




# PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2021

REV.	Data emissione	N° pag.	Causale preparazione modifica documento	Emissione		Verifica		Approvazione	
				Funzione	Firma	Funzione	Firma	Funzione	Firma
0	12/01/2021	19	Prima emissione 2021	DS/RM		DdC		Pres.	

## INDICE

1. PREMESSA .....	3
2. RIFERIMENTI NORMATIVI .....	4
3. TERMINI E DEFINIZIONI .....	4
4. CONTESTO ORGANIZZATIVO .....	5
4.1. OFFERTA DI SERVIZI .....	6
4.2. ORGANIGRAMMA AZIENDALE.....	7
4.3. ORGANICO AL 01/01/2021.....	7
5. RELAZIONE CONSULTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI .....	8
5.1. Tabella - Eventi segnalati nel 2020 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017) .....	9
5.2. Tabella degli eventi/sinistri dell'ultimo quadriennio e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017).....	9
5.3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA .....	10
6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM PRECEDENTE .....	10
7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM .....	12
8. OBIETTIVI DEL PARM 2021 .....	13
9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM .....	17
10. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	17
11. BIBLIOGRAFIA .....	18

## 1. PREMESSA

L'entrata in vigore della Legge 8 marzo 2019, n° 24, ha mutato in gran parte l'attività del Rischio Clinico. In particolare all'art. 1 della citata legge viene richiamato il principio della sicurezza delle cure in sanità: "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 (...)"

La Regione Lazio mediante l'emanazione di un documento strutturato dal Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) recante "*Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)*", con **Determinazione G 00164 del 11/01/2019**, ha stabilito che le Aziende ed Enti del SSR nella predisposizione e nell'adozione del PARM dovranno attenersi a quanto previsto dalle suddette Linee Guida.

Il **Piano Annuale di Risk Management (PARM)** è lo strumento aziendale per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi. L'Azienda, attraverso le politiche di risk management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente.

L'Associazione Raggio di Sole ONLUS ha strutturato una serie di iniziative volte ad aumentare la consapevolezza degli operatori nell'individuare le cause puntando a sviluppare una cultura della sicurezza basata sulla prevenzione e sulla previsione dei possibili rischi e dei processi di gestione del rischio, contribuendo attivamente al miglioramento delle condizioni di lavoro e del clima per la sicurezza all'interno della struttura di appartenenza.

La finalità cardine è quella di conoscere gli eventi che accadono più frequentemente in modo tale da poter analizzare le cause profonde e porre in atto delle azioni correttive al fine di evitarne il ripetersi.

Per la gestione del Rischio Clinico e la promozione della Sicurezza dei Pazienti si devono necessariamente perseguire i seguenti obiettivi:

- promuovere la cultura della sicurezza;
- rilevare i rischi presenti nella realtà aziendale;
- intraprendere azioni mirate ad individuare, ridurre e prevenire l'incidenza di eventi avversi per pazienti ed operatori;
- migliorare la qualità del servizio offerto ai pazienti;
- dare un ruolo più attivo al cittadino-fruttore o al paziente stesso, mediante un maggiore coinvolgimento nelle attività di gestione del rischio;
- migliorare i livelli di comunicazione: comunicazione interna, comunicazione difficile;
- applicazione di buone pratiche e raccomandazioni del Ministero della Salute;
- favorire lo sviluppo di strumenti per la sicurezza del paziente.

## **2. RIFERIMENTI NORMATIVI**

Si riporta di seguito l'elenco della normativa utilizzata quale riferimento per la stesura del presente Piano Aziendale di Risk Management.

- **Decreto del 11 dicembre 2009**  
Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità.
- **DCA n° 490 del 21 ottobre 2016**  
Adempimenti delle strutture sanitarie relativi all'accreditamento.
- **Determina n. G12355 del 25 ottobre 2016**  
Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella.
- **Determina n. G12356 del 25 ottobre 2016**  
Piano regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti (pubblicazione online 15/12/2016).
- **DCA n. U00328 del 4 novembre 2016**
- **Determinazione Regione Lazio G00164 dell'11/1/2019:**  
Linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)
- **LEGGE 8 marzo 2019, n. 24**  
Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
- **Decreto del Commissario ad acta n.U00469 del 07/11/2017**  
Modifica al DCA 410/2019 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D.lgs.502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DC A 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010/2012.

