



REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N° 000551 DEL 25 MAR. 2021

STRUTTURA PROPONENTE: DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE.

OGGETTO: Adozione del Piano annuale di Risk Management (PARM) 2021.

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Filippo Coiro

Favorevole

Non favorevole (vedi motivazioni allegate)

data 25 MAR. 2021

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Velia Bruno

Favorevole

Non favorevole (vedi motivazioni allegate)

data 25 MAR. 2021

Atto trasmesso al Collegio Sindacale

Senza osservazioni

Con osservazioni (vedi allegato)

Il Presidente _____

data _____

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa: _____

Registrazione n. 2021/RAG/S37 del 26/03/2021

Il Dir. UOC Bilancio e Contabilità (Dr.ssa Marilù Saletta) _____

Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento proponente, con la sottoscrizione del presente atto a seguito dell'istruttoria effettuata attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico

L'Estensore

Sig.ra Francesca Baschieri

Il Risk Manager Aziendale

Dott. Filippo Lauria

Il Direttore Sanitario Aziendale

Dott.ssa Velia Bruno

La presente deliberazione è costituita da n. 2 pagine e n. 1 Allegato di pag. 14.

Il Direttore Sanitario Aziendale relaziona al Sig. Direttore Generale quanto segue e sottopone il seguente schema di deliberazione:

PREMESSO che con Deliberazione n. 933 del 19.07.2019, parzialmente modificata con Deliberazione n. 1126 del 10.09.2019 è stato adottato l'atto di diritto privato, che "delibera e formalizza l'autonomia imprenditoriale e le funzioni organizzative e di governo dell'Azienda nel rispetto dei principi e criteri emanati dalla Regione Lazio, così come pubblicato sul B.U.R.L. n. 84 del 17.10.2019";

che il D.L.vo 30.03.2001 n. 165, l'art. 4 comma 2, affida ai dirigenti l'adozione e la responsabilità dei provvedimenti amministrativi;

VISTA la Determinazione Regione Lazio G00164 dell'11 gennaio 2019 recante "Linee Guida per l'elaborazione del piano Annuale di Risk Management (PARM)";

CONSIDERATO che nella sopracitata Determinazione viene indicato che le Aziende ed Enti del SSR trasmettano il PARM in formato pdf relativo al Centro Regionale Rischio Clinico via mail (crcc@regione.lazio.it);

PRESO ATTO che il Piano Annuale Risk Management (PARM) 2021 della ASL Roma 5 è stato redatto secondo le disposizioni delle Linee guida regionali;

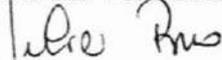
PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

1. di approvare ed adottare il "PARM 2020 – Piano Annuale di Risk Management – Asl Roma 5" nel testo che si allega al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale dello stesso;
2. di individuare quale coordinatore delle attività previste nel PARM il Dott. Filippo Lauria, al quale con nota prot. 4262 del 4/2/2021 è stata affidata la Linea di attività Risk Management;
3. di dare mandato a tutte le strutture aziendali coinvolte dalle attività previste nel PARM 2021, di fornire la massima collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi in esso fissati;
4. di dare mandato alla UOS URP e Comunicazione di pubblicare il sopracitato PARM 2021 sul portale aziendale pubblico e sull'Intranet aziendale;
5. di dare mandato al Dott. Filippo Lauria di notificare il presente atto a tutte le strutture coinvolte nel PARM 2021 e di trasmettere l'atto in questione al Centro Regionale Rischio Clinico;
6. di annullare qualsiasi altro atto precedente in contrasto con quanto previsto dalla presente Deliberazione;
7. di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on line aziendale ai sensi dell'art.32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69;

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Direttore Sanitario Aziendale
(Dott. ssa Velja Bruno)



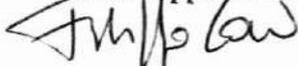
SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere Favorevole
Data 25 MAR, 2021

Parere Favorevole
Data 25 MAR, 2021

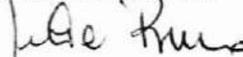
Il Direttore Amministrativo

Dott. Filippo Coiro



Il Direttore Sanitario Aziendale

Dott.ssa Velia Bruno



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giorgio Giulio Santonocito, nominato con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00262 del 22 ottobre 2019.

