

Passaggi S.r.l.

SEDE LEGALE : Roma – Via Quinto Fabio Pittore n. 28

SEDE AMMINISTRATIVA : Carsoli (AQ) – Via Roma n. 111

SEDI OPERATIVE : ORICOLA (AQ) Via Tiburtina Valeria Km. 68,200

CARSOLI (AQ) Via Colle Farola, s.n.c.

S.R.P.2

“Comunità Passaggi”



PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) - 2022

Ai sensi dell'art. 2, comma 5 della 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".

	FUNZIONE E NOME	FIRMA	DATA
REDAZIONE VERIFICA	Dott. ALESSANDRO BELLOTTA Risk Manager Responsabile Sanitario		12.01.2022
VALIDAZIONE	Dott. ANTONELLO ANGELINI Amministratore unico Legale rappresentante		20.01.2022

Aggiornamento Gennaio 2022

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2022

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT	
STATO DELLE REVISIONI	
Revisione 0	20.02.2020
Revisione 1	12.01.2022

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2022

INDICE

1. PREMESSA	4
2. TERMINI E DEFINIZIONI	10
3. CRITERI PER LA CLASSIFICAZIONE DEGLI EVENTI	13
4. DIAGRAMMA DI FLUSSO PER LA CLASSIFICAZIONE DEGLI EVENTI	14
5. ATTI DI VIUOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI	15
6. CONTESTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE	17
7. DATI GENERALI DELL'AZIENDA SANITARIA	20
8. DATI STRUTTURALI	21
9. DATI DI ATTIVITA'	21
10. PERSONALE SANITARIO	21
11. EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO	22
12. RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO	23
13. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	23
14. NUMERO E ANALISI CONTENZIOSO	24
15. COMITATO DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	24
16. COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI	24
17. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PARM 2020	25
18. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM	29
19. OBIETTIVI 2022	30
20. ATTIVITA' 2022	32
21. ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	35
22. DIFFUSIONE DEL PARM. COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE	39
23. RIFERIMENTI NORMATIVI	41

ALLEGATI

1. PREMESSA

La probabilità che un paziente subisca un danno involontario imputabile alle cure sanitarie prende il nome di *“rischio clinico”* e gli interventi finalizzati a studiare, identificare e ridurre tale rischio prendono il nome di *“gestione del rischio clinico”* o, in inglese, *“risk management”*, per la prevenzione degli errori evitabili e il contenimento dei loro possibili effetti dannosi, e quindi, in ultima analisi, per la garanzia della sicurezza dei pazienti.

La gestione del rischio clinico in sanità ha, pertanto, l’obiettivo di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori. A questo scopo impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni per identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi connessi all’erogazione delle cure.

Il *“rischio clinico”* è definito come la probabilità che un paziente sia vittima di un *“evento avverso”*, cioè subisca un qualsiasi *“danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”*.

Con l’entrata in vigore della Legge 24/2017 - *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”* - il legislatore ha posto l’obiettivo di inserire il paziente all’interno di un sistema di tutele efficienti atte a favorire la realizzazione del diritto alla salute. Tale disciplina è volta a regolare i molteplici aspetti del c.d. *“rischio clinico”* conseguente all’attività medico-sanitaria e, al fine di meglio realizzare gli obiettivi perseguiti, prevede precisi adempimenti a carico delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, nonché obblighi relativi al monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario che può essere arginato attraverso iniziative che hanno come obiettivo la riduzione delle probabilità del verificarsi di eventi avversi durante il periodo di degenza, favorendo, non solo un aumento del livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie, ma anche una conseguente riduzione del contenzioso e l’arginamento del fenomeno della medicina difensiva.

L'attività di Risk management si sviluppa in più fasi :

- ❖ conoscenza ed analisi dell'errore (sistemi di report, revisione delle cartelle cliniche, utilizzo degli indicatori, ecc.);
- ❖ individuazione e correzione delle cause di errore;
- ❖ analisi di processo;
- ❖ monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore;
- ❖ implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte.

Inoltre, il programma di Risk management deve essere articolato e comprendere tutte le aree in cui l'errore si può manifestare nell'incertezza del processo clinico assistenziale del paziente.

Il nuovo modello di gestione del rischio clinico richiede, infatti, un'attenta individuazione di tutti quegli incidenti e/o accadimenti in grado di incidere sulla sicurezza delle cure in modo da prevenire il loro verificarsi, in un ottica di prevenzione e non di repressione. Ad esempio, la somministrazione di un farmaco sbagliato è un errore commesso da un operatore, facilmente identificabile come comportamento sbagliato, che causa un danno, ed è necessario ripercorrere tutte le fasi del processo di lavoro, per individuare le circostanze che, direttamente o indirettamente, lo hanno reso possibile in quanto potrebbero essere identificati, come insufficienze latenti nel sistema : un sistema di prescrizione trascrizione manuale della terapia; un sistema di conservazione dei farmaci che rende possibile lo scambio di medicinali; un insufficiente addestramento del personale; le caratteristiche delle confezioni dei farmaci con l'attribuzione di nomi facilmente confondibili; dosaggi e vie di somministrazione equivocabili, ecc..

Solo attraverso opportune analisi è possibile identificare le cause dell'errore e ridisegnare i processi al fine di ridurre la probabilità che lo stesso errore si ripeta.

L'errore può causare un **"evento avverso"**, cioè un evento indesiderabile che comporta un danno al paziente non dovuto alle sue condizioni cliniche, ma correlato al processo assistenziale. L'**evento avverso** è, quindi, per sua natura, **indesiderabile, non intenzionale, dannoso per il paziente.**

Ai fini della identificazione delle misure di prevenzione da attuare, grande importanza riveste non solo l'analisi degli "Eventi Avversi" (EA), ma anche quella dei "quasi eventi" o near miss (NM).

ALCUNE CATEGORIE SPECIFICHE DI ERRORE

ERRORE NELL'USO DEI FARMACI	<ul style="list-style-type: none">◆ Errori di prescrizione◆ Errori di preparazione◆ Errori di trascrizione◆ Errori di distribuzione◆ Errori di somministrazione◆ Errori di monitoraggio
ERRORI NELLA TEMPISTICA	<ul style="list-style-type: none">◆ Ritardi nel trattamento farmacologico◆ Ritardo nella diagnosi◆ Altri ritardi organizzativi/gestionali/logistici
ESAMI O PROCEDURE DIAGNOSTICHE	<ul style="list-style-type: none">◆ Non eseguite◆ Programmate ma non eseguite◆ Eseguite in modo inadeguato o scorretto◆ Eseguite correttamente ma su paziente sbagliato◆ Non appropriate
ERRORE NELL'USO DI APPARECCHIATURE	<ul style="list-style-type: none">◆ Uso in condizioni non appropriate◆ Istruzioni inadeguate◆ Pulizia non corretta◆ Utilizzo oltre i limiti di durata prevista◆ Malfunzionamento dovuto all'operatore (manutenzione, impostazione, altri errori d'uso)

La legge prevede l'obbligatorietà della presenza di un **Ufficio di Risk Management** in tutte le aziende sanitarie, pubbliche e private, che valuti gli errori degli operatori sanitari e adotti politiche per prevenirli e gestirli. Il suo obiettivo principale è di tutelare i diritti del paziente alla sicurezza delle cure ma anche di tutelare l'azienda e gli operatori dalle conseguenze giuridiche ed economiche che gli errori sanitari possono comportare. Sono, infatti, frequenti le denunce, sia civili che penali, che vengono presentate all'azienda da parte di quei soggetti che ritengono di aver

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2022

subito un danno come conseguenza di un fatto imputabile alle cure sanitarie.

Le attività di cui si occupa l'Ufficio Aziendale di Risk Management possono spaziare dalla sicurezza sul lavoro al benessere organizzativo, dalla gestione del rischio clinico alla responsabilità professionale, dalla prevenzione dei rischi alla gestione del contenzioso (risarcimenti), dall'analisi degli incidenti che hanno comportato (o potevano comportare) un danno al paziente e delle cause che li hanno prodotti alla definizione, con urgenza, delle misure di eliminazione o prevenzione delle stesse, alla attività fondamentale svolta con riguardo alla **formazione sul rischio clinico**. Ricercare la causa degli errori sanitari è certamente importante ma ancor più importante è prevenirli o prevenirne il ripetersi. A tal fine la formazione riveste un ruolo determinante considerando che la gestione del rischio si basa principalmente sulla conoscenza tra gli operatori degli elementi che lo costituiscono.

