospite.
- Cartella clinica dell'Ospite.
- Piano terapeutico.
- Modulistica specifica di Servizio.
- Procedure.

7.3.2 Caratteristiche specifiche del servizio

E' un servizio terapeutico e riabilitativo, con il compito di accogliere temporaneamente il minore/adolescente in situazione di evidente disagio intrapsichico e psico-sociale e/o con problematiche di ritiro/isolamento sociale. Non è prevista l'accoglienza dei minori con diagnosi di disturbo antisociale.

E' finalizzata a pazienti affetti da psicopatologia importante, in situazione di disagio psico-relazionale, con presenza o meno di disturbi del comportamento, non più in situazione di gravità, che hanno attivato, o iniziato ad attivare, risorse personali sufficienti per la ripresa delle attività e degli interessi propri dell'età adolescenziale (scuola, vita gruppo dei pari extra comunitaria), e che, in presenza di condizioni familiari precarie, hanno ancora bisogno di un contesto terapeutico strutturato.

Attraverso progetti individualizzati, il percorso terapeutico/riabilitativo del minore, rappresenta una delle tappe fondamentali volto alla cura della patologia del minore stesso e del reinserimento sociale, pertanto, la comunità si caratterizza come uno dei nodi della rete di cura integrato ad un sistema di servizi.

L'inserimento in comunità terapeutica, è sempre mediata da un servizio pubblico (servizio di protezione e tutela del minore e/o servizio per l'Età evolutiva) e dal Ministero della Giustizia attraverso i suoi uffici amministrativi e tecnici.

Il setting della comunità riabilitativa-terapeutica, è caratterizzato da uno spazio protetto, dove l'équipe curante utilizza strategie di natura psicoterapeutica e educativo-riabilitativa volte a far evolvere comportamenti problematici e ad aiutare l'utente a riprendere un contatto con la realtà, ripristinando, per quanto possibile, i compiti evolutivi e svolgendo una funzione di collegamento e mediazione con il mondo esterno e la rete sociale a causa di privazione o deprivazione.

Il progetto di intervento è di tipo multidisciplinare:

- **Psicoterapeutico:** favorisce lo sviluppo delle funzioni dell'Io, una maggiore consapevolezza e padronanza del proprio mondo interno, considerando le relazioni fra conflitti inconsci, ideali, meccanismi di adattamento e di difesa;
- **Assistenziale:** nella cura della persona e dei propri spazi;
- **Educativo:** si ricorre ad un approccio comportamentale al fine di ottenere una diminuzione dei sintomi psichici ed un migliore adattamento all'ambiente sociale, con l'ausilio di un trattamento educativo.

Obiettivi primari sono:

- Il superamento persistente della fase acuta che ha portato all'inserimento in struttura
- Il raggiungimento della massima autonomia possibile per ciascun ragazzo
- L'acquisizione di competenze volte all'inserimento in contesti territoriali protetti e al rientro a casa.

7.3.3 Presa in carico

✓ *Segnalazione-primo contatto*

Il minore viene segnalato alla Comunità dal servizio che lo ha in carico, a cui viene richiesta la documentazione necessaria per una valutazione preliminare di compatibilità con la struttura ed il gruppo presente. Se le esigenze del minore vengono valutate compatibili con l'offerta della Comunità farà seguito un primo colloquio con i Servizi invianti.

In tale sede verranno illustrate ai Servizi invianti le caratteristiche della residenza, viene consegnata la "Carta del Servizio" e il "Regolamento della Casa" e verrà individuata una data per la conoscenza del minore, solo dopo questa procedura sarà possibile per la struttura esprimere parere favorevole o meno all'inserimento.

Le modalità e le tempistiche di ingresso dipendono molto dalle caratteristiche di emergenza della condizione generale del singolo ragazzo.

✓ *Fase di accoglienza*

Se la situazione del minore non necessita di un inserimento urgente, verrà richiesto e concordato con i servizi un'ulteriore incontro presso la Comunità "Giulia". E' previsto infatti, che il minore assieme ai famigliari, quando possibile, abbiano il diritto/dovere di visitare la struttura prima dell'ingresso, attraverso una procedura ben definita, che prevede delle tempistiche accurate e delle modalità consone. Il minore assieme ai famigliari e/o ai Servizi invianti infatti saranno accolti nella visita nei momenti in cui gli altri utenti saranno occupati in altre attività o impegnati fuori dalla struttura, al fine di prevenire premature fantasie tra i minori accolti

✓ *Fase di inserimento/osservazione*

Al suo ingresso l'ospite viene accompagnato dai Servizi. In struttura ad accoglierlo saranno presenti lo Psicologo, il Coordinatore Educativo e il personale in turno. Prima dell'assegnazione della camera e del riordino dei bagagli verrà compilato il "Verbale di

accoglienza". La compilazione di tale verbale costituisce l'atto formale di ingresso dell'utente, al quale farà seguito da parte della comunità la segnalazione di inserimento tramite apposito modulo e la comunicazione all'Autorità Giudiziaria della presenza del minore all'interno del presidio con la trasmissione dello schema "Registro Movimentazione ospiti".

Al momento dell'ingresso i Servizi sono tenuti a Consegnare tutta la documentazione sanitaria del minore, le relazioni sociali, le relazioni della eventuale Comunità di provenienza o di altro servizio, l'elenco degli effetti personali dell'utente, i documenti personali (C.I, C.F) , eventuale terapia e una dotazione di farmaci sufficienti a coprire almeno la prima settimana di inserimento, il verbale di approvazione della retta da parte dei Servizi e la documentazione del Tribunale che prescrive al minore la permanenza in Comunità.

La fase di inserimento si conclude dopo 30 giorni con la stesura del "progetto terapeutico" che conferma la compatibilità del minore con il percorso individuato e riporta le azioni progettuali che si intendono attivare a favore dell'utente. Al contrario se il minore non risulta essere compatibile con la struttura o viceversa la Comunità non può farsi carico delle esigenze del minore viene individuato il percorso di dimissione.