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dalla Dott.ssa Velia Bruno, Direttore Sanitario Aziendale che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

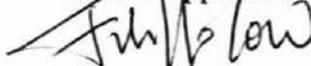
DELIBERA

Di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dalla Dott.ssa Velia Bruno, Direttore Sanitario Aziendale;

di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'Art. 32 comma 1 della Legge n. 69 del 18 giugno 2009;

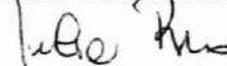
Il Direttore Amministrativo

Dott. Filippo Coiro



Il Direttore Sanitario Aziendale

Dott.ssa Velia Bruno



Il Direttore Generale

Dott. Giorgio Giulio Santonocito



PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la Sede

Legale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 in data : 25 MAR. 2021

**Il Direttore UOC Affari Generali e Legali
(Avv. Claudia Borzi)**

L'addetto alla Pubblicazione



Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo

**Il Direttore UOC Affari Generali e Legali
(Avv. Claudia Borzi)**

Tivoli, _____



PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2021

ASL ROMA 5

INDICE

1. PREMESSA	pag.1
1.1. <i>Contesto organizzativo</i>	pag.2
1.2. <i>Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati</i>	pag.6
1.3. <i>Descrizione della posizione assicurativa</i>	pag.7
1.4. <i>Resoconto delle attività del PARM precedente</i>	pag.8
2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM	pag.10
3. OBIETTIVI	pag.10
4. ATTIVITÀ	pag.11
5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM	pag.13
6. RIFERIMENTI NORMATIVI	pag.13
7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	pag.14

1. PREMESSA

1.1 Contesto organizzativo

A più di tre anni dalla sua approvazione, l'impatto della Legge 8 marzo 2017 n. 24¹ sulle *policy* di gestione del rischio clinico a livello regionale e aziendale è stato caratterizzato da luci e ombre.

Se da un lato, infatti, la norma ha portato alla costituzione di una struttura che garantisca il coordinamento delle attività di risk management a livello regionale, anche al fine di poter ottemperare al debito informativo con l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità, dall'altro i tanto auspicati effetti in termini di contenimento del contenzioso e, soprattutto, di recupero della dimensione extra-contrattuale nel rapporto fra esercenti la professione sanitaria e pazienti, non sono ancora pienamente visibili.

I motivi di tale ritardo non sono ancora determinati in modo chiaro, probabilmente a causa di un problema legato alla fisiologica latenza di organizzazioni estremamente complesse come quelle sanitarie e giudiziarie nell'applicazione di elementi innovativi di sistema: sarà solo il tempo a dirlo.

Nel Lazio, tuttavia, la costituzione del Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) ha rappresentato un momento importante per tutte le strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR). Infatti sono stati elaborati e messi a sistema una serie di iniziative e di documenti che hanno consentito alle aziende di migliorare la qualità dei flussi informativi e di concentrare l'attenzione su argomenti rilevanti, come la sicurezza materno-infantile e la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.

Il particolare periodo, che vede tutte le strutture sanitarie impegnate nella gestione della pandemia COVID-19, ha permesso di implementare la governance delle malattie trasmissibili ed ha reso necessario una maggiore consapevolezza del ruolo di prevenzione delle organizzazioni.

Nello stesso tempo ha spostato l'attenzione verso ambiti clinici specifici, limitando, in taluni casi, l'implementazione delle buone pratiche non correlate alle infezioni.

Nella Asl Roma 5, su mandato regionale, si è ripensato l'assetto organizzativo dei presidi ospedalieri, implementando i posti letto legati dedicati alla gestione del COVID-19.

