


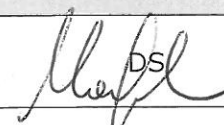
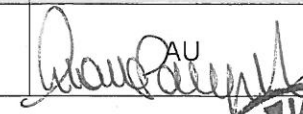
**CASA DI CURA
CLINICA LATINA S.P.A.**

Lungodegenza medica post acuzie

Via Vulci, 16
00183 – Roma
Tel: 0677206340
Fax: 0670492581

Mail: latinac@tiscali.it
Sito: <http://www.clinicalatinaspa.it/>

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT
MOD PARM

| ED. / REV. | DATA | REDAZIONE | VERIFICA | APPROVAZIONE |
|---------------|----------|---|--|---|
| 01/02 | 16/02/21 |  |  |  |



INDICE

| | |
|---|----|
| 1. PREMESSA | 3 |
| 1.1. SCOPO | 4 |
| 1.2. CONTESTO ORGANIZZATIVO | 5 |
| 1.3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI | 6 |
| 1.4. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO | 8 |
| 1.5. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA | 8 |
| 1.6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM PRECEDENTE | 9 |
| 2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM | 10 |
| 3. OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI | 11 |
| 4. ATTIVITÀ | 12 |
| 4.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE | 12 |
| 4.2. OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA | 13 |
| 4.3. OBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA | 13 |
| 4.4. OBIETTIVO D): PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT | 14 |
| 5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM | 15 |
| 6. RIFERIMENTI NORMATIVI | 15 |
| 7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA | 15 |

1. PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato la necessità che le organizzazioni sanitarie operino per assicurare ai Pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure.

La possibilità di "**Evento avverso**" è insita nei sistemi complessi e le realtà sanitarie, come sancito dall'OMS, sono l'ambito lavorativo a maggiore complessità possibile.

La sicurezza dei Pazienti deve essere, quindi, continuamente presidiata e le criticità devono essere affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando vari aspetti: monitoraggio e analisi degli eventi avversi, elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, coinvolgimento di Pazienti, formazione degli operatori sanitari, analisi delle interferenze e delle criticità; al fine di promuovere sia una visione che una gestione sistemica del rischio.

La **Gestione del Rischio Clinico** rappresenta un elemento di Governo (Clinico), meglio definito come "*il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica*".

La gestione del rischio in ambito sanitario è un'attività già prevista nella legge 189 del 2012 (Legge Balduzzi), che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Il legame consequenziale con una più efficace gestione delle risorse economiche aveva già indotto a scorporare alcune indicazioni dal disegno di legge Gelli (peraltro approvato in via definitiva lo scorso 28 febbraio 2017) per inserirle nella Legge di Stabilità 2016, in cui sono attribuiti alla prevenzione del rischio effetti positivi sull'uso delle risorse e sulla tutela del Paziente.

La **Legge Gelli** (Legge 8 marzo 2017, n. 24) qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Le attività di prevenzione del rischio – alle quali concorre tutto il personale – devono essere messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private.

Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico e nel documento "**Risk Management e Qualità in Sanità**" definisce le seguenti raccomandazioni:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- promuovere la segnalazione dei *Near Miss*;
- sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- monitorare periodicamente e garantire *feed-back* informativi;
- avviare la costituzione di un *network* per la realizzazione di un *database* nazionale per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza dei Pazienti, anche al fine di istituire un Osservatorio a livello centrale;
- definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

La Regione Lazio, nel recepire il documento ministeriale, tenuto conto delle peculiarità del contesto organizzativo e del profilo di rischio di ciascuna Azienda, mediante l'emanazione delle Linee Guida di Indirizzo, ha inteso promuovere la massima condivisione dei principi e delle regole del governo clinico, anche attraverso la costruzione di una rete di professionisti e in una ottica di gestione globale della tematica della gestione del rischio e della sinistrosità.

In questa dimensione, la **Gestione del Rischio Clinico** assume un ruolo fondamentale nel processo di identificazione degli obiettivi di sistema, di definizione dei processi organizzativi, di allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

1.1. SCOPO

Il **Piano Annuale di Risk Management** (PARM) è lo strumento per progettare, promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi. I progetti operativi esplicitati all'interno del PARM hanno come finalità l'analisi di possibili criticità di processo e l'individuazione di azioni per migliorare i processi esistenti.

