

**LUSAN srl – P.IVA 05888541009**

**RESIDENZA RSA MAGNOLIA**

**Via Monteprandone n° 65**

**00132 Giardini di Corcolle ( RM)**

**PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT  
(PARM)**

**ANNO 2021**

**REDATTO**

27 Marzo 2021

Risk Manager e Medico Responsabile Dott.ssa A.Zorba

Dirigente Infermieristico Dott.ssa Montalbano

APPROVATO Presidente Dott.ssa M.Montalbano

# INDICE

## **1) Premessa**

## **2) Contesto organizzativo**

- *2.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati*

- *2.3 Descrizione della posizione assicurativa*

- *2.4 Resoconto delle attività del PARM precedente*

## **3) Matrice delle Responsabilità del PARM**

## **4) Obiettivi del PARM**

## **5) Attività del PARM**

## **6) Modalità di diffusione del PARM**

## **7) Riferimenti Normativi**

## **8) Bibliografia**

## 1. PREMESSA

La gestione del rischio o Risk Management è un processo sistematico che comprende sia la dimensione clinica sia quella strategico-organizzativa e che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni in grado di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi per aumentare il livello di sicurezza nell'interesse di pazienti e operatori. Promuovere una politica aziendale di gestione del rischio vuol dire spronare e accompagnare l'organizzazione nel necessario percorso di controllo degli eventi e delle azioni che possano interferire nei processi creando situazioni potenzialmente a rischio per il reale raggiungimento degli obiettivi prefissati dall'azienda in riferimento ai Piani Assistenziali Individualizzati.

Il Risk Management consiste nella gestione del rischio finalizzata non solo nella prevenzione dell'evento avverso ma anche nelle near misses o qualsiasi altra situazione (eventi sentinella) che possa essere indicativa della possibilità del verificarsi di un problema nei flussi organizzati.

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

Il PARM ossia il Piano Annuale di Risk Management, consente di definire gli obiettivi prioritari da realizzare nel medio periodo nonché i mezzi e le modalità per realizzarli. Lo scopo del Piano Annuale di Risk Management (PARM) è quello di descrivere e indirizzare le azioni di miglioramento riconosciute come prioritarie per la gestione del rischio clinico.

Gli interventi pianificati sono finalizzati ad apportare specifici correttivi alle criticità osservate, migliorando così la sicurezza del paziente e la qualità dei servizi offerti in osservanza agli obblighi legislativi.

Il PARM riguarda quindi il sistema struttura di cura nel suo insieme e consta di azioni che includono: valutazione dei principali processi, analisi del rischio, promozione e implementazione di procedure e istruzioni operative, formazione e informazione. Le attività che si realizzano attraverso il PARM e che fanno per questo parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico, concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

## 2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Residenza Magnolia è situata nel Comune di Roma – VIII Municipio, in località Giardini di Corcolle, quartiere residenziale nella zona est di Roma, circondato dalla campagna romana e con vista sulle colline di Tivoli e cittadine limitrofe.

La Residenza è raggiungibile con mezzi pubblici n° 508 a partire dalla fermata della metropolitana “Ponte Mammolo” e dal quartiere è possibile raggiungere i paesetti vicini con mezzi del servizio extraurbano.

Magnolia, essendo situata in una zona residenziale in prossimità del centro abitato, consente di raggiungere a piedi numerosi servizi esterni tra cui l’ufficio postale, la banca, la farmacia, la chiesa e il supermercato.

La Residenza può offrire servizi di tipo alberghiero, assistenziale e sanitario di base, sociale e ricreativo culturale, fortemente diversificati.

La Residenza Magnolia offre servizi di residenzialità a regime privato nella Casa di Riposo e servizi sociosanitari accreditati dalla Regione Lazio nella Residenza Sanitaria Assistenziale.

La Residenza è suddivisa in N° 4 Nuclei, di cui n° 3 di RSA (pari a n° 52 posti letto).

La Residenza offre nuclei abitativi con camere singole, doppie, dotate di servizio igienico in camera, telefono e televisione.

All’interno della struttura sono presenti spazi per attività individuali, di gruppo e con la famiglia: soggiorni, sale occupazionali, cappella.