Il territorio della ASL Roma 5 (di seguito Azienda), comprende 70 Comuni divisi in sei Distretti Sanitari: Monterotondo, Guidonia, Tivoli, Subiaco, Palestrina e Colferro, per una estensione di 1.813,7 Km². La popolazione all'01/01/2020 residente nel territorio aziendale è di 489.468 cittadini (fonte Regione Lazio volume "Lazio in numeri 2020" (<http://www.regione.lazio.it/statistica>)).

¹ recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"

Nella Tabella 1 sono schematizzati i dati strutturali e di attività sintetici per l'azienda, mentre nella Tabella 2 sono riportati i dati di dettaglio dei singoli PO.

TABELLA 1 – ASL ROMA 5. DATI AZIENDALI AGGREGATI²

DATI STRUTTURALI			
Estensione territoriale	1.813,7 Km ²	Popolazione residente ³	489.468
Distretti Sanitari	Monterotondo Guidonia Tivoli Subiaco Palestrina Colleferro	Presidi Ospedalieri Pubblici	Monterotondo Tivoli Subiaco Palestrina Colleferro
Posti letto ordinari	455,1 ⁴	Area Medica	195,1
		Area Chirurgica	175,9
		SPDC	24,6
		UTIC	10,0
		Anestesia e Rianimazione	10,0
Posti letto diurni	69,9	Servizi Trasfusionali	1
Numero Blocchi Operatori	5	Numero Sale Operatorie	16
Numero Terapie Intensive	2	Numero UTIC	2

DATI DI ATTIVITÀ			
Numero ricoveri ordinari	15.486	Numero ricoveri diurni	3.734
Numero accessi PS	117.686	Numero neonati	993
Branche specialistiche (nelle UO ospedaliere)	18 (escluso Lab.Analisi)	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici ⁵	779.120

² Ove non diversamente specificato, i dati riportati sono tratti dai Rapporti SIO 2019 e SIES 2019 curati dal dott. Carlo De Luca.

³ Dati "Lazio in numeri 2020.

⁴ I dati dei posti letto ordinari e dei ricoveri ordinari sono calcolati in tutte le tabelle al netto delle culle.

⁵ Il dato comprende le prestazioni ambulatoriali diagnostiche e terapeutiche (come dialisi, fisioterapia, radiologia, ecc.). Dal dato sono invece escluse le analisi di laboratorio. Dati tratti dal Rapporto SIAS 2019 curato dal dott. Carlo De Luca.

TABELLA 2 – ASL ROMA 5. DATI PER SINGOLO PRESIDIO OSPEDALIERO

P.O. "L. Parodi Delfino" COLLEFERRO			
Posti letto ordinari	107.6	Area Medica	39,9
		Area Chirurgica	26
		SPDC	16
		UTIC	4,0
		Anestesia e Rianimazione	4,0
Posti letto diurni	16	Servizi Trasfusionali	NO
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	4
Numero ricoveri ordinari	3163	Numero ricoveri diurni	975
Numero accessi PS	21785	Numero neonati	-

P.O. "SS. Gonfalone" MONTEROTONDO			
Posti letto ordinari	50.7 (comprende p.l. lungodegenza)	Area Medica	40.7
		Area Chirurgica	10,0
Posti letto diurni	6	Servizi Trasfusionali	NO
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	3
Numero ricoveri ordinari	1361	Numero ricoveri diurni	602
Numero accessi PS	18221	Numero neonati	-

P.O. "Coniugi Bernardini" PALESTRINA			
Posti letto ordinari	86.2 (comprende p.l. nido)	Area Medica	56.3
		Area Chirurgica	30
Posti letto diurni	16,0	Servizi Trasfusionali	NO
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	2
Numero ricoveri ordinari	3559	Numero ricoveri diurni	842
Numero accessi PS	33706	Numero neonati	433

P.O. "S. Giovanni Evangelista" TIVOLI			
Posti letto ordinari	188	Area Medica	97
		Area Chirurgica	65
		SPDC	14
		UTIC	6
		Anestesia e Rianimazione	6
Posti letto diurni	26.9	Servizi Trasfusionali	1
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	5
Numero ricoveri ordinari	6370	Numero ricoveri diurni	1161
Numero accessi PS	36422	Numero neonati	559