## **3. TERMINI E DEFINIZIONI**

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

### **Evento avverso**

Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".

### **Near miss**

Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

### **Evento sentinella**

Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna:

- a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiamo contribuito e
- b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

Di seguito l'elenco degli eventi indicati dal Ministero della Salute applicabili nell'ambito della struttura:

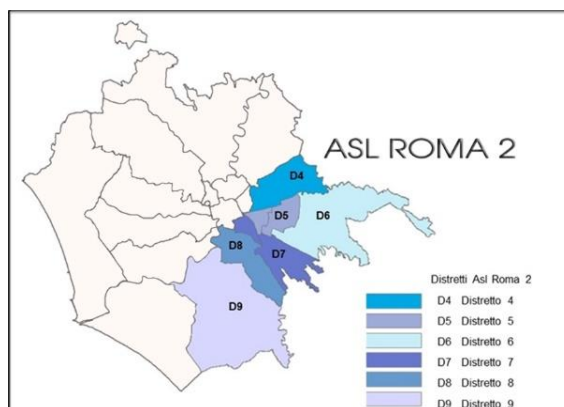
- Procedura in paziente sbagliato
- Errata procedura su paziente corretto
- Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
- Morte o grave danno per caduta di paziente
- Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
- Violenza su paziente
- Atti di violenza a danno di operatore
- Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

#### **4. CONTESTO ORGANIZZATIVO**

L'Associazione "Raggio di Sole ONLUS" è ubicata in Roma in via Publio de Tommasi n° 21 (la Rustica), è stata costituita da un gruppo di genitori il 19 Giugno 1963, con lo scopo di "educare e recuperare i giovani affetti da Ritardo Mentale mediante assistenza Medico Pedagogica".

L'Associazione acquisisce Personalità Giuridica con D.P.R. n.287 il 14.03.74 ed è regolamentata da uno Statuto; nel 1975 stipula una convenzione con il Ministero della Sanità, per l'erogazione di assistenza riabilitativa in regime Residenziale e Semiresidenziale, e successivamente con la U.S.L. RM B.

L'Associazione attualmente gestisce un Centro di Riabilitazione, sul territorio dell'Azienda ASL Roma 2,



Il Centro, che occupa un'area di circa 5000 mq di cui 3500 mq destinati ad area verde, si trova all'interno del territorio di competenza della ASL Roma 2.

Il Centro di Riabilitazione Raggio di Sole è accreditato dalla Regione Lazio con Decreto U00216 del 27/06/2014 ed a seguito della verifica quinquennale risulta conforme ai requisiti richiesti per l'accreditamento istituzionale. E' regolamentato dalla D.G.R. 790/16 che prevede la compartecipazione alla spesa della quota sociale da parte dell'utente e/o del Comune di residenza. È accreditato per il trattamento riabilitativo di mantenimento e ospita 51 Assistiti di cui 21 in regime residenziale (esclusivamente di sesso

maschile) e 30 in regime semiresidenziale (di ambo i sessi). I destinatari delle prestazioni sono le persone affette da Ritardo Mentale a partire dai diciotto anni e con invalidità riconosciuta.

Il Centro garantisce il diritto al rispetto della dignità personale degli utenti, la riservatezza e la protezione dei dati come da Regolamento Europeo GDPR 679/2016 sulla privacy, l'identificazione del personale dedicato ai pazienti e un trattamento personalizzato. Viene adottata una Carta Europea dei Diritti del Malato.

#### **4.1. OFFERTA DI SERVIZI**

Il Centro di Riabilitazione Raggio di Sole è accreditato per il trattamento riabilitativo di mantenimento e ospita 51 Assistiti di cui 21 in regime residenziale (esclusivamente di sesso maschile) e 30 in regime semiresidenziale (di ambo i sessi).

