

# IL BRIGANTE

S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

Sede legale : 04019 Terracina (LT) Via Badino n. 267

## S.R.T.R.e “ESSERCI”

### “PIANO AZIENDALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2019”

Gestione del rischio clinico e delle attività per la sicurezza dei pazienti.

	FUNZIONE E NOME	FIRMA	DATA
REDAZIONE E VERIFICA	Dott. NOCCA DANIELE Risk Manager Direttore Sanitario		11.02.2019
VALIDAZIONE	MAGHERITA MASSARONI PENELOPE SUBIACO Amministratori Legali rappresentanti		15.02.2019

## **INDICE**

<b>1. SICUREZZA DELLE CURE E RISCHIO CLINICO : FUNZIONE DELL'UFFICIO AZIENDALE DI RISK MANAGEMENT .....</b>	<b>3</b>
<b>2. IL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) .....</b>	<b>5</b>
<b>3. TERMINI E DEFINIZIONI .....</b>	<b>7</b>
<b>4. ORGANI DI GOVERNO.....</b>	<b>8</b>
<b>5. PERSONALE SANITARIO .....</b>	<b>8</b>
<b>6. PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT DELLA SRTR “ESSERCI” – 2019 .....</b>	<b>8</b>
<b>7. DATI GENERALI .....</b>	<b>12</b>
<b>8. COMITATO GESTIONE RISCHIO CLINICO .....</b>	<b>12</b>
<b>9. COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI .....</b>	<b>13</b>
<b>10. DATI STRUTTURALI .....</b>	<b>14</b>
<b>11. DATI DI ATTIVITA' .....</b>	<b>14</b>
<b>12. EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO TRIENNIO .....</b>	<b>14</b>
<b>13. NUMERO E ANALISI CONTENZIOSO .....</b>	<b>14</b>
<b>14. ATTIVITA' 2019 .....</b>	<b>15</b>
<b>15. OBIETTIVI 2019 .....</b>	<b>16</b>
<b>16. ATTIVITA' .....</b>	<b>17</b>
<b>17. SINTESI DELLE ATTIVITA' PREVISTE .....</b>	<b>18</b>
<b>18. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM.....</b>	<b>20</b>
<b>19. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM.....</b>	<b>20</b>
<b>20. RIFERIMENTI NORMATIVI, SITOGRAFIA.....</b>	<b>21</b>

## **1.SICUREZZA DELLE CURE E RISCHIO CLINICO : FUNZIONE DELL’UFFICIO AZIENDALE DI RISK MANAGEMENT**

La gestione del rischio clinico in sanità ha come obiettivo quello di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori. A questo scopo impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni per identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi connessi all'erogazione delle cure.

Nel 2017, esaurito il mandato del Comitato tecnico di coordinamento rischio clinico per gestire il rischio sanitario e la sicurezza del paziente è stato istituito il **Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)**.

Dal 2014 il **Tavolo permanente del risk manager** riunisce periodicamente i risk manager e i rappresentanti delle professioni sanitarie che operano nelle organizzazioni che si occupano della gestione del rischio clinico. Le riunioni del Tavolo permanente rappresentano un fondamentale momento di condivisione, di confronto e di scambio di idee e competenze fra le diverse, ed eterogenee, realtà regionali.

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 dei professionisti e adotti politiche per prevenirli e gestirli. Tale ufficio 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. 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 dell'ufficio aziendale 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”*), in particolare dovrà essere scelto tra il *“personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti, in medicina legale ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore”*. 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 l'ufficio aziendale 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). Uno dei principali compiti è l'analisi degli incidenti che hanno comportato (o potevano comportare) un danno al paziente. E' una funzione importante su cui gravano notevoli responsabilità, considerato che una volta individuate le cause, ha obbligo di definire, con urgenza, le misure di eliminazione o prevenzione delle stesse.

In caso di evento avverso l'ufficio aziendale 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 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.

Altra attività fondamentale svolta dall'ufficio aziendale 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.

## **2. IL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM)**

***Il Piano Annuale di Risk Management (PARM) è lo strumento per promuovere e realizzare le iniziative aziendali per la gestione dei rischi.***

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 il Piano Annuale di Risk Management (PARM) che viene redatto annualmente dalle

aziende su indicazione delle Regioni a seguito dell’emanazione di specifiche Linee Guida.