Il PARM è, quindi, uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti e degli specifici contesti di lavoro. L'ottica è quella di diminuire le potenzialità di errore, attivo e di sistema, e di contenere la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie.

Attraverso il PARM, il *Risk Manager* fornisce alla Struttura uno strumento di fondamentale importanza nella gestione sistemica del rischio clinico.

Il PARM, inoltre, rappresentando le politiche di analisi e di prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli *stakeholder*.

Le attività indicate sono parte integrante delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza, economicità e sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

In questa ottica, il Piano Annuale di Risk Management è costruito nella prospettiva del miglioramento continuo e dell'implementazione di azioni qualificanti l'attività.

1.2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Con il DCA n. U00034 del 12/02/2014 la Casa di Cura Clinica Latina S.p.A. ha ottenuto la conferma dell'autorizzazione all'esercizio per n. 33 posti letto in un'unica unità funzionale di Raggruppamento Medico per Lungodegenza Medica e l'accreditamento istituzionale definitivo di cui al DCA 90/2010 e s.m.i. per n. 30 posti letto del Raggruppamento Medico per Lungodegenza Medica.

La sua sede è a Roma, in Via Vulci 16, ed è raggiungibile con la metropolitana A e con le linee urbane 360 e 218.

La Casa di Cura non ha un bacino di utenza delimitato territorialmente ma eroga prestazioni accogliendo richieste dai principali nosocomi della Regione, pur mantenendo una particolare attenzione al territorio di pertinenza (ASL ROMA 2).

Opera all'interno del S.S.R. nel rispetto degli obiettivi posti dalla pianificazione nazionale e regionale, mirando al processo di integrazione con il territorio attraverso la collaborazione con la ASL.

L'assistenza medica è garantita h 24. Al medico è affidata la diagnosi, la cura e la prevenzione delle patologie dei ricoverati. Tutto il personale medico partecipa all'Unità Operativa Interna, che è un gruppo di lavoro presieduto dal Vicedirettore Sanitario dove vengono discussi ed elaborati i programmi terapeutici e riabilitativi dei singoli Pazienti.

Nella Casa di Cura è impegnato un gruppo di infermieri professionali che garantiscono i servizi a favore dei ricoverati. Responsabile dell'organizzazione infermieristica è la Direzione Sanitaria e il Coordinatore Infermieristico.

Allo scopo di fornire risposte diversificate rispetto al bisogno dei singoli utenti è attivo, anche, il Servizio di Pronto Accoglienza.

All'atto del ricovero, o al massimo nei giorni immediatamente successivi, la Direzione Sanitaria, con il supporto del Coordinatore infermieristico, fornisce al Paziente e/o ai parenti tutte le indicazioni necessarie ai fini del prosieguo dell'assistenza.

In occasione delle festività religiose è celebrata la Santa Messa e il Sacerdote della Chiesa della Natività Nostro Signore Gesù Cristo, tutti i sabati, presta assistenza ai ricoverati.

La Casa di Cura è dotata di una camera mortuaria con ingresso autonomo.

Il processo di qualità attivo, inoltre, aiuta la Casa di Cura a operare nell'ottica del miglioramento continuo, elemento fondamentale per garantire dinamicità e appropriatezza delle cure, senza mai tralasciare la garanzia della "centralità della persona".

DATI STRUTTURALI^(A)

| | | Fonte del dato |
|---|--|------------------------------|
| Estensione territoriale ROMA | 1 287.36 Km ² | Indirizzo web per il turismo |
| Popolazione residente | 2 863 843 | Indirizzo web per il turismo |
| Estensione territoriale struttura | / | / |
| Presidio Ospedaliero | Casa di Cura Autorizzata e Accreditata | / |
| Posti letto ordinari autorizzati | 33 | / |
| di cui Posti letto ordinari Accreditati | 30 | / |
| Posti letto diurni | / | / |
| Posti letto dialisi | / | / |

(A): Dati aggiornati al 29/01/2021

DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI

| | | Fonte del dato |
|-------------------|----------------|------------------|
| Ricoveri ordinari | Ciclo continuo | Ufficio ricoveri |

In data 16/02/2021 la Direzione Sanitaria della Casa di Cura Clinica Latina S.p.A. è stata affidata al Dott. Marco Siclari. Il Dott. Siclari all'atto della nomina ha preso visione e avallato le attività svolte, i documenti prodotti nel corso dell'anno e gli obiettivi proposti, definiti, tra gli altri, nel presente PARM e nel PAICA.