Il progetto verrà poi aggiornato trimestralmente o nei tempi concordati con i Servizi invianti.

✓ ***Fase di messa in atto del progetto educativo individualizzato.***

Sulla base del piano terapeutico riabilitativo individualizzato condiviso con i Servizi Inviati e la famiglia l'équipe della Comunità ricerca e attiva le risorse necessarie per la messa in atto delle azioni finalizzate al superamento della fase di acuzie e al progressivo aumento di benessere dell'ospite, inteso in senso globale.

Lo psicoterapeuta attiva il percorso di sostegno psicologico definendone i tempi e le modalità. L'équipe educativa e assistenziale programmano e mettono in atto le attività riabilitative e di gestione della quotidianità in favore del minore in un'ottica di sviluppo di competenze e strategie comportamentali volte al raggiungimento del massimo livello di autonomia possibile per ciascun utente.

L'équipe inoltre accompagna e sostiene i ragazzi per favorire la convivenza all'interno della Comunità e lo sviluppo e la gestione di relazioni interpersonali esterne alla struttura negli ambiti extracomunitari significativi individuati per l'ospite (scuola, centri sportivi, luoghi pubblici, ecc.).

I progetti di intervento proposti pongono particolare attenzione sull'andamento scolastico dei ragazzi e sulla gestione del tempo libero anche al di fuori della Comunità.

7.3.4 Carta del Servizio

La Carta del Servizio è uno strumento di dialogo tra gli utenti dei servizi e l'Ente che eroga il servizio, ed è stata introdotta dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27/10/1994 con il preciso scopo di:

- Tutelare il diritto degli utenti.
- Tutelare l'immagine dell'ente descrivendo chiaramente i servizi offerti.
- Promuovere la partecipazione attiva degli utenti al fine di migliorare l'offerta delle prestazioni sul piano qualitativo e quantitativo.

La Carta del Servizio porta a considerare gli utenti parte integrante del sistema qualità e portatori di valori, dotati di dignità, capacità critica e facoltà di scelta, con i quali instaurare un rapporto basato sulla trasparenza e sulla comunicazione al fine di migliorare costantemente, secondo le attese da loro percepite, i servizi resi.

7.3.5 Riunioni

✓ *Riunioni di équipe*

Gli operatori si incontrano settimanalmente 2 ore dalle 8,30 alle 10,30 al fine di programmare le attività e gli interventi, discutere dei casi clinici, verificare l'andamento dei progetti. Durante ogni riunione si redige apposito "Verbale riunione équipe", che viene protocollato e archiviato e che è sempre fruibile da parte di tutti gli operatori.

✓ *Riunioni con i ragazzi*

Periodicamente si stabiliscono riunioni con tutti i ragazzi, generalmente dopo il pranzo, durante le quali si raccolgono eventuali esigenze, si comunicano le decisioni che vengono prese in équipe, se di interesse di tutto il gruppo e si rivede insieme il "Regolamento interno della casa".

✓ *Riunioni di rete/gruppi di lavoro*

Avvengono periodicamente o in corrispondenza di momenti particolari del progetto, e vedono coinvolti tutti gli attori significativi per il progetto del minore. Durante il coordinamento si prevede solitamente la presenza dell'équipe curante della comunità (NPI, Referente di struttura, Psicologo, Educatore di riferimento) e dei membri dell'équipe dei Servizi invianti (NPI, Assistente Sociale, Psicologa e in alcuni casi educatore territoriale).

✓ **Riunioni con le famiglie**

Ove sussistano le condizioni sono previste riunioni periodiche con i famigliari dei ragazzi, tali riunioni possono avere lo scopo di aggiornare la famiglia sull'andamento del progetto oppure come sostegno psicologico o per avere il consenso rispetto a decisioni che prevedono la sottoscrizione del genitore (analisi invasive, documentazione sanitaria, diffusione immagine, privacy, ecc.).

In base alla finalità della riunione sarà coinvolto il Coordinatore e/o un membro dell'equipe

7.3.6 Cartella comunitaria

La cartella comunitaria contiene tutti i documenti del minore:

I documenti personali e i riferimenti.

La documentazione proveniente dal Servizio Sociale di riferimento, la Neuropsichiatria infantile, i Provvedimenti del T.M., dell'Autorità Giudiziaria.

La documentazione scolastica.

La documentazione clinica.

I progetti educativi individualizzati.

7.3.7 Cartella clinica

La cartella clinica contiene tutta la documentazione sanitaria del minore, gli esiti delle analisi effettuate e le visite e il piano farmaceutico.

7.3.8 Piano Terapeutico

Contiene, in prima stesura, un riassunto della storia del minore, gli obiettivi che vengono prefissati in equipe allargata, gli strumenti che si utilizzano, le modalità di intervento, i tempi, la descrizione di tempo, spazio, strategia.

E' discusso nella riunione settimanale di equipe e negli incontri con i Servizi di riferimento. Viene costantemente aggiornato e verificato nel modo e nei tempi definiti dal progetto stesso. Tutti i progetti e gli aggiornamenti sono conservati all'interno della Cartella Clinica di ciascun ospite, datati e firmati.

Il piano educativo e riabilitativo individualizzato deve essere condiviso e sottoscritto, se la situazione lo consente, dai genitori o da altro legale rappresentante del minore, nonché dalla comunità e dai servizi.

Viene formulato entro 30 giorni dall'accoglienza del minore e deve essere coerente con il Progetto quadro

7.3.9 Modulistica specifica di Servizio

- Il “Quaderno consegne” è lo strumento adottato dagli operatori per comunicare tra loro, mantenendosi reciprocamente e quotidianamente aggiornati sulla vita della casa e dei suoi abitanti. Lo scambio in tempo reale delle consegne è indispensabile anche per trasmettere all'utenza la certezza che la comunicazione tra i membri dell'équipe avviene in modo costante e dunque viene diffusa una linea comune. Ogni operatore è tenuto a prenderne visione all'inizio del turno e ad aggiornarlo alla fine, sottoscrivendolo e datandolo
- Il “Diario giornaliero” utenti è lo strumento nel quale quotidianamente gli operatori riportano le informazioni significative relative alla giornata di ogni singolo ospite rispetto alle tre fasce giornaliere: mattino, pomeriggio e notte
- Il “Diario clinico psicologico”, nel quale lo psicoterapeuta riporta le date delle sedute con gli utenti e le informazioni salienti raccolte.
- Il “Diario clinico medico”, nel quale il medico NPI riporta le date delle dei colloqui con gli utenti, i contenuti emersi da tali riunioni e le variazioni di terapia che verranno poi riportate sulla scheda terapia.