I destinatari del servizio sono persone affette da Ritardo Mentale a partire dai diciotto anni e con invalidità riconosciuta.

Il Centro offre una modalità di intervento medico, riabilitativo, infermieristico che si svolge rivolto agli utenti in regime residenziale nell'arco delle 24h e agli utenti in regime semiresidenziale. Le attività ed i servizi dei semiresidenziali vengono erogati dal lunedì al sabato dalle h. 8.45 alle h. 14.45.

Nell'ambito del programma riabilitativo globale i singoli interventi sono curati dalle diverse figure professionali e gestiti attraverso forme di programmazione e collaborazione interdisciplinare.

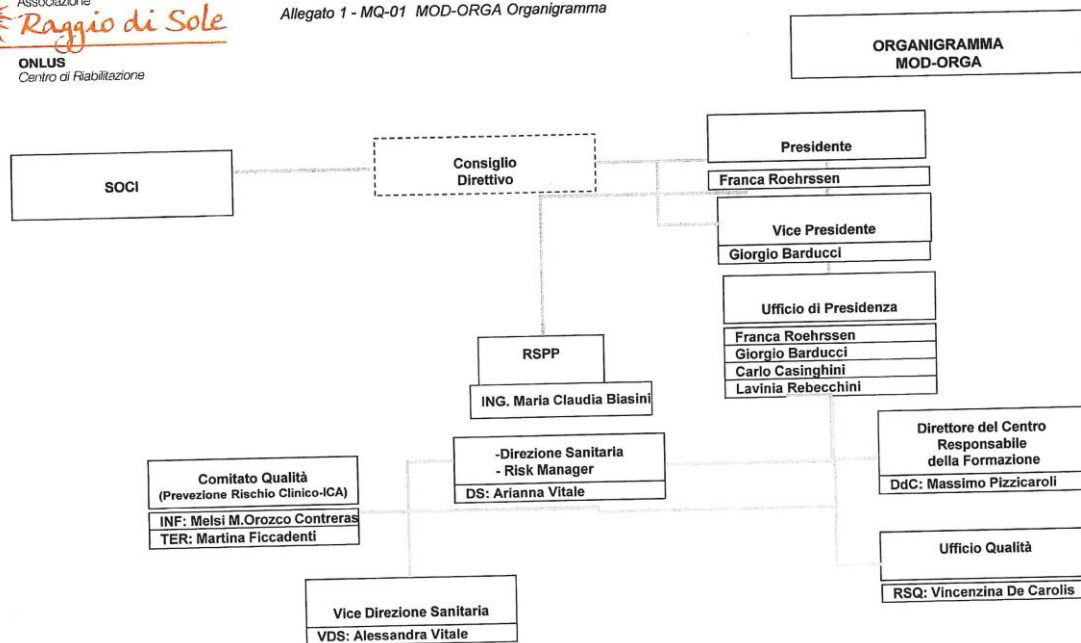
Lo staff di specialisti (medico psicologo clinico, neurologo, psichiatra, psicoterapeuta, infermieri, psicologo, operatori della riabilitazione), a partire dagli esiti di un'accurata valutazione funzionale, elabora ed attua il programma d'intervento definito per ogni utente secondo le competenze e le diverse esigenze (Progetto Riabilitativo Individuale - PRI).

Le attività riabilitative previste dal progetto comprendono inoltre laboratori di cinema, di giardinaggio e bricolage, laboratorio di teatro, laboratorio di piccolo artigianato e di pittura, uscite culturali.

Il Centro offre la possibilità di effettuare attività in strutture esterne garantendone il trasporto.

