

	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT ANNO 2020	IV EDIZIONE
---	--	--------------------

INDICE

1. PREMESSA pag. 2-4

1.1. *Il contesto organizzativo* pag. 4-5

1.2. *Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati* pag. 5-6

1.3. *Descrizione della posizione assicurativa* pag. 6-7

1.4. *Resoconto delle attività del PARM precedente* pag. 7-10

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM pag. 10

3. OBIETTIVI pag. 10

4. ATTIVITÀ pag. 11-14

5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM pag. 14

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA pag. 14-15

EDIZIONE	DATA EMISSIONE	REDATTO DA	ADOTTATO DA
IV/2020	14/2/2020	DIRETTORE DI STRUTTURA	MEDICI RESPONSABILI

1. PREMESSA

La gestione del rischio clinico è un processo finalizzato ad identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi per aumentare il livello di sicurezza delle cure. Tale attività ha pertanto l'obiettivo di 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 erogate presso la struttura.

Il Piano Annuale di Risk Management (PARM) è lo strumento che definisce le azioni programmate ai fini della prevenzione e gestione del rischio clinico, con l'obiettivo di ridurre la probabilità di accadimento di eventi avversi, in continuità con le azioni intraprese negli anni precedenti. Tale strumento è espressione dell'impegno della Direzione ai fini della qualità dell'assistenza e della sicurezza delle cure, che rappresentano un obiettivo prioritario da perseguire attraverso la realizzazione di interventi coordinati che coinvolgono l'intera organizzazione sanitaria attraverso l'integrazione di competenze cliniche, assistenziali e tecnico-professionali. L'adozione della filosofia del miglioramento continuo è un approccio imprescindibile ai fini della programmazione delle attività sanitarie orientate alla qualità e alla sicurezza. Tale finalità è ottenuta attraverso:

- la standardizzazione di alcune fasi del processo clinico-assistenziale attraverso l'utilizzo di Raccomandazioni ministeriali e regionali e l'osservanza di linee guida cliniche evidence-based;
- la misurazione, tramite l'analisi e la valutazione degli eventi;
- il reporting, ovvero la segnalazione tempestiva degli eventi da parte degli operatori necessaria per la mappatura dei rischi presenti, l'identificazione delle criticità e delle opportune azioni di miglioramento.

Il tema della sicurezza delle cure, richiamato dalla 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*", prevede l'adozione di un modello organizzativo di gestione del rischio clinico con la funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio con il coinvolgimento attivo di tutti gli operatori¹. Il PARM, pertanto, fa riferimento a tutti gli ambiti organizzativi in una visione sistemica tramite tre dimensioni "core":

- clinica, incentrata sull'outcome dei trattamenti sanitari;
- tecnica, incentrata sugli aspetti tecnologico-strutturali;
- legale e assicurativa, incentrata sulla prevenzione e gestione del contenzioso.

¹ Art. 1: "*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*".

Il PARM, rappresentando l'esplicitazione delle modalità di analisi, prevenzione e gestione del rischio clinico, favorisce un confronto trasparente con gli stakeholders in un'ottica di accountability e di promozione condivisa delle iniziative finalizzate al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

Poiché la sicurezza dei pazienti si colloca nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità e dell'appropriatezza clinico-organizzativa e rappresenta una delle aree di attività del governo clinico, il PARM rientra nell'ambito degli interventi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi strategici identificati nel Piano Annuale della Qualità e delle Attività.

Il Piano di Risk Management comprende, altresì, gli adempimenti relativi alla L. 24/2017:

- relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto;
- dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario.

