



**DELIBERAZIONE N. 1479 DEL 30 NOV. 2016**

Struttura proponente: Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management Centro di Costo: G0DG43JD1S	
Codice settore proponente: RMDG 002/2016 del 16/11/2016	
<b>Oggetto: Adozione del "Piano Annuale 2016 di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle attività di sicurezza dei pazienti"</b>	
L'estensore Dott. Antonio Silvestri 	<b>IL DIRETTORE GENERALE</b> Dott. Fabrizio d'Alba 
<b>Parere del Direttore Amministrativo: Dott.ssa Francesca Milito</b> <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto) Firma  _____ Data <u>30/11/2016</u>	
<b>Parere del Direttore Sanitario f.f. Dott.ssa Daniela Orazi</b> <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto) Firma  _____ Data <u>30/11/2016</u>	
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 aziendale. <div style="text-align: right; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Preso visione</div> Voce del conto Economico/Patrimoniale su cui si imputa l'importo: _____	
Visto del Dirigente addetto al controllo del budget economico aziendale: Direttore UOC Programmazione e Controllo di Gestione - Dr.ssa Miriam Piccini Firma  _____ Data <u>30/11/2016</u>	
<i>Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.</i>	
Responsabile del Procedimento: Dott. Antonio Silvestri Firma  _____ Data <u>16/11/2016</u>	
Il Dirigente: Dott. Antonio Silvestri Firma  _____ Data <u>16/11/2016</u>	

**IL DIRETTORE U.O.S.D. QUALITA', CERTIFICAZIONE E SICUREZZA DELLE CURE  
- RISK MANAGEMENT**

- VISTA** la Deliberazione n. 261/DG del 04/03/2015 relativa all'adozione dell'Atto di Autonomia Aziendale, approvato con DCA n. U00119 del 25.03.2015 e pubblicato sul BURL del 21.04.2015;
- VISTO** Il Decreto Legislativo 13 settembre 2012 n. 158, convertito in legge, con modificazioni dall'art. 1, comma 1, L. 8 novembre 2012 n. 189, che all'art. 3 bis prevede altresì che "al fine di ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi alla propria attività, le aziende sanitarie, nell'ambito della loro organizzazione e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, ne curano l'analisi, studiano e adottano le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi. Il Ministero della Salute e le Regioni monitorano, a livello nazionale e a livello regionale, i dati relativi al rischio clinico";
- VISTA** l'Intesa della Conferenza Stato - Regioni, seduta del 20 marzo 2008, che:
- al punto 1. promuove il monitoraggio degli eventi avversi, trasmessi al NSIS, attraverso uno specifico flusso (SIMES);
  - al punto 2. prevede: "Le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano...si impegnano a promuovere presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture private accreditate l'attivazione di una funzione aziendale permanente dedicata alla Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza dei pazienti";
  - al punto 8. prevede che il Ministero della Salute promuova l'attivazione dell'Osservatorio nazionale degli eventi sentinella a cui affluiscono i dati degli eventi sentinella, secondo quanto previsto;
  - al punto 11. prevede che l'ANSSR svolga funzioni di osservatorio nazionale sui sinistri e polizze assicurative;
- VISTO** il Decreto Ministeriale 11 dicembre 2009 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in Sanita'" (SIMES);
- VISTO** il DCA n. U00480 del 06/12/2013, recante la "Definitiva Adozione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio", ed in particolare l'Intervento 18.1 "Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi" e l'Intervento 18.6 "Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio assicurativo";
- VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale n. 42 del 31/01/2014 recante "Approvazione degli obiettivi da assegnare ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie all'atto della stipula del contratto;
- CONSIDERATO** che, in attuazione della suddetta DGR 42, in sede di stipula dei contratti con i Direttori Generali ed Enti del SSR sono stati assegnati due obiettivi di Risk Management, così formulati:
1. L'adozione ed attuazione di un piano aziendale per la gestione del rischio clinico, orientato alla sicurezza dei pazienti, operatori e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle

Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e contempra ruoli, responsabilità risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione;

2. la partecipazione al flusso di segnalazione SIMES previsto dalla normativa nazionale

che, in particolare, con riferimento all'obiettivo descritto sub1), nella suddetta DGR 42 si prevede che il Piano Annuale di Gestione del Rischio venga adottato entro 45 giorni decorrenti dalla pubblicazione delle Linee Guida Regionali;

**VISTA** la Determinazione n. G0412 del 01/04/2014 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-sanitaria con la quale sono state approvate le "Linee di indirizzo Regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza";

**VISTA** la nota trasmessa dalla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali – Area Programmazione Rete Ospedaliera e Risk Management (Registro Ufficiale U. 0388434 del 22/07/2016) avente come oggetto "Elaborazione e adozione Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2016" in cui si richiedeva alle strutture in indirizzo di adottare il documento secondo le indicazioni fornite nella presentazione allegata alla nota stessa e di trasmettere all'Area regionale i riferimenti documentali di adozione del provvedimento;

**CONSIDERATO** che con deliberazione n. 0391 del 01/04/2015 è stato adottato il PARM per il 2015 dall'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, in recepimento della Determinazione della Regione Lazio n. G04112 del 10/04/2014 "Linee di indirizzo per la stesura del piano annuale di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)";

**PRESO ATTO** che la UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management ha predisposto anche per l'anno 2016 il Piano annuale di Risk management (PARM) individuando ed esplicitando le strategie, le aree di intervento ed i progetti specifici da attuare in ambito aziendale in materia di risk management;

**VALUTATO** che il documento "Piano annuale 2016 di Risk management (PARM): Gestione del rischio clinico e delle attività di sicurezza dei pazienti" è stato redatto conformemente agli indirizzi regionali di cui alla citata Circolare prot.n. U0388434 GR 11 49 del 22 luglio 2016 nelle more dell'approvazione delle nuove Linee guida regionali per l'elaborazione del PARM;

**VERIFICATO** che il presente provvedimento non comporta nessuna spesa a carico dell'Azienda;

**ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

**PROPONE**

per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto,

- di approvare, per l'anno 2016, il Piano Annuale di Risk Management (PARM) in conformità alla previsione delle Linee di indirizzo regionali di cui alla Determinazione n. G04112 del 01/04/2014 e alla nota trasmessa dalla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali – Area Programmazione Rete Ospedaliera e Risk Management (Registro Ufficiale U. 0388434 del 22/07/2016);
- di dare mandato alla UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management di dare diffusione del Piano Annuale Risk Management 2016 a tutti i Direttori di Dipartimento, di Area, di UOC ed ai Coordinatori di UUOO mediante apposita campagna informativa e a tutti i livelli aziendali mediante pubblicazione sul sito intranet, nella sezione dedicata;
- di dare mandato alla suddetta UOSD di trasmettere il presente provvedimento alla Direzione Regionale Salute ed integrazione socio-sanitaria.