1.3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI

Qualsiasi analisi relativa all'anno 2020 non può non prendere in considerazione la pandemia da SARS-CoV-2.

La Casa di Cura Clinica Latina S.p.A., come tutte le realtà sanitarie e non, ha affrontato e gestito non solo i casi e/o i contatti stretti, ma anche tutte le problematiche connesse a tale situazione.

Per una analisi di dettaglio si rimanda al PAICA della struttura, in questo contesto invece ci si limita a sottolineare quanto il Covid-19 abbia inficiato le normali attività e la programmazione preventivata.

Nell'anno 2020 presso la Casa di Cura Clinica Latina S.p.A. sono stati segnalati e registrati utilizzando lo strumento dell'incident reporting e delle non conformità, gli eventi riportati in tabella.

| TIPO EVENTO | N° | % (su Tot. Eventi) | PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI | AZIONI DI MIGLIORAMENTO | FONTE DEL DATO |
|--------------------------|----|-----------------------|---|---|---|
| Near Miss | 0 | 0 | Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunicazione (%) | Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (%) Procedure/Comunicazione (%) | Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%) |
| Eventi Avversi | 8 | 100 | Strutturali (12,5 %) Tecnologici (0 %) Organizzativi (12,5 %) Procedure/Comunicazione (75 %) | Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (%) Procedure/Comunicazione (%) | Sistemi di reporting (100 %) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%) |
| Eventi Sentinella | 0 | 0 | Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunicazione (%) | Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (%) Procedure/Comunicazione (%) | Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%) |
| Totale | 8 | / | / | / | / |

Tutti gli eventi ricadono nella tipologia degli Eventi Avversi, in cui possiamo distinguere: 4 cadute, 2 infezioni, 1 fuga e 1 puntura accidentale.

Le cadute continuano a essere il principale evento avverso presente in struttura. Le cadute sono riconducibili alla tipologia di Pazienti trattati, cioè Pazienti disorientati nel tempo e nello spazio, con mobilità ridotta, fragili, anziani e con comorbidità multiple. Dagli eventi segnalati è seguito un monitoraggio con esecuzione degli esami diagnostici necessari (e/o trasferimento in pronto soccorso).

Le Infezioni registrate sono da riferirsi a *Clostridium difficile* tossina A e B. Le infezioni sono state individuate e trattate precocemente e nel rispetto della procedura aziendale per l'individuazione precoce del *Clostridium difficile*.

Si riporta anche un caso di fuga, immediatamente riscontrato e segnalato alle forze dell'ordine. Il Paziente in questione è stato rapidamente ritrovato e non riportava particolari problematiche. A seguito di questo evento, come azione correttiva, è stato implementato un sistema di allarme per la porta di ingresso/uscita.

Infine, nel corso dell'anno 2020 è stato registrato un caso che ha coinvolto un operatore, il quale si è punto con un ago direttamente dal contenitore dei taglienti. L'operatore è stato

inviato in Pronto Soccorso per le verifiche del caso ed è stato effettuato un approfondimento informativo sulla gestione di acuminati e taglienti.

Per tutti gli eventi segnalati, si sottolinea l'immediata gestione e l'assenza di particolari problematiche postume.