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

## 4.2. ORGANIGRAMMA AZIENDALE



MOD-ORGA

Rev. 5 del 10/12/2019

ASSOCIAZIONE "RAGGIO DI SOLE" ONLUS  
IL PRESIDENTE  
FRANCA ROEHRSEN  
*Franca*

## 4.3. ORGANICO AL 01/01/2021

QUALIFICA	NUMERO	
Direttore del Centro	1	
Direttore Sanitario/Risk Manager	1	
Vice Direttore Sanitario	1	Contr. di prest. libero profes.le
Medico neurologo	1	Contr. di prest. libero profes.le
Medico Psichiatra	1	Contr. di prest. libero profes.le
Collaboratore Amministrativo	1	
Psicologa	1	
Infermiere/ Infermiere professionale	2	
Infermiere	1	Contr. di prest. libero profes.le
Fisioterapista	1	



<i>Logoterapista</i>	<i>1</i>	
<i>Terapista occupazionale</i>	<i>1</i>	
<i>Educatore professionale</i>	<i>2</i>	
<i>Insegnante</i>	<i>1</i>	
<i>Impiegato di concetto</i>	<i>2</i>	
<i>OSS/OSSS</i>	<i>10</i>	
<i>Guardarobiera</i>	<i>1</i>	
<i>Manutentore/Autista</i>	<i>1</i>	
<i>Ausiliari</i>	<i>4</i>	
<i>Addetta alle pulizie</i>	<i>2</i>	
<i>Operatore generico di assistenza</i>	<i>1</i>	

## **5. RELAZIONE CONSULTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI**

Ai fini della identificazione delle misure di prevenzione da attuare in ambito organizzativo una fondamentale importanza riveste l'analisi degli eventi sentinella, degli eventi avversi e dei "near misses".

Solo attraverso un puntuale monitoraggio di questi eventi seguito da un'attenta analisi delle cause e dal conseguente avvio delle necessarie azioni correttive potranno migliorare i processi e ridurre la probabilità che gli stessi eventi si ripetano.

È fondamentale, in questo senso, partire dal principio di considerare l'errore come "difetto del sistema" e non dell'équipe o del singolo professionista e poi pianificare ed avviare piani di riduzione del rischio clinico.

Favorire l'insorgere nell'organizzazione della "no blame culture" (cultura non colpevolizzante) è di fondamentale importanza per garantire la segnalazione, da parte degli operatori, degli eventi indesiderati e conseguentemente avviare i piani di miglioramento ad essi correlati.

Uno degli obiettivi prioritari di questo Piano è quello di avviare un percorso formativo che trasferisca agli operatori l'importanza di una corretta gestione delle attività di gestione del rischio clinico allo scopo di favorire le conoscenze e fornire indicazioni per promuovere e attuare l'audit come metodo per la gestione del rischio clinico.

Questo, come pure altri elementi, devono essere orientati verso un approccio sistemico alla gestione del rischio clinico poiché nelle organizzazioni sanitarie l'insorgere di un evento indesiderato è causato dall'interazione tra diverse componenti di un sistema: fattori organizzativi, fattori tecnologici, fattori strutturali, fattori umani, tipologia di utenza.

Di seguito viene riportata una relazione consultiva sugli eventi avversi e sentinella verificatesi nell'anno 2020 all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative



messe in atto. I dati sono stati ottenuti dalle segnalazioni pervenute nel corso del 2020, attraverso i sistemi interni di comunicazione.

**Detta relazione consultiva, ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017, è pubblicata sul sito internet aziendale.**

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

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti (B)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss (A)	0 (x)	Strutturali 0 (%)	Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative 1 (%) Procedure/Comunicazione 1 (%) Utilizzo di presidi (%)	Sistemi di reporting e cartelle cliniche degli utenti (100%)
Eventi Avversi (A)	2 (x)	Organizzativi 0 (%)		
Eventi Sentinella (A)	0 (x)	Procedure/Comunicazione 0 (%) Fattori legati al paziente (pazienti in particolari condizioni cliniche di fragilità) 2 (%)		

Da quanto si evince dalla tabella riepilogativa degli eventi avversi/eventi sentinella/near miss, nel corso del 2020 si sono verificati 2 eventi avversi. (un evento di aggressione come da Incident reporting "Rapporto di segnalazione eventi avversi" del 02.01.2020 e una caduta accidentale come da Incident reporting "Rapporto di segnalazione eventi avversi" del 12.03.2020).