In caso di evento avverso l'Ufficio Aziendale di Risk Management provvede ad effettuare un'attenta analisi dell'accaduto con l'obiettivo di individuare i fattori che hanno contribuito o causato il determinarsi dell'evento, cercando di risalire indietro nel tempo fino alle sue cause più lontane. Questa attività è fondamentale per l'azienda sia per evitare che l'evento riaccada di nuovo sia per individuare elementi che scagionino da responsabilità il personale sanitario eventualmente chiamato in causa.

Al termine dell'anno l'Ufficio dovrà effettuare un riepilogo del lavoro svolto in quanto la legge 24/2017 prevede l'obbligo di pubblicare sul sito web della struttura sanitaria una relazione annuale sugli eventi avversi verificatisi, sulle cause che hanno prodotto ogni evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

Altro importante compito **dell'Ufficio aziendale di risk management** è la "**mappatura dei rischi**". Questa attività è finalizzata ad individuare tutti i rischi a cui è esposta l'azienda sanitaria. Per svolgere tale attività occorre conoscere bene l'organizzazione, infatti anche la mancata identificazione di un solo rischio rilevante può comportare conseguenze negative per l'azienda. Contribuiscono a fornire informazioni per l'identificazione delle componenti di rischio il **numero di sinistri aperti in seguito a denunce da parte dei pazienti o loro familiari e i reclami pervenuti**. Altri strumenti utilizzati sono il **sistema di segnalazione volontaria degli**

eventi (Incident Reporting), l'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche, le segnalazioni di reazioni avverse a farmaci, le segnalazioni provenienti dal Servizio di Prevenzione e Protezione, le aggressioni subite dal personale.

Il fine primo di tale percorso di analisi e rimodulazione organizzativa è incrementare il livello di sicurezza nell'interesse di pazienti, operatori e della azienda stessa in quanto incertezza e rischio sono connaturati all'esistenza di qualunque tipo di azienda sanitaria e appare evidente, dunque, che il rischio intrinseco alla natura dell'impresa sanitaria è il rischio connesso alla prestazione sanitaria stessa riconducibile alla sicurezza del paziente e di tutte quelle situazioni che possono causarne una diminuzione o la perdita di *safety* all'interno di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale. Appare innegabile, dunque, che la moltitudine di variabili che entrano nel governo sanitario e gli innumerevoli percorsi/processi che un paziente incontra nel corso della sua permanenza presso un'organizzazione erogatrice di salute sia per sua stessa natura un processo che produce rischi; di fatto eventi avversi possono avere frequenze statistiche elevate in termini di accadimento e, pertanto, una raccolta sistematica associata ad una discussione ragionata rappresenta una strada determinante per la prevenzione del danno al malato.

L'approccio alla gestione degli insuccessi in ambito sanitario è stato, fino a poco tempo fa, basato sulle persone e quindi rivolto a identificare i professionisti implicati al momento dell'incidente per ritenerli responsabili. Questa cultura della ricerca del colpevole è stata ritenuta metodo utile per risolvere il problema ma, alla luce delle risultanze dei rapporti del Ministero della Salute, si è ben compreso che l'unica cultura adatta alla gestione del rischio è quella che parte dall'analisi dell'incidente come evento asettico, momento rivelatore dei punti critici dei processi e dei sistemi della complessa organizzazione sanitaria. In sintesi il risk management si interessa della funzione intrinsecamente rischiosa espletata nelle strutture sanitarie, allo scopo di disegnare nuove strategie atte a ridurre le probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ossia che subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo non volontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza.

IL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM)

Alla luce di quanto sopra le strutture sanitarie, pubbliche e private, sono tenute ad elaborare un **Piano Aziendale di Risk Management (PARM)**, al cui interno devono definire ed esplicitare le linee di attività aziendali per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure sulla base degli obiettivi strategici definiti a livello regionale.

Scopo del PARM è quello di descrivere e indirizzare le azioni di miglioramento riconosciute come prioritarie per la gestione del rischio clinico.

Il PARM, prevede azioni su obiettivi di rischio clinico con successivo monitoraggio dello stato di avanzamento delle azioni intraprese. L'Azienda definisce nel PARM lo scopo, i destinatari, le aree strategiche, gli obiettivi, le metodologie, gli indicatori che intende adottare per la gestione del rischio clinico in ottemperanza agli obiettivi strategici di rischio clinico indicati dalla Regione. Tale strumento, sostanzialmente pragmatico ed ispirato a criteri di efficacia operativa, privilegia la prevenzione, l'interazione tra le strutture aziendali, la comunicazione, la formazione, l'aggiornamento. Molti degli adempimenti in esso proposti rispondono a precisi obblighi normativi in tema di gestione del rischio clinico sia nazionali che regionali.

L'ottica è sempre quella di diminuire le potenzialità di errore nell'organizzazione nonché di contenere la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie.

Poiché il monitoraggio dei fenomeni è alla base della gestione del miglioramento, particolare attenzione viene posta nella definizione dei risultati da raggiungere attraverso la predisposizione di specifici indicatori affinché i risultati siano realmente misurabili ed idonei a stabilire il perseguimento degli obiettivi prefissati. La Direzione Aziendale deve assicurare la diffusione del PARM ai diversi livelli aziendali attraverso specifiche modalità informative quali :

- ❑ Pubblicazione sul sito internet aziendale;**
- ❑ Presentazione del Piano nell'ambito dei corsi di formazione sul "Risk Management";**
- ❑ Capillare diffusione del PARM, tramite i Dirigenti Medici e i Responsabili di settore, a tutto il personale sanitario e di supporto.**

2. TERMINI E DEFINIZIONI

Si riporta, di seguito, la terminologia ritenuta necessaria ai fini della comprensione del Piano di Risk Management.

RISCHIO CLINICO	La possibilità che un paziente subisca un «danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte».
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	Il processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti.
APPROPRIATEZZA	L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente, fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.
ERRORE	Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.
EVENTO	Accadimento che può modificare l'andamento atteso dell'assistenza nei confronti dei pazienti o che può arrecare danno agli operatori sanitari.
EVENTO AVVERSO (Adverse event)	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".
EVENTO SENZA DANNO	Accadimento che si verifica durante il processo assistenziale che non comporta danno alla persona pur avendone la potenzialità.
EVENTO EVITATO (Near miss)	Errore che ha la potenzialità di causare un evento che tuttavia non raggiunge il paziente o l'operatore sanitario perché intercettato o per caso fortuito.
EVENTO SENTINELLA	Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un

	<p>serio malfunzionamento del sistema, che comporta la morte o grave danno al paziente e/o che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del SSN e dei professionisti. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna :</p> <p>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 e il loro monitoraggio.</p> <p>Di seguito l'elenco degli eventi indicati dal Ministero della Salute applicabili alla S.R.T.2 "COMUNITA' PASSAGGI":</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Procedura in paziente sbagliato; 2. Errata procedura su paziente corretto (es. esecuzione di una procedura diagnostica/terapeutica diversa da quella prescritta); 3. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica; 4. Morte o grave danno per caduta di paziente; 5. Suicidio o tentato suicidio di paziente nella struttura sanitaria; 6. Violenza su paziente (commissiva o omissiva) da chiunque compiuta all'interno di strutture sanitarie; 7. Atti di violenza a danno di operatore da parte di pazienti, loro parenti, accompagnatori, visitatori; 8. Morte o grave danno connesso al sistema di trasporto; 9. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente dovuto ad errore o livelli assistenziali inferiori rispetto agli standard previsti.
<p>RISCHIO</p>	<p>Condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che può modificare l'esito atteso del processo. È misurato in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento e la gravità del danno che ne consegue; nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso.</p>
<p>SICUREZZA DEL PAZIENTE (Patient safety)</p>	<p>Dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione</p>

