

PROT.

0727



**NOMENTANA HOSPITAL**

CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA

- 2 LUG 2020

**PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2020**

QUALITÀ E RISK MANAGEMENT  
(IN OTTEMPERANZA ALLA L. N. 24 08/03/2017)

<b>Redazione PARM e proposta di adozione</b>	<b>Funzione</b>	<b>Data</b>
Dott. Andrea Frasca 	Resp. Risk Management	22/02/2020
<b>Verifica PARM</b>	<b>Funzione</b>	<b>Data</b>
Dott. Andrea Frasca 	Resp. Risk Management	16/06/2020
<b>Validazione PARM</b>	<b>Funzione</b>	<b>Data</b>
Dr. Mauro De Fulvio 	Direttore Sanitario	22/06/2020
<b>Adozione PARM</b>	<b>Funzione</b>	<b>Data</b>
Avv. Desiderata Berloco 	Presidente CDA	02/07/2020

**INDICE**

<b>1. PREMESSE</b>	<b>2</b>
<b>2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE</b>	<b>3</b>
<b>3. CONTESTO ORGANIZZATIVO</b>	<b>3</b>
<b>4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E RISARCIMENTI EROGATI</b>	<b>9</b>
<b>5. SINISTROSITA' E RISARCIMENTI EROGATI ULTIMO QUINQUENNIO [ART. 4, CO. 3 L. N. 24/2017]</b>	<b>12</b>
<b>6. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA (FONTE UFF. AFFARI GENERALI)</b>	<b>12</b>
<b>9. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' 2019</b>	<b>13</b>
<b>10. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM 2020</b>	<b>16</b>
<b>9. OBIETTIVI 2020</b>	<b>16</b>
<b>10. ATTIVITA' 2020</b>	<b>19</b>
<b>11. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM</b>	<b>23</b>
<b>12. RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	<b>24</b>
<b>13. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</b>	<b>25</b>

### 1. PREMESSE

A. L'approvazione della Legge 8 marzo 2017 n. 241, rappresenta un evento molto importante per chi si occupa di gestione del rischio clinico.

La Legge ha introdotto due elementi di novità che meritano di essere sottolineati:

- La Sicurezza delle cure (art. 1) è definita "parte costitutiva del diritto alla salute", che deve essere "perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività". Inoltre viene stabilito per legge che la sicurezza rappresenta una delle dimensioni cruciali della qualità nella erogazione delle prestazioni sanitarie.
- Emendando il comma 539 della Legge di stabilità 2016, L'art. 16 della legge stabilisce che:

*"i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito dei procedimenti giudiziari"*, in recepimento della raccomandazione del Consiglio d'Europa del 9 giugno 2009 sulla "Sicurezza del Paziente", che richiede *"l'introduzione o il rafforzamento di sistemi di segnalazione e di apprendimento relativi agli eventi sfavorevoli, privi di carattere punitivo"*, incoraggiando *"il personale a segnalare attivamente gli eventi sfavorevoli mediante un ambiente aperto, equo e non punitivo"*. La stessa raccomandazione introduce il principio della inviolabilità da parte della magistratura della documentazione prodotta per la gestione del rischio clinico e precisa che i sistemi di segnalazioni dovrebbero essere differenziati dai quelli disciplinari. In forza dell'articolo 16, gli Operatori Sanitari potranno segnalare mancati incidenti, eventi lievi e anche gravi e i Risk Manager potranno analizzare queste segnalazioni con la serenità che nulla di tutto questo potrà essere utilizzato a fini giudiziari. Questo non significa deresponsabilizzare l'attività degli Operatori Sanitari, o impedire alle Strutture o alla magistratura di verificare le responsabilità personali degli Operatori e di acquisire la documentazione sanitaria inerente il singolo caso. Escludere l'acquisizione della documentazione tipica della gestione del rischio clinico (ad esempio audit su eventi significativi, rassegne di mortalità e morbilità, analisi delle cause radice ecc.) dall'ambito disciplinare e da quello giudiziario significa semplicemente ribadire che le attività di Risk Management sono proiettate alla ricerca e alla correzione dei fattori contribuenti a un evento avverso, **e non alla ricerca di un colpevole.**

B. Il presente Piano di gestione è emesso in seconda edizione, la cui descrizione sintetica è riportata a partire dal punto 7. in poi.

### 2. Scopo e Campo di applicazione

Scopo del presente Piano di gestione è definire le responsabilità operative e le modalità operative al fine di ridurre i rischi al minimo accettabile (*Contenimento del Rischio*), creare la cultura della sicurezza basata su un approccio *no-blame* (cioè di non colpevolezza), rafforzare le azioni avviate nel corso del 2019 e concentrarsi sull'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali, che rappresentano un obiettivo mandatorio regionale, in continuità con quanto previsto dalla citata Deliberazione n. 254 del 31 marzo 2015 recante "Adozione percorso aziendale per l'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali sulla sicurezza del paziente e degli operatori", nonché in aderenza alla Legge n. 24 del 8 marzo 2017 riguardante la responsabilità professionale sanitaria degli esercenti le professioni sanitarie, nell'ambito dell'erogazione di prestazioni e servizi sanitari accreditati e autorizzati della Casa di Cura **Nomentana Hospital**.

### 3. Contesto Organizzativo

La Casa di Cura **Nomentana Hospital** sorge nel comprensorio di Fonte Nuova, comune della Provincia di Roma a pochi km dal Grande Raccordo Anulare. Questa specifica posizione consente sia ai cittadini del territorio di utenza della ASL RM 5, sia a cittadini del Comune di Roma di usufruire dei servizi offerti dalla Struttura.