**5.2. Tabella degli eventi/sinistri dell'ultimo quadriennio e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio** (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	N. Sinistri	Risarcimenti erogati
2015	Nessun sinistro	Nessun risarcimento erogato
2016	Nessun sinistro	Nessun risarcimento erogato
2017	Nessun sinistro	Nessun risarcimento erogato
2018	Nessun sinistro	Nessun risarcimento erogato
2019	Nessun sinistro	Nessun risarcimento erogato
2020	Nessun sinistro	Nessun risarcimento erogato
<b>Totale</b>	<b>ZERO sinistri</b>	<b>ZERO risarcimenti</b>

### 5.3.DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Nella tabella seguente si riporta la descrizione della posizione assicurativa della struttura:

Anno	Polizza numero e scadenza	Compagnia Assicurativa	Premio	Massimali RCT e RCO	Franchigia
2020	Numero: 380692282  Scadenza: 1/01/2021	Generali Italia S.p.A.	euro 4.450	euro 1.000.000,00	RCT: euro 2.500 per attività riabilitativa, euro 1.000 per attività non riabilitativa
					RCO: euro 2.500 per lavoratore infortunato
2021	Numero: 380692282  Scadenza: 1/01/2022	Generali Italia S.p.A.	euro 4.450	euro 1.000.000,00	RCT: euro 2.500 per attività riabilitativa, euro 1.000 per attività non riabilitativa
					RCO: euro 2.500 per lavoratore infortunato

### 6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM PRECEDENTE

Il Piano Annuale di Risk Management (PARM) dell'anno 2020 ha preso le mosse dalla contestualizzazione degli obiettivi dei piani della qualità degli anni precedenti nonché dall'insieme delle azioni preventive, correttive e di miglioramento poste in essere nell'ambito del DCA Regione Lazio 328/16 descritti di seguito.

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- Partecipare alle attività regionali in tema di risk management. Con questo obiettivo si è inteso dare la possibilità alle aziende che partecipano attivamente a gruppi di lavoro e ad altre attività a valenza regionale, di valorizzare tali attività purché, ovviamente, sia possibile darne evidenza documentale.

#### Stato di attuazione degli obiettivi del PARM 2020

Nelle tabelle seguenti si dettaglia per ciascun indicatore proposto il livello di raggiungimento alla data del 31.12.2020.

**Obiettivo n. 1** Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

ID	Attività	Indicatore	Standard	Realizzata	Stato di attuazione
1a	Effettuare la revisione continua delle Linee Guida per la prevenzione del rischio clinico	Revisione della documentazione aziendale	Il documento deve essere formalizzato e diffuso a tutto il personale	SI	Nel corso del 2020 sono stati revisionati: - la PO 09 “Procedura per la gestione del sistema di incident reporting” in data 27.01.20 - la PO 10 “Procedura emergenze cliniche e interventi di primo soccorso” in data 16.03.20; - la PO 16 “Procedura per la gestione dei rifiuti” in data 12.05.20; - è stata emessa la PO 29 “Procedura prevenzione delle infezioni delle vie urinarie correlate al cateterismo vescicale” in data 16.10.20.
1b	Effettuare incontri con i familiari finalizzati alla prevenzione dei rischi	Incontri individuali o collettivi	Almeno 2 incontri annui	SI	- A causa dell'emergenza da COVID-19 la campagna informativa non è avvenuta tramite incontri formativi con i familiari ma il progetto è stato regolarmente realizzato ed attuato mediante l'invio di e-mail, circolari informative ai familiari nelle seguenti date: 24.02.20; 25.02.20; 02.03.20; 05.03.20; 24.08.20; 18.09.20; 16.10.20.