Sono previsti spazi esterni per attività all’aperto.

In particolare ogni camera possiede:

- letto articolato a tre livelli con comandi elettrici, materasso e cuscini, comodino funzionale, tavolo scrittoio, armadio, sedia o poltrona.
- Il bagno è corredato di ausili per permettere la facile fruibilità alle persone anziane e nello stesso tempo garantisce alti margini di sicurezza.

La Residenza è provvista di segnaletica e indicazioni appropriate per permettere un buono orientamento e facile accesso alle vie di fuga in caso di pericolo, sono presenti elementi per il superamento di barriere architettoniche.

**Tabella n.1. Presentazione dei dati di Attività**

| Dati Attività per Singolo Presidio   |              |                           |    |
|--------------------------------------|--------------|---------------------------|----|
| Posti letto Ordinari                 | N° 52        | RSA ALTO<br>MANTENIMENTO  | 40 |
|                                      |              | RSA BASSO<br>MANTENIMENTO | 12 |
| N° Ricoveri<br>Ordinari Anno<br>2020 | N° 26 in RSA |                           |    |

## 2.2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Nell'anno 2020 la politica della qualità stabilita dalla residenza Magnolia per le attività di Risk Management ha previsto:

- Revisione delle procedure in essere in previsione del nuovo manuale per l'accreditamento DCA 469/2017. Tale revisione è stata completata;
- Mantenimento del sistema di qualità certificato ISO 9001/2015;
- Coinvolgimento del personale infermieristico e di assistenza socio sanitaria per le attività di monitoraggio dei processi assistenziali. I monitoraggi sono attualmente effettuati con calendarizzazione a tempi variabili da giornaliera a mensile secondo specifiche attività e regolarmente registrati in apposita modulistica;
- Implementazione e valutazione del programma per la gestione informatizzata della documentazione sanitaria integrata con profili autorizzativi d'uso diversificati;
- Gestione di eventi avversi individuati in: Cadute, LDP, Accessi al PS con monitoraggio analisi cause e conservazione dati statistici;
- Gestione delle informazioni e delle consegne attraverso lo strumento di una cartella informatizzata integrata per la continuità assistenziale;
- Formazione e valutazione del personale su specifici aspetti di qualità, risk management ed applicazione del sistema di qualità interno;
- Coinvolgimento del personale in gruppi di discussione a supervisione psicologica per problematiche e situazioni conflittuali emerse durante le attività assistenziali. Il personale partecipa volontariamente agli incontri ma come attività di servizio finalizzata al miglioramento del clima organizzativo, stress lavoro correlato, Burnout;
- Individuazione di un Case Manager del Piano Assistenziale Individuale e sua formazione on the Job per la realizzazione delle valutazioni multidimensionali per le revisioni periodiche, costantemente valutata dai referenti;
- Realizzazione di monitoraggi degli anziani su situazioni individuate come potenzialmente a rischio;
- Calendarizzazione di Check control periodiche per l'individuazione di eventi sentinella;
- Calendarizzazione di audit mensili su processi stabiliti nel sistema di qualità interno
- Trattamento costante di Non conformità e Reclami.

**Tabella.2 Eventi Segnalati nel 2020(ai sensi dell'art. 2, c.5 della L.24/2017)**

| Tipo di evento      | N°. (e % sul totale delle segnalazioni) | Principali fattori causali/contribuenti   | Azioni di miglioramento  | Fonte del dato                                       |
|---------------------|---|---|--|--|
| Near Miss***        | N° 11- 10%                              |   |  |  |
| Eventi Avversi* (a) |   | Strutturali (0%)<br>Tecnologici (0%)<br>Organizzativi (0%)<br>Procedure/comunicazione (10%) | Procedure/comunicazione (80%)<br>Revisioni PAI e procedure ( n20%) | Sistemi di reporting ( 90%)<br>Non conformità (10 %) |
| Cadute              | N° 5 – 5%                               |   |  |  |
| LDP                 | N° 44 – 42%                             |   |  |  |
| Inf.COVID           | N° 31 – 29%                             |   |  |  |

|                     |    |                                |  |                |
|---------------------|----|--------------------------------|--|----------------|
| Eventi sentinella** | 0% | Altro 90% ( condizioni ospiti) |  | Reclami ( 0 %) |
|---------------------|----|--------------------------------|--|----------------|

