

# PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT

## ANNO 2021

<b>Responsabile Rischio Clinico</b> Dr. P. Di Zenzo  Roma, 10/02/2021	<b>Direttore Sanitario</b> Dott. D. Caputo  Roma, 12/02/2021	<b>Direzione Aziendale</b> Dott. A. Paganini  Roma, 15/02/2021
--	---	---

## **INDICE**

### **1.0 PREMESSA**

- 1.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO
- 1.2 DESCRIZIONE DEGLI EVENTI E DEI SINISTRI
- 1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA
- 1.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM PRECEDENTE

### **2.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM**

### **3.0 OBIETTIVI**

### **4.0 ATTIVITÀ**

### **5.0 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM**

### **6.0 RIFERIMENTI NORMATIVI**

### **7.0 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

## 1. PREMESSA

La Legge 24/2017, conosciuta come "Legge Gelli", in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita (nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie) ha normato e rafforzato il concetto, già introdotto dalla legge di Stabilità 2016, che il Risk Management costituisce un'attività strategica di prevenzione e gestione del rischio clinico alla quale sono tenute tutte le strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale. Inoltre, sancisce nell'articolo 1. che "la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e collettività" per poi declinare una serie di attività sia a livello centrale (Stato e Regioni) che a livello locale nelle singole strutture sanitarie finalizzate all'implementazione del sistema di gestione del rischio attraverso l'utilizzo appropriato di risorse strutturali, tecnologiche e organizzative (dall'istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche cliniche sulla sicurezza nella sanità, all'istituzione dei Centri Regionali per il Rischio Clinico, etc.).

Il Ministero della Salute pone come cardine strategico nelle attività di miglioramento continuo della qualità la gestione del rischio clinico e nel documento prodotto "Risk Management in Sanità" definisce in sintesi 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 (quasi eventi);
- 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 un feed-back informativo;
- 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.

Il **Piano Annuale di Risk Management** (PARM) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione, identificazione e gestione dei rischi all'interno della CASA DI CURA NUOVA ITOR.

La Casa di Cura, con la figura del Responsabile del rischio clinico e le politiche di risk management, è orientato a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente. Il PARM si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, di analisi del rischio, di promozione ed implementazione di linee guida e buone pratiche, attraverso procedure e istruzioni operative interne, di attività informativa e formativa sia del personale sanitario e non-sanitario che del paziente e dei *caregivers*.

Le attività che si realizzano attraverso il PARM fanno parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e sicurezza delle cure alle quali partecipano tutti gli esercenti le professioni sanitarie attivi nella Casa di Cura. In questo contesto, va sottolineato che la presenza della funzione del Responsabile del rischio clinico non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali quali il Direttore Sanitario, i Dirigenti/Coordinatori infermieristici, il Medico Competente, l'RSPP, la Direzione Aziendale e più in generale tutti gli operatori sanitari nelle loro specifiche competenze bensì coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di governo del rischio clinico. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio.

Tutte le strutture e funzioni della Casa di Cura, per quanto di loro competenza, collaborano con il Responsabile del rischio clinico alla rilevazione ed elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARM e sono coinvolte nella sua realizzazione.

Il PARM 2021 della Casa di Cura NUOVA ITOR è stato redatto ai sensi della Determinazione N. G00164 del 9 gennaio 2019 "Approvazione ed adozione del documento recante "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)" - Regione Lazio Direzione Salute ed Integrazione e successive comunicazioni del CRRC.

**1.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO**

La CASA DI CURA NUOVA ITOR è situata nel territorio della ASL Roma 2, è autorizzata ed accreditata con SSN con DCA n. 261 del 28/05/2015 e s.i.m per prestazioni di diagnosi e cura in regime di ricovero in acuzie a ciclo continuativo e diurno tipologia medico-chirurgica come di seguito specificato.