La programmazione delle attività aziendali finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio clinico contenuta nel PARM è incentrata sulle seguenti azioni strategiche:

- predisposizione del Piano di Risk Management e di procedure aziendali specifiche;
- diffusione di Raccomandazioni nazionali e regionali;
- sviluppo e attuazione di metodologie per l'analisi degli eventi avversi e relativo feedback agli operatori sull'esito della valutazione;
- identificazione delle situazioni in grado di generare una condizione di rischio (mappatura dei rischi generali e specifici) tramite sopralluoghi nelle unità organizzative e interviste agli operatori;
- diffusione della cultura della segnalazione degli eventi tramite incident reporting;
- raccolta e analisi dei dati provenienti dai sistemi di segnalazione (eventi avversi, eventi sentinella e near miss), dall'analisi delle cartelle cliniche e da reclami, infortuni e sinistri;
- monitoraggio dell'attività aziendale tramite reportistica e site visit;
- definizione e realizzazione delle azioni finalizzate ad individuare, ridurre e prevenire l'incidenza di eventi avversi con il coinvolgimento attivo di tutto il personale (valutazione delle priorità di intervento, analisi costi-benefici, analisi dell'impatto dell'azione proposta, definizione delle modalità operative di realizzazione e della tempistica, valutazione dell'efficacia dell'azione realizzata);
- attivazione dei flussi informativi previsti dalla normativa nazionale e regionale (SIMES, Centro Regionale Rischio Clinico);
- attuazione di eventi formativi finalizzati alla promozione della competenza tecnico-professionale degli operatori e alla prevenzione di eventuali procedimenti inerenti alla malpractice professionale;

- attivazione di iniziative finalizzate al coinvolgimento del paziente e dei familiari/caregivers nella promozione della sicurezza delle cure;
- coordinamento della funzione di clinical risk management con la gestione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e la compliance aziendale (D. Lgs. 81/08; D. Lgs. 231/01 e DCA n. U00469/2017).

1.1 IL CONTESTO ORGANIZZATIVO

DATI STRUTTURALI		
STPIT Struttura per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali	N. 30	Posti residenziali in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio
SRTRi Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per Trattamenti Comunitari Intensivi	N. 10	Posti residenziali in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio
SRTRe Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per Trattamenti Comunitari Estensivi	N. 10	Posti residenziali in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio
SRSR 24H Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa a Elevata Intensità Assistenziale Socio-Sanitaria	N. 24	Posti residenziali in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio
SRTRi Adolescenti Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per Adolescenti – SRTR per trattamenti comunitari intensivi	N. 10	Posti residenziali in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio
Struttura per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare	N. 10	Posti residenziali in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio
	N. 10	Posti semiresidenziali (Centro Diurno) in regime di autorizzazione e accreditamento all'esercizio

DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI	
STPIT - Struttura per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali	NUMERO INSERIMENTI: 432
SRTRi - Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per Trattamenti Comunitari Intensivi	NUMERO INSERIMENTI: 65
SRTRe - Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per Trattamenti Comunitari Estensivi	NUMERO INSERIMENTI: 10
SRSR 24H - Struttura Residenziale Socio-Riabilitativa a Elevata Intensità Assistenziale Socio-Sanitaria	NUMERO INSERIMENTI: 16

SRTRi ADOLESCENTI - Struttura Residenziale Terapeutico-Riabilitativa per Adolescenti- SRTR per trattamenti comunitari intensivi	NUMERO INSERIMENTI: 34
Struttura per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare – Posti residenziali	NUMERO INSERIMENTI: 32
Struttura per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare – Posti semiresidenziali	NUMERO INSERIMENTI: 6

1.2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017 le strutture sanitarie devono predisporre una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Al fine di ottemperare a tale obbligo, è stata predisposta la seguente tabella, relativa all'anno 2019.

TIPO DI EVENTO	N. E % TOTALE DEGLI EVENTI	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/ CONTRIBUTENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
NEAR MISS ²	49 77,7 %	STRUTTURALI (/)	STRUTTURALI (/)	SISTEMI DI REPORTING (100%)
EVENTI AVVERSI ³	12 19,2 %	TECNOLOGICI (/)	TECNOLOGICHE (/)	SINISTRI (/)
EVENTI SENTINELLA ⁴	2 3,1 %	ORGANIZZATIVI (50%)	ORGANIZZATIVE (50%)	ICA (/)
		PROCEDURE/ COMUNICAZIONE (50%)	PROCEDURE/ COMUNICAZIONE (50%)	FARMACOVIGILANZA (/)

² 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.

³ Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.

⁴ 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 b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

Rispetto all'anno precedente è aumentato il numero di segnalazioni pervenute tramite il sistema di incident reporting aziendale; tale aumento non indica un peggioramento in termini di qualità e di sicurezza, bensì rappresenta un indicatore del miglioramento della cultura aziendale del rischio e della sicurezza delle cure, realizzato attraverso una costante attività di sensibilizzazione e formazione degli operatori. Tra i near miss, n. 32 eventi sono correlati a cadute; n. 9 eventi sono rappresentati da agiti eterodiretti verso operatori; n. 1 evento è costituito da agito autodiretto; n. 5 eventi sono correlati al processo assistenziale; n. 2 eventi sono rappresentati da allontanamenti non autorizzati. Tra gli eventi avversi, n. 3 eventi sono correlati a cadute, n. 4 eventi sono rappresentati da agiti eterodiretti verso operatori e n. 5 eventi sono correlati ad agiti autodiretti. Gli eventi sentinella sono rappresentati da n. 1 agito eterodiretto verso operatore e n.1 agito autodiretto.

L'art. 4 c. 3 della L. 24/2017 prevede che le strutture sanitarie rendano disponibili i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio. Ai fini dell'ottemperanza a tale obbligo è stata predisposta la seguente tabella indicante i dati relativi alla sinistrosità e ai risarcimenti erogati nel periodo di riferimento.

ANNO	N. SINISTRI	RISARCIMENTI EROGATI
2015	/	/
2016	n. 3	/
2017	n. 1	/
2018	n. 1	/
2019	n. 2	/

Come evidenziato nella tabella riepilogativa, non sono stati erogati risarcimenti nell'ultimo quinquennio.

1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	POLIZZA (SCADENZA)	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	FRANCHIGIA	BROKERAGGIO
2015	15/6/2016 n. 60/763568029	UNIPOL SAI	30.900,00	10.000,00	GERENZA ROMA RELA BROKER SRL
2016	15/6/2017 n. 60/763568029	UNIPOL SAI	30.900,00	10.000,00	GERENZA ROMA RELA BROKER SRL
2017	15/6/2018 n. 60/763568029	UNIPOL SAI	30.900,00	10.000,00	GERENZA ROMA RELA BROKER SRL

2018	15/06/2019 n. 164476717	UNIPOL SAI	36.950,00	10.000,00	GERENZA ROMA RELA BROKER SRL
2019	15/12/2019 n. 164476717	UNIPOL SAI	43.000,00	10.000,00	GERENZA ROMA RELA BROKER SRL
2020	15/12/2020 n. 164476717	UNIPOL SAI	43.000,00	10.000,00	GERENZA ROMA RELA BROKER SRL

N. POLIZZA 164476717 - GARANZIE PRESTATE/ MASSIMALI ASSICURATI	
RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI	MASSIMALE ASSICURATO
Per sinistro	5.000.000,00
Per persona	5.000.000,00
Per danni a cose	5.000.000,00
RESPONSABILITA' CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO	MASSIMALE ASSICURATO
Per sinistro	5.000.000,00
Per persona	1.500.000,00

1.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITA' PER L'ANNO PRECEDENTE
--