7.3.10 Procedure (vedi punto 8)

Procedure interne: definite dal Coordinatore di struttura protocollate e diffuse al personale facente parte dell'équipe. I protocolli interni hanno lo scopo di creare una linea comune di comportamento e di gestione delle diverse situazioni all'interno e all'esterno della comunità oltre che avere lo scopo di rendere trasparente e verificabile le modalità di intervento.

Il Servizio è dotato di procedure interne specifiche fornite dalla Sereni Orizzonti 1 SRL per la corretta gestione di determinati ambiti:

- Procedura di sostituzione del responsabile
- Protocollo di gestione dei farmaci
- Prevenzione rischi

La Comunità si dota inoltre di ulteriori procedure interne infermieristico sanitarie al fine di garantire un'adeguata organizzazione interna, lo svolgimento corretto di tutte le mansioni richieste e la gestione di criticità emergenti.

- Documentazione infermieristica, a cura dell'Infermiere Professionale ma a disposizione dell'équipe, contiene tutta la documentazione sanitaria riguardante l'ospite, dalla tessera

sanitaria, all'esenzione ticket, i certificati di vaccinazione, esiti di esami.

- La "Scheda Terapia" che riporta l'orario di somministrazione giornaliera per ciascun farmaco così come indicato dal medico di struttura e gli appositi spazi in cui l'infermiere firma l'avvenuta somministrazione.
- "Autocontrolli infermieristici e check lists" attraverso le quali l'infermiere gestisce l'infermeria.

Tutta la documentazione del punto 7, sopra indicata, è soggetta ad aggiornamento. La documentazione revisionata viene conservata presso la struttura.

7.4 L'EQUIPE

L'équipe curante della CTRP è composta da diverse figure di seguito elencate. L'importanza della multidisciplinarietà è data dalla collaborazione attraverso la comunicazione. I diversi ruoli professionali, non devono sovrapporsi gli uni con gli altri, ma piuttosto collaborare tra loro riportando ognuno le proprie competenze per poter aiutare l'utente durante il suo percorso terapeutico all'interno della Comunità

✓ *Lo Psicoterapeuta*

.Effettua trattamenti di gruppo e individuali, partecipa alla riunione d'équipe settimanale ed agli incontri di verifica e programmazione con tutti i professionisti e operatori coinvolti nel caso. Contribuisce alla stesura del progetto terapeutico, promuove e gestisce incontri di supporto psicologico sia a livello individuale che di gruppo; prevede incontri settimanali o al bisogno con i minori ospitati in struttura e attua modalità condivise di supporto al personale. Si occupa di supervisionare il lavoro del personale educativo.

✓ *Il Neuropsichiatra Infantile e/o Psichiatra in subordine*

E' presente in struttura almeno tre giorni a settimana ed è sempre reperibile telefonicamente. Partecipa alle riunioni di rete a favore degli ospiti e partecipa alle riunioni di equipe interne svolgendo la funzione di supervisione e di formazione. Riveste il ruolo di Responsabile clinico.

✓ *Il personale educativo*

Identificato come educatore professionale sanitario o tecnico della riabilitazione psichiatrica, basa il proprio lavoro sulla relazione e sui rapporti interpersonali. Si occupa di attuare specifici progetti educativi e riabilitativi nell'ambito di un progetto elaborato dall'équipe multidisciplinare. Persegue obiettivi educativo/relazionali in contesti di recupero

e partecipazione alla vita quotidiana. Cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale di soggetti in difficoltà, può svolgere anche attività in ambito di prevenzione e promozione. Predispone il progetto educativo individualizzato coerentemente con il Progetto Quadro. L'educatore garantisce la messa in atto, nel quotidiano, di quanto previsto nel Progetto educativo agendo da forza motrice di un meccanismo complesso e articolato qual è la presa in carico di un altro individuo. Osserva le dinamiche dell'utente messe in atto con altre persone e sul territorio, al fine di elaborare, rimettere in discussione o modificare un determinato percorso educativo. Accompagna gli ospiti in un progetto di autonomia e riabilitazione mettendo in campo le sue capacità di analisi, progettazione, educazione, cura, prevenzione, animazione, gestione degli spazi, delle informazioni, delle conoscenze, effettuando una valutazione sia in itinere, sia finale.

Nello specifico, cura l'inserimento del minore in struttura nella sua globalità, ne percepisce i bisogni reali, lo supporta nel quotidiano, diventa figura autorevole ma anche l'adulto positivo con il quale imparare a confrontarsi con fiducia.

✓ ***Coordinatore educativo / amministrativo***

Assolve a tutti i compiti di carattere amministrativo e organizzativo all'interno della struttura. Collabora in particolare con il psicoterapeuta di struttura per definire i turni degli operatori, le attività dei ragazzi e la vita di comunità.

✓ ***Gli Operatori Socio-Sanitari (OSS)***

L'OSS è una figura professionale facente parte dell'equipe. Gestisce la quotidianità nei rapporti con l'utenza, si occupa del governo degli spazi comuni insieme agli ospiti, è la parte più attiva all'interno della struttura per quanto riguarda le cose pratiche (alimenti, spesa quotidiana, menù, lavanderia) ma sempre in condivisione con gli educatori. Partecipa alla riunione di équipe ed agli incontri settimanali con gli ospiti e l'educatore.

✓ ***L'Infermiere Professionale***

Si cura della somministrazione dei farmaci, prenotazione visite specialistiche, preparazione e somministrazione delle terapie e compilazione documentazione infermieristica.