TOTALE POSTI LETTO: 144			
SPECIALITÀ	POSTI LETTO ORDINARI	DAY HOSPITAL/DAY SURGERY	
NEFROLOGIA	15	-	
MEDICINA INTERNA	35	2	
CARDIOLOGIA	10	-	
UTIC	4	-	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	32	2	
CHIRURGIA GENERALE	32	2	
OTORINOLARINGOIATRIA (ORL)	8	2	
<b>BLOCCO OPERATORIO</b>	1	SALE OPERATORIE	4
		SALE DAY SURGERY	1

ATTIVITA' AMBULATORIALE	
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Diagnostica per Immagini</li><li>○ Ortopedia e traumatologia</li><li>○ Chirurgia generale</li><li>○ ORL</li><li>○ Oculistica</li><li>○ Cardiologia</li><li>○ Neurologia</li><li>○ Medicina fisica e riabilitazione motoria</li><li>○ Laboratorio Analisi</li></ul>	
<b>Centro Dialisi A</b>	Posti letto: 21 + 2 contumaciali HbsAg
<b>Centro Dialisi B</b>	Posti letto: 22 + 2 contumaciali HbsAg

**DATI ATTIVITA' ANNO 2020**

(Fonte Sistema Gestionale Argento)

<b>RICOVERI ORDINARI</b>	<b>Ricoveri</b>	<b>Giornate degenza</b>
Nefrologia	370	1297
Medicina Interna	939	8168
Medicina COVID 19	128	1290
Chirurgia Generale	96	297
ORL	18	36
Ortopedia e Traumatologia	436	3033
Cardiologia	139	695
UTIC	229	2004
<b>RICOVERI DIURNI (DH/DS)</b>		
Chirurgia Generale		288
ORL		129
Ortopedia e Traumatologia		566
<b>PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI</b>		
APA Chirurgia		303
APA Ortopedia		105
APA Oculistica		1289
Chirurgia		1313
Dialisi		52692
Ortopedia		5814
Cardiologia		1596
PAC Cardiologia		1223
Nefrologia		704
ORL		1307
Oculistica		3784
Diagnostica per immagini		5267
FKT ambulatoriale		7551

## 1.2 DESCRIZIONE EVENTI AVVERSI E SINISTRI

ANNO	NEAR MISS (evento evitato)	EVENTI AVVERSI	EVENTI SENTINELLA
2018	0	35	0
2019	0	37	0
2020	0	5*	0

**LEGGENDA TABELLA:** *Near Miss* o evento evitato: 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:** 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”. **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.

\*i dati relativi agli eventi avversi sono parziali e si riferiscono ad eventi caduta segnalati/emersi a partire da ottobre 2020 (c’è stato un cambiamento nella Direzione Sanitaria-Risk management senza un passaggio di consegne diretto che ha comportato l’impossibilità di rendicontazione degli eventi avversi e relativa eventuale analisi con una probabile una sottostima degli eventi nel 2020).

## TAB. DETTAGLIO EVENTI AVVERSI 2020

Tipologia Evento	N (%)	Principali fattori causali e/o contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del Dato
<b>Near Miss</b> (evento evitato)	0	Strutturali e Tecnologici: NA Organizzativi e Procedure/Comunicazione NA	Strutturali e Tecnologici NA Organizzativi e Procedure/Comunicazione NA	NA
<b>Eventi Avversi</b>	5* (100%)	Strutturali e Tecnologici NA Organizzativi e Procedure/Comunicazione NA	Strutturali e Tecnologici NA Organizzativi e Procedure/Comunicazione NA	Schede <i>Incident reporting</i> (80%) Analisi cartelle cliniche (20%)
<b>Eventi Sentinella</b>	0	-	NA	NA

\**Eventi Caduta:* report parziale che si riferisce a 5 eventi caduta segnalati/emersi nel 2020 considerando che gli eventi segnalati si riferiscono al periodo da ottobre 2020 a fine anno.