Nota alla Tabella 2- Definizioni secondo il glossario del Ministero della Salute

|   |  |
|---|--|
| <b>Evento avverso* (Adverse event)</b>      | Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”  |
| <b>Evento sentinella** (Sentinel event)</b> | 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.<br>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. |
| <b>Near miss***(evento evitato)</b>         | Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.  |

**Tabella 3 - Sinistrosità e Risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)**

| Anno          | N. Sinistri | Risarcimenti erogati |
|---------------|-------------|----------------------|
| 2015          | 0           | 0                    |
| 2016          | 0           | 0                    |
| 2017          | 0           | 0                    |
| 2018          | 0           | 0                    |
| 2019          | 1           | 0                    |
| 2020          | 0           | 0                    |
| <b>Totali</b> | 0           | 0                    |

### 2.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

| Anno | Polizza ( Scadenza) | Compagnia | Premio  | Franchigia | Brokeraggio |
|------|---------------------|-----------|---------|------------|-------------|
| 2020 | 571 A 0042          | Zurich    | 1799.52 | 0          | ASSIFIDI    |

## 2.4 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL PARM PRECEDENTE- ANNO 2020

| Chiusura Obiettivi ANNO 2020   | Attività  | Realizzazione   |
|--|---|---|
| <p>Frequenza al corso VVFF e BLSD e corsi Legge 81/08</p> <p>Indicatore: tutti i dipendenti nuovi assunti in riferimento alla composizione delle squadre antincendio</p>   | <p>Corsi di Formazione Antincendio rischio elevato</p>  | <p>SI con limitazioni per rispetto normativa di prevenzione contagio infezione COVID</p>    |
| <p>Riduzione del turn over con stabilizzazione del personale con contratti a tempo indeterminato.</p> <p>Indicatore: rispetto requisiti legge per organici</p>   | <p>Assunzioni con contratti</p> <p>Periodi di inserimento</p> <p>Addestramento per procedure operative</p> <p>Formazione periodica interna</p>  | <p>SI con limitazioni per rispetto normativa di prevenzione contagio infezione COVID SI</p> |
| <p>Mantenere la revisione dei PAI con identificazione del ruolo dell'infermiere con ruolo Case manager e la revisione in equipe multidisciplinare</p> <p>Indicatore: il 100 % ospiti e il coinvolgimento di almeno 90 % degli infermieri nel ruolo di case manager</p> | <p>Revisione del PAI periodica in incontri multidisciplinari verbalizzati</p> <p>Assegnazione di Case manager al singolo ospite</p> <p>Condivisione PAi ospite /famiglia</p> <p>Formazione e valutazione periodica dei Case manager</p> | <p>SI con limitazioni per rispetto normativa di prevenzione contagio infezione COVID SI</p> |
| <p>Mantenimento comitato di partecipazione della RSA come previsto per legge con i vari rappresentanti</p> <p><b>Indicatore Almeno una riunione annuale</b></p>  | <p>Riunioni del Comitato con verbalizzazione</p> <p>Trattamento delle problematiche emerse per soluzioni e miglioramenti</p>  | <p>SI con limitazioni per rispetto normativa di prevenzione contagio infezione COVID SI</p> |
| <p>Mantenimento delle attività svolte dal gruppo di valutatori formati</p> <p><b>Indicatore: rispetto del piano di Audit ordinari e straordinari previsti dal Sistema di qualità certificato</b></p>   | <p>Calendarizzazione piano di Audit Interni su processi</p> <p>Calendarizzazione di Check control su attività assistenziali</p> <p>Esecuzione delle verifiche e relativi verbali</p>  | <p>SI con limitazioni per rispetto normativa di prevenzione contagio infezione COVID SI</p> |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | Trattamento delle problematiche e criticità per soluzioni e miglioramenti  |  |
| <p>Revisione procedure in base a nuovo manuale di Accredитamento</p> <p><b>Indicatore dimostrare corrispondenza tra evidenze e requisiti di accredитamento richiesti</b></p>   | <p>Revisione procedure</p> <p>Revisione funzionigramma</p>   | SI   |
| <p>Coinvolgimento del personale infermieristico e di assistenza in attività di monitoraggio e in processi non assistenziali della residenza secondo specifica valutazione</p> <p><b>Indicatore Attribuzione a Referenti di progetto e partecipanti ai gruppi di lavoro</b></p>   | <p>Progetto specifico per attribuzione ruoli ed attività di monitoraggio</p> <p>Reporting per singole attività</p>   | SI SI con limitazioni per rispetto normativa di prevenzione contagio infezione COVID |
| <p>Implementazione e valutazione del nuovo programma per la gestione documentazione informatizzata, analisi delle tracciabilità e delle stampe per una specifica procedura di archiviazione.</p> <p><b>Indicatore attribuzione dei profili autorizzativi diversificati, monitoraggi specifici e procedura di archiviazione</b></p> | <p>Informazione/Formazione dei Key user e di tutto il personale secondo i profili autorizzativi</p> <p>Monitoraggio periodico su rispetto delle pianificazioni stabilite e delle eventuali informazioni utili a garantire la continuità assistenziale</p> <p>Supporto al personale per eventuali problematiche</p> | SI   |
| <p>Gestione eventi avversi (cadute e LDD - ecc)</p> <p><b>Indicatore Analisi del 100% degli eventi</b></p>   | <p>Reporting</p> <p>Applicazione procedure operative</p> <p>Analisi di situazioni specifiche</p> <p>Statistica</p>   | SI   |