	di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.
FATTORE UMANO	Sinonimo di ergonomia per indicare lo studio dei comportamenti umani, in relazione a specifiche condizioni ambientali, strumenti o compiti.
ERRORE ATTIVO	E' per lo più ben identificabile, prossimo, in senso spazio-temporale, al verificarsi dell'evento avverso; spesso è riconducibile ad un'azione sbagliata commessa da un operatore o ad un incidente, ad esempio il malfunzionamento di una strumentazione. Relativamente semplice da individuare.
ERRORE LATENTE	E' per lo più un'insufficienza organizzativo gestionale (progettazione, organizzazione e controllo) che resta silente nel sistema, finché un fattore scatenante non la rende manifesta in tutta la sua potenzialità, causando danni più o meno gravi. Relativamente difficile da individuare, spesso multiplo all'interno del sistema e tale da provocare una successione di errori secondari in grado di eclissare la gravità e la possibilità di identificazione dell'errore primitivo.
DANNO	Alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore).
SIMES	Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità.
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI	Ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro. Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari sono oggetto di una specifica raccomandazione ministeriale e sono inseriti fra gli eventi sentinella che devono essere segnalati attraverso il flusso SIMES.
GOVERNO CLINICO (Clinical governance)	Sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica.
ERGONOMIA	Disciplina che si occupa della comprensione delle interazioni tra gli esseri umani e gli altri elementi di un sistema, applicando teorie, principi, dati e metodi per progettare nell'ottica dell'ottimizzazione del benessere umano e della prestazione di tutto il sistema.

3. CRITERI PER LA CLASSIFICAZIONE DEGLI EVENTI

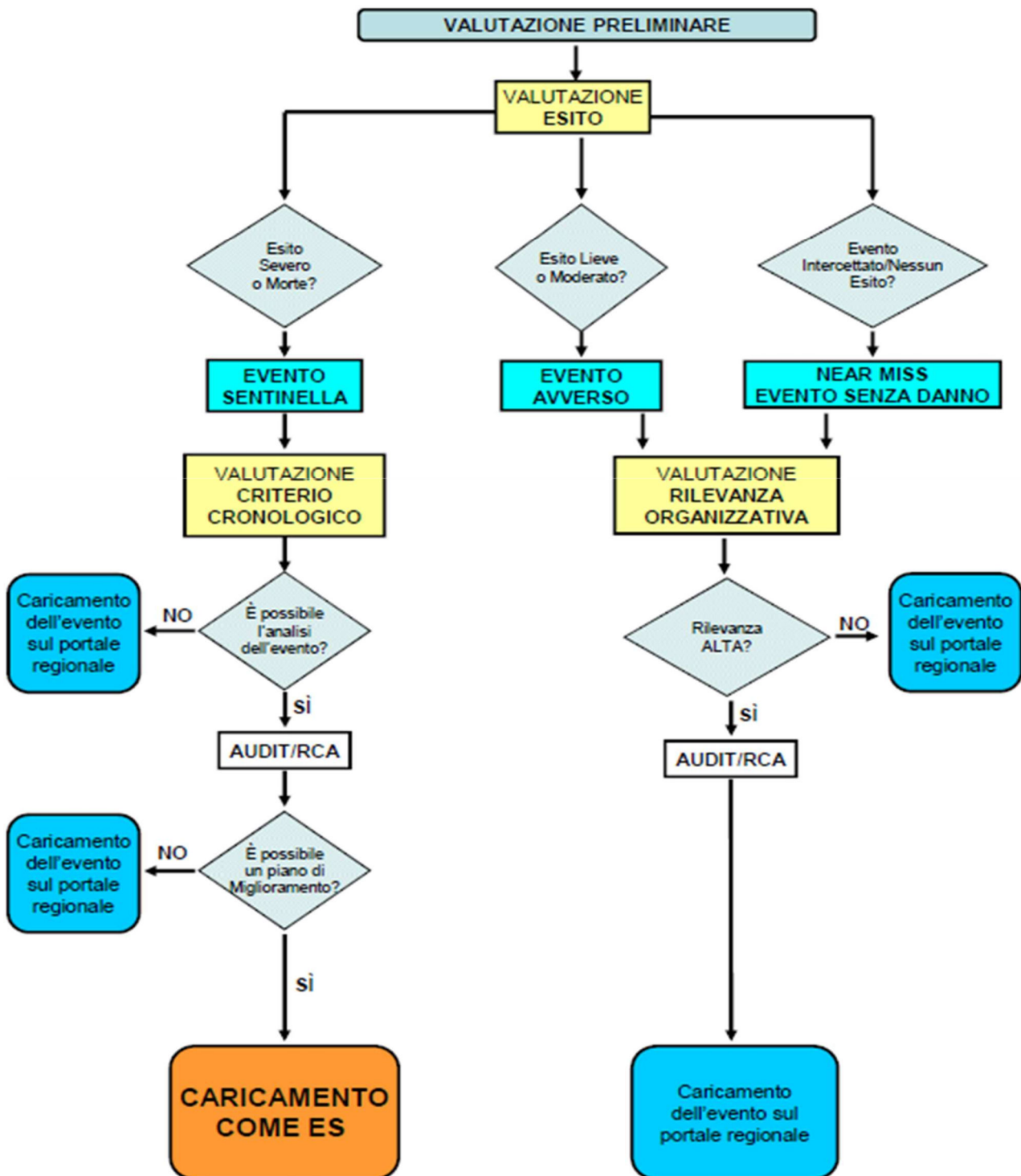
Centro Regionale Rischio Clinico Lazio *“Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella” del 6 luglio 2021*

Nella gestione del rischio clinico, la corretta definizione della tipologia di evento è fondamentale per il corretto svolgimento delle operazioni di analisi e la progettazione di interventi di miglioramento. L'evento che si verifica in un sistema complesso come quello delle organizzazioni sanitarie, difficilmente riconosce un rapporto lineare del tipo causa-effetto, essendo in genere determinato da un complesso di più fattori e fortemente influenzato dal contesto e dal setting assistenziale in cui si verifica.

Il CRRC della Regione Lazio, nel 2021, ha predisposto un *“Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”* per una corretta definizione della tipologia di evento che risulta fondamentale per il corretto svolgimento delle operazioni di analisi, la progettazione di interventi di miglioramento nonché per la corretta alimentazione del Portale Regionale relativo agli Eventi Sentinella.

Si riporta, di seguito, il diagramma di flusso per la classificazione degli eventi, rinviando al Documento del CRRC Lazio la trattazione dei Criteri per la classificazione degli eventi.

4. DIAGRAMMA DI FLUSSO PER LA CLASSIFICAZIONE DEGLI EVENTI



5. ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari sono oggetto di una specifica Raccomandazione del Ministero della Salute e sono inseriti tra gli Eventi Sentinella che devono essere segnalati attraverso il flusso SIMES.

In via preliminare occorre sottolineare che :

- a) Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari **non rappresentano un problema di Rischio Clinico, ma di sicurezza del Lavoro** che va affrontato secondo quanto previsto dal D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008 e s.m.i. (Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro);
- b) Fatti salvi casi limitati e specifici, gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari sono da considerarsi come reati e, come tali, vanno perseguiti;
- c) L'alimentazione del flusso SIMES non coincide né con la valutazione degli aspetti infortunistici dell'evento né con quella degli aspetti legali, peraltro recentemente modificati (Legge 14 agosto 2020, n. 113 recante *"Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni"*).

Le indicazioni ministeriali sull'applicazione della citata Raccomandazione sono quelle di classificare come Eventi Sentinella tutti gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari **indipendentemente dall'esito**. La segnalazione è obbligatoria anche per le *"aggressioni subite da parte dei pazienti a particolare rischio dai quali è possibile attendersi comportamenti violenti"*. Sono escluse dalla segnalazione soltanto le *"aggressioni verbali che non abbiano carattere di minaccia o intimidazione"*.

Il CRRC Lazio, nel *"Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella"*, suggerisce di classificare come Eventi Sentinella gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari per i quali si verifichi uno dei seguenti casi :

1. Sia possibile la elaborazione di un piano di miglioramento specifico e/o

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2022

2. L'esito per l'operatore coinvolto o per almeno uno degli operatori coinvolti, nel caso di aggressione a più operatori, sia almeno **MODERATO**.

6. CONTESTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE

La S.R.P.2 "COMUNITA' PASSAGGI", gestita da PASSAGGI S.r.l., con sede legale in Roma Via Quinto Fabio Pittore n. 28, sede amministrativa in Carsoli (AQ) Via Roma n. 111 e sede operativa in Oricola (AQ) via Tiburtina Valeria Km. 68,200, nasce nel 1998 ed è il risultato della collaborazione tra professionisti provenienti da precedenti esperienze nel campo della cura di pazienti psichiatrici, uniti con l'obiettivo di realizzare progetti a forte carattere terapeutico-riabilitativo.

Ospita, pertanto, pazienti di competenza psichiatrica, che presentano problematiche di tipo psicopatologico, relazionali, esistenziali, a causa dei quali si rende necessaria una temporanea separazione dall'abituale contesto di vita fornendo un trattamento che ha come obiettivo il recupero delle capacità individuali e livelli funzionali di autonomia del paziente, finalizzate al suo reinserimento nell'ambiente sociale. Nel corso degli anni è stato sviluppato un modello di intervento integrato, basato su differenti programmi e contesti terapeutici la cui finalità è andare incontro ai diversi bisogni delle persone sofferenti di disturbi psichici. L'obiettivo è di cercare di aiutare gli "ospiti", promuovendone la crescita personale, attraverso l'esperienza della convivenza e del confronto con gli altri in un contesto che ha tutte le caratteristiche di una microsocietà ma che sia sufficientemente protetto ponendo così l'accento su aspetti relazionali, di responsabilità e di dignità personale.

Il personale, selezionato in base alle qualifiche previste dalla legislazione nazionale e regionale, è sottoposto ad aggiornamento e formazione continua, con il fine di formare un'èquipe sempre più affiatata.

Gli ospiti beneficiano di un progetto individualizzato che stabilisce obiettivi a medio e lungo termine, metodologia e verifica del progetto stesso.

L'esperienza nelle comunità residenziali psichiatriche ha posto al centro della sua azione la possibilità di condividere con altri luoghi e spazi comuni e riempire il tempo vuoto e dilatato dei vecchi ospedali psichiatrici con l'ascolto, il rapporto personale e le attività comuni basate sulla partecipazione del paziente.

Su questi presupposti la "Comunità Passaggi" ha raggiunto, attraverso

una crescita costante ed evolutiva delle metodologie terapeutiche e riabilitative e della qualificazione continua del personale in correlazione con la dinamica dei bisogni e delle richieste degli utenti, il risultato, per quanto possibile, di creare un'atmosfera empatica, collaborativa, accettante e protettiva volta all'integrazione operativa tra tutti i soggetti interessati al recupero del disagio degli utenti e delle loro famiglie.

In questo contesto la gestione del rischio affronta molti dei rischi comuni alle strutture sanitarie quali **il rischio di caduta, le infezioni correlate all'assistenza, il percorso del farmaco**. Ma, in aggiunta, fronteggia **altri rischi** che sono **correlati alla natura particolare della malattia psichiatrica** che si presta meno ad un inquadramento rigidamente statistico.

E' necessario, quindi, individuare e comprendere dove si annidino i rischi e correggere o migliorare le procedure organizzative o cliniche a seguito di strumenti analitici del risk management con il contributo dei diversi professionisti coinvolti (risk manager, psichiatri, psicologi, infermieri, educatori, esperti legali).

È solo la conoscenza di quanto è avvenuto che permette di capire come prevenire in futuro. Emerge che nessuna attività di gestione del rischio **può avere successo senza il contributo** – attivo e quotidiano – dell'intero personale sanitario. Sono coloro che operano a tutti i livelli nelle strutture a dover segnalare cosa non funziona e, nel contempo, ad applicare i nuovi protocolli sviluppati come risposta correttiva. Solo tenendo conto di ciò si comprende perché l'approccio del Risk Management è di natura culturale : l'evento avverso, l'incidente o il near miss non sono e non devono essere considerati più una "colpa". Sono eventi fisiologici che si possono verificare in una qualsiasi struttura sanitaria e devono essere segnalati senza vergogna o pudori perché è **solo attraverso la trasparenza interna che si può avere un miglioramento della qualità delle cure**. A fare la differenza è la capacità di accettare la sua presenza e costruire, di conseguenza, barriere che lo contengano e gli impediscano di diventare danno.

Anche la **formazione continua**, attraverso percorsi di sensibilizzazione di tutte le categorie di professionisti per l'applicazione di comportamenti e procedure per ridurre il rischio, ha l'obiettivo di contribuire a sviluppare nuove procedure volte a ridurre il rischio clinico in modo significativo.

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2022

Tutte le articolazioni aziendali, per competenza, collaborano con il Risk Manager Aziendale e concorrono al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2022

7. DATI GENERALI DELL'AZIENDA SANITARIA

Aggiornati al 12 Gennaio 2022	
SEDE	SEDE LEGALE Roma – Via Quinto Fabio Pittore n. 28 SEDE AMMINISTRATIVA Carsoli (AQ) – Via Roma n. 111 SEDE OPERATIVA 1 Oricola (AQ) – Via Tiburtina Valeria Km. 68,200 SEDE OPERATIVA 2 Carsoli (AQ) – Via Colle Farola, s.n.c.
AUTORIZZAZIONE ACCREDITAMENTO	La Comunità Passaggi è autorizzata come struttura residenziale psichiatrica per i trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo SRP2 per n. 15 posti letto in data 08.11.2017 , ai sensi dell'art. 3 della Legge Regionale n. 32/2007 e ss. mm. ii. dal Comune di Oricola (AQ) . Accreditata provvisoriamente con Delibera della Giunta Regionale Abruzzo n. 3513 del 23.12.1998.
DIREZIONE GENERALE	Dott. ANTONELLO ANGELINI Amministratore e legale rappresentante
REFERENTE AMMINISTRATIVO	ANNA MAZZETTI
RESPONSABILE SANITARIO	Dott. ALESSANDRO BELLOTTA
RESPONSABILE SETTORE PSICOLOGI/PSICOTERAPEUTI	Dott.ssa ELISA CHITI
REFERENTE SETTORE ASSISTENTI SOCIALI	Dott.ssa NOEMI DEL TURCO
REFERENTE SETTORE INFERMIERI PROFESSIONALI	Dott.ssa ELEONORA DI RIENZO
REFERENTE SETTORE OPERATORI SOCIO SANITARI	O.S.S. EVA GALIANO
SITO INTERNET	www.comunitapassaggi.it
INDIRIZZO MAIL	ctpassaggi@libero.it
PEC	ctpassaggi@dpec.it

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2022

8. DATI STRUTTURALI

Aggiornati al 12 Gennaio 2022			
SRP2"COMUNITA' PASSAGGI"	NUMERO EDIFICI	MQ di superficie	Posti letto
Sede di Oricola (AQ) Via Tiburtina Valeria km. 68,200	01	300 c.a	15
Sede di Carsoli (AQ) Via Colle Farola, s.n.c.	01	160 c.a	0

9. DATI DI ATTIVITA'

TOTALE NUMERO UTENTI ASSISTITI NELLA STRUTTURA	ANNO	NUMERO
	2017	13
	2018	18
	2019	20
	2020	22
	2021	28

N.B. Il numero totale di utenti transitati nella struttura è dato dai nuovi ricoveri dell'anno in considerazione aggiungendo a questi i "residenti".

10. PERSONALE SANITARIO

Aggiornati al 12 Gennaio 2022	
	NUMERO RISORSE
PSICHIATRI	2
PSICOLOGI/PSICOTERAPEUTI	3
PSICOLOGI	8
ASSISTENTI SOCIALI	1
PSICOTERAPEUTI	4
INFERMIERI PROFESSIONALI	2
OPERATORI SOCIO SANITARI	7

11. EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO

Ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, devono predisporre una *"relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto"*.

Passaggi S.r.l. ha sviluppato un programma per le segnalazioni di *near miss*, eventi avversi ed eventi sentinella dal 2020 ed istituito un Comitato per l'analisi degli eventi segnalati. La diffusione della cultura della sicurezza e la partecipazione del personale al programma di segnalazione di eventi avversi, near miss e criticità organizzative che rappresentano un rischio per la sicurezza dell'utente/paziente è di fondamentale importanza per la implementazione di tutti i correttivi necessari per migliorare il sistema organizzativo e gestionale e garantire sicurezza delle cure.

Negli ultimi 5 anni non sono stati segnalati eventi.