Il PARM 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 assicura la diffusione del PARM ai diversi livelli aziendali attraverso specifiche modalità informative quali :

- **Pubblicazione sul sito aziendale**
- **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.**

### **3. TERMINI E DEFINIZIONI**

Si riporta di seguito la terminologia ritenuta necessaria ai fini della comprensione del presente piano aziendale di risk management.

<b>EVENTO AVVERSO</b>	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”.
<b>NEAR MISS</b>	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.
<b>EVENTO SENTINELLA</b>	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) un’indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e</li> <li>b) l’implementazione delle adeguate misure correttive.</li> </ul> <p>Di seguito l’elenco degli eventi indicati dal Ministero della Salute applicabili alla S.R.T.R.e “ESSERCI” :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Procedura in paziente sbagliato;</li> <li>2. Errata procedura su paziente corretto;</li> <li>3. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;</li> <li>4. Morte o grave danno per caduta di paziente;</li> <li>5. Suicidio o tentato suicidio di paziente nella struttura;</li> <li>6. Violenza su paziente;</li> <li>7. Atti di violenza a danno di operatore;</li> <li>8. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente.</li> </ol>

## **4. ORGANI DI GOVERNO**

<b>AMMINISTRATORI E LEGALI RAPPRESENTANTI</b>	<b>MARGHERITA MASSARONI PENELOPE SUBIACO</b>
<b>DIREZIONE AMMINISTRATIVA</b>	<b>Avv. MICHELE MASSARONI</b>
<b>DIREZIONE SANITARIA</b>	<b>Dott. DANIELE NOCCA</b>
<b>PSICOLOGI</b>	<b>Responsabile : Dott.ssa MARGHERITA MASSARONI</b>
<b>TECNICI DI PSICOLOGIA</b>	<b>Responsabile : Dott.ssa TIZIANA DEL VECCHIO</b>
<b>EDUCATORI PROFESSIONALI</b>	<b>Responsabile : Dott.ssa TIZIANA GATTI</b>
<b>ASSISTENTI SOCIALI</b>	<b>Responsabile : Dott. ALBERTO LAURENZA</b>
<b>INFERMIERI PROFESSIONALI</b>	<b>Responsabile : ALESSANDRO NANNI</b>
<b>OPERATORI SOCIO SANITARI</b>	<b>Responsabile : O.S.S. ANGELO SUBIACO</b>

## **5. PERSONALE SANITARIO**

	<b>Numero risorse</b>
<b>MEDICI</b>	<b>1</b>
<b>PSICOLOGI/PSICOTERAPEUTI</b>	<b>2</b>
<b>EDUCATORI PROFESSIONALI</b>	<b>1</b>
<b>TECNICI DI PSICOLOGIA</b>	<b>4</b>
<b>ASSISTENTI SOCIALI</b>	<b>1</b>
<b>INFERMIERI PROFESSIONALI</b>	<b>3</b>
<b>OPERATORI SOCIO SANITARI</b>	<b>5</b>

## **6. PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT DELLA S.R.T.R.e “ESSERCI” - 2019**

Redatto ai sensi della Determinazione G01226 del 2 febbraio 2018 “*Approvazione documento recante – Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017*” – Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali.

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.