La Casa di Cura è gestita dalla società " Nomentana Hospital S.r.l." ed è situata nel Comune di Fonte Nuova (Roma) in Largo Nicola Berloco n. 1.

Sorge su un'area di 30.620 mq a forma triangolare, completamente delimitata da tre strade (Largo Nicola Berloco - Via due Giugno - Via IV Novembre).

La struttura è circondata da un ampio parco e giardino di 16.500 mq; l'area, ben strutturata, con alberature di alto fusto, aiuole fiorite, vialetti e panchine è fruibile da tutti i visitatori ed i degenti della struttura.

La Struttura è dotata altresì, con i suoi 9.811 mq, di un'Aula Magna per convegni e seminari, una piscina terapeutica, cinque palestre per la riabilitazione neuromotoria, 2 per terapia occupazionale ed una per la riabilitazione cardiorespiratoria, una Sala polifunzionale dove si svolgono le attività ludico-ricreative per gli Ospiti delle RSA e per i degenti della Casa di Cura, con proiezione film e attività teatrali.

L'attuale assetto del complesso è stato realizzato in conformità alla vigente normativa di settore (DCA n. 90/2010 e 8/2011 e s.m.i.) con l'obiettivo di crescere e ampliare l'offerta dei servizi sanitari presenti sul territorio.

Alla funzionalità del Presidio Sanitario concorre innanzitutto la razionalizzazione degli accessi e dei percorsi all'interno del complesso e l'assetto distributivo generale. La configurazione della

# PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2020

## Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

struttura consente infatti una razionale distribuzione dei settori funzionali, con una chiara distinzione tra le aree di degenza, le aree della residenzialità, le aree destinate alla valutazione ed alle terapie, le aree della socializzazione e le aree generali e di supporto.

La Casa di Cura, con i seguenti decreti del Commissario ad Acta (DCA) n. **U00282** del 27.06.2013, **U00530** del 23.12.2013, **U00457** del 26.10.2017 ha ottenuto dalla Regione Lazio l'accreditamento istituzionale definitivo.

La Casa di Cura **Nomentana Hospital** consta di molteplici attività, ed è principalmente impegnata sulla cura e la riabilitazione di Pazienti provenienti da tutte le Strutture sanitarie della Regione Lazio.

Con il presente Piano Annuale di Risk Management (PARM) della Casa di Cura **Nomentana Hospital**, in recepimento della normativa di riferimento regionale e nazionale, vengono definiti gli obiettivi e le azioni da intraprendere a livello aziendale, per il 2020, al fine del miglioramento della qualità delle cure e la prevenzione degli eventi avversi. Il presente documento valorizza le iniziative intraprese negli anni precedenti, che costituiscono le basi per la continuità delle azioni programmate e per avviarne nuove.

Al fine di illustrare la complessità e il relativo profilo di rischio della Casa di Cura **Nomentana Hospital** si rende necessaria un'analisi sintetica dell'organizzazione.

### 3.1 Assetto distributivo e funzionale del Presidio sanitario

Nella tabella qui di seguito, sono riportati i dati strutturali e di attività della Casa di Cura:

**TABELLA 1 –**

Edificio	Piano	Locali/Degenze/Servizi
<b>Edificio principale (A1-2)</b>	<b>Piano seminterrato</b>	Cucina e servizi annessi; Centrale termica; Cabina elettrica; Palestra fisioterapia e servizi annessi; Piscina terapeutica con relativi spogliatoi; Locali servizi generali; Servizio mortuario con annessa Cappella; Aula sindacale; CED; Accettazione Sanitaria (Accettazione Ricoveri)
	<b>Piano terra</b> (Ingresso principale)	Uffici di Direzione Generale; Ufficio URP-Risk Management; Palestra fisioterapia e servizi annessi; Palestra cardio-respiratoria; Servizi amministrativi e di Accettazione; - Area degenze di Riabilitazione (cod. 56) 23 posti letto accreditati; - Area degenze di Riabilitazione estensiva residenziale (ex art. 26 L. 833/78) n° 23 posti letto accreditati; - Area degenze di Riabilitazione estensiva semiresidenziale (ex art. 26 L. 833/78) n° 6 posti letto accreditati; Bar; Direzione Sanitaria; Direzione Infermieristica; Day Hospital riabilitativo (30 posti letto); Laboratorio Analisi; Poliambulatorio

# PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2020

## Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

	<b>Piano primo</b>	Area degenze di Lungodegenza (cod. 60), n° 98 posti letto accreditati; Area degenze di R.S.A. "R2" Mantenimento Alto n° 80 posti letto residenza accreditati, di cui: Nucleo 1 (20 posti letto residenziali); Nucleo 2 (20 posti letto residenziali); Nucleo 3 (20 posti letto residenziali); Nucleo 4 (20 posti letto residenziali).
	<b>Piano secondo</b>	- Centro di Emodialisi, n° 23 p. accreditati; - Area Hospice residenziale, n° 9 posti letto accreditati; - Area Hospice residenziale, n° 8 posti letto autorizzati; - Area degenze di R.S.A. "R3" Mantenimento Basso, n° 106 posti letto residenziali accreditati, di cui: - Nucleo 1 (20 posti letto residenziali); - Nucleo 2 (20 posti letto residenziali); - Nucleo 3 (20 posti letto residenziali); - Nucleo 4 (16 posti letto residenziali); - Nucleo 5 (15 posti letto residenziali); - Nucleo 6 (15 posti letto residenziali).
	<b>Piano terzo</b>	- Area degenze di Riabilitazione, n° 87 posti letto accreditati; - Area degenze di Riabilitazione per solventi, n° 14 posti letto autorizzati.
<b>Edificio A5</b>	<b>Piano seminterrato</b>	Locali di deposito; Guardaroba; Archivi
<b>Edificio B</b>	<b>Piano seminterrato</b>	Deposito biancheria sporca; Deposito rifiuti ospedalieri trattati e materiali esausti
<b>Edificio C</b>	<b>Piano seminterrato</b>	Sala Soggiorno Polivalente; Spogliatoi del personale; Servizi idrici
	<b>Piano terra</b>	Aula magna; Ufficio Marketing; Farmacia
<b>Edificio D</b>	<b>Piano seminterrato</b>	Centro di Diagnostica per Immagini: Radiologia convenzionale – Cardio-TAC 64 Strati; RMN Aperta; MOC; EcoCardiografia; EcoColorDoppler; Mammografia-Ecografia generale e Servizi Amministrativi
<b>Edificio E</b>	<b>Piano seminterrato</b>	Deposito materiali
	<b>Piano terra</b>	Magazzino manutenzione
<b>Edificio F</b>	<b>Piano terra</b>	Servizi amministrativi

# PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2020

## Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

### 3.2 Elenco attività del Presidio Sanitario (DCA U00457 del 26.10.2017)

TABELLA 2 - CONTESTO ORGANIZZATIVO (dati 2019)

<b>RISORSE UMANE</b>	<b>DIPENDENTI (T.I./T.D.)</b>	<b>421</b>
<b>RICOVERI TOTALI 2019</b>	<b>2.670</b>	
<b>DIMESSI TOTALI 2019</b>	<b>2.653</b>	

<b>Specialità</b>	<b>N° Posti Letto Accreditati</b>	<b>N° Posti Letto Autorizzati-Solventi</b>
<b>Lungodegenza Medica (codice 60)</b>	98 posti letto	-----
<b>Riabilitazione (codice 56)</b>	110 posti letto	14 posti letto
<b>Riabilitazione (ex art. 26 L. 833/78)</b>	23 posti letto	
<b>Day Hospital - Riabilitazione (ex art. 26 L. 833/78)</b>	6 posti letto	-----
<b>Prestazioni Domiciliari giornaliere - Riabilitazione (ex art. 26 L. 833/78)</b>	6	
<b>Trattamenti ambulatoriali giornalieri - (ex art. 26 L. 833/78)</b>	19	
<b>RSA livello prestazione R3 (Valle dei Corsi A)</b>	106 posti letto	-----
<b>RSA livello prestazione R2 (Valle dei Corsi B)</b>	80 posti letto	-----
<b>Hospice</b>	12 posti letto	5 posti letto
<b>Hospice domiciliare</b>	48	20 posti letto
<b>Day Hospital - Riabilitazione</b>		30 posti letto
<b>Dialisi</b>	23 p.	-----
<b>Totale posti letto</b>	<b>506</b>	<b>69</b>
<b>Totale Generale</b>		<b>575</b>

# PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2020

## Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

### TABELLA 4 – PRESTAZIONI AMBULATORIALI

<b>POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO</b>	<b>ELENCO PRESTAZIONI SANITARIE ACCREDITATE</b>	<b>ELENCO PRESTAZIONI SANITARIE AUTORIZZATE (Solventi)</b>
<b>Pneumologia – Malattie dell'apparato respiratorio</b>		✓
<b>Laboratorio generale di base</b>		✓
<b>Cardiologia</b>		✓
<b>Diagnostica per immagini – Radiologia Diagnostica</b>		✓
<b>Chirurgia ambulatoriale e diagnostica invasiva (Chirurgia piccoli interventi in anestesia locale)</b>		✓
<b>Endocrinologia</b>		✓
<b>Gastroenterologia – Chirurgia ed Endoscopia digestiva</b>		✓
<b>Neurologia</b>		✓
<b>Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione</b>		✓
<b>Medicina fisica e riabilitativa</b>	✓	
<b>Allergologia</b>		✓
<b>Pediatria</b>		✓
<b>Reumatologia</b>		✓
<b>Urologia</b>		✓
<b>Medicina generale</b>		✓
<b>Risonanza magnetica</b>		✓
<b>Odontoiatria e stomatologia</b>		✓



# PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2020

## Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

<b>Ortopedia e traumatologia</b>		✓
<b>Ostetricia e ginecologia</b>		✓
<b>Neurologia (Neurologia con EEG)</b>		✓
<b>Psichiatria</b>		✓
<b>Oftalmologia</b>		✓
<b>Oncologia</b>		✓
<b>Geriatrica</b>		✓
<b>Dermatologia</b>		✓
<b>Otorinolaringoiatria</b>		✓
<b>Nefrologia</b>		✓
<b>Medicina del lavoro</b>		✓
<b>Medicina dello Sport</b>		✓

\* Per Pazienti Solventi

A seguito della situazione emergenziale attribuibile al COVID-19 è stata effettuata fin dalla fine di febbraio 2020 una riorganizzazione progressiva della Casa di Cura, in ottemperanza alle disposizioni regionali, che ha previsto:

- la sospensione delle attività ambulatoriali, ad eccezione di quelle indifferibili come il servizio di dialisi ambulatoriale
- la sospensione di tutti i ricoveri
- la rimodulazione degli spazi dedicati alla degenza nei reparti di lungodegenza, riabilitazione, nelle residenze sanitarie assistenziali, al fine di garantire il distanziamento individuale di almeno un metro tra i pazienti.
- la istituzione di tre reparti denominati "Aree Filtro" (RSA/Riabilitazione/Lungodegenza), per la gestione dei nuovi ingressi e/o riammissioni, che devono essere posti in sorveglianza sanitaria, all'interno dei quali sono previste delle stanze di isolamento per la eventuale gestione dei casi sospetti/confermati
- la divulgazione di materiale informativo all'utenza per le misure di prevenzione e diffusione del Coronavirus
- l'incremento di dispenser di gel idroalcolici nei reparti e servizi
- l'incremento dei DPI necessari ed indicati per ogni setting assistenziale.