✓ ***Referente area minori Veneto***

E' una figura professionale che si occupa di monitorare e comunicare con il capo di zona rispetto ai processi in atto, inoltre valuta ed organizza assieme alle figure competenti gli ingressi e la gestione amministrativa esterna alla quotidianità.

7.5 LA CURA DELL' EQUIPE

Il personale viene selezionato dal Referente di Struttura anche con la collaborazione dello Psicoterapeuta.

La selezione avviene tramite uno o più colloqui che vengono registrati in apposito modulo "Selezione del Personale" conservato all'interno della struttura.

La formazione del personale viene pianificata annualmente nei mesi di novembre e dicembre per l'anno successivo. Viene somministrato al personale il "Questionario esigenze formative" che guida i referenti aziendali nella scelta dei corsi di formazione.

7.6 SELEZIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE

Procedure di selezione: il personale viene selezionato dal Coordinatore della struttura che può decidere di avvalersi di collaboratori per sondare specifiche competenze. Una volta selezionato il candidato, il Coordinatore comunica alla sede centrale la propria valutazione e, in caso di valutazione positiva della sede centrale, si procede con la stipula del contratto. Vista la tipologia degli utenti sono previsti momenti formativi affiancati da figure professionali già formate.

Il personale viene selezionato sulla base dei criteri di competenza, disponibilità, motivazione, capacità di lavorare in gruppo, esperienza documentata e profilo professionale.

7.7 RETE FORMALE E INFORMALE

✓ Autorità giudiziaria e Regione

L'ente gestore della comunità deve assicurare l'adempimento degli obblighi di comunicazione all'Autorità Giudiziaria nonché i relativi adempimenti regionali. (L.149/01).

✓ Servizi sociali/sanitari referenti

I rapporti con i servizi sociali e sanitari sono basati sul costante trasferimento delle informazioni mezzo relazioni, telefonate, mail ed incontri programmati in comunità o presso la sede del servizio territoriale, dove si argomenta sull'andamento generale, sulla definizione o sulla ridefinizione degli obiettivi educativi (scuola, rientri in famiglia, contatti con il TM).

✓ **Famiglia / tutore**

I rapporti con la famiglia di origine, se previsto dal Progetto Quadro vengono mantenuti con telefonate concordate con l'équipe operativa della comunità, con visite e/o rientri a casa programmati e concordati o ricevimento dei parenti in comunità. L'andamento di ogni incontro dovrà essere riportato sul diario giornaliero dell'ospite.

Ove possibile la famiglia sottoscrive il progetto terapeutico individualizzato.

I genitori o chi esercita la potestà genitoriale devono essere informati della programmazione degli interventi terapeutico-riabilitativi e di ogni fatto rilevante relativo al minore.

✓ **Scuola/Corsi di formazione**

I minori accolti presso la comunità vengono inseriti dall'équipe educativa, presso alcuni istituti nei paesi limitrofi, sulla base di un coinvolgimento del corpo docente.

In tal modo si cerca di creare un dialogo tra il minore e l'équipe operativa della comunità, permettendo di acquisire la conoscenza del caso, il livello di preparazione, le motivazioni espresse, inserendo il minore in un corso di studi regolare anche già avviato.

L'accesso alle scuole superiori è valutato e mediato in considerazione delle reali motivazioni espresse o proseguendo il percorso di studi iniziato altrove.

Ai minori non frequentanti percorsi di studi di scuola superiore si dà l'opportunità, qualora sia possibile, di accedere a corsi di formazione professionalizzanti accompagnandoli in tutto il percorso sino ad eventuale momento di stage e di ingresso nel mondo del lavoro. Tutti i percorsi scolastici, di formazione lavoro o altri corsi specifici (danza / cucina / equitazione / piscina) sono definiti in accordo con il servizio inviante.

7.8 APPROCCIO TERAPEUTICO

Equipe sanitaria referente:

- Dott. Franceschini Neuropsichiatra – Responsabile Clinico.
- Dott. Racchelli, Psicoterapeuta – Coordinatore Clinico.
- Dott. Velleca Psicoterapeuta di struttura.

L'orientamento teorico che guida il piano terapeutico della CTRP Giulia è di matrice psicodinamica – analitica junghiana. In base a tale direzione di cura il minore viene inteso come un giovane in difficoltà alla ricerca di una costruzione identitaria e di legami affettivi

positivi e riparatori, che possano ristabilire nello stesso il naturale processo evolutivo, spesso interrotto o diventato disfunzionale. Risulta fondamentale, quindi, ai fini della cura, incentivare e potenziare le risorse e le qualità positive/funzionali presenti nel minore attraverso sia attività di tipo sanitario quali psicoterapia e farmacoterapia che a carattere espressivo/creativo (laboratori) al fine di arginare o trasformare le forme di malessere in modo che divengano potenzialità per il paziente stesso. La cura presso la CTRP Giulia viene quindi anche valorizzata tramite la sperimentazione di differenti tipologie d'arte attraverso la partecipazione dei pazienti ai laboratori di teatro, musicoterapia ed arteterapia gestiti o supervisionati dal dott. Racchelli.

Il lavoro terapeutico verterà su un avvicinamento empatico e sull'analisi dei legami affettivi instaurati con i coetanei e con gli adulti presenti all'interno e all'esterno della struttura, sfavorendo un approccio che si muova prevalentemente sull'asse premi/punizioni – condizionamenti.

Inoltre, è garantita all'equipe una supervisione mensile esterna.

All'interno del piano terapeutico della struttura, infatti, la supervisione costituisce un momento fondamentale perché la relazione tra gli operatori e gli utenti si sviluppi come una riproposizione di figure di accudimento riparative e "sufficientemente buone" (D. Winnicott), fornendo così ai pazienti anche una possibilità di identificazione positiva coi modelli di adulto rappresentati dagli operatori.

In questa prospettiva, nei casi in cui la comunità lo ritiene funzionale per il paziente, vengono coinvolte nel lavoro terapeutico anche le figure genitoriali così da implementare e valorizzare in esse le funzioni parentali positive già proposte dagli operatori.