**IL DIRETTORE U.O.S.D. QUALITÀ, CERTIFICAZIONE E SICUREZZA DELLE CURE**

**- RISK MANAGEMENT**

*(Dott. Antonio Silvestri)*



**IL DIRETTORE GENERALE**

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del decreto legislativo 30.12.92 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00202 del 7 ottobre 2016 avente ad oggetto "Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini";
- VISTA** la propria ordinanza n. 1242 del 10 ottobre 2016;
- LETTA** la proposta di delibera, Adozione del "Piano Annuale 2016 di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle attività di sicurezza dei pazienti" presentata dal Direttore della UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

**DELIBERA**

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

- di approvare, per l'anno 2016, il Piano Annuale di Risk Management (PARM) in conformità alla previsione delle Linee di indirizzo regionali di cui alla Determinazione n. G04112 del 01/04/2014 e alla nota trasmessa dalla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali – Area Programmazione Rete Ospedaliera e Risk Management (Registro Ufficiale U. 0388434 del 22/07/2016);
- di dare mandato alla UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management di dare diffusione del Piano Annuale Risk Management 2016 a tutti i Direttori di Dipartimento, di Area, di UOC ed ai Coordinatori di UUOO mediante apposita campagna informativa e a tutti i livelli aziendali mediante pubblicazione sul sito intranet, nella sezione dedicata;
- di dare mandato alla UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management di trasmettere il presente provvedimento alla Direzione Regionale Salute ed integrazione sociosanitaria.

La struttura complessa proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

La presente deliberazione è composta di n. 30 pagine di cui n. 24 pagine di allegati nei termini indicati.

*Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale [www.scamilloforlanini.rm.it](http://www.scamilloforlanini.rm.it) per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.*

**IL DIRETTORE GENERALE***(Dott. Fabrizio d'Alba)*



Rev. 00 del 12/09/2016	<b>PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016</b>	Pag. 1 di 24
Cod. Doc.: RM 2016		

**PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016:  
 GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO  
 E DELLE ATTIVITA' PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI**

	Funzione e Nome	Firma	Data
<b>REDAZIONE E VERIFICA</b>	<b>Dott. Antonio Silvestri</b> <i>Risk Manager</i>		12/09/2016
<b>APPROVAZIONE</b>	<b>Dott. ssa Daniela Orazi</b> <i>Direttore Sanitario f.f.</i>		
<b>VALIDAZIONE</b>	<b>Dott. Fabrizio d'Alba</b> <i>Direttore Generale</i>		

Rev.	Data	Causale delle modifiche	Codifica
0.0	12/09/2016	Redazione annuale	<i>Dott. Antonio Silvestri</i>

<b>Lista di distribuzione(I livello)</b>
Direttore Sanitario
Direttore Amministrativo
Direttori di Dipartimento
Direttori di Strutture Complesse
Direttori di Strutture Semplici a valenza Dipartimentale; Responsabili di Strutture Semplici



Rev. 00 del 12/09/2016

Cod. Doc.: RM 2016

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016

Pag. 2 di 24

## INDICE

		Pag.
<b>1.</b>	<b>PREMESSA</b>	<b>3</b>
1.1	Contesto organizzativo	6
1.2	Descrizione degli eventi/sinistri nell'ultimo triennio	8
1.3	Descrizione della posizione assicurativa	8
1.4	Resoconto delle attività del PARM precedente	9
<b>2.</b>	<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM</b>	<b>10</b>
<b>3.</b>	<b>OBIETTIVI</b>	<b>10</b>
<b>4.</b>	<b>ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	<b>12</b>
<b>5.</b>	<b>MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM</b>	<b>22</b>
<b>6.</b>	<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	<b>22</b>
<b>7.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</b>	<b>24</b>



Rev. 00 del 12/09/2016

Cod. Doc.: RM 2016

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016

Pag. 3 di 24

## 1. PREMESSA

I dati della letteratura internazionale ormai da molti anni affermano la rilevanza – per i cittadini e per le strutture sanitarie - del tema della "Sicurezza dei Pazienti", sia in termini di costi umani sia economici.

Per questa ragione la sicurezza del paziente (*patient safety*) e la qualità dell'assistenza (*quality of care*) viene considerata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) un obiettivo prioritario da perseguire, con interventi coordinati che coinvolgano l'organizzazione sanitaria, gli Operatori sanitari e i Pazienti.

Il Sistema Sanitario è identificato quale Sistema complesso ed in un sistema complesso la probabilità che si verifichi un errore nelle prestazioni, sia pure altamente qualificate, è elevato. L'OMS ha messo sempre in evidenza, con i suoi documenti prodotti, che è necessità che "sia la stessa organizzazione sanitaria ad intervenire per assicurare ai pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure", confortata anche dai dati della letteratura scientifica internazionale che evidenziano come il problema degli errori ed eventi avversi in sanità rappresenti una vera e propria emergenza visti i rilevanti costi che comportano sia in termini di vite umane che economici.

La probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, viene definita come la probabilità che subisca un "*Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile*", per come espressamente citato nel Glossario del Ministero della Salute.

La sicurezza dei Pazienti deve essere continuamente presidiata, con azioni di monitoraggio e analisi diffondendo nello stesso tempo l'elaborazione di raccomandazioni e pratiche per la stessa sicurezza, interessando, altresì, di mano in mano il coinvolgimento di pazienti e cittadini, la formazione degli operatori sanitari, il RSPP, gli Istituti di Vigilanza, le componenti dell'INAIL, le forze di Polizia, le Istituzioni anche territoriali.

Tale approccio è definito come *Gestione del Rischio Clinico* che come tale rappresenta un elemento di Governo Clinico, il quale viene definito come "*il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica*".