**Obiettivo n. 2** 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.

ID	Attività	Indicatore	Standard	Realizzata	Stato di attuazione
2a	Sensibilizzazione al tema e formazione specifica sul rischio cadute	Piano formativo specifico	Partecipazione percorsi formativi in aula e sul campo del 100% delle figure individuate	SI	Effettuati 3 incontri formativi per il personale come da verbali di riunione Formazione interna del: 03-05-06/02/20

2b	Acquisizione di tecnologie e presidi finalizzata al miglioramento delle prestazioni	Effettuazione di almeno un acquisto secondo HTA	Valutazione appropriatezza acquisto effettuata secondo quanto previsto da specifica procedura aziendale	SI	Nel corso del 2020 sono stati acquistati 2 apparecchiature elettromedicali: - Saturimetro e Pulsimetro da dito con allarme (modello MomMED YM101 - Shenzhen Shigu E-Business Co., Ltd) in data: 09/09/20 - Saturimetro e Pulsimetro da dito con allarme (modello CocoBear - Shenzhen Shigu E-Business Co., Ltd) in data: 09/12/20
----	---	---	---	----	---

**Obiettivo n. 3** Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

ID	Attività	Indicatore	Standard	Realizzata	Stato di attuazione
3a	Implementare il sistema di segnalazione degli eventi sentinella, avversi, incidenti, near miss correlati alle prestazioni sanitarie.	Piano formativo specifico	Partecipazione percorsi formativi in aula e sul campo del 100% dei medici e infermieri	SI	Effettuati 3 incontri formativi per il personale come da verbali di riunione Formazione interna del: 03-05-06/02/20

## 7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

La realizzazione degli obiettivi considerati nel PARM fa capo a diversi responsabili a seconda del target dell'obiettivo stesso e della sua sede di implementazione, come evidenziato nella sezione relativa agli obiettivi.

Le responsabilità sono costantemente condivise dalla figura del Risk Manager, del Direttore Sanitario, dalla Direzione del Centro e dal Presidente per quanto riguarda la parte di programma più propriamente strategica, mentre investono direttamente le figure di riferimento delle diverse aree appartenenti al Gruppo Qualità, per quanto riguarda la parte operativa di progettazione e realizzazione degli obiettivi pianificati.

Di seguito la matrice delle responsabilità stabilite all'interno dell'Associazione "Raggio di Sole ONLUS" per la redazione, adozione e monitoraggio del PARM.

Funzione aziendale	Risk manager	Presidente	Direttore Sanitario	Direttore del Centro	Gruppo Qualità	Strutture amministrative e tecniche di supporto
Fase PARM						
Redazione PARM	R	C	C	C	C	-
Adozione PARM	-	R	-	C	-	I
Monitoraggio PARM	R	I	C	C	C	C

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

## 8. OBIETTIVI DEL PARM 2021

Il PARM del 2021 si basa sul principio cardine di rafforzare le attività di gestione del rischio già pianificate e intraprese nel corso del 2020 che rappresentano la struttura portante del sistema di governo del rischio clinico della struttura, e, nel contempo, prevede l'ampliamento di alcune attività ritenute importanti per il raggiungimento degli obiettivi strategici stabiliti a livello regionale, così come di seguito riportati:

1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione ad infezione da SARS-CoV-2.
2. 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. Prevenzione contenimento e gestione dei focolai da SARS-CoV-2.
3. Favorire una 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. Con questo obiettivo si è inteso dare la possibilità alle strutture che partecipano attivamente a gruppi di lavoro e ad altre attività a valenza regionale, di valorizzare tali attività purché, ovviamente, sia possibile darne evidenza documentale.