1.4. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO (AI SENSI DELL'ARTICOLO 4. C. 3 L. 24/2017)

| ANNO | N° | RISARCIMENTI EROGATI |
|-------------|-----------|---------------------------------|
| 2016 | 0 | 0 |
| 2017 | 1 | In corso |
| 2018 | 1 | In corso |
| 2019 | 1 | In corso |
| 2020 | 1 | In corso |

1.5. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

| ANNO | POLIZZA | SCADENZA | COMPAGNIA ASSICURATIVA | PREMIO | FRANCHIGIA | BROKER |
|-------------|----------------|-----------------|-----------------------------------|---------------|-------------------|---------------------|
| 2016 | 252508278 | 2017 | Allianz | | | Dati amministrativi |
| 2017 | 370673268 | 2018 | Generali Ass. | | | Dati amministrativi |
| 2018 | 370673268 | 2019 | Generali Ass. | | | Dati amministrativi |
| 2019 | 380705567 | 2020 | Generali Ass. | | | Dati amministrativi |
| 2020 | 380705567 | 2021 | Generali Ass. | | | Dati amministrativi |

1.6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM PRECEDENTE

Le attività programmate per l'anno 2020 e dichiarate nel PARM precedente sono state sospese a causa delle necessità emerse durante il periodo di emergenza per il Covid-19. Inoltre, per quanto riguarda i corsi di formazione, spesso sono stati sospesi direttamente dagli enti erogatori.

| ATTIVITÀ | REALIZZATA ^(A) | STATO ATTUAZIONE |
|---|---------------------------|---|
| 1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico" | NO | La Risk Manager, in accordo con la Direzione Sanitaria e Aziendale, in virtù delle necessità relative alla pandemia in corso e in accordo con le richieste degli Enti di riferimento (Ministero, Regione, ect.), ha deciso di orientare la formazione sul Covid-19 e la sua gestione. Tali corsi saranno parte del Piano Formativo 2021. |
| 2: progettazione ed esecuzione di almeno 2 edizioni di un "corso di gestione del rischio clinico relativo a uno specifico ambito di attività" | NO | Vedi attività 1 |
| 3: aggiornamento/redazione ed implementazione delle procedure relative alle raccomandazioni ministeriali | SI | La struttura ha verificato e revisionato ove necessario le procedure relative alle Raccomandazioni Ministeriali applicabili e ha partecipato al Monitoraggio AGENAS senza ricevere particolari segnalazioni in merito. |
| 4: revisione e implementazione della scheda di segnalazione degli eventi avversi | NO | La Risk Manager, in accordo con la Direzione Sanitaria e Aziendale, in virtù delle necessità relative alla pandemia in corso, ha deciso di orientare tutti gli sforzi sul Covid-19 e la sua gestione. Tali attività saranno riprogrammate nel 2021. |
| 5: identificazione dei rischi attraverso il Safety Walkaround | SI | Effettuata Safety Walkaround, in presenza e da remoto (Skype), condivisa con RLS, RSPP, Risk Manager; per verifica gestione rischi Covid-19. |
| 6: condivisione documenti su Cloud Regionale | In parte | Pubblicati PARM e PAICA anno 2020. Per l'anno 2021 si intende intensificare l'attività, pubblicando anche le procedure relative al Gestione del Rischio Clinico. |

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
- quella dell'Alta Direzione che si impegna ad adottarlo con Deliberazione e a fornire al Risk Manager e all'organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive per la concreta realizzazione delle attività in esso previste (es. la definizione di specifici obiettivi di budget).

Di seguito la matrice delle responsabilità del PARM:

| AZIONE | RM | DS | AU | STRUT. DI SUPPORTO |
|---------------------------------------|----|----|----|--------------------|
| Redazione PARM e proposta di deliber. | R | C | C | / |
| Adozione PARM con deliberazione | I | C | R | / |
| Monitoraggio PARM | R | C | C | C |

RM: Risk Manager; AU: Amministratore Unico; DS: Direttore Sanitario
R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

3. OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

Nel recepire le Linee Guida Regionali per l'elaborazione del PARM (Decreto del Commissario ad Acta del 4.11.2016 n. U00328 Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)), tenuto conto della descrizione degli eventi di cui al paragrafo 1.3, sono stati identificati e ritenuti prioritari i seguenti obiettivi strategici per l'anno 2020:

- a. diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- b. migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- c. favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture;
- d. partecipare alle attività regionali in tema di risk management. Con questo obiettivo si è inteso dare la possibilità alle strutture che partecipano attivamente a gruppi di lavoro e ad altre attività a valenza regionale, di valorizzare tali attività purché, ovviamente, sia possibile darne evidenza documentale.