TIPO DI EVENTO		NUMERO SINISTRI	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/ CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORA MENTO
Evento evitato (Near miss)	2017 2018 2019 2020 2021	0 0 0 0 0	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/ Comunicazione(0%) Cadute (0)	
Eventi avversi	2017 2018 2019 2020 2021	0 0 0 0 0	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/ Comunicazione(0%) Cadute (0)	
Eventi sentinella	2017 2018 2019 2020 2021	0 0 0 0 0	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/ Comunicazione(0%) Cadute (0)	

12. RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO

L'art. 4, comma 3, della L. 24/2017 prevede che *"Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio"*.

Al fine di ottemperare a tale obbligo è stata elaborata la tabella che segue.

ANNO	NUMERO SINISTRI	RISARCIMENTI EROGATI
2017	0	0
2018	0	0
2019	0	0
2020	0	0
2021	0	0

13. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	POLIZZA (Scadenza)	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	FRANCHIGIA
2017	1/2726/65/23731567 Scadenza : 15.10.2018	UNIPOL	1.342,52	NO
2018	1/2726/65/23731567 Scadenza : 15.10.2019	UNIPOL	4.557,52	NO
2019	1/2726/65/23731567 Scadenza : 15.10.2020	UNIPOL	5.868,52	NO
2020	RCT n. 35036VB Scadenza : 30.10.2021	SARA ASSICURAZIONI	2.800,00	SI
2021	RCT n. 35036VB Scadenza : 30.10.2021	SARA ASSICURAZIONI	2.800,00	SI

14. NUMERO E ANALISI CONTENZIOSO

Nessun contenzioso pendente

15. COMITATO DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

COMPOSIZIONE	Delibera di istituzione del 27 gennaio 2020. Delibera di modifica del 05 marzo 2021.
RISK MANAGER	Dott. ALESSANDRO BELLOTTA
AVVOCATO	Avv. STEFANIA IASONNA
COORDINATORE PSICOLOGI/PSICOTERAPE.	Dott.ssa ELISA CHITI
ASSISTENTE SOCIALE	Dott.ssa NOEMI DEL TURCO
REFERENTE INFERMIERI PROFESSIONALI	Dott.ssa ELEONORA DI RIENZO
REFERENTE OPERATORI SOCIO SANITARI	O.S.S. EVA GALIANO
RSPP	Ing. SERAFINO NARDECCHIA

16. COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI

COMPOSIZIONE		
AVVOCATO	Avv. STEFANIA IASONNA	
RISK MANAGER	Dott. ALESSANDRO BELLOTTA	
LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA'	Dott. ANTONELLO ANGELINI	
ANNO DI ISTITUZIONE	2020	Delibera del 27 gennaio 2020
NUMERO DI CASI ISTRUITI	0	

17. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PARM 2020

Con Deliberazione del 26 febbraio 2020, pubblicata sul sito internet aziendale, è stato adottato il Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2020; tale Piano è stato redatto dal Risk Manager in conformità alla legge 24/2017.

Nell'anno 2021, per le vicende legate alla pandemia da Covid-19, non è stata apportata alcuna revisione del PARM 2020.

Si precisa, preliminarmente, che nel corso degli anni 2020 e 2021 non sono stati segnalati "eventi indesiderati", non sono stati segnalati e/o riscontrati "eventi sentinella" e "near miss".

Si riporta il resoconto delle segnalazioni degli anni 2020 e 2021, che è il seguente :

- ❑ Segnalazioni relative a cadute di pazienti = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative a criticità organizzativo/strutturali = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative a carenza di personale = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative a errata identificazione di paziente = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative a decesso di paziente a causa di eventi indesiderati = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative a presunto nesso di causalità tra atto medico - infermieristico ed evento indesiderato = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative ad aggressioni verbali nei confronti di operatore = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative ad aggressioni fisiche nei confronti di operatore = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative ad allontanamento volontario di paziente = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative a errore di terapia = n. 0
- ❑ Segnalazioni di eventi di scarsa rilevanza = n. 0
- ❑ Schede di ALERT-REPORT contenenti l'individuazione di azioni di miglioramento = 02

Nel corso degli anni 2020 e 2021 si è perseguita una politica di Gestione del rischio clinico, per altro ricompresa all'interno della più ampia politica per la sicurezza aziendale, promuovendo l'approccio sistemico al problema della sicurezza delle cure anche attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo assistenziale.

Le azioni poste in essere sono state le seguenti.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE	REALIZZATO	STATO DI ATTUAZIONE
Attività 1 PROGRAMMATA Il PARM verrà portato a conoscenza di tutti gli operatori sanitari. Saranno progettate e realizzate iniziative di ulteriore informazione e formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza degli utenti. E' stato programmato un "Corso base sul rischio clinico". Sarà assicurata la partecipazione a corsi, seminari, convegni.	PARZIALMENTE	Il PARM 2020 è stato portato a conoscenza di tutti gli operatori. Sono stati realizzati eventi formativi riguardanti la prevenzione e il contenimento del contagio SARS-CoV2. Sono state redatte, approvate ed attuate le procedure per la prevenzione del contagio SARS-CoV2. In particolare, sono state adottate tutte le misure previste dalla normativa nazionale e regionale per garantire la prevenzione, il contenimento e la gestione del rischio da infezione SARS-CoV2 . E' stato predisposto un modello per la segnalazione degli eventi sentinella e le cadute del paziente, da compilare a cura degli operatori sanitari che operano nelle Strutture. Non è stato realizzato il corso di formazione previsto.
Attività 2 PROGRAMMATA Riunione di equipe clinica Settimanale.	SI	Sono state regolarmente svolte le riunioni di equipe clinica, con cadenza settimanale.
OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		

<p style="text-align: center;">Attività 1</p> <p style="text-align: center;">PROGRAMMATA</p> <p>Implementazione delle procedure per il rispetto delle raccomandazioni ministeriali e regionali per la sicurezza dei pazienti. Attività di verifica delle procedure avviate. Riunione di equipe clinica settimanale. Implementazione della sicurezza nella somministrazione dei farmaci. Attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti.</p>	<p>SI</p>	<p>Sono state redatte, approvate ed attuate le procedure per la prevenzione del contagio Covid-19 nel rispetto delle raccomandazioni ministeriali e della normativa nazionale e regionale per la sicurezza degli utenti ed è stata svolta una specifica attività di verifica delle procedure avviate. Sono state regolarmente tenute, anche in videoconferenza, le riunioni settimanali dell'equipe clinica. E' stata svolta la consueta attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti delle Strutture.</p>
<p style="text-align: center;">Attività 2</p> <p style="text-align: center;">PROGRAMMATA</p> <p>Programma di valutazione della cartella clinica come strumento di risk management. Saranno esaminate cartelle cliniche del 2019, utilizzando una check list ad hoc. Verranno analizzati i seguenti requisiti : completezza, precisione, aggiornamento, chiarezza, intelligibilità, e tracciabilità con parametrizzazione dei risultati in scala 0/100 con sufficienza a 60.</p>	<p>SI</p>	<p>Sono state esaminate complessivamente n. 10 cartelle cliniche relative all'anno 2019 sotto il profilo della completezza, precisione, chiarezza, aggiornamento. L'esame non ha evidenziato problematiche legate al rischio clinico e, pertanto, il risultato è stato parametrato come più che sufficiente, con punteggio a 90.</p>
<p style="text-align: center;">Attività 3</p> <p style="text-align: center;">PROGRAMMATA</p> <p>Saranno verificate ed implementate le procedure in essere per prevenire le cadute dei pazienti. Sarà predisposto un vademecum per la prevenzione delle cadute da consegnare agli utenti.</p>	<p>NO</p>	<p>La pandemia da SARS-CoV2 non ha permesso di realizzare questo obiettivo.</p>
<p style="text-align: center;">OBIETTIVO C)</p> <p style="text-align: center;">FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE</p>		