## TAB. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI

ANNO	N. SINISTRI	RISARCIMENTI EROGATI
2016	3	Nessuno/procedimento in corso
2017	9	Nessuno/procedimento in corso
2018	3	Nessuno/procedimento in corso
2019	5	Nessuno/ 2 sentenze
2020	4	2 risarcimenti erogati/1 giudizio in corso

## 1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La Casa di Cura NUOVA ITOR opera in regime di autoritenzione del rischio.

## 1.4 RESOCONTO ATTIVITÀ PARM 2020

La realizzazione delle attività definite nel PARM 2020 non è stata possibile per due fattori principali. Da una parte lo straordinario impegno di risorse umane, organizzative e logistiche legate all'emergenza SARS-CoV-2 che ha avuto un impatto sul normale svolgimento ed implementazione delle attività definite nel PARM 2020, la cui elaborazione ed ufficializzazione sono stati precedenti all'esplosione dell'emergenza sanitaria SARS-CoV-2. In particolare la formazione programmata per il 2020 è stata revisionata sia alla luce delle esigenze formative legate all'emergenza SARS-CoV2 sia alla luce della limitazione allo svolgimento di formazione in presenza.

Dall'altra parte il cambio di Direzione Sanitaria e Risk Manager che non ha reso possibile dare continuità e coerenza alle attività programmate nel PARM 2020.

SINTESI ATTIVITA' 2020		
ATTIVITÀ	STATO	NOTE e RIFERIMENTI DOCUMENTALI
1. ATTIVITA' FORMAZIONE	OK	L'attività formativa è stata focalizzata su rischio infettivo-infezioni correlate all'assistenza con specifico riferimento al SARS-CoV-2 e malattia correlata ed <i>Infection Prevention Control</i> , nello specifico: <ul style="list-style-type: none"><li>• Corso FAD "EMERGENZA COVID-19 E UTILIZZO DPI" Data: Marzo 2020, partecipanti che hanno superato specifico test di apprendimento: 216.</li><li>• Corso FAD "NUOVO CORONAVIRUS - EZIOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA E MALATTIA DA SARS-COV-2" Data aprile-maggio 2020, partecipanti che hanno superato specifico test di apprendimento: 137.</li></ul>
2. ATTIVITA' Controllo random cartelle cliniche in ogni UO con indicatori predefiniti	IN PARTE	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Elaborata checklist controllo cartelle cliniche dedicata con indicatori e punteggi predefiniti;</li><li>○ Controllo cartelle con utilizzo della nuova checklist da effettuare nel 2021 (attività in corso)</li></ul>