Il Ministero della Salute ha individuato la gestione del rischio clinico come elemento strategico nelle attività di miglioramento continuo della qualità assistenziale, definendo le seguenti raccomandazioni:

- a. Individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- b. Elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- c. Promuovere eventi formativi per diffondere la cultura della prevenzione dell'errore;
- d. Promuovere la segnalazione dei "near miss";
- e. Sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta ed elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulla frequenza degli errori;

Rev. 00 del 12/09/2016

Cod. Doc.: RM 2016

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016

Pag. 4 di 24

- f. Garantire e monitorare un feedback informativo;
- g. Avviare la costituzione di un network per la realizzazione di una banca dati nazionale per la raccolta dei dati sulla sicurezza dei pazienti, anche al fine di istituire un osservatorio a livello centrale;
- h. Definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- i. Favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

In considerazione dell'elevato livello di complessità delle Aziende Sanitarie, diversi sono i "valori" di cui è necessario tenere conto e che devono essere tutelati:

- La sicurezza dei Pazienti (rischio clinico);
- La salute e la sicurezza dei Lavoratori (rischio lavorativo);
- La tutela dei dati e la privacy (rischio informativo);
- La correttezza amministrativa e contabile (rischio amministrativo e contabile);
- L'integrità della pubblica Amministrazione (rischi di conflitti d'interesse, incompatibilità, non trasparenza e corruzione).

Il miglioramento della Qualità deve essere obiettivo prioritario per l'Azienda: tale miglioramento riguarda sia le prestazioni e i processi assistenziali (sanitari, sociosanitari e sociali) sia le attività e i processi professionali, tecnici e amministrativi.

L'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini ha già adottato, negli anni 2014 e 2015, il "Piano Aziendale per la gestione del Rischio Clinico" con i quali venivano definiti gli obiettivi e le modalità di raggiungimento per aumentare la sicurezza dei Pazienti e degli Operatori sanitari.

Per la segnalazione degli eventi avversi e dei near miss è stata predisposta una scheda di segnalazione, disponibile con le istruzioni per il suo utilizzo, sul sito intranet aziendale alla pagina del Risk Management.

L'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, nel recepire il documento della Regione Lazio "Linee di indirizzo per la stesura del Piano Annuale di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (BURL 10/04/2014, Determina G04112)", attraverso il Piano Annuale di Risk Management, definisce gli obiettivi e le azioni da intraprendere a livello aziendale per il 2016, al fine del miglioramento della qualità delle cure e la prevenzione degli eventi avversi. Tale documento valorizza le iniziative intraprese nel precedente PARM del 2015, che costituiscono le basi per la continuità delle azioni e per l'avvio di nuove iniziative.

La scelta aziendale è stata quella di proseguire nell'attuazione di un progetto che, senza tralasciare gli aspetti tecnici relativi alle problematiche tecnologiche e strutturali, integrasse tutti gli ambiti della sicurezza: quelli clinici, concentrati sull'outcome delle prestazioni erogate e sulla soddisfazione degli utenti; quelli occupazionali, con particolare riguardo alla sicurezza degli operatori; quelli assicurativi, finalizzati alla prevenzione e alla gestione del contenzioso.

Questa decisione nasce anche da una consapevolezza che si fonda sulla Mission e sulla Vision aziendale e alla luce del Programma di Valutazione delle Aziende Sanitarie secondo i criteri della Joint Commission International (JCI).



Rev. 00 del 12/09/2016

Cod. Doc.: RM 2016

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016

Pag. 5 di 24

Il progetto prevede il coinvolgimento diretto di tutti i Direttori di Dipartimento, di UOC, UOSD, UOS, e Coordinatori Infermieristici, in un più ampio sistema di definizione delle precise competenze e responsabilità nell'erogazione dei servizi agli utenti. Nelle UU.OO. è stata pertanto attivata una rete di referenti in materia di qualità e rischio clinico, appositamente individuati, avendo cura di sceglierli a rappresentare tutte le professionalità esistenti in ciascuna di esse. Con loro sarà attivato uno specifico percorso formativo e di addestramento alle nuove metodologie di analisi per processi e saranno avviati specifici percorsi finalizzati a facilitare la condivisione della cultura della sicurezza e intraprese le necessarie azioni al fine del raggiungimento degli obiettivi strategici definiti. Tutto ciò nel tempo consentirà di stabilizzare l'indice di rischio e avviare una sua progressiva riduzione, a partire dalle condizioni rilevate come più critiche a seguito della mappatura dei principali processi a rischio, costruiti insieme agli operatori, con il conseguente vantaggio in termini di sicurezza del paziente ed economici per l'Azienda (riduzione dei costi assicurativi, di quelli connessi ad atteggiamenti professionali meramente difensivistici ed ai maggiori aggravii discendenti dalle attività di verifica e correzione dell'errore stesso).

Il lavoro è stato condotto definendo degli obiettivi ritenuti strategici per l'Azienda e inserendo gli stessi nell'ambito del processo di budgettizzazione al fine di ottenere la più ampia partecipazione possibile e favorire lo sviluppo della cultura della sicurezza.

*Un sincero e doveroso ringraziamento va a tutti i collaboratori in staff alla UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management (Roberto Locci, Marco Mastrucci, Alessandra Minardi, Danila Pennacchi, Cinzia Toccaceli) e a tutti gli operatori delle altre UUOO (UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera, UOSD Medicina Legale Ospedaliera, UOSD Formazione e Governo Clinico, UOSD Organizzazione sanitaria e reti, UOSD URP) e a tutti gli altri Uffici che hanno contribuito attivamente a fornire dati ed informazioni utili alla stesura di questo documento.*

IL RISK MANAGER

*Dott. Antonio Silvestri*

IL DIRETTORE GENERALE

*Dott. Fabrizio d'Alba*

Rev. 00 del 12/09/2016	PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016	Pag. 6 di 24
Cod. Doc.: RM 2016		