Questo ha comportato la necessità di procedere alla formazione degli operatori in merito a:

- corretto ed appropriato utilizzo di dispositivi di protezione individuale (DPI)
- procedure di vestizione e svestizione

- igiene e sanificazione ambientale.

Sono stati definiti i percorsi per l'accesso e la veicolazione dei Pazienti e degli Operatori sanitari all'interno della Casa di Cura, per ogni singolo setting assistenziale.

Sono stati emessi ed implementati i seguenti protocolli ed istruzioni operative

- PTO\_12\_03, Prevenzione e gestione dei casi sospetti o infezione da Coronavirus
- PTO\_13\_00, Prevenzione e riduzione del rischio infettivo da SARS-COV-2: gestione ricoveri
- PTO\_14\_00, Prevenzione e riduzione del rischio infettivo da SARS-COV-2: Sorveglianza sanitaria degli operatori;
- IO\_06\_01, Misure di prevenzione infezione da SARS-COV-2: Corretto utilizzo dei DPI e operazioni di sanificazione;
- IO\_07\_00, Misure di prevenzione infezione da SARS-COV-2: Comportamenti degli operatori;
- IO\_08\_00, Gestione infezione da CoVID-19: Percorsi beni e servizi – percorsi operatori sanitari – Percorsi Pazienti
- IO\_09\_00, Gestione infezione da CoVID-19: Accesso ditte esterne manutenzione impianti e fornitori di beni e servizi
- IO\_10\_00, Misure di prevenzione infezione da SARS-COV-2: Procedura aziendale igiene delle mani.

#### 4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E RISARCIMENTI EROGATI

In ottemperanza agli obblighi di trasparenza stabiliti dalla L. 24/2017, al fine di consentire la corretta comprensione dei dati riportati nelle tabelle 3 e 4, è necessario chiarire alcune definizioni.

Si parla di **evento evitato** (anche detto Near Miss o Close Call) quando un errore, pur avendo la potenzialità di causare un evento avverso (come di seguito specificato), viene intercettato prima di produrre danni oppure non ha conseguenze avverse per il paziente.

Quando si verifica un evento inatteso e correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente (ovviamente non intenzionale e indesiderabile), si parla di **evento avverso**.

Non tutti gli eventi avversi sono prevenibili, ma solo quelli attribuibili ad un errore: l'effetto collaterale di un farmaco o la complicità di una procedura chirurgica, ad esempio, potrebbero non essere dovuti a un errore. Quando l'evento avverso è di particolare gravità si parla di **evento sentinella**. In questi casi è necessario sottoporre l'evento a un'analisi approfondita per accertare se sia stato causato o vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili, che successivamente vanno affrontati con adeguate misure correttive.

# PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2020

## Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

Di per sé, il numero di eventi segnalati da una struttura sanitaria non rappresenta in alcun modo un indicatore di qualità e di sicurezza, né permette di confrontare Strutture diverse. Anche se una organizzazione che non segnala o che segnala poco potrebbe essere più “pericolosa” di una che segnala, in quanto è ormai riconosciuto a livello internazionale che la propensione degli operatori a segnalare gli eventi, specie quelli senza conseguenze o intercettati, è uno degli indicatori della diffusione della cultura della sicurezza all’interno di una organizzazione.

**TABELLA 4 – EVENTI SEGNALATI NEL 2019 (Art. 2, co. 5 L. 24/2017)**

**(Fonte: Sistema di Reporting)**

Tipo di evento*	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
<b>Near Miss/Close Call</b>	<b>19</b> (7% del totale)	Procedure/Comunicazione 100% (nei casi sottoposti ad analisi)	Procedure/comunicazione 100%	100% dal sistema di Incident Reporting (segnalazione anonima)
<b>Eventi Avversi</b>	<b>251</b> (54% per cadute con danno <b>Classe 1</b> ; 35% per cadute con danno <b>Classe 2</b> ); 11% per cadute con danno <b>Classe 3</b> )	Procedure/Comunicazione 80%; Organizzativi 20% (nei casi sottoposti ad analisi)	Procedure/Comunicazione 40% Organizzative 60%	100% dal sistema di segnalazione evento incidente
<b>Eventi Sentinella</b>	0	-----	-----	-----

**Glossario:**

MOD\_ICO Scala di Conley

MOD\_IMO Scala di Morse

MOD\_SEI scheda di segnalazione evento incidente

MOD\_ANC Scheda di analisi delle cadute

# PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2020

## Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

Dall'analisi dei dati raccolti tramite il sistema di reporting, intranet aziendale e schede di segnalazione, compilate ed inviate alla Direzione Sanitaria dal Medico di reparto o dal Medico di guardia, riportati nella Tabella 4., si rileva che le cadute rappresentano l'evento avverso più rappresentativo la cui percentuale maggiore è rappresentata dalle cadute con danno Classe 1 (contusione). Nel periodo di riferimento non sono stati registrati eventi sentinella.