Essendo mandatario declinare un **minimo di cinque attività distribuite su almeno due obiettivi a scelta fra quelli a, b e c, la struttura ha scelto gli obiettivi per il 2021** come declinati nelle tabelle che seguono.

4. ATTIVITÀ

Le attività sospese nel corso dell'anno 2020, così come definito nei paragrafi precedenti, sono riprogrammate per l'anno 2021.

4.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico"

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2021

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

STANDARD: 100%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| AZIONE | RISK MANAGER | DIREZIONE |
|----------------------|--------------|-----------|
| Progettazione Corso | R | C |
| Accreditamento Corso | C | R |
| Esecuzione Corso | R | I |

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 2: progettazione ed esecuzione di almeno 2 edizioni di un "corso di gestione del rischio clinico relativo a uno specifico ambito di attività"

INDICATORE: Esecuzione di almeno due edizioni del Corso entro il 31.12.2021

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

STANDARD: 100%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| AZIONE | RISK MANAGER | DIREZIONE |
|----------------------|--------------|-----------|
| Progettazione Corso | R | C |
| Accreditamento Corso | C | R |
| Esecuzione Corso | R | I |

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

4.2. OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA

ATTIVITÀ 3: verifica, adattamento e implementazione delle procedure relative al Covid-19 e alle Linee Guida Regionali

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2021

(n nuove procedure) / (n procedure previste)

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

| AZIONE | MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | |
|---------------------------|------------------------------|-----------|
| | RISK MANAGER | DIREZIONE |
| Verifica necessità | R | C |
| Istituzione gruppo lavoro | R | R |
| Elaborazione documento | R | I |
| Implementazione procedura | R | C |

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 4: revisione e implementazione della scheda di segnalazione degli eventi avversi

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2021

(n eventi segnalati con nuova modulistica) / (n eventi segnalati)

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

| AZIONE | MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | |
|-----------------------------------|------------------------------|-----------|
| | RISK MANAGER | DIREZIONE |
| Revisione modulo | R | C |
| Informazione/formazione personale | R | C |
| Verifica implementazione | R | C |

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

4.3. OBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA

ATTIVITÀ 5: identificazione dei rischi attraverso il Safety Walkaround

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2021

(n Safety Walkaround realizzati) / (n Safety Walkaround programmati)

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

| AZIONE | MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | |
|---------------------------|------------------------------|-----------|
| | RISK MANAGER | DIREZIONE |
| Implementazione strumento | R | C |
| Informazione/formazione | R | C |
| Verifica utilizzo | R | C |

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

4.4. OBIETTIVO D): PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT

ATTIVITÀ 6: condivisione documenti su *Cloud Regionale*

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2021

(n Documenti pubblicati) / (n Documenti "pubblicabili")

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

| AZIONE | MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | |
|-----------------------|------------------------------|-----------|
| | RISK MANAGER | DIREZIONE |
| Verifica portale | R | C |
| Verifica documenti | R | C |
| Caricamento documenti | R | C |

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

Il presente PARM sarà diffuso attraverso i seguenti strumenti:

- pubblicazione sul sito internet;
- presentazione alla Direzione Aziendale;
- diffusione al personale di struttura;
- presentazione al personale di struttura.

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", pubblicata in Gazzetta Ufficiale, serie Generale, n. 64 del 17 marzo 2017, ed entrata in vigore giorno 1 aprile 2017.
- Decreto legge n. 158 del 13 settembre 2012 (c.d. "decreto omnibus" per la sanità).
- Nota Regione Lazio Prot. n. 99218 del 23/02/2015 Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti.
- Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): "Gestione del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza" (Determinazione Regionale N. G04112 del 01/04/2014).
- Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009: Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
- Determinazione n. G09535 del 02/07/2014 "Linee Guida Regionali per l'attività di Gestione dei sinistri da responsabilità Medico/Sanitaria – Composizione e Funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri.

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Ministero della Salute: "Risk Management e Qualità in Sanità - il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
- WHO – World Alliance for patient safety – The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Save Surgery Save Live".
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997.
- Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997.
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione
- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza
- AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators:
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>