<p style="text-align: center;">Attività</p> <p style="text-align: center;">PROGRAMMATA</p> <p>Svolgimento di audit su eventi, processi o esiti. Attività del Tavolo permanente istituito per la sicurezza aziendale, coordinato dal Risk Manager. Riunione di Equipe clinica settimanale.</p>	<p>SI</p>	<p>Sono pervenute n° 02 (due) schede di ALERT-REPORT, contenenti l'individuazione e l'attivazione di azioni di miglioramento, scaturite dall'attività di Equipe Clinica, riguardanti tuttavia eventi di scarsa gravità che hanno prodotto azioni di miglioramento. L'Unità di Gestione del Rischio Clinico ha realizzato, presso la Struttura, una costante attività di monitoraggio e implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali. E' stato istituito un Tavolo permanente per la sicurezza aziendale, coordinato dal Risk Manager. Sono state svolte con regolarità le riunioni di equipe clinica settimanali.</p>
<p>OBIETTIVO D)</p> <p>GARANTIRE LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT</p>		
<p style="text-align: center;">Attività</p> <p style="text-align: center;">PROGRAMMATA</p> <p>Partecipazione ai tavoli regionali sul rischio clinico e alle attività dei gruppi di studio/approfondimento regionali. Recepimento delle Linee di indirizzo regionale in materia di Rischio Clinico.</p>	<p>NO</p>	<p>Il Risk Manager non ha partecipato alle riunioni regionali sul rischio clinico.</p>

18. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità

□ quella del Risk Manager che redige e promuove lo stesso tenendo nel debito conto le Linee Guida Aziendali in materia di Risk Management e ne monitorizza la implementazione;

□ quella della Direzione Aziendale che si impegna ad adottarlo con Deliberazione e a fornire al Risk Manager e alla organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

È bene sottolineare che in questa sezione non si elencano le responsabilità delle singole azioni previste nelle attività, ma solo quelle relative alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARM.

Di seguito la matrice delle responsabilità.

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

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE AZIENDALE	DIREZIONE SANITARIA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE	STRUTTURE TECNICHE DI SUPPORTO
REDAZIONE PARM E PROPOSTA DI DELIBERA	R	C	C	C	I
APPROVAZIONE E ADOZIONE PARM CON DELIBERA	I	R	I	I	I
DIFFUSIONE DEL PARM	C	C	C	C	R
MONITORAGGIO PARM	R	C	C	C	C

19. OBIETTIVI 2022

Gli interventi e le azioni proposte, parte integrante e sostanziale del Piano, hanno la finalità di portare in evidenza e analizzare la rischiosità intrinseca a processi o pratiche terapeutiche e assistenziali, affinché, con il concorso di tutti gli operatori si possano adottare gli opportuni correttivi, nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate. Il PARM si propone, quindi, di ridurre la possibilità di errori da parte degli operatori sanitari e si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione ed implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema.

Il Risk Manager rappresenta un **facilitatore** del cambiamento organizzativo che opera alle dirette dipendenze della Direzione aziendale e la cui attività non può e non deve sollevare dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi assistenziali, comprendendo nel termine "gestione" anche gli aspetti non direttamente di tipo sanitario ma che hanno rilevanza sull'erogazione delle prestazioni. Rispetto a tali soggetti, il Risk Manager coordina ed armonizza l'intero sistema di governo del rischio partendo però dall'assunto che ogni singolo operatore ricopre un ruolo determinante nella diffusione della cultura della sicurezza e nel successo degli interventi di gestione del rischio clinico.

Il PARM fornisce alla Direzione un supporto indispensabile per intervenire nella macchina organizzativa aziendale basandosi su dati certi, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa. La struttura aziendale, per quanto di competenza, collabora con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARM e la riuscita degli interventi in questo proposti.

Per l'anno 2022 è stata identificata la implementazione dei seguenti obiettivi strategici :

- A)** Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2022

- 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.

20. ATTIVITA' 2022

Di seguito si individuano le diverse linee di attività in riferimento ai singoli obiettivi declinati secondo le peculiarità e le necessità dell'Azienda.

Il Piano dell'attività di Risk Management per l'anno 2022 continua nell'obiettivo intrapreso nel corso degli anni 2020 e 2021, dando continuità ai percorsi di gestione strategica e alla operatività delle linee di attività già precedentemente intraprese.

In particolare, tenuto conto delle esigenze e delle limitazioni per il contrasto e il contenimento dell'infezione Covid-19 e delle priorità da questa richieste, si tenderà a privilegiare e a sviluppare una formazione prevalentemente sul campo, attraverso AUDIT all'interno delle Strutture aziendali. Tale modello oltre a svolgere attività di analisi, monitoraggio e controllo di quanto oggetto di AUDIT terrà presente, come già precedentemente indicato, quegli elementi di criticità relativi alla "comunicazione" sia tra i professionisti che verso l'utente, con la convinzione che un buon processo di comunicazione è elemento fondamentale per mitigare reazioni avverse e possibili contenziosi.

OBIETTIVO A)	DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
Attività 1	<p>Il PARM 2022 verrà portato a conoscenza di tutti gli operatori sanitari. Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti, anche in video conferenza. Si terrà il "Corso base sul rischio clinico" che a causa dell'emergenza sanitaria non si è tenuto nel 2021. La Direzione aziendale assicurerà la partecipazione a incontri, corsi, seminari, convegni sul tema, anche in video conferenza. Si procederà ad acquisire informazioni sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate (ad esempio sul corretto utilizzo dei farmaci). Progettazione audit. Esecuzione audit. Consolidamento del programma segnalazione Incident Report.</p>

Attività 2	Riunione di equipe clinica Settimanale.
Attività 3	Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali e regionali per la prevenzione di errori di terapia farmacologica.
OBIETTIVO B)	MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI
Attività 1	<p>Con riguardo alla emergenza sanitaria Covid-19 in atto si procederà, sulla linea degli anni 2020 e 2021, nel rispetto di tutte le misure previste dalla normativa nazionale e regionale, per garantire la prevenzione, il contenimento e la gestione del rischio da infezione.</p> <p>Implementazione delle procedure per il rispetto delle raccomandazioni ministeriali e regionali per la sicurezza dei pazienti/utenti. In particolare, implementazione delle procedure per contenere l'emergenza sanitaria da Covid-19 e sulla sicurezza nella somministrazione dei farmaci.</p> <p>Implementazione delle procedure e formazione igiene delle mani.</p> <p>Attività di verifica delle procedure avviate.</p> <p>Riunione di equipe clinica settimanale.</p> <p>Elaborazione di procedure aziendali volta al recepimento di documenti regionali o nazionali da diffondere al personale.</p> <p>Attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti delle Strutture.</p>
Attività 2	<p>Attività di valutazione della cartella clinica come strumento di risk management : saranno esaminate cartelle cliniche dell'anno 2021 utilizzando una chek list ad hoc.</p> <p>Verranno analizzati i seguenti requisiti : completezza, precisione, aggiornamento, chiarezza, intelligibilità e tracciabilità con parametrizzazione dei risultati in scala 0/100 con sufficienza a 60.</p>
Attività 3	<p>Programma farmaci (gestione archivio, segnalazione farmaci in scadenza).</p> <p>Implementazione procedura gestione farmaci in paziente sbagliato; errata procedura gestione farmaci su paziente corretto.</p>
Attività 4	Cadute : Piano di prevenzione e gestione delle cadute.
Attività 5	Sicurezza farmaci : Report analisi delle difformità riscontrate nel corso di attività ispettive.

Attività 6	Attività di rilevazione della qualità percepita.
OBIETTIVO C)	FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE
Attività	Svolgimento di audit reattivi o proattivi su eventi, processi o esiti. Attività del Tavolo permanente istituito per la sicurezza aziendale, coordinato dal Risk Manager. Riunione di equipe clinica settimanale.
OBIETTIVO D)	GARANTIRE LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT
Attività	Partecipazione ai tavoli regionali sul rischio clinico e alle attività dei gruppi di studio/approfondimento regionali. Recepimento delle Linee di indirizzo regionale in materia di Rischio Clinico.

21. ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Le attività previste ed elencate per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti rispondono agli obiettivi relativi al Rischio Clinico ai sensi della legge 24/2017.

Per ogni attività è definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo standard che ci si prefigge di raggiungere. In alcuni casi l'indicatore non potrà che essere del tipo SI/NO, mentre in altri sarà possibile costruire un rapporto e indicare una percentuale da raggiungere. Vengono indicati standard realistici e realizzabili nei tempi previsti per la specifica attività.

Le tabelle seguenti riportano in sintesi le attività previste e le relative matrici delle responsabilità.