Dall'analisi degli eventi avversi, la cui dinamica riportata e spiegata nella scheda di analisi MOD\_ANC, si rileva che la caduta è avvenuta per l'80% in condizioni di deambulazione autonoma, nella propria stanza, durante il turno pomeridiano, in soggetti cognitivamente conservati, in assenza di altri fattori contribuenti come ad esempio la limitazione mediante sponde di protezione.

Quindi trattasi di eventi causati dalla non aderenza alle misure precauzionali prescritte e spiegate.

E' necessario considerare che le cadute dei Pazienti, soprattutto anziani, durante la degenza, sono tra le prime cause di sinistri denunciati a carico delle Aziende Sanitarie: L'evento caduta costituisce un grave problema per la persona coinvolta, per la famiglia e la società.

Gli esiti correlati all'evento caduta quindi rappresentano per la Struttura una causa di aumento dei costi dovuti al prolungarsi della degenza e alle procedure diagnostiche e terapeutiche necessarie. Inoltre, data la valenza fortemente negativa che "l'evento avverso caduta" può assumere in termini di qualità dell'assistenza nonché le conseguenze di ordine etico e talvolta legale per gli operatori coinvolti, giustificano la necessità di focalizzare l'attenzione sul fenomeno.

Le linee guida internazionali sottolineano l'importanza della valutazione del rischio di caduta nella persona che si ricovera in ospedale, quale parte integrante dei programmi di prevenzione, motivo per cui la Struttura Nomentana Hospital ha completato la revisione del protocollo operativo per la gestione del rischio da caduta, trasmettendolo alle UU.OO. in data 21/03/2016 e pubblicando il documento nella intranet aziendale, unitamente alle due scale di valutazione del rischio "Conley Score scale, MOD\_ICO" e "Morse score scale, MOD\_IMO" da compilare e comparare entrambe all'inizio del ricovero, a metà ricovero e/o in caso di variazione del livello di autonomia e sicurezza del paziente.

Rispetto alla contenzione quale misura di riduzione del rischio di caduta, non c'è nessuna evidenza scientifica che supporta l'uso di mezzi fisici di contenimento, quale strategia per la prevenzione delle cadute in Pazienti anziani.

Data la tipologia delle prestazioni e servizi prevalentemente riabilitativi che la Casa di Cura Nomentana Hospital eroga sia in regime di accreditamento sia in regime autorizzativo, la

# PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2020

## Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

gestione del rischio deve essere bilanciata con il bisogno di promuovere e favorire l'indipendenza funzionale, che è il principale obiettivo della riabilitazione.

### 5. SINISTROSITA' E RISARCIMENTI EROGATI ULTIMO QUINQUENNIO [Art. 4, co. 3 L. n. 24/2017]

Nella tabella seguente vengono riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico, restando esclusi quelli riferiti a danni di altra natura (ad es. smarrimento di effetti personali, danni a cose, ecc.).

TABELLA 4 – (Fonte: Uff. Affari Generali/Istituzionali/Legali)

Anno	N. Sinistri	Risarcimenti erogati (€)	
		Compagnia Ass.	Azienda
2015	7	-----	-----
2016	6	-----	40.179,38
2017	9	-----	10.000,00
2018	8		1.100,00
2019	7	465.000,00	167.973,36
<b>Totale</b>	<b>35</b>		<b>684.252,74</b>

### 6. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA (fonte Uff. Affari Generali)

TABELLA 5 - (Fonte: Uff. Affari Generali/Istituzionali/Legali)

Anno	Polizza	Compagnia Ass.	Premio Lordo (€)	Franchigia (€)	Brokeraggio
2015	RCT/O (1/07/2015)	BHITALIA	€ 213.979,06	fissa € 100.000,00 - aggregata annua € 100.000,00	GE.AS. SANITA' S.R.L.
	RC DIVERSI (31/12/2017)	UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A.	€ 21.573,00	€ 250,00	GE.AS. SANITA' S.R.L.
2016	RC DIVERSI (31/12/2017)	UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A.	€ 21.573,00	€ 250,00	GE.AS. SANITA' S.R.L.
2017	RC DIVERSI (31/12/2017)	UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A.	€ 21.573,00	€ 250,00	GE.AS. SANITA' S.R.L.

# PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2020

## Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

<b>2018</b>	RCT/O (31/12/2018)	GENERALI ITALIA S.P.A.	€ 329.805,50	€ 25.000,00	Ecclesia GEAS Sanità Srl
<b>2019</b>	Autoassicurazione				Ecclesia GEAS Sanità Srl

### 9. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' 2019

#### OBIETTIVO A) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

Attività 1	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico	<b>SI</b>	1) Corso ECM " <b>Cultura della qualità e sicurezza del paziente. Dalle linee guida ai protocolli clinici assistenziali</b> ": - I <sup>^</sup> ed. Febbraio /Marzo 2019, n.24 partecipanti. - II <sup>^</sup> ed. Marzo/Aprile 2019, n. 25 partecipanti

#### OBIETTIVO A) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

Attività 2	Realizzata	Stato di attuazione
<b>Percorso Formativo per Referenti/Facilitatori:</b> Esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico	<b>SI</b>	1° Modulo ECM Clinical Governance Core Curriculum " <b>Dalla gestione del rischio alla sicurezza dei pazienti</b> ", Destinatari: Facilitatori; Inizio Ottobre 2019, n. 25 partecipanti;