Incertezza e rischio sono connaturati all'esistenza di qualunque tipo di azienda sanitaria. Appare evidente, dunque, che il rischio intrinseco alla natura dell'impresa sanitaria è il rischio connesso alla prestazione sanitaria stessa riconducibile alla sicurezza del paziente e di tutte quelle situazioni che possono causarne una diminuzione o la perdita di *safety* all'interno di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale. Alcuni autori anglosassoni definiscono il rischio clinico (Reason) come *“la probabilità che si verifichi un danno, prevedibile e non prevenibile, causato dalla gestione sanitaria relativa ad ogni aspetto della cura, della diagnosi al trattamento”*. Appare innegabile, dunque, la complessità della presa in carico del paziente e la moltitudine di variabili che entrano nel governo sanitario e degli innumerevoli percorsi/processi che un paziente incontra nel corso della sua permanenza presso un'organizzazione erogatrice di salute sia per sua stessa natura un processo che produce rischi; di fatto eventi avversi possono avere frequenze statistiche elevate in termini di accadimento e, pertanto, una raccolta sistematica associata ad una discussione ragionata rappresenta una strada determinante per la prevenzione del danno al malato. L'approccio alla gestione degli insuccessi in ambito sanitario è stato, fino a poco tempo fa, basato sulle persone e quindi rivolto a identificare i professionisti implicati al momento dell'incidente per ritenerli responsabili. Questa cultura della ricerca del colpevole è stata ritenuta metodo utile per risolvere il problema ma, alla luce delle risultanze dei apporti del Ministero della Salute, si è ben compreso che l'unica cultura adatta alla gestione del rischio è quella che parte dall'analisi dell'incidente come evento asettico, momento rivelatore dei punti critici dei processi e dei sistemi della complessa organizzazione sanitaria. In sintesi il risk management si interessa della

funzione intrinsecamente rischiosa espletata nelle strutture sanitarie, allo scopo di disegnare nuove strategie atte a ridurre le probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ossia che subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo non volontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza.

La **S.R.T.R.e “ESSERCI”**, operante nel settore S.R.T.R. Psichiatrica, gestita dalla società “Il Brigante S.n.c. di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.” con sede legale in Terracina (LT) Via Badino, 267, è autorizzata all’esercizio con accreditamento definitivo in virtù del Decreto Autorizzativo del Commissario ad acta della Regione Lazio n. U00443 del 30 ottobre 2013.

Ospita, pertanto, pazienti di competenza psichiatrica, che presentano problematiche di tipo psicopatologico, relazionali, esistenziali, a causa dei quali si rende necessaria una temporanea separazione dall’abituale contesto di vita fornendo un trattamento che ha come obiettivo il recupero delle capacità individuali e livelli funzionali di autonomia del paziente, finalizzate al suo reinserimento nell’ambiente sociale.

L’equipe clinica è composta da psichiatri, psicologi, tecnici di psicologia, educatori professionali, assistenti sociali, infermieri professionali, operatori socio sanitari. Gli ospiti beneficiano di un progetto individualizzato che stabilisce obiettivi a medio e lungo termine, metodologia e verifica del progetto stesso.

L’esperienza nelle comunità residenziali psichiatriche ha posto al centro della sua azione la possibilità di condividere con altri luoghi e spazi comuni e riempire il tempo vuoto e dilatato dei vecchi ospedali psichiatrici con l’ascolto, il rapporto personale e le attività comuni basate sulla partecipazione del paziente.

Su questi presupposti la S.R.T.Re “ESSERCI” ha raggiunto, attraverso una crescita costante ed evolutiva delle metodologie terapeutiche e riabilitative e della qualificazione continua del personale in correlazione con la dinamica dei bisogni e delle richieste degli utenti, il risultato, per quanto possibile, di creare un’atmosfera empatica, collaborativa,

accettante e protettiva volta all'integrazione operativa tra tutti i soggetti interessati al recupero del disagio degli utenti e delle loro famiglie.

La S.R.T.R.e “ESSERCI” concretizza un trattamento che trae il massimo del vantaggio per utenti, famiglie e collaboratori anche attraverso l'organizzazione di una moderna impresa sociale, temperato con la piena consapevolezza dell'esigenza imprescindibile di cooperare con le strutture pubbliche al fine di elevare il livello terapeutico riabilitativo verso canoni di eccellenza secondo gli standard e i criteri stabiliti dai progetti-obiettivi di salute mentale regionali e nazionali.

Il personale è selezionato in base alle qualifiche previste dalla legislazione nazionale e regionale, sottoposto ad aggiornamento e formazione continua, con il fine di formare un'equipe sempre più affiatata.

L'area delle attività terapeutiche e riabilitative del programma delle comunità psichiatriche e dei programmi personalizzati, prevede una serie di attività finalizzate alla promozione di processi emancipativi tali da consentire all'ospite di tendere alla successiva reintegrazione nel tessuto socio-familiare di provenienza.