<p><b>3. ATTIVITA'</b> Implementazione Raccomandazione n. 18 del Ministero della Salute - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.</p> <p>a. Diffusione Raccomandazione e discussione nelle UO con coinvolgimento del Farmacista.</p> <p>b. Elaborazione Procedura interno in ricezione della Raccomandazione.</p>	<p>OK</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Condivisa con UO la Raccomandazione n. 18</li> <li>○ Elaborata Procedura interna in ricezione della Raccomandazione n. 18 (POS_RM 02/2020_ Prevenzione errori terapia sigle e acronimi. REV. 00 del 19/01/2021).</li> <li>○ Monitoraggio implementazione Raccomandazione da fare nel 2021</li> </ul>
<p><b>4. ATTIVITA'</b> Implementazione Raccomandazione n. 19 del Ministero della Salute - Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide</p> <p>a. Diffusione Raccomandazione e discussione nelle UO con coinvolgimento del Farmacista.</p> <p>b. Elaborazione Procedura interna in ricezione della Raccomandazione</p>	<p>OK</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Condivisa con UO la nuova Raccomandazione n. 19 del Ministero della Salute;</li> <li>○ Elaborata e adottata Procedura interna in ricezione della Raccomandazione (POS_PRM 01/2020 MANIPOLAZIONE FORME FARMACEUTICHE ORALI SOLIDE REV. 00 DEL 19/01/2020).</li> <li>○ Aggiornamento prontuario farmaceutico con codice colore relativo alla manipolazione formulazioni orali solide (in corso).</li> <li>○ Monitoraggio implementazione Raccomandazione da fare nel 2021</li> </ul>
<p><b>5. ATTIVITA'</b> Implementazione del Safety Walkaround come strumento per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure.</p> <p>a. Numero di Safety Walkaround effettuati/anno (standard: almeno 1 SWA/anno)</p> <p>b. Elaborazione report SWA e condivisione con UO coinvolte</p>	<p>OK</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Effettuato SWA 2020 annuale (11/12/2020) come da programmazione con elaborazione di Report con specifico piano di miglioramento discusso e condiviso con il gruppo di lavoro coinvolto nello SWA (REPORT SWA REV. 00 DEL 25/01/2021).</li> <li>○ Implementazione e monitoraggio attività definite nel piano di miglioramento da fare nel 2021.</li> </ul>
<p><b>6. ATTIVITA'</b> Alimentazione del portale risk management regionale e partecipazione agli incontri ed attività del Centro Regionale Rischio Clinico.</p> <p>a. Inserimento segnalazione eventi e near miss nel portale regionale</p> <p>b. Partecipazione alle attività/incontri indetti dal Centro Regionale Rischio Clinico (&gt;70%)</p>	<p>IN PARTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aggiornato accesso al <i>portale di risk management</i> con nuovo Risk Manager ed inserimento eventi;</li> <li>➤ Condivise le <i>linee indirizzo regionali</i> su: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicurezza terapia farmacologica (prima emissione 15/06/2020)</li> <li>• Documento di indirizzo per la corretta identificazione del paziente (prima emissione 25/09/2020).</li> </ul> </li> <li>➤ <i>Implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute</i> n. 18 e n. 19.</li> <li>➤ <i>Da fare:</i> Alimentazione del <i>Cloud Regionale</i> e Monitoraggio Raccomandazioni AGENAS per il 2021.</li> </ul>



## 2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce due specifiche responsabilità:

- ✓ quella del Responsabile del rischio clinico che lo redige e ne coordina e monitorizza l'implementazione;
- ✓ quella della Direzione, Direttore Sanitario e Direzione Aziendale, che lo approva, si impegna ad adottarlo e a fornire le opportune direttive e risorse umane ed economiche per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Direzione Aziendale
Redazione PARM	R	C	I
Adozione PARM	C	C	R
Coordinamento PARM	R	C	I

R = Responsabile; C = Coinvolto, I = Informato

## 1. OBIETTIVI

Gli obiettivi generali della Casa di Cura NUOVA ITOR in ambito di Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza delle cure sono:

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- 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.
- 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.

## 2. ATTIVITÀ 2021

In linea con la *mission* aziendale e con i requisiti di accreditamento previsti dal DCA 469/2017, nel piano vengono monitorati gli interventi mirati al contenimento degli eventi avversi, al miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni erogate, tenendo conto della peculiarità delle singole branche specialistiche presenti in struttura.

<b>OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure</b>		
<b>ATTIVITA' 1:</b> Organizzare ed effettuare almeno due nuovi corsi di formazione relativi alla gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure.		
<b>INDICATORE 1:</b> Effettuazione di due nuovi corsi con coinvolgimento di almeno il 30% del personale sanitario (entro il 31/12/2021)		
<b>Fonte:</b> Area formazione e UO rischio clinico		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
	Clinical Risk Manager	Direzione Aziendale/Area Formazione
Progettazione e proposta dei corsi	R	C
Effettuazione del corso	C	R

**OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa**

**ATTIVITA' 2:** Implementazione Manuale Sicurezza in Sala operatoria e checklist del Ministero della Salute

**INDICATORE 2:** DIFFUSIONE E DISCUSSIONE MANUALE SICUREZZA IN SALA OPERATORIA E CHECKLIST

**INDICATORE 3:** Implementazione di almeno 5 obiettivi

**Fonte:** UO Rischio Clinico, Blocco Operatorio e Servizio Anestesia

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

	Risk Manager	Responsabile BO e Servizio Anestesia	Direzione Sanitaria
Diffusione Manuale e creazione gruppo di lavoro ad hoc	R	C	C
Istituzione gruppo di lavoro multidisciplinare	C	C	R
Individuazione obiettivi e relativa implementazione	R	R	C
Incontri di discussione	C	C	R

**OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa**

**ATTIVITA' 3:** Effettuazione di un'analisi di un processo clinico-assistenziale tramite FMEA

**INDICATORE 4:** Individuazione processo, istituzione gruppo di lavoro ed effettuazione FMEA con elaborazione piano di miglioramento (entro il 31/12/2021)

**Fonte:** UO rischio clinico

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

	Risk Manager	Medico Responsabile UO coinvolta	Direzione Sanitaria
Individuazione processo e pianificazione FMEA	R	C	I
Istituzione gruppo di lavoro ed effettuazione FMEA	R	C	I

**OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa**

**ATTIVITA' 4:** Controllo random di almeno 25 cartelle cliniche per ogni Unità Operativa con indicatori predefiniti

**INDICATORE 5:** Effettuazione controllo cartelle come pianificato per ciascuna UO e Servizio

**INDICATORE 6:** Stesura report (1 per ogni controllo) e condivisione/discussione con equipe dell'UO e Servizi

**Fonte:** UO Rischio Clinico e Direzione Sanitaria

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

	Risk manager	Responsabile medico UO	Direzione Sanitaria
Effettuazione controllo	C	I	R
Stesura report	C	I	R
Diffusione e discussione report con equipe UO	C	R	C

**OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa**

**ATTIVITA' 5:** Implementazione prevenzione e gestione lesioni da pressione

**INDICATORE 7:** AGGIORNAMENTO E REVISIONE PROCEDURA INTERNA PREVENZIONE E GESTIONE LDP

**INDICATORE 8:** Istituzione sistema di monitoraggio delle LDP con report periodici condivisi con equipe sanitaria

**Fonte:** Area Medica e UO Rischio Clinico- Risk Manager

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

	Responsabile Medico UO	Coordinatore infermieristico UO	Risk Manager	Direzione sanitaria
Revisione POS interna	C	R	C	I
Monitoraggio LDP	C	R	I	I
Elaborazione e condivisione report	R	R	C	I

**OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa**

**OBIETTIVO C: Favorire una visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.**

**ATTIVITA' 6:** Implementazione del Safety Walkaround come strumento per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure

**INDICATORE 9:** effettuazione di almeno un Safety Walkaround nel 2021 con elaborazione report con specifici piani di miglioramento

**Fonte:** Risk Manager e Direzione Sanitaria

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

	Coordinatori infermieristici UO	Responsabili medici UO	CRM	Direzione Sanitaria
Progettazione ed effettuazione SWA	C	C	R	C
Incontro analisi SWA	C	C	R	C
Report SWA	C	C	R	C

**OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa**

**ATTIVITA' 7:** Implementazione Raccomandazioni Ministero della Salute

**INDICATORE 10:** Aggiornamento e revisione procedure interne relative alle Raccomandazioni del Ministero della Salute antecedenti il 2018

**Fonte:** UO Rischio Clinico e Direzione Sanitaria

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

	UO RISCHIO CLINICO	Direzione Sanitaria- CRM
Revisione POS Raccomandazioni Ministero della Salute antecedenti il 2018	C	R

**OBIETTIVO D:** Partecipare alle attività regionali in tema di *Risk Management*

**ATTIVITA' 8:** Corretta e costante alimentazione del flusso SIMES attraverso il portale regionale di Risk Management

**INDICATORE 11:** Numero schede A inserite entro 5 giorni dalla segnalazione/numero schede A inserite  $\geq 90\%$

**INDICATORE 12:** Numero schede B inserite entro 45 giorni dalla segnalazione/numero schede B inserite  $\geq 90\%$

**Fonte:** Risk Manager

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

	Clinical Risk Manager	Direzione Sanitaria
Inserimento dati in SIMES	R	I
Stesura piano di miglioramento	R	C
Implementazione piano di miglioramento	C	R

**OBIETTIVO D:** Partecipare alle attività regionali in tema di *Risk Management*

**ATTIVITA' 9:** Alimentazione del portale risk management regionale e partecipazione agli incontri e attività del Centro Regionale Rischio Clinico.