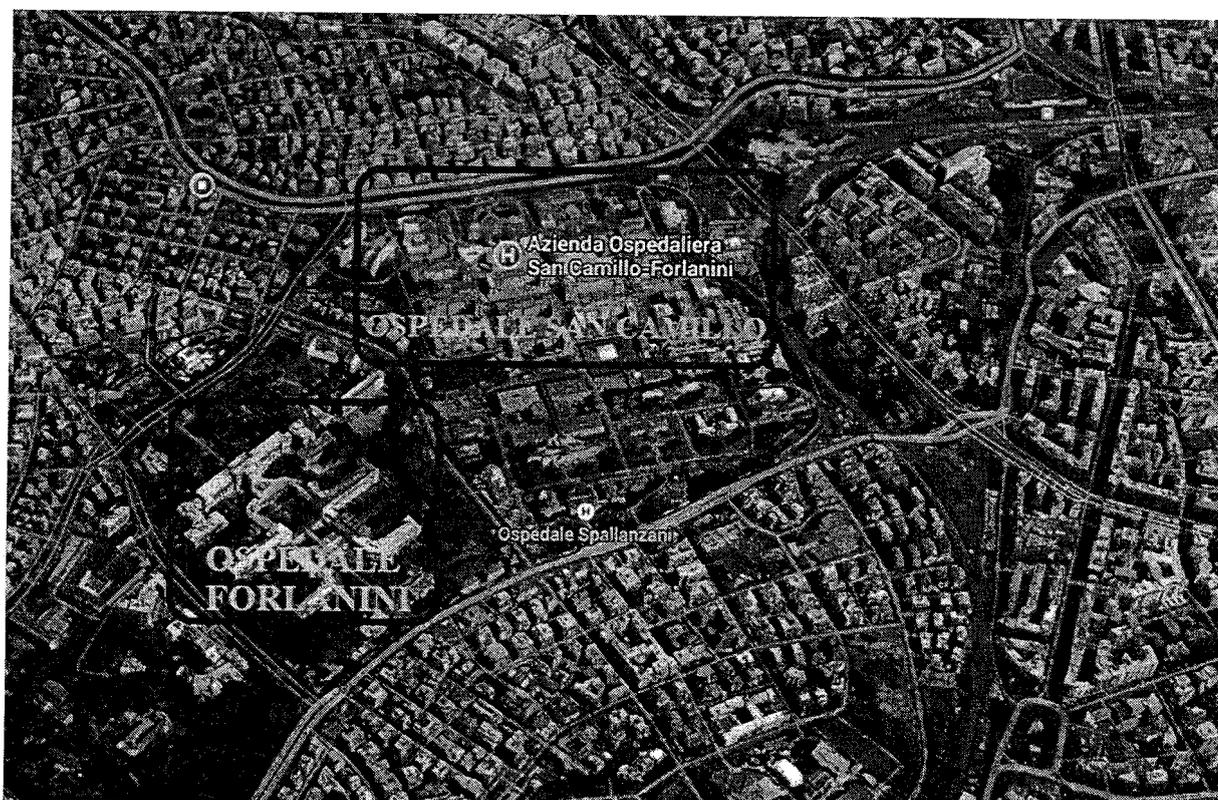
### 1.1. CONTESTO ORGANIZZATIVO (\*)

Al fine di illustrare la complessità ed il relativo profilo di rischio dell'Azienda San Camillo Forlanini (di seguito AOSCF) si rende necessaria un'analisi sintetica dell'organizzazione.

**Struttura:** l'AOSCF è ubicata nel quadrante ovest di Roma nel quartiere Monteverde, nel territorio del Municipio XII a confine col Municipio XI.

La sede legale è Roma - Via Circonvallazione Gianicolense, 87 - CAP 00152.

L'Ospedale S. Camillo occupa un'area complessiva di **238.000** mq con una superficie coperta di **53.400** mq ed ha una organizzazione a padiglioni.



<b>STRUTTURA</b>	N. Edifici: <b>25</b>	mq di superficie: <b>238.000</b>
	N. articolazioni territoriali: <b>1</b> presidio ospedaliero	Sedi periferiche: NO
<b>RISORSE UMANE</b>	N. dipendenti: <b>3961</b>	



Rev. 00 del 12/09/2016

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016

Pag. 7 di 24

Cod. Doc.: RM 2016

<b>ORGANIZZAZIONE</b>	N. Posti letto Ordinari: <b>709</b> di cui:  - <b>642</b> per acuti - <b>58</b> di Terapia Intensiva/Rianimazione - <b>9</b> di riabilitazione  <b>136</b> posti letto di Day Hospital, dei quali <b>2</b> di riabilitazione  Culle n. <b>35</b>	
	N. prestazioni ambulatoriali: <b>2.561.866</b>	
	N. branche specialistiche: <b>29</b>	
	N. terapie intensive e UTIC: <b>6 TT.II. + 1 UTIC</b>	posti letto: <b>51 + 7 UTIC</b>
	N. DAI: <b>9</b>	
<b>DEA</b>	N. totale accessi P.S.: <b>81.018</b> di cui:  - <b>54.554</b> P.S. Generale - <b>17.443</b> P.S. Pediatrico - <b>9.021</b> P.S. Ostetrico	
	HUB delle seguenti reti assistenziali specialistiche della Regione Lazio:  R. Trauma e Neurotrauma (ex DCA 76/2010) R. Ictus cerebrale acuto (ex DCA 75/2010) R. dell'Emergenza (ex DCA 73/2010) R. Oncologica (ex DCA 59/2010) R. Perinatale (ex DCA 56/2010) R. Cardiologica e Cardiochirurgica (ex DCA 74/2010) R. Rif. Macroarea3 Maxillo-facciale (ex DCA 78/2010)	
<b>CHIRURGIA</b>	N. Blocchi Operatori: 8 + B.O. Dipartimento Interaziendale Trapianti POIT c/o Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS  N. interventi chirurgici: <b>31.861</b> di cui: - 25.989 in elezione - 5.872 in urgenza	
<b>OSTETRICIA</b>	N. parti/anno: <b>2803</b>	Gravidanze a rischio: <b>916</b>

Rev. 00 del 12/09/2016

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016

Pag. 8 di 24

Cod. Doc.: RM 2016

### ATTIVITA' TRAPIANTOLOGICA

L'Azienda è sede del Centro Regionale per il Trapianto di cuore.

Presso l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS è presente il Centro Trapianti Interaziendale POIT, presso il quale vengono eseguiti trapianti di fegato, rene, rene da vivente e rene/pancreas. La UOC Ematologia esegue trapianti di staminali midollari. La UOC Oculistica esegue trapianti di cornea.

A cura del Coordinamento Locale Donazioni vengono prelevati organi solidi e cornee.

### SERVIZIO TRASFUSIONALE

E' presente il Servizio Trasfusionale, con le seguenti linee di attività: produzione di emocomponenti standard; produzione ed applicazione di emocomponenti per uso topico; raccolta e manipolazione di cellule staminali (CSE); Plasmaferesi; Eritroferesi; Aferesi terapeutica e Medicina Trasfusionale per le UU.OO. aziendali e le Strutture esterne afferenti/convenzionate.