## **7. DATI GENERALI**

Sito internet	www.comunitaesserci.com
Indirizzo Mail	comunita.esserci@email.it
PEC	comunita@ilbrigantesnc.telecompec.it
Amministratori Legali rappresentanti	MARGHERITA MASSARONI PENELOPE SUBIACO
Direttore Amministrativo	Avv. MICHELE MASSARONI
Responsabile Sanitario	Dott. DANIELE NOCCA
Responsabile settore Psicologi	Dott.ssa MARGHERITA MASSARONI
Responsabile settore Tecnici di Psicologia	Dott.ssa TIZIANA DEL VECCHIO
Responsabile settore Educatori Professionali	Dott.ssa TIZIANA GATTI
Responsabile settore Assistenti Sociali	Dott. ALBERTO LAURENZA
Responsabile settore Infermieri Professionali	Dott. ALESSANDRO NANNI
Responsabile settore Operatori Socio Sanitari	O.S.S. ANGELO SUBIACO

## **8. COMITATO GESTIONE RISCHIO CLINICO**

<b>COMPOSIZIONE</b>	<b>Delibera n. 02 del 10 febbraio 2019</b>
RISK MANAGER	Dott. DANIELE NOCCA
AVVOCATO	MICHELE MASSARONI
RESPONSABILE PSICOLOGI	Dott.ssa MARGHERITA MASSARONI
RESPONSABILE TECNICI DI PSICOLOGIA	Dott.ssa TIZIANA DEL VECCHIO
RESPONSABILE EDUCATORI PROF.	Dott.ssa TIZIANA GATTI
RESPONSABILE ASSISTENTI SOCIALI	Dott. ALBERTO LAURENZA
RESPONSABILE INFERMIERI	Dott. ALESSANDRO NANNI
RESPONSABILE OPERATORI SOCIO SANITARI	O.S.S. ANGELO SUBIACO

## 9. COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI

<b>COMPOSIZIONE</b>		
<b>AVVOCATO</b>		<b>MICHELE MASSARONI</b>
<b>RISK MANAGER</b>		<b>Dott. DANIELE NOCCA</b>
<b>LEGALE RAPPRESENTANTE</b>		<b>MARGHERITA MASSARONI PENELOPE SUBIACO</b>
<b>ANNO DI ISTITUZIONE</b>	<b>2019</b>	<b>Delibera n. 02 del 10.02.2019</b>
<b>NUMERO DI CASI ISTRUITI</b>	<b>0</b>	
<b>ANNO</b>	<b>NUMERO SINISTRI</b>	<b>RISARCIMENTI EROGATI</b>
<b>2016</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>2017</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>2018</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<b>TIPO DI EVENTO</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/CONTRIBUENTI</b>	<b>AZIONI DI MIGLIORAMENTO</b>
<b>NEAR MISS</b>	<b>0</b>	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/Comunicazione(0%)	
<b>EVENTI AVVERSI</b>	<b>0</b> Cadute Aggressioni	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/Comunicazione(0%)	
<b>EVENTI SENTINELLA</b>	<b>0</b>	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/Comunicazione(0%)	

## 10. DATI STRUTTURALI

	<b>NUMERO EDIFICI</b>	<b>MQ di superficie</b>	<b>Posti letto</b>
<b>STRUTTURA</b> <b>S.R.T.R.e "ESSERCI"</b> Terracina (LT) - Via Badino, 267	<b>01</b>	<b>900</b> <b>c.a</b>	<b>20</b>

## 11. DATI DI ATTIVITA'

<b>TOTALE NUMERO UTENTI ASSISTITI NELLA STRUTTURA</b>	<b>ANNO</b>	<b>NUMERO</b>
	<b>2016</b>	<b>22</b>
	<b>2017</b>	<b>25</b>
	<b>2018</b>	<b>27</b>

## 12. EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO TRIENNIO

<b>ANNO</b>	<b>NUMERO EVENTI AVVERSI</b>	<b>NUMERO EVENTI SENTINELLA</b>	<b>NEAR MISS</b>
<b>2016</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>2017</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>2018</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>ANNO</b>	<b>COMPAGNIA ASSICURATIVA</b>	<b>POLIZZA E RELATIVA SCADENZA</b>	<b>PREMIO</b>
<b>2016</b>	Generali Italia S.p.A.	Polizza n. 989447012	€ 1.560,00
<b>2017</b>	Generali Italia S.p.A.	Polizza n. 989447012	€ 1.560,00
<b>2018</b>	Generali Italia S.p.A.	Polizza n. 989447012	€ 1.560,00