Più nel dettaglio, il percorso terapeutico proposto dalla struttura CTRP Giulia si articola con la seguente modalità:

- cura farmacologica, quando necessario e se necessaria;
- psicoterapia di gruppo verbale ad orientamento psicodinamico con cadenza settimanale con il dott. Racchelli;
- Visita medica una volta a settimana con il dott. Franceschini
- psicoterapia individuale con il dott. Racchelli e/o il Dott. Velleca (un colloquio per ciascun utente a settimana);
- gruppi di arteterapia, espressivi, laboratori condotti dagli operatori adeguatamente formati.

- colloqui, ove possibile, con i famigliari condotti dal dott. Racchelli e gruppi condotti in presenza dell'infermiere professionale sui temi di sessualità, cura del sé, igiene, alimentazione.

Sono previste le seguenti fasi all'ingresso del paziente:

- FASE 1: Raccolta anamnestica del paziente.
- FASE 2: Valutazione diagnostica/somministrazione Test (O.R.T., test di Rorschach, Test proiettivi, K-SADS, Honosca e valutazione farmacologica quando necessarie o richieste.
- FASE 3: Formulazione e/o rielaborazione degli obiettivi e del progetto terapeutico inerente al paziente.
- FASE 4: Inizio del processo terapeutico sia individuale che gruppale.
- FASE 5: Valutazione mensile rispetto all'andamento del paziente in struttura.
- FASE 6: Verifica dopo sei/otto mesi dall'inserimento del paziente rispetto al raggiungimento degli obbiettivi prefissati.
- FASE 7: Proseguimento della cura (proseguendo nuovamente dalla FASE 3) o dimissioni.

7.9 DATI GENERALI DELL'AZIENDA

Dati aggiornati al 06.10.2021

Dati	Descrizione
Autorizzazioni/Accreditamento C.T.R.P. Giulia	Autorizzata all'esercizio, in virtù del Decreto autorizzativo n. 001, rilasciato, in data 09.01.2017, dalla Regione Veneto e decreto di accreditamento definitivo con Decreto della Regione Veneto n. 1021 del 28 Luglio 2021.
Sito internet Sereni Orizzonti 1 spa	www.sereniorizzonti.it
Sito internet Comunità minori	www.eidosminori.it
PEC	sereniorizzonti1@legalmail.it

7.10 ORGANI DI GOVERNO

Dati aggiornati al 06.10.2021

Figure	Nominativi
CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	PRESIDENTE: Ing. Gabriele Meluzzi CONSIGLIERE: Dott. Davide Chiavicatti
LEGALE RAPPRESENTANTE	Ing. Gabriele Meluzzi
Referente Regionale	Dott. Valerio Burattin
Responsabile Amministrativo	Dott. Gianpietro Bragaglia
Responsabile Sanitario CTRP Giulia	Dott. Claudio Franceschini
Direttore di Unità d'Offerta	Dott.ssa Alessia Giraldo
Coordinatore Clinico	Dott. Manuel Racchelli

7.11 DATI STRUTTURALI

Dati aggiornati al 06.10.2021

Unità d'Offerta	Numero Edifici	MQ di superficie	Posti letto
CTRP Giulia	01	750 comprensivo del 30% di spazi esterni computabili	12

7.12 DATI DI ATTIVITA'

Dati aggiornati al 06.10.2021

Unità d'Offerta	Totale numero di utenti assistiti/transitati nella struttura		
	Anno	Dismessi	Inseriti
CTRP Giulia	2019	4	4
	2020	6	7

7.13 PERSONALE SANITARIO

Dati aggiornati al 06.10.2021

Figure	Numero Risorse
MEDICO PSICHIATRA	1
PSICOLOGI/PSICOTERAPEUTI	2
PSICOLOGI	0
ASSISTENTI SOCIALI	6 ORE SETTIMANALI
INFERMIERI PROFESSIONALI	2
OPERATORI SOCIO SANITARI	3
EDUCATORI SANITARI/TERP	5

7.14 EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO

Tipo di evento	Anno	Numero	Principali fattori causali/contribuenti	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
NEAR MISS	2019	0	Strutturali (0%)	
	2020	0	Tecnologici (0%)	
			Organizzativi (0%)	
			Procedure/ Comunicazione (0%)	
EVENTI AVVERSI	2019	0	Strutturali (0%)	
	2020	0	Tecnologici (0%)	
			Organizzativi (0%)	
			Procedure/ Comunicazione (0%)	
			Cadute (0%)	
EVENTI SENTINELLA	2019	0	Strutturali (0%)	Formazione rispetto agli eventi segnalati negli incident report. Implementare le procedure e divulgarle all'equipe
	2020	5	Tecnologici (0%)	
			Organizzativi 100%	

7.15 RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO BIENNIO

Anno	Numero Sinistri	Risarcimenti erogati
2019	0	0
2020	0	0

7.16 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza (*) (scadenza)	Compagnia assicurativa
2019	31.12.2019	GENERALI ASSICURAZIONI
2020	31.12.2020	GENERALI ASSICURAZIONI
2021	31.12.2021	GENERALI ASSICURAZIONI

(*) Polizza complessiva per tutte le UdO della Sereni Orizzonti 1 S.p.A.