|  |   |   |
|--|---|---|
| <p>Garantire le continuità assistenziale attraverso la gestione delle informazioni e delle consegne</p> <p><b>Indicatore Individuazione di un metodo da applicare stabilmente</b></p>  | <p>Sensibilizzazione del personale</p> <p>Individuazione del metodo SBAR</p>  | <p>NO rinnovato progetto</p>  |
| <p>Coinvolgimento del personale in gruppi di discussione su temi causa di conflitto o per problematiche emerse durante l'attività.</p> <p><b>Indicatore Partecipazione di almeno il 30% del personale nei diversi incontri organizzati</b></p> | <p>Incontro mensile di supervisione con psicologo</p> <p>Incontri individuali per particolari situazioni e/o a richiesta dell'operatore</p>   | <p>SI SI con limitazioni per rispetto normativa di prevenzione contagio infezione COVID</p> |
| <p>Miglioramento delle competenze</p> <p><b>Indicatore Partecipazione di almeno il 90% del personale nei diversi incontri organizzati</b></p>  | <p>Organizzazione di incontri, formalizzati o informali a livello di reparto, del personale sanitario operante nei reparti di degenza per analizzare i fattori di rischio associati alle proprie attività e predisponendo i miglioramenti organizzativi eventualmente opportuni.</p>          | <p>SI SI con limitazioni per rispetto normativa di prevenzione contagio infezione COVID</p> |
| <p>Miglioramento della sicurezza e logistico</p>   | <p>Aggiornamento del DVR per il rischio biologico</p> <p>Corsi di formazione on the job per ridurre rischio infettivo da Sars-Cov-2</p> <p>Corsi di formazione on the job per la corretta igiene delle mani</p> <p>Corsi di formazione on the job per la vestizione e svestizione dei DPI</p> | <p>SI</p>   |

### 3) Matrice Delle Responsabilità Del PARM

| Azione                                     | Risk Manager | Direttore Aziendale | Medico responsabile | Direttore Amministrativo | Strutture amministrative e tecniche |
|--|--------------|---------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Redazione PARM e proposta di deliberazione | R            | C                   | C                   | C                        | -                                   |
| Adozione PARM con deliberazione            | I            | R                   | C                   | C                        | -                                   |
| Monitoraggio PARM                          | R            | I                   | C                   | C                        | C                                   |

**Legenda:**

R= Responsabile; C= Coinvolto; I = Interessato

### 4) OBIETTIVI DEL PARM

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 la 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.