## 13. NUMERO E ANALISI CONTENZIOSO

<b>Nessun contenzioso pendente</b>
------------------------------------

## 14. ATTIVITA' 2019

<b>ATTIVITA' 1</b>		
<b>OBIETTIVO A)</b>	<b>DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>	Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti. Saranno svolti corsi/seminari/convegni.
<b>OBIETTIVO B)</b>	<b>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</b>	Stesura delle procedure per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti. Attività di verifica delle procedure avviate.

<b>ATTIVITA' 2</b>	
<b>SVILUPPO DI UN PROGRAMMA DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELLA CARTELLA CLINICA COME STRUMENTO DI RISK MANAGEMENT</b>	Saranno esaminate cartelle cliniche del 2018, in collaborazione con la Direzione Sanitaria, utilizzando una check list ad hoc. A tale scopo si farà riferimento al Progetto Regionale " <i>La valutazione della Qualità della cartella clinica come strumento di Risk Management</i> ". Verranno analizzati i seguenti requisiti : completezza, precisione, aggiornamento, chiarezza, intelligibilità, e tracciabilità con parametrizzazione dei risultati in scala 0/100 con sufficienza a 60.

<b>OBIETTIVO C)</b>	<b>FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE</b>
<b>ATTIVITA'</b>	Svolgimento di audit reattivi e/o proattivi su eventi, processi o esiti.

## **15. OBIETTIVI 2019**

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.

Il PARM 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 che opera alle dirette dipendenze della Direzione aziendale e 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’Azienda sono stati identificati per l’anno 2018 i 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 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.**

## **16. ATTIVITA'**

Le attività previste rispondono agli obiettivi relativi al Rischio Clinico che la Regione Lazio ha definito nel 2016 (Nota Regione Lazio Registro Ufficiale U0388434 del 22.07.2016) e regolamentato nelle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) approvate con il Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016 n. U00328, come aggiornate con la Determinazione G01226 del 2 febbraio 2018 "Approvazione documento recante *Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017*".

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

## **17.LE TABELLE SEGUENTI RIPORTANO IN SINTESI LE ATTIVITA' PREVISTE**

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

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>	<b>ATTIVITA' 1 Progettazione ed esecuzione del Corso ECM "Sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico"</b>			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	<b>AZIONE</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Vertice aziendale</b>	<b>Corpo Docente</b>
	Progettazione del corso	R	C	C
	Accreditamento del corso	C	R	I
	Esecuzione del corso	C	C	R

<b>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</b>	<b>ATTIVITA' Stesura di procedure per la sicurezza dei pazienti e per la implementazione delle raccomandazioni ministeriali e attività di verifica sulle procedure avviate.</b>			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>VERTICE AZIENDALE</b>	<b>RESPONSABILE DEL GRUPPO DI LAVORO</b>	<b>GRUPPO</b>
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

<b>ATTIVITA' 2</b>			
<b>Programma di valutazione della qualità della cartella clinica come strumento di risk management</b>			
<b>INDICATORE</b>		<b>Numero di cartelle verificate</b>	
<b>STANDARD</b>		<b>≥ 20</b>	
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGEMENT</b>	<b>VERTICE AZIENDALE</b>	<b>PERSONALE</b>
<b>Progettazione programma</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
<b>Esecuzione</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
<b>Report</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>

<b>OBIETTIVO C)</b> <b>FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE</b>	<b>ATTIVITA'</b> Svolgimento di audit reattivi o proattivi su eventi, processi o esiti. Istituzione di un tavolo permanente per la sicurezza aziendale, coordinato dal Risk Manager
<b>INDICATORE</b>	<b>Numero di audit</b>
<b>STANDARD</b>	<b>≥ 2</b>
<b>FONTE</b>	<b>Risk Manager</b>