7.17 COMITATO DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Dati aggiornati al 06.10.2021

Figure	Nominativi
RISK MANAGER	Dott. Claudio Franceschini
RESPONSABILE SANITARIO	Dott. Claudio Franceschini
RESPONSABILE DI STRUTTURA	Dott.ssa Alessia Giraldo
SERVIZIO LEGALE	Avv. Fausto Discepolo
MEDICO DEL LAVORO	Dott. Antonio Chisari Dott. Lorenzo Rossi
RSPP	Dott. Alessandro Conte
REFERENTE FORMAZIONE	Dott. Alessandro Conte
COORDINATORE CLINICO PTRI	Dott. MANUEL RACCHELLI
RESPONSABILE UFFICIO TECNICO	LUIGI SACCO

7.18 COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI

Dati aggiornati al 06.10.2021

Figure		Nominativi
SERVIZIO LEGALE		Avv. Fausto Discepolo
RISK MANAGER		Dott. Claudio Franceschini
DIRETTORE SANITARIO		Dott. Claudio Franceschini
LEGALE RAPPRESENTANTE		Ing. Gabriele Meluzzi
ANNO DI ISTITUZIONE	2021	Delibera del 20 gennaio 2021
NUMERO DI CASI ISTRUITI	0	

7.19 RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PARM 2020

Si precisa, preliminarmente, che nel corso dell'anno 2020 sono stati segnalati "eventi indesiderati", sono stati segnalati e/o riscontrati "eventi sentinella" e "near miss". Pertanto, il resoconto delle segnalazioni dell'anno 2020 è il seguente:

- Segnalazioni relative a cadute di pazienti = n. 0
- Segnalazioni relative a criticità organizzativo/strutturali = n. 2
- Segnalazioni relative a carenza di personale = n. 4
- Segnalazioni relative a errata identificazione di paziente = n. 0
- Segnalazioni relative a decesso di paziente a causa di eventi indesiderati = n. 0
- Segnalazioni relative a presunto nesso di causalità tra atto medico/ infermieristico ed evento indesiderato = n. 0
- Segnalazioni relative ad aggressioni fisiche nei confronti di operatore = n. 3
- Segnalazioni relative ad allontanamento volontario di paziente = n. 0
- Segnalazioni relative a errore di terapia = n. 0
- Segnalazioni di eventi di scarsa rilevanza = n. 0
- Schede di INCIDENT-REPORT contenenti l'individuazione di azioni di miglioramento = 03.

Si metterà in atto nel 2022 una politica di "Gestione del rischio clinico", per altro ricompresa all'interno della più ampia politica per la sicurezza aziendale, promuovendo l'approccio sistemico al problema della sicurezza delle cure anche attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo assistenziale.

Le azioni poste in essere saranno le seguenti:

Obiettivo	Programmato	Realiz- zato	Stato attuazione
ATTIVITA' 1 DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE	Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti. Saranno svolti corsi. Riunione di equipe settimanale 08,30-10,30. Corsi specifici sulla sicurezza (antincendio, Primo soccorso).	NO	Il PARM è stato portato a conoscenza degli operatori. E' stato programmato per il 2022 l'evento formativo avente ad oggetto "Rischio Clinico, strumenti di intervento: la comunicazione non violenta" o formativo avente ad oggetto "Prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari".
ATTIVITA' 2 MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI	Stesura delle procedure per la implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti. Attività di verifica delle procedure avviate. Riunione di Direzione clinica una volta ogni tre mesi. Registro delle assunzioni. Programma gestione farmaci. Supervisione mensile equipe clinica da docente esterno (3 ore al mese). Incontri con supervisore esterno per attività sulla gestione dei rapporti gruppal.	SI	Sono state redatte ed approvate procedure interne. E' stato predisposto un modello per la segnalazione degli eventi sentinella da compilare a cura degli operatori sanitari. Sono pervenute n° 3 (tre) schede di INCIDENT-REPORT, contenenti l'individuazione e l'attivazione di azioni di miglioramento, scaturite dall'attività di Equipe Clinica riguardanti eventi di scarsa gravità che tuttavia hanno prodotto azioni di miglioramento. L'Unità di Gestione del Rischio Clinico ha realizzato, presso le Sedi Operative Aziendali, una costante attività di monitoraggio/implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali. Sono stati effettuati gli incontri mensili con il supervisore esterno per attività sulla gestione dei rapporti gruppal.

Obiettivo	Programmato	Realiz- zato	Stato attuazione
ATTIVITA' 3 SVILUPPO DI UN PROGRAMMA DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELLA CARTELLA CLINICA COME STRUMENTO DI RISK MANAGEMENT	Saranno esaminate cartelle cliniche del 2021, in collaborazione con la Direzione Sanitaria, utilizzando una Chek-list ad hoc.	NO	Con la collaborazione dei Responsabili Sanitari verranno esaminate tutte le cartelle cliniche relative all'anno 2020
ATTIVITA' 4 FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE	Svolgimento di audit reattivi e/o proattivi su eventi, processi o esiti. Incontri con supervisore esterno per attività sulla gestione dei rapporti gruppalì. Supervisione mensile dell'equipe clinica da docente esterno (3 ore al mese). Riunione di Equipe Clinica settimanale.	SI	E' stato istituito un tavolo permanente per la sicurezza aziendale, coordinato dal Risk Manager. Sono state svolte con regolarità le riunioni di equipe clinica settimanali. Il supervisore esterno ha svolto regolarmente la propria attività.
ATTIVITA' 5 PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT	Partecipazione ai tavoli regionali sul rischio clinico e alle attività dei gruppi di studio e/o approfondimento regionali.	NO	Il Risk Manager ha partecipato a n. 01 riunioni sul Rischio Clinico
ATTIVITA' 6 PROGRAMMA FARMACI (GESTIONE ARCHIVIO, SEGNALEZIONE FARMACI IN SCADENZA, ecc.). PROCEDURE GESTIONE FARMACI IN PAZIENTE SBAGLIATO; ERRATA PROCEDURA GESTIONE FARMACI SU PAZIENTE CORRETTO.		SI	Sotto la supervisione dei Responsabili sanitari sono state verificate n. 8 procedure per la gestione del farmaco.

7.20 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- quella del Risk Manager che redige e promuove lo stesso tenendo nel debito conto le Linee Guida Regionali ed Aziendali in materia di Risk Management e ne monitora l'implementazione;
- quella della Direzione Aziendale che si impegna ad adottarlo con Deliberazione e a fornire al Risk Manager e alla organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

È bene sottolineare che in questa sezione non si elencano le responsabilità delle singole azioni previste nelle attività, ma solo quelle relative alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARM.