(\*) dati aggiornati al 31/12/2015

### 1.2 DESCRIZIONE DEGLI EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO TRIENNIO

Anno	N. Eventi Avversi	N. Eventi Sentinella	N. Sinistri
2013	245	5	148
2014	174	11	156
2015	51	3	132

### 1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza e rel. Scadenza	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2013	Autoassicurazione	-	-	-	AON spa
2014	Autoassicurazione	-	-	-	AON spa
2015	Autoassicurazione	-	-	-	-



Rev. 00 del 12/09/2016

Cod. Doc.: RM 2016

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016

Pag. 9 di 24

#### 1.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PARM PRECEDENTE

Con Deliberazione n. 0391 del 01/4/2015, pubblicata sul sito aziendale e disponibile in intranet, è stato adottato il Piano Annuale di Risk Management, in conformità con le Linee Guida Regionali 2014.

Tra gli obiettivi strategici, e in coerenza con la *mission* aziendale, sono stati promossi e realizzati i seguenti interventi mirati al contenimento degli eventi avversi, ivi comprese le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA):

1. E' stata formalizzata l'adozione/revisione in tutte le UU.OO assistenziali della Scheda Unica di Terapia (SUT) e nelle UU.OO. di area oncologica della Scheda Unica di Chemioterapia (SUC) come da procedura aziendale, conforme alle Raccomandazioni ministeriali;
2. Presso tutte le UU.OO Chirurgiche è in uso la check-list di sala operatoria, conforme alle Raccomandazioni ministeriali;
3. E' stato accreditato il Corso Aziendale avanzato, obbligatorio per tutti i referenti della rete aziendale per la gestione del rischio clinico (1 profilo medico e 1 profilo infermieristico o altra professione sanitaria individuati per ogni UO);
4. E' stato istituito il Tavolo Permanente per la Sicurezza Aziendale, coordinato dal Risk manager, che rappresenta uno strumento operativo per l'elaborazione delle strategie aziendali in tema di sicurezza dei pazienti e degli operatori;
5. E' stato implementato il sistema di sorveglianza attiva della circolazione dei microrganismi sentinella e di monitoraggio delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA);
6. E' stato formalmente adottato il percorso aziendale per l'implementazione e il monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali in tema di gestione del rischio e sicurezza delle cure e delle delibere attuative delle specifiche procedure;
7. E' stata formalmente deliberata la rete aziendale dei referenti in materia di gestione del rischio clinico appositamente individuati.



Rev. 00 del 12/09/2016	PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016	Pag. 10 di 24
Cod. Doc.: RM 2016		

## 2. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce due specifiche responsabilità:

- quella del Risk Manager che redige e promuove lo stesso tenendo in debito conto le linee guida regionali ed aziendali in materia di risk management;
- quella della Direzione Strategica Aziendale che si impegna a fornire direttive (piano di budgeting, valutazione performance, definizione di specifici progetti aziendali) e risorse a tutte le macrostrutture coinvolte nel PARM.

Azione	Risk Manager	Direttore Generale	Direttore Sanitario aziendale	Direttore Amministrativo aziendale	Strutture Amministrative e Tecniche di supporto
Redazione PARM e proposta di delibera	R	C	C	C	-
Adozione PARM con delibera	I	R	C	C	-
Monitoraggio PARM	R	I	C	C	C

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

## 3. OBIETTIVI

Il piano annuale di risk management (PARM) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi.

L'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, con la figura del Risk Manager e attraverso le politiche di risk management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico - assistenziale e clinico - gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente.

Il PARM è quindi uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti e degli specifici contesti di lavoro.

Come già esposto nel PARM 2015, 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 diagnostiche, 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 2016, in continuità con quello dello scorso anno, si propone quindi di ridurre la possibilità di errori attivi da parte degli operatori, partendo dalla consapevolezza che le condizioni predisponenti di questi errori sono per la maggior parte a livello sistemico e che, pertanto, è questo il livello su cui concentrare le risorse in fase di rilevazione e analisi dei rischi.





Rev. 00 del 12/09/2016

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016

Pag. 11 di 24

Cod. Doc.: RM 2016

Il PARM 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 ruolo di promozione attiva del Risk Manager assume quindi, sempre più, una caratterizzazione d'indipendenza professionale alle dirette dipendenze della Direzione Strategica aziendale.

Secondo tale prospettiva, il Risk Manager rappresenta un facilitatore del cambiamento organizzativo che opera alle dirette dipendenze della Direzione strategica aziendale e la cui attività non può e non deve sollevare dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico - assistenziali, comprendendo nel termine "gestione" anche gli aspetti non direttamente di tipo sanitario ma che hanno rilevanza 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 Strategica un supporto indispensabile per intervenire nella complessa macchina organizzativa aziendale basandosi su dati certi, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa. Le attività previste nel PARM concorrono inoltre al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza e sostenibilità finanziaria nonché di quelli assegnati al Direttore Generale dalla Regione. Tutte le strutture aziendali, per quanto di competenza, collaborano con il Risk Manager per la riuscita degli interventi proposti nel PARM.

Inoltre, il PARM rappresentando l'esplicitazione delle politiche di analisi e prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli *stakeholders*.

Le attività che si realizzano attraverso il PARM fanno parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

Tutte le strutture aziendali, per quanto di competenza, collaborano con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARM.

La strategia definita si rifà alla necessità di passare da un sistema che subisce gli *eventi sfavorevoli* a un sistema che, invece, gestisce i *rischi*, ovvero la promozione del passaggio da un sistema *reattivo* ad un sistema prevalentemente *pro-attivo* e *preventivo*.

Il contributo delle diverse discipline professionali e il coinvolgimento dei diversi livelli organizzativi e gestionali sta alla base della corretta politica da perseguire.

Questo tipo di approccio getta le basi per una reale integrazione del risk management con gli altri sistemi gestionali presenti e giustifica la scelta di disegnare il risk management come un sistema che abbracci tutte le aree aziendali, intersecandosi con le strutture esistenti.

Sono quindi identificate tre dimensioni "core" di approccio al governo del rischio clinico:

1. quella **clinica**, concentrata sull'*outcome* dei trattamenti sanitari e sul rischio occupazionale per gli operatori sanitari;
2. quella **tecnica**, che pone attenzione agli aspetti tecnologici e strutturali;
3. quella **legale assicurativa**, che pone attenzione alla prevenzione e alla gestione del contenzioso.

Rev. 00 del 12/09/2016	PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016	Pag. 12 di 24
Cod. Doc.: RM 2016		

Tutti e tre gli aspetti vengono affrontati, all'interno del programma di risk management, in maniera globale ed integrata, pur nel rispetto delle competenze e responsabilità specifiche. Inoltre, la strategia perseguita è quella che, partendo dal principio ippocratico "*primum non nocere*", vuole diffondere la visione dell'errore come un'occasione di apprendimento e di miglioramento, abbandonando il comune atteggiamento di biasimo e colpevolizzazione.