P.O. "A. Angelucci" SUBIACO			
Posti letto ordinari	39.3 (comprende p.l. lungodegenza)	Area Medica	29.3
		Area Chirurgica	10
Posti letto diurni	5,0	Servizi Trasfusionali	NO
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	2
Numero ricoveri ordinari	1174	Numero ricoveri diurni	154
Numero accessi PS	7552	Numero neonati	-

Il P.O. di Palestrina nel corso del 2020 è diventato presidio COVID ed in ciascun presidio aziendale sono stati approntati p.l. COVID dedicati, come nello schema sottostante:

Posti letto dedicati alla gestione COVID	
Presidio Palestrina	n.84 p.l dal 29/10/2020
Presidio Tivoli	n.60 p.l. dal 29/10/2020
Presidio Colferro	n.10. p.l. dal 29/10/2020
Presidio Monterotondo	n.10. p.l. dal 29/10/2020
Presidio Subiaco	n.10. p.l. dal 29/10/2020

1.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui 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, di seguito NM) 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, invece, un evento inatteso e correlato al processo assistenziale comporta un danno al paziente (ovviamente non intenzionale e indesiderabile), si parla di **evento avverso** (di seguito EA). 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** (di seguito ES) ed occorre procedere 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.

Durante l'anno 2020 sono stati comunicati in totale n. 147 episodi, come illustrato nella tabella 4. Tali dati sono inferiori a quelli dell'anno 2019 (n. 147 episodi nel 2020 vs n. 199 nel 2019).

Tabella 4 – Eventi segnalati nel 2020 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (% sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ^(B)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss^(A)	75 (51.02%)	Procedure/Comunicazione (100%)	Procedure/Comunicazione (100%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi^(A)	72 (49.98%)			
Eventi Sentinella^(A)	0			

(A): riportare le definizioni secondo il glossario del Ministero della Salute o come nota alla tabella o all'interno della narrativa.

(B): I fattori causali/contribuenti fanno ovviamente riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi. Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi si rimanda al documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" adottato con Determinazione n. G12355 del 25 ottobre 2016 e disponibile sul *cloud* regionale.

Nonostante l'emergenza COVID-19, nell'anno 2020 l'attività di Incident reporting, così come prevista dalle specifiche procedure aziendali, ha continuato a svolgersi regolarmente, configurandosi come strumento necessario per la predisposizione di successive attività di prevenzione e contenimento degli eventi accaduti.

Tabella 5 –Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	N. Sinistri ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2016	98	170.000,00
2017	69	407.169,34
2018	58	3.637.514,49
2019	66	2.991.346,32
2020	54	1.856.850,43
Totale		

(A): vanno riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

1.3 Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2018	ITOMM1502031 (31/03/2018)	AMTRUST EUROPE LIMITED	4.440.466,00	175.000,00	DP Broker Srl
2019	ITOMM1800003 (31.03.2019)	AMTRUST EUROPE LIMITED	4.440.466,00	175.000,00	GBSAPRI S.p.A.
2020	ITOMM1800003 (PROROGATA DAL 31/03/2019 AL 31.01.2020)	AMTRUST EUROPE LIMITED	3.026.902,52	175.000,00	GBSAPRI S.p.A.
2020	RCH0001000006 (31/01/2020)	AMTRUST ASSICURAZIONI SPA	4.322.480,84	125.000,00	GBSAPRI S.p.A.