## 5) ATTIVITA' DEL PARM

| <b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>  |              |                         |                     |
|---|--------------|-------------------------|---------------------|
| <b>Attività 1</b> – Predisposizione del piano formativo annuale finalizzato al miglioramento della sicurezza delle cure degli ospiti attraverso la sensibilizzazione e lo sviluppo di competenze nel personale addetto all'assistenza, focus sull'infezione SARS-COV-2.                             |              |                         |                     |
| <b>Indicatore</b> – Partecipazione ai corsi dell'ISS per la prevenzione della diffusione del COVID-19   |              |                         |                     |
| <b>Standard</b> – La partecipazione del personale del 100%  |              |                         |                     |
| <b>Fonte</b> – Ufficio Qualità e Risk Management<br>Rapporto ISS COVID-19 “Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell'infezione SARS-COV-2 in strutture residenziali e sociosanitarie” Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni aggiornato al 16 Marzo 2020 |              |                         |                     |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>   |              |                         |                     |
| Azione  | Risk Manager | Responsabile Formazione | Direttore Aziendale |
| Progettazione Corso   | C            | R                       |                     |
| Approvazione del Corso del Corso  | C            | I                       | R                   |
| Esecuzione Corso  | C            | R                       | I                   |

| <b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>   |              |                         |                     |
|--|--------------|-------------------------|---------------------|
| <b>Attività 2</b> – Predisposizione del piano formativo annuale finalizzato al miglioramento della sicurezza delle cure degli ospiti attraverso la sensibilizzazione e lo sviluppo di competenze nel personale addetto all'assistenza, focus sull'infezione SARS-COV-2.  |              |                         |                     |
| <b>Indicatore</b> – Partecipazione a corsi on the job per la prevenzione della diffusione del COVID-19: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Corretto uso dei DPI</li> <li>- Igiene delle mani</li> <li>- Modalità di vestizione/svestizione dei DPI</li> </ul>  |              |                         |                     |
| <b>Standard</b> – La partecipazione del personale del 100%   |              |                         |                     |
| <b>Fonte</b> – Ufficio Qualità e Risk Management<br>Rapporto ISS COVID-19 “Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell'infezione SARS-COV-2 in strutture residenziali e sociosanitarie” Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni aggiornato al 16 Marzo 2020<br>Video formativo presente sul sito della Regione Lazio “I dispositivi di protezione individuali a cura dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e l'Istituto Nazionale per le malattie infettive L. Spallanzani, in collaborazione con l'OMS, Dott.ssa Benedetta Allegranzi |              |                         |                     |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>  |              |                         |                     |
| Azione   | Risk Manager | Responsabile Formazione | Direttore Aziendale |
| Progettazione Corso  | C            | R                       |                     |
| Approvazione del Corso del Corso   | C            | I                       | R                   |
| Esecuzione Corso   | C            | R                       | I                   |

**OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE**

**Attività 3** – Diffusione capillare di tutti i documenti di qualità e procedure attinenti alla sicurezza delle cure a tutto il personale sia attraverso la gestione di archivi cartacei nelle postazioni di lavoro che attraverso l’Intranet, nello specifico divulgazione della PO ASS 11, del protocollo di Sanificazione Aziendale e della revisione del DVR per il rischio biologico.

**Indicatore** – Archivi cartacei e sistema di Intranet

**Standard** – Nelle unità operative siano presenti fascicoli con le copie delle procedure e che sia attivo l’intranet per la comunicazione rapida per le eventuali revisioni, aggiornamenti e comunicazioni varie e che l’informazione sia disponibile al 100% del personale

**Fonte** – Ufficio Qualità e Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

| Azione   | Risk Manager | Responsabile Qualità | Inf. Dirigente/coordinatore | Direttore Aziendale |
|--|--------------|----------------------|-----------------------------|---------------------|
| Diffusione delle procedure e documenti in copia controllata      | C            | R                    | I                           | I                   |
| Verifica periodica degli aggiornamenti                           | C            | R                    | I                           | I                   |
| Verifica periodica della conoscenza delle procedure al personale | R            | C                    | I                           | I                   |