OBIETTIVO	ATTIVITA'	STATO DI ATTUAZIONE
DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE	Realizzazione di corsi di formazione inerenti alla gestione del rischio clinico (principali rischi, tipologie di eventi e strumenti di prevenzione, identificazione, analisi e segnalazione)	Formazione degli operatori in materia di prevenzione e gestione del rischio clinico tramite appositi corsi aziendali (<i>evidenza fogli firma corsi di formazione del 4/3/2019; 23/9/2019; 21/10/2019</i>)
	Realizzazione Corso B.L.S.D. certificato secondo le linee guida AHA/ILCOR-SIAATIP per medici e infermieri	Miglioramento delle competenze del personale medico ed infermieristico in materia di gestione delle emergenze mediche tramite un corso certificato in base alle linee guida AHA/ILCOR-SIAATIP (<i>evidenza realizzazione n. 4 edizioni; realizzazione di 1 edizione del</i>

		<i>corso “Fondamenti di life support”)</i>
<p style="text-align: center;">MIGLIORARE L’APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA’ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E IL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI</p>	<p style="text-align: center;">Aggiornamento delle procedure aziendali relative all’attività terapeutico- riabilitativa</p>	<p>Elaborazione e diffusione dell’aggiornamento delle procedure clinico-organizzative specifiche per ciascun modulo (<i>evidenza edizione aggiornata presso ciascuna unità organizzativa</i>)</p>
	<p style="text-align: center;">Redazione/aggiornamento procedure aziendali Diffusione contenuto Raccomandazioni nazionali e regionali</p>	<p>Redazione di un Programma di prevenzione degli atti di violenza a danno di operatori ai sensi della Determinazione della Regione Lazio n. G13505 del 25/10/2018 – Approvazione “Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari” ed invio al Centro Regionale Rischio Clinico (<i>evidenza edizione 1-2019</i>); Aggiornamento delle seguenti procedure: - gestione e comunicazione eventi avversi (<i>evidenza aggiornamento 2-2019</i>); - sistema di segnalazione di eventi avversi, eventi sentinella e near miss (incident reporting) (<i>evidenza aggiornamento 1-2019</i>); - prevenzione atti di violenza a danno di operatori sanitari (<i>evidenza aggiornamento 3-2019</i>); - prevenzione del rischio suicidario (<i>evidenza edizione 1-2019</i>); - prevenzione eventi avversi in corso di terapia farmacologica (<i>evidenza edizione 1-2019</i>). Attivazione di un protocollo di trasferimento del paziente per la gestione delle urgenze ed emergenze psichiatriche (<i>evidenza protocollo ai sensi della Determinazione n. G06331 del 18/5/2018</i>). Distribuzione/Richiamo all’interno delle procedure</p>

		aziendali delle Raccomandazioni del Ministero della Salute (n. 4; 7; 8; 9; 12; 13; 17; 18; 19; guide per le strutture sanitarie, per l'uso sicuro dei farmaci, per il cittadino, per gli operatori, per i familiari) e regionali (Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12356 - Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti; Determinazione 18/5/2018 n. G06331- Definizione di procedure relative al trasporto e agli interventi di soccorso primario sanitario urgente in pazienti con patologia psichiatrica nella Regione Lazio.
	Attivazione strumenti specifici per il reporting e l'analisi del rischio clinico	Diffusione del sistema di segnalazione degli eventi tramite incident reporting (<i>evidenza verbale mappatura eventi</i>). Attuazione di strumenti di analisi degli eventi avversi (<i>evidenza audit evento sentinella; root cause analysis evento avverso privo di outcome</i>). Mappatura dei principali rischi in ambito psichiatrico (<i>evidenza materiale didattico corso di formazione rischio clinico del 217101/2019; aggiornamento procedure clinico-organizzative di reparto</i>).
	Osservanza procedura per il corretto lavaggio delle mani ai fini della prevenzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza	Osservanza procedura per il corretto lavaggio delle mani (<i>evidenza cartellonistica</i>).
	Definizione di una procedura per la prevenzione delle cadute	Diffusione di una procedura per la prevenzione e gestione delle cadute (<i>evidenza edizione 1-2019</i>).
	Attivazione di un programma di informazione per gli ospiti, al fine	Attuazione di interventi psicoeducazionali per il