1.4 Resoconto delle attività del PARM precedente

OBIETTIVO 1 Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico	NO	La gestione della pandemia non ha reso possibile la realizzazione dell'evento formativo

OBIETTIVO 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

Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 2 - Adozione Manuale sul buon uso del sangue	NO	Trattasi di refuso, il Manuale sul Buon Uso del sangue è stato deliberato nel 2019
Attività 3 - Implementazione della Raccomandazione n. 1 del Ministero della Salute sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di potassio (KCl) ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio	SI	Deliberazione aziendale n. 1765 del 30/12/2020
Attività 4 - Implementazione della Raccomandazione n.12 del Ministero della Salute sulla prevenzione degli errori in terapia con Farmaci "look-alike/sound-alike"	SI	Deliberazione aziendale n. 1764 del 30/12/2020

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

Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 5 - Partecipazione all'attività del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA)	SI	La pandemia non ha reso possibile incontri in presenza, ma lo scambio di indicazioni sulle procedure e sui dati è avvenuto da remoto e tramite posta elettronica. La procedura sull

Attività 6 - Partecipazione all'attività del Comitato Buon Uso del Sangue (COBUS)	NO	/
Attività 7 - Partecipazione all'attività del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS)	SI	Partecipazione ad almeno il 75% delle sedute.

OBIETTIVO 4 Partecipare alle attività regionali in tema di risk management		
Attività	Realizzata^(A)	Stato di attuazione
Attività 8 - Partecipazione alle sedute del Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)	NO	In merito alla partecipazione al CRRC, trattasi di refuso. Si è contribuito alla stesura del documento di indirizzo regionale sulla sicurezza della terapia farmacologica

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

Di seguito l'esempio di una possibile matrice delle responsabilità, modificabile sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati:

Azione	Risk Manager	Direttore Generale	Direttore Sanitario (A)	Direttore Amministrativo (A)	Strutture Amministrative e Tecniche di supporto
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.

(A) dell'azienda/struttura.

3. OBIETTIVI

I quattro obiettivi strategici regionali sono i seguenti:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- D) Partecipare alle attività regionali in tema di risk management. 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.

NB: è mandatorio per le strutture declinare un minimo di cinque attività distribuite su almeno due obiettivi a scelta fra quelli A), B) o C).

Sulla base di particolari esigenze e necessità istituzionali, la Regione si riserva di definire ulteriori obiettivi che saranno oggetto di specifica comunicazione alle strutture del SSR da parte della competente Area regionale.

4. ATTIVITÀ

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico"		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2021		
STANDARD SI		
FONTE UO Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

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 – Elaborare una procedura per la gestione degli incidenti a visitatori, utenti esterni e familiari all'interno dei presidi aziendali		
INDICATORE Elaborazione e deliberazione della procedura entro il 31/12/2021		
STANDARD SI		
FONTE UO Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direzione strategica
Elaborazione della procedura	R	C
Deliberazione della procedura	C	R

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 – Aggiornare e standardizzare la modulistica relativa alla check-list di sala operatoria in tutti i presidi aziendali		
INDICATORE Elaborazione della modulistica entro il 31/12/2021		
STANDARD SI		
FONTE		

UO Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Dipartimento di Chirurgia
Elaborazione della modulistica	R	C

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 – Aggiornare la procedura per l'implementazione della Raccomandazione n. 2 del Ministero della Salute sulla prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico		
INDICATORE Elaborazione e deliberazione della procedura entro il 31/12/2021		
STANDARD SI		
FONTE UO Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direzione strategica
Elaborazione della procedura	R	C
Deliberazione della procedura	C	R

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 – Revisionare ed aggiornare la documentazione relativa alla Scheda Unica di Terapia (SUT)		
INDICATORE Elaborazione e deliberazione della procedura entro il 31/12/2021		
STANDARD SI		
FONTE UO Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direzione strategica
Elaborazione della procedura	R	C
Deliberazione della procedura	C	R

Tutte le procedure saranno elaborate con la collaborazione dei competenti Dipartimenti e UOC.

MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

Il PARM verrà diffuso secondo le seguenti modalità:

1. Invio via mail alle Direzioni di P.O. e di Distretto;
2. Pubblicazione sull'*intranet* della struttura.

5. 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. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)";

13. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
14. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti'";
15. 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";
16. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
17. Determinazione Regionale n. G09765 del 31 luglio 2018 recante "Revisione del 'Documento di indirizzo per l'implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi";
18. 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";
19. Decreto del Commissario ad Acta 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".
20. Determinazione n. G00164 dell'11 gennaio 2019 recante "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".

6. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003
2. 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
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