Gli obiettivi strategici sono declinati come segue:

**Obiettivo n. 1** Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

<b>OBIETTIVO 1</b>	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure
<b>ATTIVITÀ 1</b>	Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale finalizzato alla formazione sulla gestione del rischio clinico
<b>INDICATORE</b>	Esecuzione del corso a tutto il personale entro la fine del mese di dicembre 2021
<b>STANDARD</b>	Almeno 1 evento formativo
<b>FONTE</b>	Risk Manager

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RF</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>RSPP</b>
<b>Programmazione</b>	C	R	C	R	I
<b>Esecuzione</b>	C	I	C	R	I

<b>OBIETTIVO 1</b>	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure				
<b>ATTIVITÀ 2</b>	Effettuare incontri/campagna informativa con i familiari finalizzati alla prevenzione dei rischi				
<b>INDICATORE</b>	Realizzazione di 2 incontri / 2 comunicazioni informative ai familiari entro la fine del mese di dicembre 2021				
<b>STANDARD</b>	Almeno 1 incontro/comunicazione informativa				
<b>FONTE</b>	Direttore Sanitario				
<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RF</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>RSPP</b>
<b>Programmazione</b>	R	C	C	I	I
<b>Esecuzione</b>	R	C	C	I	I

<b>OBIETTIVO 1</b>	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure				
<b>ATTIVITÀ 3</b>	Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla revisione e/o aggiornamento del protocollo e delle istruzioni per contrastare il Rischio da Covid-19 – Infezione da SARS CoV-2” rivolto al personale.				
<b>INDICATORE</b>	Esecuzione del corso rivolto al personale coinvolto entro la fine del mese di dicembre 2021				
<b>STANDARD</b>	Almeno 1 evento formativo				
<b>FONTE</b>	Risk Manager				
<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RF</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>RSPP</b>
<b>Programmazione</b>	C	R	C	R	I
<b>Esecuzione</b>	C	I	C	R	I

<b>OBIETTIVO 1</b>	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure				
<b>ATTIVITÀ 4</b>	Aggiornamento e implementazione della procedura per la gestione del rischio e relativa valutazione del rischio attraverso il metodo FMEA, in riferimento a tutti i settori dell'organizzazione.				

<b>INDICATORE</b>	Revisione e aggiornamento della documentazione aziendale entro il 31.12.2021				
<b>STANDARD</b>	Formalizzazione e diffusione dei documenti a tutto il personale				
<b>FONTE</b>	Risk Manager				
<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RF</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>RSPP</b>
<b>Redazione</b>	C	I	C	R	C
<b>Approvazione</b>	C	I	C	R	C
<b>Diffusione</b>	R	I	C	C	I

**Obiettivo n. 2** 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.

<b>OBIETTIVO 2</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				
<b>ATTIVITÀ 1</b>	Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali in tema di sicurezza delle cure al fine di ridurre e contenere gli eventi avversi - stesura procedura e relativa check list				
<b>INDICATORE</b>	Emissione, approvazione e diffusione di una Procedura sulla prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA, entro il 31.12.2021				
<b>STANDARD</b>	Recepimento raccomandazioni ministeriali applicabili alla struttura				
<b>FONTE</b>	Risk Manager				
<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RF</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>RSPP</b>
<b>Redazione</b>	C	I	C	R	C
<b>Approvazione</b>	C	I	C	R	C
<b>Diffusione</b>	R	I	C	C	I

<b>OBIETTIVO 2</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				
<b>ATTIVITÀ 2</b>	Progettazione, esecuzione del corso rivolto al personale sulla prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA e formazione sul campo sull'utilizzo della relativa modulistica (check list di autovalutazione, codici alert, registro farmaci LASA)				
<b>INDICATORE</b>	Esecuzione del corso e formazione sul campo rivolto al personale entro la fine del mese di dicembre 2021				



<b>STANDARD</b>	Partecipazione al percorso formativo in aula e sul campo del 100% delle figure individuate				
<b>FONTE</b>	Risk Manager				
<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RF</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>RSPP</b>
<b>Programmazione</b>	C	R	C	R	I
<b>Esecuzione</b>	C	I	C	R	I

<b>OBIETTIVO 2</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				
<b>ATTIVITÀ 3</b>	Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinici/organizzativi nelle aree aziendali.				
<b>INDICATORE</b>	Realizzazione di audit proattivi e reattivi in collaborazione con i responsabili di settore entro il 31.12.2021				
<b>STANDARD</b>	Esecuzione di almeno 1 audit a seguito di eventi sentinella, di eventi avversi, di segnalazioni spontanee interne o esterne.				
<b>FONTE</b>	Risk Manager				
<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RF</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>RSPP</b>
<b>Programmazione</b>	C	I	C	R	I
<b>Esecuzione</b>	C	I	C	R	I