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA ELLE CURE	ATTIVITA' 01 Diffusione del PARM 2022 a tutti gli operatori sanitari. Standard = 100%			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	AZIONE	Risk Manager	Vertice aziendale	Struttura amministrativa
	Esecuzione	C	R	C
	ATTIVITA' 02 Monitoraggio PARM 2022			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		Risk Manager	Vertice aziendale	
	Esecuzione	R	C	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		Risk Manager	Vertice aziendale	
	ATTIVITA' 03 Progettazione ed esecuzione del "Corso base sul rischio clinico" entro il 31.12.2022. Obbligatorio per tutti gli operatori sanitari. Standard ≥ 75%			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	AZIONE	Risk Manager	Vertice aziendale	Corpo Docente
	Progettazione del corso	R	C	C
	Eventuale accreditamento del corso	C	R	I
	Esecuzione del corso	R	C	C

	ATTIVITA' 04 Riunione di equipe clinica settimanale. Obbligatoria per gli operatori che ne fanno parte. Standard ≥ una riunione a settimana			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		Risk Manager	Vertice aziendale	
	Esecuzione	C	R	-

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATI VA ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO DEGLI EVENTIAVVERSI		ATTIVITA'01 Gruppo di Lavoro. Implementazione delle procedure per la sicurezza degli utenti e delle raccomandazioni Ministeriali e regionali, in particolare delle procedure e raccomandazioni per la prevenzione e il contenimento del contagio Covid-19. Attività di verifica sulle procedure avviate. Riunione di equipe clinica settimanale.		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGER	VERTICE AZIENDALE	RESPONSABILE DEL GRUPPO DI LAVORO	GRUPPO DI LAVORO
STESURA DELLE PROCEDURE	C	C	R	C
VALIDAZIONE DELLE PROCEDURE	R	C	C	I
APPROVAZIONE DELLE PROCEDURE	C	R	I	I
INFORMAZIONE FORMAZIONE	R	C	C	C
VERIFICA APPLICAZIONE	R	C	C	C
		ATTIVITA' 02 Programma di valutazione della qualità della cartella clinica come strumento di risk management.		
INDICATORE		Numero di cartelle Verificate		
STANDARD		≥ 10 Valutazione qualità : sufficienza ≥ 60		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
AZIONE	RISK MANAGEMENT	VERTICE AZIENDALE	PERSONALE SANITARIO	
Attuazione programma	R	C	C	
Esecuzione	R	C	C	
Report	R	C	C	

		ATTIVITA' 03 Programma farmaci (gestione archivio, segnalazione farmaci in scadenza, ecc.). Procedura gestione farmaci in paziente sbagliato; errata procedura gestione farmaci su paziente corretto	
INDICATORE		Numero di utenti da verificare	
STANDARD PER SINGOLA VERIFICA		≥ 10	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
AZIONE	RISK MANAGEMENT	VERTICE AZIENDALE	PERSONALE SANITARIO
Progettazione programma	R	C	C
Esecuzione	R	C	C
Report	R	C	C
		ATTIVITA' 04 Rilevazione della qualità percepita dagli utenti	
INDICATORE		Numero di utenti da intervistare	
STANDARD PER SINGOLA VERIFICA		≥ 05	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
AZIONE	RISK MANAGEMENT	VERTICE AZIENDALE	PERSONALE
Progettazione	R	C	C
Esecuzione	C	R	C

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		ATTIVITA' 01 Attività del Tavolo permanente istituito per la sicurezza aziendale, coordinato dal Risk Manager. Riunione di equipe clinica settimanale. Incontri periodici aziendali in tema di risk management.	
INDICATORE		Numero riunioni Tavolo permanente ≥ 02/anno Numero riunioni settimanali ≥ 40/anno Numero riunioni mensili ≥ 10/anno	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		RISK MANAGEMENT	OPERATORI SANITARI
Convocazione riunione		R	C
Partecipazione riunioni		C	R
		ATTIVITA' 02 Prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari mediante istituzione di apposito gruppo di lavoro.	

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGER	VERTICE AZIENDALE	RESPONSABILE DEL GRUPPO DI LAVORO	GRUPPO
CRAZIONE DEL GRUPPO	C	C	R	C
PARTECIPAZIONE AI LAVORI	C	C	C	R

OBIETTIVO D) PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT		ATTIVITA' Assicurare la partecipazione ai tavoli regionali sul rischio clinico e alle attività dei gruppi di studio e/o approfondimento regionali, anche in video conferenza. Recepimento delle Linee di Indirizzo Regionale in materia di Rischio Clinico.		
INDICATORE		Numero eventi ≥ 1		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGER	VERTICE AZIENDALE	RESPONSABILE DEL GRUPPO DI LAVORO	
PERMESSI		R		
PARTECIPAZIONE AI LAVORI	R		C	

22. DIFFUSIONE DEL PARM. COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE

Il PARM 2022 è approvato ed adottato con deliberazione aziendale. Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività in esso previste e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso :

- ▣ La pubblicazione del PARM sul sito internet aziendale.
- ▣ Lo svolgimento di incontri presso le Strutture Operative promossi dal Risk Manager per far conoscere gli obiettivi del Piano e le relative modalità attuative di competenza di ciascuno.
- ▣ Riunioni di equipe clinica per aspetti relativi alle problematiche delle diverse categorie di operatori delle Strutture.
- ▣ Svolgimento di corsi di formazione diretti al personale.

Il coinvolgimento del personale rispetto ai problemi della sicurezza è effettuato in modo sistematico ed avviene sin dalla costruzione del sistema di gestione del rischio clinico e, successivamente, in tutte le fasi di identificazione dei rischi e di analisi di *near misses*, eventi sentinella ed eventi avversi; deve riguardare, quindi, il sistema nel suo complesso e l'analisi e la gestione dei singoli eventi. Viene reso più efficace dalla creazione e dal sostegno di una cultura condivisa del rischio clinico, quindi la presenza di un linguaggio comune è pre-requisito indispensabile e la formazione è uno strumento fondamentale. Quest'ultima :

- ▣ è mirata agli specifici bisogni formativi;
- ▣ è costruita con riferimento al contesto storico, culturale (valori, priorità, rapporti, clima) ed operativo (utilizzo di esempi concreti, applicazioni reali);
- ▣ prevede l'applicazione nella pratica quotidiana di quanto acquisito con successiva revisione;
- ▣ è continuativa, ossia prevedere avanzamenti e richiami, al fine di rinforzare l'apprendimento.

Il coinvolgimento del personale viene, inoltre, previsto almeno nelle seguenti attività :

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2022

- a) costruzione, revisione, implementazione di Linee Guida;
- b) progetti di miglioramento;
- c) costruzione di materiale informativo e di educazione per il personale e i cittadini utenti;
- d) effettuazione delle scelte : organizzative, delle attrezzature, delle tecnologie; della formazione;
- e) audit ed altre attività connesse alla valutazione ed al miglioramento.

Le metodologie per la partecipazione attiva del personale includono la raccolta di opinioni e pareri, problemi percepiti dal personale per quanto riguarda la sicurezza attraverso questionari; cassetta dei suggerimenti; riunioni, anche nella forma dell'assemblea.

23. RIFERIMENTI NORMATIVI. SITOGRAFIA

NAZIONALI

- 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”;
- 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”.
- 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”.
- Intesa del 20.03.2008 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente, che definisce l'ambito funzionale di competenza dei Servizi Sanitari Regionali in materia di gestione del rischio clinico e sicurezza dei pazienti.
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 integrato con il Decreto Legislativo n. 106/2009 recante “*Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro*”.
- Decreto Ministero della Salute dell' 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Decreto 11 dicembre 2009 – Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES) - alimentato attraverso le informazioni riguardanti le segnalazioni di eventi sentinella e delle denunce di sinistro.
- **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*”.

REGIONALI

- Determinazione della Regione Abruzzo 18 gennaio 2019 n. 14 avente ad oggetto “*L. n. 24 del 08.03.2017 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli*

esercenti le professioni sanitarie – Costituzione del Centro di gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente”.

□ Decreto del Commissario ad Acta n. 55/2016 del 10.06.2016 recante all’oggetto *“Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario Abruzzese 2016-2018”* che indica (intervento 6.2) quale obiettivo della Regione Abruzzo, l’introduzione di meccanismi in grado di misurare i risultati delle strutture accreditate pubbliche e private, per ciò intendendo – tra l’altro – il potenziamento degli strumenti necessari alla gestione del rischio clinico.