**OBIETTIVO B) MIGLIORARE L’APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONE EROGATE E MONITORAGGIO E O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.**

**Attività 4** – Applicazione e monitoraggio della Raccomandazione ministeriale n. 18 sugli eventi avversi connessi alla somministrazione della terapia farmacologica ed applicazione del doc. d’indirizzo sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione della Regione Lazio

**Indicatore** – Procedure Operative specifiche

**Standard** – Diffusione ed applicazione al 100% del personale delle procedure

**Fonte** – Ufficio Qualità e Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

| Azione  | Risk Manager | Responsabile Qualità | Inf. Dirigente/coordinatore | Direttore Aziendale |
|---|--------------|----------------------|-----------------------------|---------------------|
| Diffusione delle procedure                              | C            | R                    | I                           | I                   |
| Verifica periodica degli aggiornamenti della procedura  | C            | R                    | I                           | I                   |
| Monitoraggio continuo dell’applicazione delle procedure | R            | C                    | I                           | I                   |

**OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONE EROGATE E MONITORAGGIO E O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.**

**Attività 5** – Applicazione ed il monitoraggio delle Raccomandazioni ministeriali e regionali in occasione della nota diffusione sul territorio nazionale del virus Covid-19: sono state rilasciate opportune comunicazioni al personale da parte della Direzione per sensibilizzare sulle buone pratiche applicabili e sulle misure preventive per evitare la diffusione ed il contagio.

**Indicatore** – PO ASS 11 e successive revisioni

**Standard** – Diffusione ed applicazione al 100% del personale delle procedure

**Fonte** – Decreti ministeriali, Rapporti ISS COVID-19, Delibere ASL e Regione Lazio

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

| Azione  | Risk Manager | Responsabile Qualità | Inf. Dirigente/coordinatore | Direttore Aziendale |
|---|--------------|----------------------|-----------------------------|---------------------|
| Diffusione delle procedure                              | C            | R                    | I                           | I                   |
| Verifica periodica degli aggiornamenti della procedura  | C            | R                    | I                           | I                   |
| Monitoraggio continuo dell'applicazione delle procedure | R            | C                    | I                           | I                   |

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

**Attività 6** – Diffondere e condividere comunicazioni informazioni e regolamenti per condividere attività finalizzate a garantire la sicurezza di ospiti famiglie ed operatori

**Indicatore** – Regolamenti e discussioni in ambito di comitato di partecipazione

**Standard** – Regolamento diffuso a tutte le famiglie – sensibilizzazione del 100% degli ospiti collaboranti del rispetto delle attività per la propria sicurezza – Consegna al 100% degli operatori di specifica procedura per la sicurezza nei luoghi di lavoro

**Fonte** – Ufficio Qualità e Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

| Azione   | Risk Manager | Responsabile Qualità | Assistente sociale | Direttore Aziendale |
|--|--------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| Diffusione del regolamento alle famiglie                                       | C            | C                    | I                  | R                   |
| Diffusione delle comunicazioni orientate alla sicurezza                        | R            | C                    | I                  | I                   |
| Incontri/colloqui con ospiti collaboranti                                      | C            | I                    | R                  | I                   |
| Riunione periodica del comitato di partecipazione e verbalizzazione            | I            | I                    | R                  | C                   |
| Diffusione delle procedure della sicurezza sui luoghi di lavoro agli operatori | C            | C                    | I                  | R                   |

|  |
|--|
|  |
|--|

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

**Attività 7** – Prevenire atti di violenza contro gli operatori attraverso l’implementazione di misure che riducano condizioni di rischio, anche attraverso acquisizione di competenze da parte degli operatori stessi che li rendano in grado di gestire il verificarsi di tali eventi