**Obiettivo n. 3** Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

<b>OBIETTIVO 3</b>	Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture				
<b>ATTIVITÀ 1</b>	Aggiornamento continuo del protocollo aziendale per la gestione dell'emergenza SARS-CoV-2 sulla base delle normative regionali e nazionali				
<b>INDICATORE</b>	n. di aggiornamenti/revisioni/implementazioni di protocolli /istruzioni/modulistica nell'anno 2021				
<b>STANDARD</b>	Almeno 1 aggiornamento				
<b>FONTE</b>	Direttore Sanitario e referenti della qualità				

<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RF</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>RSPP</b>
<b>Redazione</b>	R	I	C	C	C
<b>Approvazione</b>	R	I	C	C	C
<b>Diffusione</b>	R	I	C	C	C

**Obiettivo n. 4** Partecipare alle attività regionali in tema di risk management. Con questo obiettivo si è inteso dare la possibilità alle strutture che partecipano attivamente a gruppi di lavoro e ad altre attività a valenza regionale, di valorizzare tali attività purché, ovviamente, sia possibile darne evidenza documentale

<b>OBIETTIVO 4</b>	Partecipare alle attività regionali in tema di risk management. Con questo obiettivo si è inteso dare la possibilità alle strutture che partecipano attivamente a gruppi di lavoro e ad altre attività a valenza regionale, di valorizzare tali attività purché, ovviamente, sia possibile darne evidenza documentale				
<b>ATTIVITÀ 1</b>	Condivisione dei documenti su Cloud regionale (es. recepimento raccomandazioni ministeriali).				
<b>INDICATORE</b>	n. di documenti pubblicati / n. di documenti prodotti nell'anno 2021				
<b>STANDARD</b>	> 90% dei documenti pubblicati				
<b>FONTE</b>	Risk Manager, Responsabile qualità, Direzione				
<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RF</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>RSPP</b>
<b>Programmazione</b>	C	C	C	R	I
<b>Esecuzione</b>	C	C	C	R	I

## 9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

Il PARM, redatto annualmente, dopo la sua approvazione, viene pubblicato sul sito dell'Associazione "Raggio di Sole ONLUS" ([www.raggiadisoleonlus.it](http://www.raggiadisoleonlus.it)).

**Entro il 28 febbraio 2021 il PARM in formato pdf nativo sarà inviato alla mail [crcc@regione.lazio.it](mailto:crcc@regione.lazio.it)**

## 10. RIFERIMENTI NORMATIVI

Il PARM è stato elaborato con riferimento a:

- Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): "Gestione del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza" (Determinazione Regionale N. G04112 del 01/04/2014);

- Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
- Determinazione Regione Lazio G00164 dell'11/1/1919
- Modello organizzativo di sviluppo del "Percorso aziendale per il recepimento e l'implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute per la sicurezza dei pazienti" indicato dalla Regione Lazio (nota 99218 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria).

Si è inoltre tenuto conto della seguente normativa di riferimento in ambito sanitario:

- Decreto Legislativo N. 502, 30 dicembre 1992 e successive modifiche e integrazioni: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- 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.
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.
- Decreto Ministero della Salute del 11112/2009: Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
- Circolare Ministeriale n.52/1985: Lotta contro le Infezioni Ospedaliere.
- Circolare Ministeriale n. 8/1988: Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza
- 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.

## **11.BIBLIOGRAFIA**

- 1) Ministero della Salute - Commissione Tecnica sul Rischio Clinico. *Risk Management in Sanità - Il problema degli errori*. Decreto Ministeriale 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 2a 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, WashingtonD.C. 2000.
- 11) Reason, Human error. Models and management, «BMJ. British medical journal», 2000, 320, 7237, pp. 768-70.
- 12) C. Vincent. Clinica! 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.