□ D.G.R. n. 78 del 28.02.2017 – siccome modificata ed integrata con D.G.R. n. 402 del 21.07.2017 – recante *“Approvazione delle nuove linee guida per la redazione degli atti aziendali”*, che prevede in seno all’organizzazione aziendale – Punto 5 Risk Management – l’attivazione da parte dell’Amministrazione Regionale, di un Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, coerentemente alla normativa vigente.

□ D.G.R. n. 265 del 22.05.2017 con la quale la Giunta Regionale Abruzzo ha approvato l’istituzione ex novo dell’Ufficio *“Gestione del Rischio clinico e sicurezza del paziente”* il quale esercita le funzioni dell’istituendo Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente di cui alla Legge n. 24 del 08.03.2017, al fine di garantire la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del risk management, a tutela del paziente per la migliore appropriatezza nell’utilizzo delle risorse disponibili.

SITOGRAFIA

□ Ministero della salute. Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure.
<http://www.salute.gov.it/portale/temi/>

□ Regione Lazio. Rischio Clinico.
<http://www.abruzzo.it/t/rlsanità>

□ AGENAS Rischio clinico e sicurezza del paziente.
<http://www.agenas.it/aree-tematiche>

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2022

ALLEGATI

- **Delibera di approvazione ed adozione del PARM 2022 del 20 gennaio 2022 (Allegato A).**
 - **Modello per la segnalazione degli eventi sentinella (Allegato B).**
-

**Il presente PARM è pubblicato sul sito istituzionale dell'Ente
con la Delibera di adozione.**

Passaggi S.r.l.

SEDE LEGALE : 00136 Roma – Via Quinto Fabio Pittore n. 28
SEDE AMMINISTRATIVA : 67061 Carsoli (AQ) – Via Roma n. 111

Tel./Fax 0863.992483 - e-mail : ctpassaggi@libero.it - PEC : ctpassaggi@dpec.it

DELIBERAZIONE del 20 gennaio 2022

OGGETTO : Approvazione ed adozione del Piano Annuale Risk Management (PARM) 2022 del presidio sanitario denominato S.R.T.2 “COMUNITA’ PASSAGGI” gestito da PASSAGGI S.r.l..

L’anno 2022 il giorno 20 del mese di gennaio alle ore 15,00 presso la sede amministrativa della società in Carsoli (AQ) Via Roma n. 111, il sottoscritto Dott. ANTONELLO ANGELINI, n.q. di amministratore e legale rappresentante di PASSAGGI S.r.l., con il presente atto

- vista 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”*;
- visto il Decreto Legislativo n. 502/1992 *“Riordino della disciplina in materia di sanità, a norma dell’art. 1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421 e sue modifiche e integrazioni”*;
- visto il 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”*;
- vista l’intesa del 20.03.2008 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente, che definisce l’ambito funzionale di competenza dei Servizi Sanitari Regionali in materia di gestione del rischio clinico e sicurezza dei pazienti;
- visto il 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”*;
- visto il Decreto Ministero della Salute dell’11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità (SIMES) - alimentato attraverso le informazioni riguardanti le segnalazioni di eventi sentinella e delle denunce di sinistro;
- vista la Determinazione della Regione Abruzzo 18 gennaio 2019 n. 14 avente ad oggetto *“L. n. 24 del 08.03.2017 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie – Costituzione del Centro di gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente”*;
- visto il Decreto del Commissario ad Acta n. 55/2016 del 10.06.2016 recante all’oggetto *“Piano di*

riqualificazione del Servizio Sanitario Abruzzese 2016-2018” che indica (intervento 6.2) quale obiettivo della Regione Abruzzo, l’introduzione di meccanismi in grado di misurare i risultati delle strutture accreditate pubbliche e private, per ciò intendendo – tra l’altro – il potenziamento degli strumenti necessari alla gestione del rischio clinico;

- vista la D.G.R. n. 78 del 28.02.2017 – siccome modificata ed integrata con D.G.R. n. 402 del 21.07.2017 – recante “*Approvazione delle nuove linee guida per la redazione degli atti aziendali*”, che prevede in seno all’organizzazione aziendale – Punto 5 Risk Management – l’attivazione da parte dell’Amministrazione Regionale, di un Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, coerentemente alla normativa vigente.

Considerato che

- la Legge n. 24 dell’8 marzo 2017 espressamente prevede (Art. 2 comma 4) che “*In ogni regione è istituito il Centro per la Gestione del Rischio Sanitario e la sicurezza del paziente*”;

- con D.G.R. n. 265 del 22.05.2017 la Giunta Regionale Abruzzo ha approvato l’istituzione ex novo dell’Ufficio “*Gestione del Rischio clinico e sicurezza del paziente*” il quale esercita le funzioni dell’istituendo Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente di cui alla Legge n. 24 del 08.03.2017, al fine di garantire la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del risk management, a tutela del paziente per la migliore appropriatezza nell’utilizzo delle risorse disponibili;

- la sicurezza del paziente costituisce per Passaggi S.r.l. la base per una buona assistenza sanitaria e un principio fondamentale del diritto alla salute.

Dato atto che :

- con Deliberazione del 20 gennaio 2020, è stato nominato il Risk Manager;

- con Deliberazione del 27 gennaio 2020 è stato costituito il Gruppo di Lavoro Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico e il Comitato Valutazione Sinistri;

- con Deliberazione del 05 marzo 2021 è stato sostituito un componente del Gruppo di Lavoro Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico.

Ritenuto, altresì, di approvare il Piano Annuale di Risk Management per l’anno 2022 (**Allegato A**)

DELIBERA

1. di approvare ed adottare, per le motivazioni espresse in premessa, l’allegato Piano Annuale di Risk Management (PARM) per l’anno 2022, che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo;
3. di pubblicare sul sito internet aziendale la presente delibera con allegato PARM – anno 2022.

PASSAGGI S.r.l.
Il legale rappresentante
Dott. Antonello Angelini

Passaggi S.r.l.

SEDE LEGALE : 00136 Roma – Via Quinto Fabio Pittore n. 28

SEDE AMMINISTRATIVA : 67061 Carsoli (AQ) – Via Roma n. 111

Tel./Fax 0863.992483 • e-mail : ctpassaggi@libero.it • PEC : ctpassaggi@dpec.it

MODULO SEGNALAZIONE EVENTO SENTINELLA (1)

Da consegnare al Risk Manager

e in copia alla Direzione Aziendale

Segnalatore : _____

Collaboratore Paziente Nome e Cognome _____

Evento verificatosi in data _____ alle ore _____

Dove è successo : Uffici Infermeria Spazi comuni Camera Scale

Bagno Altro _____

Chi era presente : Solo Altri pazienti Familiari Personale sanitario

Altro _____

Descrizione dell'evento :

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI CADUTE DEL PAZIENTE

Motivo : Perdita di forza Perdita di equilibrio Perdita di conoscenza

Inciampato Ignoto Scivolato con pavimento asciutto Scivolato con

pavimento bagnato Altro : _____

Tipo di calzatura: Aperta Chiusa Senza calzatura

Terapia in atto : _____

Esito dell'evento : _____

E' successo altre volte? Mai Qualche volta Spesso

Quali sono i tuoi suggerimenti perché non si verifichi di novo? _____

Data di compilazione _____

Firma _____

(1)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 :

- b) 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 a PASSAGGI S.r.l.

- 3. Procedura in paziente sbagliato;**
- 4. Errata procedura su paziente corretto (es. esecuzione di una procedura diagnostica/terapeutica diversa da quella prescritta);**
- 4. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;**
- 4. Morte o grave danno per caduta di paziente;**
- 5. Suicidio o tentato suicidio di paziente nella struttura sanitaria;**
- 6. Violenza su paziente (commissiva o omissiva) da chiunque compiuta all'interno di strutture sanitarie;**
- 7. Atti di violenza a danno di operatore da parte di pazienti, loro parenti, accompagnatori, visitatori;**
- 8. Morte o grave danno connesso al sistema di trasporto;**
- 9. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente dovuto ad errore o livelli assistenziali inferiori rispetto agli standard previsti.**