Questo non significa trascurare le responsabilità davanti agli eventi avversi, ma vuol dire spostare l'attenzione sulle cause profonde che, se analizzate e controllate, possono evitare il ripetersi dell'evento in futuro.

Pertanto, nel recepire le Linee Guida regionali per la stesura del PARM ed in coerenza con la *mission* dell'Azienda sono stati identificati per l'anno 2016 i seguenti obiettivi strategici:

- 3.1 Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.**
- 3.2 Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e/o contenimento degli eventi avversi.**
- 3.2 Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.**
- 3.4 Partecipare alle attività regionali in tema di risk management, dandone evidenza documentale diretta o auto-dichiarata.**

#### **4. ATTIVITA' E RELATIVA MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

Le attività che si realizzano anche attraverso il PARM fanno parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali. Nelle tabelle che seguono sono riportate le principali attività che si intendono realizzare, con le relative matrici delle responsabilità.



Rev. 00 del 12/09/2016	PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016	Pag. 13 di 24
Cod. Doc.: RM 2016		

#### 4.1 **OBBIETTIVO N. 3.1: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE**

OBBIETTIVO N. 3.1: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
<b>ATTIVITÀ 1- Progettazione ed esecuzione del Corso ECM "Sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico"</b>		
<b>INDICATORE</b> Esecuzione di almeno 3 edizioni del corso entro il 31 dicembre 2016 Almeno 20 partecipanti per ogni edizione		
<b>STANDARD</b> SI		
<b>FONTE</b> UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management; UOSD Governo Clinico e Formazione		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Direttore UOSD Risk management</b>	<b>Direttore UOSD Formazione e Governo Clinico</b>
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	I	R
Esecuzione del corso	R	C

OBBIETTIVO N. 3.1: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
<b>ATTIVITÀ 2- Progettazione ed esecuzione del Corso ECM "La gestione del rischio clinico nei laboratori ospedalieri di tossicologia: mappatura dei rischi e strategie di minimizzazione dell'errore"</b>			
<b>INDICATORE</b> Esecuzione di almeno 3 edizioni del corso entro il 31 dicembre 2016 Almeno 20 partecipanti per ogni edizione			
<b>STANDARD</b> SI			
<b>FONTE</b> UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management; UOSD Governo Clinico e Formazione			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>Direttore UOSD Risk management</b>	<b>Direttore DEA</b>	<b>Direttore UOSD Formazione e Governo Clinico</b>
Progettazione del corso	C	R	C
Accreditamento del corso	I	I	R
Esecuzione del corso	R	C	C





Rev. 00 del 12/09/2016

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016

Pag. 14 di 24

Cod. Doc.: RM 2016

**OBIETTIVO N. 3.1: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE**

**ATTIVITÀ 3- Monitoraggio degli eventi avversi e dei near miss**

**INDICATORE**

Elaborazione della procedura aziendale per la segnalazione spontanea degli eventi avversi e dei near miss

**STANDARD**

SI

**FONTE**

UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Direttore Generale	Direttore Sanitario	Direttore UOSD Risk management
Redazione della procedura	I	C	R
Proposta di deliberazione alla Direzione Strategica	C	C	R
Adozione della Deliberazione	R	C	C

**4.2 OBIETTIVO N. 3.2: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI**

**OBIETTIVO N. 3.2: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA**

**ATTIVITÀ 1 - Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali in tema di sicurezza delle cure**

**INDICATORE**

Adozione con atti formali di procedura aziendale o altre forme di modalità di processo di ciascuna delle 17 raccomandazioni pubblicate alla data di adozione del presente documento

**STANDARD**

Almeno 5/17 Raccomandazioni entro la fine dell'anno 2016

**FONTE**

UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Direttore Generale	Direttore UOSD Risk management	Gruppo di lavoro aziendale
Promozione e produzione delle procedure	I	C	R
Proposta di deliberazione alla Direzione Strategica	C	R	I
Adozione della deliberazione	R	C	I



Rev. 00 del 12/09/2016	PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016	Pag. 15 di 24
Cod. Doc.: RM 2016		

<b>OBIETTIVO N. 3.2: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA</b>			
<b>ATTIVITÀ 2 – Monitoraggio dell'utilizzo della check-list di sala operatoria per interventi chirurgici in ricovero ordinario</b>			
<b>INDICATORE</b>			
Verifica a campione nelle cartelle di ricovero in UU.OO. Chirurgiche della presenza della check-list di sala operatoria e del livello di adeguatezza, con utilizzo della griglia predisposta dal Progetto del Policlinico Umberto I cui l'AOSCF ha aderito come azienda "pilota" e confronto con i dati raccolti nel 2015			
<b>STANDARD</b>			
Esaminare l'1.0 % del totale delle cartelle di ricovero ordinario; Redazione di report anno 2016 a confronto con report anno 2015			
<b>FONTE</b>			
UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>Direttore UOSD Risk management</b>	<b>Direttore Sanitario</b>	<b>Direttori UU.OO. Chirurgiche</b>
Selezione e raccolta del campione di cartelle	C	R	I
Esame delle check list di sala operatoria	R	C	I
Redazione report finale	R	C	C

<b>OBIETTIVO N. 3.2: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA</b>			
<b>ATTIVITÀ 3 – Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e contenimento dell'antibiotico-resistenza</b>			
<b>INDICATORE</b>			
Istituzione del Gruppo di Lavoro Multidisciplinare per la politica degli antibiotici denominato "Antimicrobial Stewardship Team"			
<b>STANDARD</b>			
SI			
<b>FONTE</b>			
UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management; Direzione Sanitaria Aziendale			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>Direttore Generale</b>	<b>Direttore Sanitario</b>	<b>Direttore UOSD Risk management</b>
Individuazione del gruppo	I	C	R
Proposta di deliberazione alla Direzione Strategica	I	C	R
Adozione della deliberazione	R	C	C



Rev. 00 del 12/09/2016

Cod. Doc.: RM 2016

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016

Pag. 16 di 24

OBIETTIVO N. 3.2: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA

**ATTIVITÀ 4 – Progetto Prevenzione delle infezioni Correlate all'Assistenza "L'antimicrobial stewardship e l'adesione alle procedure aziendali di prevenzione delle ICA"**