Di seguito la matrice delle responsabilità:

Azione	Risk Manager	Direzione Aziendale	Direzione Sanitaria	Direzione Amministrativa e aziendale	Strutture amministrative e tecniche di supporto
REDAZIONE PARM E PROPOSTA DI DELIBERA	R	C	C	C	
DIFFUSIONE DEL PARM	C	I	C	C	R
MONITORAGGIO PARM	R	I	C	C	C

Legenda : R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

7.21 OBIETTIVI 2022

Gli interventi e le azioni proposte, parte integrante e sostanziale del Piano, hanno la finalità di portare in evidenza e analizzare la rischiosità intrinseca a processi o pratiche terapeutiche e assistenziali, affinché, con il concorso di tutti gli operatori si possano adottare gli opportuni correttivi, nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate. Il PARM si propone, quindi, di ridurre la possibilità di errori da parte degli operatori della struttura "CTRP GIULIA" e si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di

valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione ed implementazione di Linee Guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema.

Il Risk Manager rappresenta un facilitatore del cambiamento organizzativo la cui attività non può e non deve sollevare dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi assistenziali, comprendendo nel termine “gestione” anche gli aspetti non direttamente di tipo sanitario ma che hanno rilevanza sull'erogazione delle prestazioni. Rispetto a tali soggetti, il Risk Manager coordina ed armonizza l'intero sistema di governo del rischio partendo però dall'assunto che ogni singolo operatore ricopre un ruolo determinante nella diffusione della cultura della sicurezza e nel successo degli interventi di gestione del rischio clinico. Il PARM fornisce alla Direzione un supporto indispensabile per intervenire nella macchina organizzativa aziendale basandosi su dati certi, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa. La struttura aziendale, per quanto di competenza, collabora con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARM e la riuscita degli interventi in questo proposti. Pertanto, nel recepire le Linee Guida regionali per la stesura del PARM ed in coerenza con la mission dell'ente è stata identificata per l'anno 2022 la implementazione dei seguenti obiettivi strategici:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- 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.
- Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- Partecipare alle attività regionali in tema di risk management.

7.22 ATTIVITA' 2022

Il Piano di Risk Management per l'anno 2022 continua nell'obiettivo intrapreso nel corso del 2021, dando continuità ai percorsi di gestione strategica e alla operatività delle linee di attività già precedentemente intraprese.

Si tenderà a privilegiare e a sviluppare una formazione prevalentemente sul campo, attraverso AUDIT all'interno della struttura. Tale modello oltre a svolgere attività di analisi, monitoraggio e controllo di quanto oggetto di AUDIT terrà presente, come già precedentemente indicato, quegli elementi di criticità relativi alla “comunicazione” sia tra i

professionisti che verso l'utente, con la convinzione che un buon processo di comunicazione è elemento fondamentale per mitigare reazioni avverse e possibili contenziosi.

Obiettivo a)	DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
Attività 1	Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti. Sarà svolto un corso di formazione sulla "Gestione del Rischio Clinico" e sulla "Comunicazione e lavoro di gruppo per la prevenzione dei rischi". Sarà assicurata la partecipazione a corsi, sul tema da parte della direzione aziendale sanitaria. Corsi specifici sulla sicurezza (antincendio, BLS). Corsi di formazione all'utilizzo di intranet aziendale per la diffusione di dati e report sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate (ad esempio sul corretto utilizzo dei farmaci).
Attività 2	Riunione di equipe clinica Settimanale.
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	Implementazione delle procedure per il rispetto delle raccomandazioni ministeriali e regionali per la sicurezza dei pazienti. Attività di verifica delle procedure avviate. Riunione di equipe clinica Settimanale Supervisione mensile equipe clinica da docente esterno (3 ore al mese). Progettazione e implementazione di attività legate all'utilizzo degli strumenti di risk assessment. Fase di risk analysis, attraverso l'utilizzo degli audit di rischio clinico. Elaborazione di procedure aziendali volta al recepimento di documenti regionali o nazionali. Attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti delle strutture.
Attività 2	Programma di valutazione della cartella clinica come strumento di risk management
Attività 3	Programma farmaci (gestione archivio, segnalazione farmaci in scadenza) . Procedura gestione farmaci in paziente sbagliato; errata procedura gestione farmaci su paziente corretto.

Obiettivo c)	FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE
Attività	Svolgimento di audit reattivi o proattivi su eventi, processi o esiti. Attività del tavolo permanente istituito per la sicurezza aziendale, coordinato dal Risk Manager. Riunione di equipe clinica settimanale. Supervisione mensile dell'equipe clinica da docente esterno (4 ore al mese).
Obiettivo d)	GARANTIRE LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT
Attività	Partecipazione ai tavoli regionali sul rischio clinico e alle attività dei gruppi di studio/approfondimento regionali se ci sono. Recepimento delle Linee di indirizzo regionale in materia di Rischio Clinico.

7.23 ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Le attività previste ed elencate per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti rispondono agli obiettivi relativi al Rischio Clinico.

Per ogni attività è definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo standard che ci si prefigge di raggiungere. In alcuni casi l'indicatore non potrà che essere del tipo sì/no, mentre in altri sarà possibile costruire un rapporto e indicare una percentuale da raggiungere. Sono indicati standard realistici e realizzabili nei tempi previsti per la specifica attività.

Nelle tabelle che seguono sono riportate le principali attività che si intendono realizzare, con le relative matrici delle responsabilità.