<b>OBIETTIVO D)</b> <b>PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT</b>	<b>ATTIVITA'</b> Partecipazione ai tavoli regionali sul rischio clinico e alle attività dei gruppi di studio/approfondimento regionali
<b>INDICATORE</b>	<b>Numero eventi</b>
<b>STANDARD</b>	<b>≥ 1</b>
<b>FONTE</b>	<b>Risk Manager</b>

## **18. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM**

Il PARM 2019 sarà adottato con deliberazione aziendale. 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

- ▶ la pubblicazione sul sito aziendale;
- ▶ lo svolgimento di incontri capillari presso le UO e i servizi per far conoscere gli obiettivi del Piano e le relative modalità attuative di competenza di ciascuno.

## **19. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM**

La realizzazione del PARM riconosce 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;
- quella della Direzione Aziendale che si impegna a fornire direttive e risorse.

Legenda : **R = Responsabile C = Coinvolto I = Informato**

<b>AZIONE</b>	<b>DIREZIONE AZIENDALE</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>DIREZIONE SANITARIA</b>	<b>DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE</b>
<b>Redazione PARM</b>	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
<b>Adozione PARM con delibera</b>	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
<b>Monitoraggio PARM</b>	<b>I</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>

## **20. RIFERIMENTI NORMATIVI, SITOGRAFIA**

### **NAZIONALI**

• **Legge 8 marzo 2017 n. 24** *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”.*

La gestione del rischio in ambito sanitario è attività prevista già nella legge 189 del 2012 (legge Balduzzi) che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Il legame consequenziale tra Risk Management e una più efficace gestione delle risorse economiche è stato definitivamente sancito nella legge 24/2017 che all'articolo 1 e 2 testualmente recita : *“...la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività... la sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative...alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale...”.* La legge 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 ed organizzative. Le attività di prevenzione del rischio - alle quali concorre tutto il personale - sono messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private.

### **REGIONALI**

A partire dal 2014 l'impegno della Regione Lazio su questo tema si è concretizzato nella costituzione di una rete così articolata :

1) **Comitato tecnico di coordinamento rischio clinico** costituito da professionisti delle aziende territoriali, di quelle ospedaliere, dei policlinici universitari e delle professioni sanitarie. Il Comitato ha il compito di fornire alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali un supporto tecnico nella definizione e pianificazione delle linee di indirizzo regionali relativa alla sicurezza delle cure.

2) **Tavolo permanente dei risk manager** che, periodicamente, riunisce i *risk manager* e i rappresentanti delle professioni sanitarie che operano nelle articolazioni organizzative che si occupano della gestione del rischio clinico.

- Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione G01226 del 2 febbraio 2018 “*Approvazione documento recante “ Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017”.*

- Decreto del Commissario ad Acta del 22 febbraio 2017 n. U0052 avente ad oggetto Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato “*Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale*”.

- **Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016 n. U00328. Approvazione delle “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”.**

- Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione 25 ottobre 2016 n. G12356 Approvazione del “*Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti*”.

- Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione 25 ottobre 2016 n. G12355 Approvazione “*Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella*”.

- Regione Lazio Decreto del Commissario ad Acta del 6 luglio 2015 n. U 00309 Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018. Progetto 7.3, “*Contenimento delle Infezioni Correlate all’Assistenza e monitoraggio dell’uso degli antibiotici*”.

- Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali. Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Attuativi per i Comitati di controllo delle infezioni correlate all'assistenza della Regione Lazio. Regione Lazio Registro Ufficiale U0388434 del 22.07.2016.
- DCA n. 490 : adempimenti delle strutture sanitarie relativi all'accreditamento.
- Decreto 11/12/2009: istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES)

**SITOGRAFIA**

- Ministero della salute. Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure.  
<http://www.salute.gov.it/portale/temi/>
- Regione Lazio. Rischio Clinico.  
<http://www.regione.lazio.it/t/rlsanità>
- AGENAS Rischio clinico e sicurezza del paziente.  
<http://www.agenas.it/aree-tematiche>

---

**DELIBERAZIONE n. 02 del 10 febbraio 2019**

Si attesta che la presente deliberazione sarà pubblicata sul sito dell'Ente a decorrere dal 01 marzo 2019

---