#### OBIETTIVO A) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

Attività 3	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di almeno due edizioni del corso ECM " <b>La prevenzione e gestione delle lesioni da pressione</b> "	<b>NO</b>	L'attività è stata rinviata al 2020 a causa della indisponibilità dell'Aula magna relativamente al calendario del Piano Formativo aziendale. <u>Inoltre si è data la precedenza all'Obiettivo A – Attività 4, iniziata nel 2018 e conclusasi nel 2019</u>

# PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2020

## Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

### OBIETTIVO A) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

Attività 4	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di almeno una Ed. del corso "La presa in carico del paziente disfagico in un contesto multidisciplinare":	SI	Sono state svolte: <ul style="list-style-type: none"><li>- N. 8 ed. per sanitari, inizio Settembre 2019, Tot. partecipanti: <b>131</b>;</li><li>- N. 3 ed. per OSS, inizio Settembre 2019, Tot. partecipanti: <b>49</b>;</li></ul>

### OBIETTIVO B) – Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e al monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività 1	Realizzata	Stato di attuazione
Implementazione della Raccomandazione n. 17 del Ministero della salute sulla "Riconciliazione della terapia farmacologica"	SI parzialmente	La procedura aziendale per l'implementazione della Raccomandazione n. 17 è in fase di elaborazione. La stessa implementerà nel contempo le Racc. Min. Salute n. 18-19

### OBIETTIVO B) – Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e al monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività 2	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di almeno due edizioni del corso ECM " Gestire efficacemente la comunicazione: Tecniche e strumenti nella relazione Operatore Sanitario - Paziente/Familiare"  <b>*Obbligatorio per OSS-ASS</b>	SI	Sono state svolte: <ul style="list-style-type: none"><li>- n. 2 Edizioni (totali 25 ore per edizione), per un totale di n. 44 partecipanti</li></ul>

# PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2020

## Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

**OBIETTIVO B) – Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e al monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi**

Attività 3	Realizzata	Stato di attuazione
Realizzazione "Sportello Ascolto" per Familiari di Pazienti e Caregivers	<b>SI</b>	Il counseling dei familiari dei Pazienti, riguardante la prevenzione e gestione della polipatologia e delle cronicità nel paziente lungodegente, a richiesta dei familiari stessi, è effettuato dagli operatori del Servizio di Psicologia della Casa di Cura

**OBIETTIVO B) – Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e al monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi**

Attività 4	Realizzata	Stato di attuazione
Partecipazione del Risk Manager alle attività del CC-ICA Aziendale (Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate alla Assistenza)	<b>SI</b>	Partecipazione al 100% delle sedute convocate

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

Attività 1	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione del corso "La Gestione delle sostanze chimiche e la prevenzione dei rischi chimici e biologici secondo il Regolamento REACH aggiornato a Dicembre 2016"	<b>SI</b>	Sono state erogate n. 2 edizioni (ognuna di 4 ore) per un totale di partecipanti: <b>n. 39 Operatori</b>

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

Attività 2	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di almeno due edizioni del corso ECM "Prendersi cura".  Il corso, che ha come focus la comunicazione tra professionisti e Utente, è stato svolto al termine di un percorso di analisi delle possibili perturbazioni aziendali.	<b>SI</b>	Sono state erogate n. 2 edizioni (ognuna di 4 ore) per un totale di partecipanti: <b>n. 39 Operatori</b>



# PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2020

## Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

### OBIETTIVO D) – Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management

Attività 1	Realizzata	Stato di attuazione
Partecipazione alle sedute del Tavolo Permanente Centro Regionale Rischio Clinico - CRRC	SI	Partecipazione al 100% delle sedute convocate

## 10. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM 2020

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

1. Quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
2. Quella della Direzione Strategica Aziendale che si impegna ad adottarlo e a fornire direttive in tema di obiettivi di budget, valutazione delle performance, definizione di specifici progetti aziendali di concerto con il Risk Manager, assegnando risorse adeguate al Risk Manager e a tutte le articolazioni aziendali coinvolte.

AZIONE	Risk Manager	Direttore Generale	Direttore Sanitario	Direttore Finanza e Controllo	Strutture Amministrative e tecniche di supporto	Comitato Risk management
Redazione PARM e proposta di ratifica	R	C	C	C	I	C
Adozione PARM con ratifica	C	R	C	C	I	C
Monitoraggio PARM	R	I	C	C	C	C

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

## 9. OBIETTIVI 2020

Il PARM intende proseguire e incrementare le azioni avviate nel corso degli anni precedenti, e si basa sui seguenti presupposti:

- Diffusione della *no-blame culture* (con ciò non s'intende la deresponsabilizzazione degli operatori);
- Visione dell'errore come opportunità di apprendimento;
- Approccio sistemico;

- Miglioramento continuo sempre nell'intento di garantire elevati livelli di qualità e sicurezza delle cure.

Si ritiene opportuno ribadire che il Risk Manager rappresenta il facilitatore del cambiamento organizzativo che opera alle dirette dipendenze della Direzione strategica aziendale e la cui attività non può e non deve sollevare dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali, comprendendo nel termine "gestione" anche gli aspetti non direttamente di tipo sanitario ma che hanno rilevanza sulla erogazione delle prestazioni.

Rispetto ai soggetti preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali, il Risk Manager coordina ed armonizza l'intero sistema di governo del rischio partendo 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.

Le finalità e la progettualità descritte nel presente documento, anche riguardo al miglioramento della continuità operativa, consiste nel tentativo di contenere e/o ridurre i rischi legati ai processi operativi nell'ambito specificato ed in ogni singolo progetto, con lo scopo principale e mandatorio di elevare la soglia di probabilità di accadimento degli eventi avversi e dei "near-misses", mediante una incisiva azione di analisi e di governo dei processi clinico-assistenziali erogati dalla Struttura e successivo avvio di specifici interventi preventivi e/o correttivi.