	di favorirne la partecipazione attiva al percorso di cura ed il coinvolgimento nella promozione della sicurezza	coinvolgimento nella promozione della sicurezza in base alle indicazioni delle guide del Ministero della Salute (<i>evidenze cartella clinica</i>).
PARTECIPARE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT	Alimentazione flusso informativo Sistema Informativo Regionale Risk Management Partecipazione alle rilevazioni previste dai progetti regionali.	Invio PARM e Programma di prevenzione degli atti di violenza a danno di operatori. Partecipazione alla rilevazione del Piano Regionale Prevenzione 2014-2019 – Progetto 7.3 “Contenimento delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell’uso di antibiotici. Richiesta obiettivi di progetto” (<i>evidenza reportistica</i>).

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM

AZIONE	DIRETTORE DI STRUTTURA/ RISK MANAGER	MEDICI RESPONSABILI	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	OPERATORI SANITARI
REDAZIONE PARM	R	C	I	-
ADOZIONE PARM	R	R	I	-
MONITORAGGIO PARM	R	R	I	-
ATTUAZIONE PARM	R	R	I	R

LEGENDA
R= RESPONSABILE
C= COINVOLTO
I= INTERESSATO

3. OBIETTIVI

- A. Diffondere una 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 il 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.

4. ATTIVITA' E RESPONSABILITA'

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.

ATTIVITA' 1: Programmazione e realizzazione di eventi formativi per la gestione del rischio clinico:

- “Il rischio di violenza nei confronti degli operatori sanitari: misure di prevenzione e tecniche di gestione”;
- “La prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza”;
- “La gestione delle urgenze ed emergenze psichiatriche e internistiche”.

INDICATORE: svolgimento corsi.

STANDARD: almeno 2 edizioni per ciascun evento entro il 31/12/2020.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/RISK MANAGER	MEDICI RESPONSABILI	DIREZIONE AMMINISTRATIVA
Progettazione del corso/predisposizione materiale didattico	R	I	I
Erogazione del corso	I	R	R

ATTIVITA' 2: Consolidamento del sistema di segnalazione e apprendimento (reporting and learning system) tramite il coordinamento ed il supporto metodologico nella fase di segnalazione degli eventi tramite incident reporting e il feedback organizzativo relativo all’esito dell’analisi degli eventi segnalati.

INDICATORE: n. di incident reporting compilati; verbali di riunione.

STANDARD: 100% eventi segnalati oggetto di analisi e feedback agli operatori.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/RISK MANAGER	MEDICI RESPONSABILI
Effettuazione risk assessment/ riunioni/ stesura report	R	R

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E IL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.

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

ATTIVITA' 1: redazione di un Piano annuale per le infezioni correlate all'assistenza (PAICA).

INDICATORE: disponibilità PAICA entro il 31/3/2020.

STANDARD: Linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle infezioni correlate all'assistenza (PAICA) - Determinazione della Regione Lazio prot. N. G00163 del 11/1/2019.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/ RISK MANAGER	MEDICI RESPONSABILI
Redazione PAICA	R	I

ATTIVITA' 2: realizzazione di analisi strutturate e documentate degli eventi avversi finalizzate all'identificazione dei fattori contribuenti e/o determinanti e alla definizione di azioni di miglioramento (audit; root cause analysis).

INDICATORE: verbale audit/RCA.

STANDARD: 100% eventi analizzati in base alla rilevanza.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/ RISK MANAGER	MEDICI RESPONSABILI
Effettuazione risk analysis	R	R

ATTIVITA' 3: conferimento dei dati previsti dal flusso SIMES (Sistema Monitoraggio Errori in Sanità); inserimento della scheda A entro 5 gg dalla segnalazione; inserimento della scheda B entro 45 gg dalla segnalazione; inserimento della scheda B comprensiva delle azioni di miglioramento.

INDICATORE: % di schede inserite sul portale regionale nella tempistica prevista.