**INDICATORE**

% di UU.OO. coinvolte nel progetto

**STANDARD**

> 60 %

**FONTE**

UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management; CC-ICA

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

<b>Azione</b>	<b>Direttore Sanitario</b>	<b>Presidente CC-ICA</b>	<b>UOSD Risk management</b>	<b>Direttori di UU.OO</b>
Elaborazione progetto	C	C	R	I
Approvazione progetto	R	C	C	I
Partecipazione progetto	I	I	C	R
Monitoraggio e report finale	C	C	R	I

OBIETTIVO N. 3.2: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA

**ATTIVITÀ 5-Contenimento delle cadute dei pazienti**

**INDICATORE**

Elaborazione e approvazione di un piano aziendale per la prevenzione delle cadute dei pazienti

**STANDARD**

SI

**FONTE**

UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

<b>Azione</b>	<b>Direttore UOSD Risk management</b>	<b>Direttore Sanitario</b>	<b>GDL sulle Raccomandazioni Ministeriali</b>
Elaborazione piano	C	C	R
Approvazione piano	C	R	C

Rev. 00 del 12/09/2016
Cod. Doc.: RM 2016

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016
--

Pag. 17 di 24
---------------

<b>OBIETTIVO N. 3.2: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA</b>			
<b>ATTIVITÀ 6 – Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinici/organizzativi nelle UU.OO aziendale</b>			
<b>INDICATORE</b> Realizzazione di audit proattivi e reattivi in collaborazione con le strutture aziendali			
<b>STANDARD</b> Esecuzione di almeno 8 azioni di auditing (sia a seguito di Eventi Sentinella sia a seguito di segnalazioni spontanee interne o esterne (Ufficio Relazioni con il Pubblico, Tribunale per i Diritti del Malato) Redazione di relativa reportistica entro la fine del 2016			
<b>FONTE</b> UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management – URP - TDM			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
Azione	Direttore UOSD Risk management	Ufficio Relazioni con il Pubblico	UU.OO
Promozione e organizzazione del gruppo di auditing	R	C	C
Inserimento su Portale Regionale SIMES (in caso di Evento Sentinella)	R	I	I
Redazione di report finale di ciascuna azione di auditing	R	I	C

<b>OBIETTIVO N. 3.2: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA</b>			
<b>ATTIVITÀ 6 – Sorveglianza e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza</b>			
<b>INDICATORE</b> Redazione del Piano Aziendale di prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza e del relativo Regolamento			
<b>STANDARD</b> SI			
<b>FONTE</b> UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management – UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
Azione	Direttore Sanitario	Presidente CC-ICA	UOSD Risk management
Redazione del piano	I	C	R
Proposta di deliberazione alla Direzione Strategica	C	C	R
Adozione della deliberazione	R	C	I





Rev. 00 del 12/09/2016	<b>PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016</b>	Pag. 18 di 24
Cod. Doc.: RM 2016		

<b>OBIETTIVO N. 3.2: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA</b>
<b>ATTIVITÀ 7 – Sorveglianza e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza</b>
<b>INDICATORE</b> Definizione del Sistema Aziendale per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi ALERT nelle UU.OO. aziendali
<b>STANDARD</b> SI
<b>FONTE</b> UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management – UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>Direttore Sanitario</b>	<b>Presidente CC-ICA</b>	<b>UOSD Risk management</b>
Elaborazione del sistema	I	C	R
Approvazione del sistema	R	C	C

**4.3 OBIETTIVO N. 3.3: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE**

<b>OBIETTIVO N. 3.3: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE</b>
<b>ATTIVITÀ 1 – Gruppo di Lavoro aziendale per la sicurezza</b>
<b>INDICATORE</b> Istituzione di un tavolo permanente per la Sicurezza aziendale, coordinato dal Risk manager
<b>STANDARD</b> SI
<b>FONTE</b> UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>Direttore Generale</b>	<b>Direttore Sanitario</b>	<b>Direttore UOSD Risk management</b>
Proposta di istituzione del tavolo aziendale per la sicurezza	I	C	R
Approvazione della proposta	I	R	C
Atto deliberativo	R	C	I

Rev. 00 del 12/09/2016	PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016	Pag. 19 di 24
Cod. Doc.: RM 2016		

OBIETTIVO N.3.3: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE

**ATTIVITÀ 2 – Presa in carico delle vittime di violenza in emergenza**

**INDICATORE**

Formalizzazione di un Percorso Clinico Assistenziale di intervento per la presa in carico multidisciplinare delle donne e dei minori vittime di violenza in emergenza

**STANDARD**

SI

**FONTE**

UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management – Ufficio Relazioni con il Pubblico

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direttore Generale	Direttore UOSD Risk management	Direttore URP
Redazione del PCA	I	C	R
Atto deliberativo	R	I	I

**4.4 OBIETTIVO N. 4.4: PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT, DANDONE EVIDENZA DOCUMENTALE DIRETTA O AUTO-DICHIARATA**

OBIETTIVO N. 4.4: PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT, DANDONE EVIDENZA DOCUMENTALE DIRETTA O AUTO-DICHIARATA

**ATTIVITÀ 1 – Partecipazione ai lavori del Comitato Tecnico di Coordinamento Regionale e al tavolo di coordinamento di tutti i Risk Manager**

**INDICATORE**

Verifica della presenza alle riunioni organizzate dall'Area regionale di riferimento.

**STANDARD**

Partecipazione almeno all'80% delle riunioni convocate dall'Area di riferimento regionale nel corso dell'anno 2016

**FONTE**

Comitato Tecnico di Coordinamento Regionale; Ufficio presenze aziendale

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Regione Lazio Comitato Tecnico di Coordinamento	Direttore Generale	Direttore UOSD Risk management
Convocazione riunioni	R	I	C
Partecipazione riunioni	C	I	R
Redazione di un report finale alla Direzione strategica a fine anno 2016	I	I	R



Rev. 00 del 12/09/2016

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016

Pag. 20 di 24

Cod. Doc.: RM 2016

OBIETTIVO N. 4.4: PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT, DANDONE EVIDENZA DOCUMENTALE DIRETTA O AUTO-DICHIARATA

**ATTIVITÀ 2 - Partecipazione alla elaborazione del Documento Tecnico di indirizzo "La comunicazione dell'evento avverso: implementazione delle Linee Guida Ministeriali", Determina Regionale N. G14486 del 24/11/2015**

**INDICATORE**

Elaborazione documento

**STANDARD**

SI

**FONTE**

Regione Lazio, Area Rischio Clinico, Comitato Tecnico di Coordinamento Regionale

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Regione Lazio	Comitato Tecnico di Coordinamento	Gruppo di Lavoro
Elaborazione documento	I	C	R
Approvazione documento	I	R	C
Adozione del documento con determina	R	C	I