✓ **LE TABELLE SEGUENTI RIPORTANO IN SINTESI LE ATTIVITA' PREVISTE NEL 2020 E LA MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

Legenda: R = Responsabile - C = Coinvolto - I = Interessato

OBIETTIVO A)	ATTIVITA' 1			
DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE	Progettazione ed esecuzione del Corso "Gestione del Rischio Clinico" – Comunicazione e lavoro di gruppo per la prevenzione dei rischi". Obbligatorio per tutti gli operatori sanitari. Standard ≥ 75%			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	AZIONE	Risk Manager	Vertice aziendale	Corpo Docente
	Progettazione del corso	R	C	C
	Eventuale accreditamento del corso	C	R	I
	Esecuzione del corso	R	C	C
	ATTIVITA' 2 Riunione di equipe clinica settimanale Standard ≥ una riunione a settimana			
	AZIONE	Risk Manager	Vertice aziendale	Corpo Docente
	Esecuzione	C	R	-

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO DEGLI EVENTI AVVERSI			ATTIVITA' 1 Implementazione delle procedure per la sicurezza dei pazienti e delle raccomandazioni Ministeriali. Attività di verifica sulle procedure avviate. Supervisione mensile dell'equipe clinica da docente esterno (4 ore al mese). Riunione di equipe clinica settimanale.	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGER	VERTICE AZIENDALE	RESPONSABILE DEL GRUPPO DI LAVORO	GRUPPO
PROGETTAZIONE DEL GRUPPO	R	C	C	I
STESURA DELLE PROCEDURE	C	C	R	C
VALIDAZIONE DELLE PROCEDURE	R	C	C	I
APPROVAZIONE PROCEDURE	R	C	C	I
INFORMAZIONE FORMAZIONE	R	C	C	C
VERIFICA APPLICAZIONE	R	C	C	C
ATTIVITA' 2				
Programma di valutazione della qualità della cartella clinica come strumento di risk management				
INDICATORE			Numero di cartelle verificate	
STANDARD			≥ 20	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	AZIONE	RISK MANAGEMENT	VERTICE AZIENDALE	PERSONALE
	Progettazione programma	R	C	I
	Esecuzione	R	C	I
	Report	R	C	I

ATTIVITA' 3

Programma farmaci (gestione archivio, segnalazione farmaci in scadenza, ecc.)
Procedura gestione farmaci in paziente sbagliato; errata procedura gestione farmaci su paziente corretto

INDICATORE			Numero di utenti verificati	
STANDARD PER SINGOLA VERIFICA			≥ 10	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	AZIONE	RISK MANAGEMENT	VERTICE AZIENDALE	PERSONALE
	Attuazione programma	R	C	C
	Esecuzione	R	C	C
	Report	R	C	C

OBIETTIVO C)

FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE

ATTIVITA'

Svolgimento di audit reattivi o proattivi su eventi, processi o esiti. Attività del tavolo permanente istituito per la sicurezza aziendale, coordinato dal RiskManager. Riunione di equipe clinica settimanale. Supervisione mensile dell'equipe clinica da docente esterno (4 ore al mese).

INDICATORE	Numero di audit
STANDARD	≥ 4
FONTE	Risk Manager

OBIETTIVO D)

PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT

ATTIVITA'

Assicurare la partecipazione ai tavoli regionali sul rischio clinico e alle attività dei gruppi di studio e approfondimento regionali. Recepimento delle Linee di Indirizzo Regionale in materia di Rischio Clinico.

INDICATORE	Numero eventi
STANDARD	≥ 1
FONTE	Risk Manager

7.24 MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- quella del Risk Manager che redige e promuove lo stesso tenendo nel debito conto le Linee Guida Regionali ed Aziendali in materia di Risk Management e ne monitorizza l'implementazione;
- quella della Direzione Aziendale che si impegna ad adottarlo con Deliberazione e a fornire al Risk Manager e alla organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

È bene sottolineare che in questa sezione non si elencano le responsabilità delle singole azioni previste nelle attività, ma solo quelle relative alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARM.

7.25 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM. COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARM e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso:

- Lo svolgimento di incontri presso le Strutture Operative promossi dal Risk Manager per far conoscere gli obiettivi del Piano e le relative modalità attuative di competenza di ciascuno.
- Riunioni di equipe clinica per aspetti relativi alle problematiche delle diverse categorie di operatori delle strutture.
- Svolgimento di corsi di formazione.

Il coinvolgimento del personale rispetto ai problemi della sicurezza è effettuato in modo sistematico ed avviene sin dalla costruzione del sistema di gestione del rischio clinico e, successivamente, in tutte le fasi di identificazione dei rischi e di analisi di near misses, eventi sentinella ed eventi avversi; deve riguardare, quindi, il sistema nel suo complesso e l'analisi e la gestione dei singoli eventi. Viene reso più efficace dalla creazione e dal sostegno di una cultura condivisa del rischio clinico, quindi la presenza di un linguaggio comune è pre-requisito indispensabile e la formazione è uno strumento fondamentale. Quest'ultima:

- è mirata agli specifici bisogni formativi;
- è costruita con riferimento al contesto storico, culturale (valori, priorità, rapporti, clima) ed operativo (utilizzo di esempi concreti, applicazioni reali);

- prevede l'applicazione nella pratica quotidiana di quanto acquisito con successiva revisione;
- è continuativa, ossia prevedere avanzamenti e richiami, al fine di rinforzare l'apprendimento.

Il coinvolgimento del personale deve, inoltre, essere previsto almeno nelle seguenti attività:

- costruzione, revisione, implementazione di linee guida;
- progetti di miglioramento;
- costruzione di materiale informativo e di educazione per il personale e gli utenti;
- effettuazione delle scelte: organizzative, delle attrezzature, delle tecnologie, della formazione;
- audit ed altre attività connesse alla valutazione ed al miglioramento.

Le metodologie per la partecipazione attiva del personale includono la raccolta di opinioni e pareri, problemi percepiti dal personale per quanto riguarda la sicurezza attraverso questionari; cassetta dei suggerimenti; riunioni, anche nella forma dell'assemblea.

8. PROCEDURE DI RIFERIMENTO

- RU-01 Gestione Risorse Umane
- RU-02 Gestione RU - Formazione
- RIU-03 Gestione Formazione
- SAN-01 Inserimento Minore
- SAN-02 Gestione Operativa
- SAN-03 Gestione Clinica
- SAN-04 Tutela Ospiti
- SAN-05 Gestione Cartella Sanitaria Multidisciplinare
- SAN-06 Gestione del Farmaco
- SAN-07 Consensi/Dichiarazioni
- SAN-08 Gestione Emergenze