**Indicatore** – compilazione del modulo gestione delle aggressioni tra ospiti/familiari ed operatori

**Standard** – Procedura per gli atti di violenza a danno degli operatori consegnata al 100% del personale.

**Fonte** – Ufficio Qualità e Risk Management, NIOSH

| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>  |              |                      |                    |                     |
|--|--------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| Azione   | Risk Manager | Responsabile Qualità | Assistente sociale | Direttore Aziendale |
| Diffusione del regolamento alle famiglie                                       | C            | C                    | I                  | R                   |
| Diffusione delle comunicazioni orientate alla sicurezza                        | R            | C                    | I                  | I                   |
| Incontri/colloqui con ospiti collaboranti                                      | C            | I                    | R                  | I                   |
| Riunione periodica del comitato di partecipazione e verbalizzazione            | I            | I                    | R                  | C                   |
| Diffusione delle procedure della sicurezza sui luoghi di lavoro agli operatori | C            | C                    | I                  | R                   |

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

**Attività 8**– Partecipare al tavolo permanente regionale (Centro Regionale Rischio Clinico) in tema di Rischio Clinico

**Indicatore** – Attestato di partecipazione

**Standard** – Individuazione dell’iniziativa e frequenza agli incontri programmati.

**Fonte** – Regione Lazio

| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>  |              |                      |                    |                     |
|--------------------------------------|--------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| Azione                               | Risk Manager | Responsabile Qualità | Assistente sociale | Direttore Aziendale |
| Individuazione dell’iniziativa       | R            | C                    | I                  | C                   |
| Frequenza agli incontri              | R            | C                    | I                  | I                   |
| Diffusione delle indicazioni fornite | C            | C                    | I                  | R                   |

## 6) Modalità Di Diffusione Del PARM

Il PARM è diffuso nelle seguenti modalità:

- Pubblicazione sul sito internet aziendale
- Presentazione al Consiglio di Amministrazione
- Invio ai responsabili dei servizi.

## 7) Riferimenti normativi

1. D. Lgs n° 502 del 30 dicembre 1992 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n° 421”;
2. Determinazione n. G00164 dell’11/ gennaio 2019 Regione Lazio “Approvazione ed adozione del documento recante “Linee guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”
3. Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico. - DCA n. U00400 29/10/2018
4. Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)- Determina n. G01226 del 2/2/2018
5. Istituzione del Centro regionale rischio clinico - Determina n. G16829 del 28/11/2017
6. Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella - Determina n. G12355 del 25/10/2016
7. D.P.R. 14 gennaio 1997: 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.
8. Decreto del Ministero della Sanità del 24 luglio 1995 (G.U. n° 263 del 10 novembre 1995) “Contenuti e Modalità degli Indicatori di Efficienza del Servizio Sanitario Nazionale”;
9. 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.
11. D. Lgs n° 254 del 28 luglio 2000;
12. 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 L. 5 giugno 2003, n° 131;
14. Decreto del Commissario ad acta 28 maggio 2013, n U00206: Nuovo atto di indirizzo per l’adozione dell’atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della regione Lazio a seguito del recepimento degli “standard per l’individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, lett. B, Patto per la Salute 2010-2012” elaborati dal Comitato L.E.A. 8/10.

## 8) BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute: Risk Management in Sanità- il problema degli errori Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003
2. Ministero della Salute, Approvazione dei modelli di schede di segnalazioni di incidenti o mancati incidenti, che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro, «Gazzetta ufficiale», 24 nov. 2005, n. 274.
3. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 Save Surgery Save Live
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:
7. Vincent C, La Sicurezza del Paziente Springer-Verlag Italia 2011 2 Edizione
8. Apprendere dagli Errori Il Pensiero Scientifico Editore.
9. B. Andersen, T. Fagerhaug, Root cause analysis. Simplified tools and techniques, Milwaukee (Wis.) 2000, 20062.
10. IOM (Institute Of Medicine of the National academies), To err is human. Building a safer health system, ed. L.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson, Washington D.C. 2000.
11. J. Reason, Human error. Models and management, «BMJ. British medical journal», 2000, 320, 7237, pp. 768-70.
12. C. Vincent Clinical risk management. Enhancing patient safety, ed., London 2012.
13. S.A. Nashef, What is a near miss?, «The lancet», 2003, 361, 9352, pp. 180-81.
14. G.R. Baker, Harvard medical practice study, «Quality and safety in health care», 2004, 13, 2, pp. 151-52. 15. M. Geddes Da Filicaia, Guida all'audit clinico. Pianificazione, preparazione e conduzione, Roma 2008.