La ratio è quindi di intervenire sulle pre-condizioni di rischio esistenti nei sistemi operativi, costituenti nel loro insieme i c.d. "errori latenti" che hanno un elevato grado di influenza nel determinismo degli "errori attivi".

Le attività previste nel PARM concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza e sostenibilità finanziaria nonché di quelli mandatori previsti nelle determinazioni di recepimento delle linee di indirizzo della Regione Lazio in tema di gestione del rischio clinico.

In ottemperanza a quanto previsto dalla Determinazione N. G00164 del 11/01/2019 "Approvazione ed adozione del documento recante le *'Linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)'*", ai sensi di quanto previsto dalla L. 8 marzo 2017, n. 24 recante *"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"*, gli obiettivi strategici su cui progettare il PARM 2020, sono i seguenti:

1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni e servizi erogati e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;

3. Favorire la visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture;
4. Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management;
5. Implementare le Raccomandazioni ministeriali riferibili ed applicabili alle attività svolte dalla Casa di Cura Nomentana Hospital.

Le attività elencate al capitolo successivo, sono frutto della analisi delle specificità e criticità aziendali, principalmente legate alla dotazione organica dell'Ufficio Risk Management che consta del R.M. e di una impiegata amministrativa. Pertanto, alla luce delle risultanze della mappatura del rischio sanitario in supporto all'attività di risk management effettuate nell'ultimo trimestre 2019 a cura del broker assicurativo RAVINALE, evidenziata la necessità di individuare degli operatori sanitari che supportino il R.M. nell'attività di implementazione e monitoraggio delle azioni pianificate, soprattutto relativamente agli indicatori di esito individuati, la Direzione Strategica del Nomentana Hospital ha ritenuto opportuno, su proposta del Risk Manager, adottare il "*Modello Organizzativo di Gestione del Rischio Clinico*" ed individuare gli operatori che, a seguito di assegnazione di incarico e conseguimento della formazione specifica in ambito rischio clinico, saranno costituenti il "*Gruppo Referenti per il Rischio Clinico*".

### 9.1 **Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)**

Nel merito della problematica delle Infezioni Correlate all'Assistenza (di seguito ICA), il 07/11/2017 è stato istituito il Comitato di Controllo per la Infezioni Correlate all'Assistenza (di seguito CC-ICA) con atto della Direzione Sanitaria, ratificato dal Direttore Generale con Prot. n. 1601 del 22/11/2017, e nel corso della prima riunione è stato nominato il Presidente del CC-ICA ed i componenti del comitato stesso, con identificazione degli obiettivi e delle attività assegnate al CC-ICA in ottemperanza alla L. n. 24/2017.

Relativamente alle ICA, si rimanda allo specifico "*Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) – 2020*", elaborato dal CC-ICA della Casa di Cura in ottemperanza alle "*Linee Guida per l'elaborazione del Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)*", adottate con Determinazione N. G00163 del 11/01/2019 della Regione Lazio, che è parte integrante del PARM 2020.

# PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2020

## Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

### 10. ATTIVITA' 2020

#### OBIETTIVO A) – Diffondere la Cultura della Sicurezza delle cure

##### Attività 1: Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico

<b>INDICATORE</b>	Esecuzione di due edizioni di un corso ECM " <b>La prevenzione e la gestione dell'errore in ambito medico legale</b> ", entro il 30/12/2020, Obbligatorio per Primari, Medici, Caposala, Infermieri, Tecnici sanitari (Fisioterapista-T.O.-Logopedista), Funzioni di staff Direzione Sanitaria.
<b>STANDARD</b>	SI
<b>FONTE</b>	Risk Management, UOS Formazione

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Direzione Corsi Formazione
Progettazione del corso	<b>R</b>	<b>C</b>
Accreditamento del corso	<b>C</b>	<b>R</b>
Esecuzione del corso	<b>R</b>	<b>I</b>

#### OBIETTIVO A) – Diffondere la Cultura della Sicurezza delle cure

##### Attività 2 - Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico

<b>INDICATORE</b>	Esecuzione di almeno due edizioni del corso ECM " <b>La prevenzione e gestione delle lesioni da pressione</b> ", entro il 31/12/2020, destinatari: Medici, Caposala, Infermieri, Funzioni di staff Direzione Sanitaria.
<b>STANDARD</b>	SI
<b>FONTE</b>	Risk management, Direzione Corsi Formazione

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk manager	Direzione Corsi Formazione
Progettazione del corso	<b>R</b>	<b>C</b>
Accreditamento del corso	<b>C</b>	<b>R</b>
Esecuzione del corso	<b>R</b>	<b>C</b>

# PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2020

## Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

### OBIETTIVO A) – Diffondere la Cultura della Sicurezza delle cure

#### Attività 3 - Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico

<b>INDICATORE</b>	Esecuzione del corso entro il 31/12/2020 del modulo Clinical Governance Core Curriculum (ECM) "Strumenti e strategie di Clinical Governance"*
<b>STANDARD</b>	SI
<b>FONTE</b>	Risk management, Direzione Corsi Formazione

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk manager	Direzione Corsi Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	C

❖ **Riservato agli operatori identificati come Referenti della rete aziendale per la gestione del rischio clinico.**