STANDARD: totale delle segnalazioni correttamente inserite.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/ RISK MANAGER	MEDICI RESPONSABILI
Inserimento dati	R	R

ATTIVITA' 4: verifica della completezza della documentazione sanitaria e degli indicatori di processo e di esito indicati nel Piano delle Attività e della Qualità.

INDICATORE: compilazione schede monitoraggio cartelle cliniche; definizione indicatori e analisi reportistica.

STANDARD: requisiti DCA n. U00469/2017.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/ RISK MANAGER	MEDICI RESPONSABILI
--------	--------------------------------------	---------------------

	RISK MANAGER	
Verifica cartella clinica	I	R
Definizione e verifica indicatori	R	C

ATTIVITA' 5: aggiornamento delle procedure clinico-organizzative di ciascuna unità operativa in relazione alle specificità clinico-assistenziali ed al profilo specifico di rischio clinico.

INDICATORE: aggiornamento entro il 30/6/2020.

STANDARD: Linee guida evidence-based/Raccomandazioni Ministero Salute/Determinazioni regionali/buone pratiche clinico-assistenziali.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/ RISK MANAGER	MEDICI RESPONSABILI
Aggiornamento procedure unità organizzative	C	R

ATTIVITA' 6: sensibilizzazione degli operatori in merito alla sicurezza della terapia farmacologica, con particolare riferimento alla gestione dei pazienti in politerapia e durante le transizioni di cura.

INDICATORE: verbali di riunione.

STANDARD: Raccomandazioni Ministero della Salute; rapporto OMS "*Medication without arm*" procedura aziendale "Prevenzione eventi avversi in corso di terapia farmacologica".

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/ RISK MANAGER	MEDICI RESPONSABILI
Effettuazione riunioni	C	R

ATTIVITA' 7: coinvolgimento degli ospiti nella promozione della sicurezza tramite apposite attività di tipo psicoeducazionale.

INDICATORE: evidenza in cartella clinica dello svolgimento delle attività psicoeducazionali (progetto "5 momenti per la sicurezza della terapia"; guide Ministero della Salute "Uniti per la sicurezza").

STANDARD: attività documentata nel 90% delle cartelle cliniche.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/ RISK MANAGER	MEDICI RESPONSABILI
Effettuazione attività psicoeducazionali	I	R

OBIETTIVO D) PARTECIPARE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT

ATTIVITA': partecipazione alle rilevazioni previste dai progetti regionali; trasmissione dati in base ai flussi informativi previsti dalla normativa regionale.

INDICATORE: assolvimento debito informativo/elaborazione questionari entro la tempistica prevista.

STANDARD: 100% debito informativo soddisfatto.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	DIRETTORE STRUTTURA/ RISK MANAGER	MEDICI RESPONSABILI
Compilazione reportistica	R	R

5. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM

Il contenuto del presente Piano di Risk Management è portato a conoscenza di tutti i livelli aziendali ed è oggetto di valutazioni periodiche in itinere in relazione alla verifica dell'attuazione degli interventi programmati. Ai sensi della Determinazione n. G00164 del 11/1/2019 della Regione Lazio, è prevista la pubblicazione del PARM sul sito internet aziendale.

6. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie".

Decreto 11 dicembre 2009 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità".

Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 recante: "Approvazione delle linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM).

Determinazione 1 aprile 2014, n. G04112 . Approvazione del documento recante: "Linee di Indirizzo Regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA)".

Determinazione 11 gennaio 2019, n. G00164 recante "Approvazione ed adozione del documento recante le Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM).

Determinazione Regionale 25 ottobre 2016, n. G12355. Approvazione del documento recante "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella".

Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017".

Determinazione 11 gennaio 2019, n. G00164 recante “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”.

Determinazione 25 ottobre 2018 n. G13505 recante “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”.

Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12356 recante “Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”.

Ministero della Salute – Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure.

Agenas – Rischio clinico e sicurezza del paziente.

WHO – Patient safety.