OBIETTIVO N. 4.4: PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT, DANDONE EVIDENZA DOCUMENTALE DIRETTA O AUTO-DICHIARATA

**ATTIVITÀ 3 - Partecipazione alla elaborazione del Documento Tecnico di indirizzo "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", Determina Regionale N. G14486 del 24/11/2015**

**INDICATORE**

Elaborazione documento

**STANDARD**

SI

**FONTE**

Regione Lazio, Area Rischio Clinico, Comitato Tecnico di Coordinamento Regionale

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Regione Lazio	Comitato Tecnico di Coordinamento	Gruppo di Lavoro
Elaborazione documento	I	C	R
Approvazione documento	I	R	C
Adozione del documento con determina	R	C	I



Rev. 00 del 12/09/2016	<b>PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016</b>	Pag. 21 di 24
Cod. Doc.: RM 2016		

OBIETTIVO N. 4.4: PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT, DANDONE EVIDENZA DOCUMENTALE DIRETTA O AUTO-DICHIARATA
<b>ATTIVITÀ 4 – Flusso SIMES 2: inserimento della scheda A sul portale regionale, entro 5 gg. dalla segnalazione</b>
<b>INDICATORE</b> % di schede A inserite sul portale regionale, entro 5 gg. dalla segnalazione
<b>STANDARD</b> = /> 95 %
<b>FONTE</b> UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management; Report LazioCrea

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
Azione	Direttore Generale	Direttore Sanitario	Direttore UOSD Risk management	Responsabile UO
Segnalazione evento sentinella	I	C	C	R
Inserimento scheda A su portale regionale	I	I	R	I

OBIETTIVO N. 4.4: PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT, DANDONE EVIDENZA DOCUMENTALE DIRETTA O AUTO-DICHIARATA
<b>ATTIVITÀ 5 – Flusso SIMES 2: inserimento della scheda B sul portale regionale, entro 45 gg. dalla segnalazione</b>
<b>INDICATORE</b> % di schede B inserite sul portale regionale, entro 45 gg. dalla segnalazione
<b>STANDARD</b> = /> 95 %
<b>FONTE</b> UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management; Report LazioCrea

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
Azione	Direttore Generale	Direttore Sanitario	Direttore UOSD Risk management	Responsabile UO
Attivazione audit	I	C	R	C
Inserimento scheda B su portale regionale	I	I	R	I



Rev. 00 del 12/09/2016	PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016	Pag. 22 di 24
Cod. Doc.: RM 2016		

## 5. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM

Il PARM 2016 sarà adottato con deliberazione aziendale; al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARM e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso:

- Presentazione del Piano all'interno del Collegio di Direzione;
- Pubblicazione del PARM sul sito aziendale nella sezione Intranet e Internet;
- Iniziative di diffusione del PARM a tutti gli operatori.

## 6. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. D. Lgs 502/92;
2. D. P.R. 14/01/97;
3. D. Lgs 229/99;
4. D. Lgs 254/00;
5. D. Lgs 81/08;
6. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
7. Decreto del Commissario ad acta 28 maggio 2013, n U00206 " Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della regione Lazio" a seguito del recepimento degli "standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, lett. B, Patto per la Salute 2010-2012" elaborati dal Comitato L.E.A.;
8. Circolare Ministeriale n.52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
9. Circolare Ministeriale n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
10. DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995;
11. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento;
12. PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena;
13. PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la

Rev. 00 del 12/09/2016

Cod. Doc.: RM 2016

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2016

Pag. 23 di 24

sorveglianza e il controllo delle complicità infettive legate all'assistenza sanitaria;

14. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008;
15. 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;
16. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
17. DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
18. Libro bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013";
19. Decreto Ministeriale 11 dicembre 2009 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in Sanità" (SIMES);
20. DCA n. U00480 del 06/12/2013, recante la "Definitiva Adozione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio", ed in particolare l'Intervento 18.1 "Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi" e l'Intervento 18.6 "Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio assicurativo"
21. Determinazione n. G01424 del 10 Febbraio 2014 con la quale è stato istituito il Gruppo di Lavoro "Comitato Tecnico di Coordinamento Rischio Clinico" avente, tra le altre, la funzione di elaborazione delle LLGG per la redazione del Piano annuale di attività aziendale dei Risk Manager e monitoraggio trimestrale dell'adozione ed attuazione del medesimo Piano Annuale
22. Determinazione n. G04112 del 01/04/2014 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria con la quale sono state approvate le "Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza"
23. Circolare (nota 99218) del 23 febbraio 2015, della Direzione Salute e Integrazione SocioSanitaria della Regione Lazio, in cui viene indicato il Modello organizzativo per lo sviluppo del percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei Pazienti.
24. Circolare Prot. n. U0388434 GR 1149 del 22 luglio 2016, della Direzione Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio, Area programmazione rete ospedaliera e risk management, in cui viene indicato il Modello di Elaborazione e Adozione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2016.



## 7. 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 "Save 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. Raccomandazione Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione)
7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza)
8. ISO Norme 9001:2000-e- 19011 Joint Commission
9. AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators  
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>

### SITOGRAFIA essenziale

[www.quic.gov/report/index.htm](http://www.quic.gov/report/index.htm)  
[www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=23&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=23&area=qualita&menu=formazione)  
[www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=250&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=250&area=qualita&menu=sicurezza)  
[www.esqh.net](http://www.esqh.net)  
[www.ashrm.org/asp/home/PDF/whitepaper.pdf](http://www.ashrm.org/asp/home/PDF/whitepaper.pdf)  
[www.safetyandquality.org/pdfs/firstreport.pdf](http://www.safetyandquality.org/pdfs/firstreport.pdf)  
[www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm](http://www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm)  
[www.cnoris.com](http://www.cnoris.com)  
[www.isqua.org.au/](http://www.isqua.org.au/)  
[www.sivrq.com](http://www.sivrq.com) (Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria)  
[www.aslromad.it](http://www.aslromad.it) - [rischio.clinico@aslroma3.it](mailto:rischio.clinico@aslroma3.it)  
[www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente](http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente)  
[http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI\\_TechSpec.aspx](http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec.aspx)  
<http://pathways.nice.org.uk/>  
<http://www.cineas.it/n/raccomandazioni-siquas-sull-audit-clinico-706-n.htm>  
<http://www.slowmedicine.it/>  
<http://95.110.213.190/PNEed13/index.php?action=login>  
<http://www.regione.toscana.it/pratiche-per-la-sicurezza>