### OBIETTIVO B) - Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

#### Attività 1: Progettazione ed esecuzione di un corso sulla prevenzione degli errori in terapia farmacologica

<b>INDICATORE</b>	Esecuzione di almeno due edizioni del corso entro il 31/12/2020 del corso ECM "Somministrazione dei farmaci: competenze e responsabilità".
<b>STANDARD</b>	SI
<b>FONTE</b>	Risk Management, Direzione Formazione

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Direzione Corsi Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	C

# PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2020

## Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

**OBIETTIVO B) – Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi**

**Attività 2: Implementazione delle Racc. Min. Salute n. 17-18-19 la prevenzione degli errori nella terapia farmacologica.**

<b>INDICATORE</b>	Costituzione di un gruppo di miglioramento e adozione di specifica procedura con validazione aziendale entro il 31/12/2020.
<b>STANDARD</b>	SI
<b>FONTE</b>	Risk Management

### MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria	Gruppo di lavoro
Elaborazione del documento	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>R</b>
Validazione e proposta di adozione del documento	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>I</b>
Adozione con ratifica	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>I</b>
Verifica di applicazione del documento	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>

**OBIETTIVO B) - Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi**

**Attività 3: Implementazione della Raccomandazione n. 9 del Ministero della Salute per la "Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali".**

<b>INDICATORE</b>	Costituzione di un gruppo di miglioramento e adozione di specifica procedura con validazione aziendale entro il 31/12/2020.
<b>STANDARD</b>	SI
<b>FONTE</b>	Risk Management

### MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Gruppo di lavoro
Elaborazione del documento	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>R</b>
Validazione documento	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
Approvazione documento	<b>I</b>	<b>R</b>	<b>I</b>

# PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2020

## Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

**OBIETTIVO B) - Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.**

**Attività 4: Progettazione ed esecuzione del corso ECM " La gestione dei cateteri venosi centrali e periferici "**

<b>INDICATORE</b>	Esecuzione di almeno due edizioni del corso entro il 31/12/2020.
<b>STANDARD</b>	SI
<b>FONTE</b>	Risk management, Direzione Formazione

### MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Direzione Formazione</b>
Progettazione del corso	<b>R</b>	<b>C</b>
Accreditamento del corso	<b>C</b>	<b>R</b>
Esecuzione del corso	<b>R</b>	<b>C</b>

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

**Attività 1: Progettazione ed esecuzione di un corso "Prevenzione, gestione e tecniche di contenimento delle aggressioni e atti di violenza a danno degli operatori sanitari"**

<b>INDICATORE</b>	Esecuzione di almeno due edizioni del corso entro il 30/12/2020.
<b>STANDARD</b>	SI
<b>FONTE</b>	Risk management, Direzione Corsi Formazione

### MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Direzione Formazione</b>
Progettazione del corso	<b>R</b>	<b>C</b>
Accreditamento del corso	<b>C</b>	<b>R</b>
Esecuzione del corso	<b>R</b>	<b>C</b>

# PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2020

## Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

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

### Attività 2: Partecipazione all'attività del CC-ICA aziendale

<b>INDICATORE</b>	Numero sedute del CC-ICA aziendale convocate/numero di presenze (al netto delle assenze giustificate)
<b>STANDARD</b>	90%
<b>FONTE</b>	Segreteria CC-ICA

### MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

<b>Azione</b>	<b>Presidente CC-ICA aziendale</b>	<b>Risk Manager</b>
Convocazione delle sedute	<b>R</b>	<b>C</b>
Partecipazione	<b>C</b>	<b>R</b>

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

### Attività 1: Partecipazione alle sedute del Tavolo permanente rischio clinico – CRRC Regione Lazio

<b>INDICATORE</b>	Numero sedute del Tavolo permanente convocate/numero di presenze (al netto delle assenze giustificate)
<b>STANDARD</b>	90%
<b>FONTE</b>	Segreteria CRRC, Risk management

### MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

<b>Azione</b>	<b>Segreteria CRRC</b>	<b>Risk Manager</b>
Convocazione delle sedute	<b>R</b>	<b>C</b>
Partecipazione	<b>C</b>	<b>R</b>

## 11. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM



# PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2020

## Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

Il PARM verrà diffuso secondo le seguenti modalità:

- a. Presentazione al Collegio di Direzione
- b. Invio via mail ai Primari-Caposala/Coordinatori di UU.OO. degenza/servizio, Direttore Infermieristico, Coordinatori FKT
- c. Presentazione in riunione plenaria
- d. Pubblicazione sull'intranet e sul sito internet della struttura
- e. Trasmissione via mail in formato Pdf nativo al Centro Regionale del Rischio Clinico ([crrc@regione.lazio.it](mailto:crrc@regione.lazio.it)) entro il 28 febbraio 2020 (come da determina Regione Lazio n. **G00164**, del 11/01/2019).

## 12. 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.131";
9. Determinazione Regionale n. G04112 del 01 aprile 2014 recante "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)";
10. Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 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 febbraio 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. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella';
13. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti'";
14. 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";
15. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
16. Determinazione Regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: "Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari";
17. Decreto del Commissario ad Acta del 29 ottobre 2018 n. U00400 recante "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico";
18. Determinazione n. G01226 del 2 febbraio 2018 recante "Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017".
19. Determinazione n. G07551 del 25/06/2020 recante "Approvazione del "Documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica" e del "Glossario degli acronimi e delle abbreviazioni in uso nella Regione Lazio".

### 13. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

In questa sezione andranno elencati i riferimenti bibliografici e sitografici consultati per la redazione del documento. Se ne elencano alcuni a mero titolo di esempio:

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;

5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione);
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. Benci L., Bernardi A. et al.: Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Commentario alla legge 24/2017. Quotidiano Sanità edizioni, 2017.