**INDICATORE 13:** Inserimento segnalazione eventi e near miss nel portale regionale

**INDICATORE 14:** Partecipazione alle attività/incontri indetti dal Centro Regionale Rischio Clinico ( $>70\%$ )

**Fonte:** Risk Manager e Direzione Sanitaria

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

	Clinical Risk Manager	Direzione Sanitaria
Inserimento dati	R	I
Partecipazione incontri e Attività del CRRC	R	C

### 3. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

Al fine di raggiungere gli obiettivi strategici enunciati nel PARM 2021 il Direttore Sanitario e la Direzione Aziendale, con la collaborazione del Risk Manager, si impegna ad assicurare:

- Presentazione del PARM ai Responsabili Medici, Coordinatori Infermieristici ed eventuale altro personale ritenuto strategico nella diffusione e realizzazione dello stesso;
- Disponibilità del PARM in formato PDF sui supporti informatici aziendali;
- Pubblicazione del PARM sul sito internet della struttura;
- Iniziative di diffusione e condivisione del PARM a tutti gli operatori sanitari operanti nella struttura.

### 4. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";

3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell' art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.B1";
9. "Lineeguida per l'elaborazione del piano annuale di risk management (PARM), Regione Lazio. DCA 4/11/2016 e successiva determinazione 2018 G01126.
10. Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio
11. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti".
12. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)"
13. Determinazione regionale n. G12355 del 25/10/2016 recante "Approvazione del documento recante la Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella".
14. Determinazione Regionale n. G12356 del 25/10/2016 recante "Approvazione del Piano Regionale per la Prevenzione delle cadute dei pazienti".
15. 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".
16. Deliberazione 2018 GR0357\_ Istituzione Osservatorio Sicurezza Operatori Regione Lazio
17. "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" Determinazione G13505 del 25/10/2018 Regione Lazio. Centro Regionale Rischio Clinico.
17. Lineeguida 2019 per elaborazione del PARM, Centro Regionale Rischio Clinico, Regione Lazio (2019\_Determinazione\_G00164\_LineeguidaPARM).

## 5. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. GLOSSARIO del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza;](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza;)
3. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "SaveSurgery Save Live";
4. Reason J, *Human error: models and management*, BMJ 2000; 320; 768-770;
5. Reason J. *Human error*. Cambridge: Cambridge University Press 1990.
6. ***Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:***  
[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QDQQUSO5JPMJ:www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp%3Fid%3D250%26area%3Dqualita%26menu%3Dsicurezza&cd=1&hl=it&ct=clnk&gl=it](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QDQQUSO5JPMJ:www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp%3Fid%3D250%26area%3Dqualita%26menu%3Dsicurezza&cd=1&hl=it&ct=clnk&gl=it)

7. **Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella** luglio 2009:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza)
8. WHO Draft guidelines for adverse events reporting and learning system.
9. Libro Bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013"
10. AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety indicators;  
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>
11. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health care system for the 21 century. Washington, DC: National Accademico Press 2001.
12. Halling and A, Donaldson London. Implementing clinical governance: turning vision into reality. Br Med J 2001;312:1413-7.
13. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Accademic Press, 1999.
14. Donadebian A. The effectiveness of quality assurance. Int J Qual Health Care 1996;8:401-7.
15. Vincent C, Amalberti R. *Safer Healthcare*, strategy for the real world. Springer Open (<https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-25559-0>).