



| Procedura Operativa | | | | | IDENTIFICATIVO PO 6.5.4 | PAGINA 1 di 9 |
|--|---------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| TITOLO | Capitolo MdQ | UNI EN ISO 9001:2015 | | | EMISSIONE | |
| PARM-PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT | 6 | Cap. 6 | Punto 5 | Paragr. 4 | Data 15.02.2019 | Rev. 0.0 |

1. PREMESSA

1.1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Gnosis, Cooperativa Sociale Onlus è stata fondata nel 1990 da un gruppo promotore composto da psicologi – psicoterapeuti provenienti dalla Facoltà di Psicologia dell’Università degli Studi di Roma “La Sapienza”.

Le finalità della Cooperativa Gnosis si fondano sulla necessità di offrire risposte articolate e differenziate ai problemi ed ai bisogni di persone con disagio psichico attraverso interventi mirati alla prevenzione, alla cura, all’assistenza ed al reinserimento sociale e lavorativo.

La metodologia Gnosis parte dal concetto di “farsi carico” della persona che si trova in una situazione di difficoltà psichica partendo anzitutto da un’analisi approfondita dei suoi bisogni finalizzata alla definizione e realizzazione di un Progetto Terapeutico – Riabilitativo

Individualizzato, all’interno di una rete di cura che includa Servizi, Istituzioni ed Agenzie sociali del territorio.

Secondo l’impostazione Gnosis il concetto di Cura è considerato un processo dinamico e flessibile che tende al superamento dei singoli aspetti terapeutici, per aderire invece all’idea secondo la quale il Progetto di cura deve essere necessariamente finalizzato a rispondere a esigenze e garantire il raggiungimento di obiettivi che consentano ad ognuno di esercitare il diritto di cittadinanza e di raggiungere una qualità di vita dignitosa e soddisfacente.

L’obiettivo principale della Gnosis è quello di coniugare gli aspetti tecnico – scientifici con quelli umanitari e sociali.

All’interno dei nostri Progetti cerchiamo di superare la “logica dei ruoli” per cui al termine di paziente abbiamo scelto di utilizzare il termine “persona” con la consapevolezza che il rapporto terapeutico è fondato sulla reciprocità: da un lato c’è il nostro impegno ad offrire e mettere a disposizione la nostra professionalità e le nostre competenze, dall’altro la persona ci arricchisce offrendoci la sua esperienza, la sua storia, i suoi affetti.

La Cura in psichiatria, a nostro avviso, non equivale semplicemente allo stabilire un rapporto di prestazione tra chi offre una competenza e chi la riceve: curare il disagio psichico significa avere la disponibilità ad entrare e condividere con “L’altro” la sofferenza e nello stesso tempo la speranza di uscire fuori da una situazione che spesso si presenta come “senza soluzione alcuna”.

Il disagio psichico inoltre non comporta solo conseguenze dal punto di vista psichico e medico ma la “persona” è, ancora di più, condizionata dallo stigma e dall’atteggiamento di esclusione a cui viene spesso sottoposta dalla società dando luogo all’emarginazione.

Chi soffre di un disagio psichico può essere esposto ad una doppia solitudine: da un lato rischia di perdere gli affetti più cari e dall’altro rischia di perdere il diritto stesso di cittadinanza.

La Gnosis intende contribuire ed impegnarsi nella lotta contro i pregiudizi sottesi al disagio psichico e promuovere un reale processo di inclusione sociale.



| Procedura Operativa | | | | | IDENTIFICATIVO PO 6.5.4 | PAGINA 2 di 9 |
|---------------------------------------|--------------|----------------------|------------|--------------|----------------------------|------------------|
| TITOLO | Capitolo MdQ | UNI EN ISO 9001:2015 | | | EMISSIONE | |
| PARM-PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT | 6 | Cap. 6 | Punto 5 | Paragr. 4 | Data 15.02.2019 | Rev. 0.0 |

La Gnosis è organizzata secondo 4 progetti: la SRTRe “La Grande Montagna”; la SRTRe “Gnosis Castelluccia”; il Centro Diurno “Informare”; i Progetti individualizzati IPS. Solo le due SRTRe dispongono di posti letto e sono quindi oggetto del presente PARM 2019.

1. Gnosis “La Grande Montagna”- **Struttura Residenziale Terapeutico – Riabilitativa di tipo estensivo.**

La Struttura Terapeutico - Riabilitativa di tipo estensivo “La Grande Montagna” si rivolge ad un'utenza psichiatrica giovane, di età compresa tra i 18 ed i 30 anni, di ambo i sessi, che presenta una situazione di disagio agli esordi, caratterizzata da risorse psichiche e capacità cognitive adeguate e compatibili con la metodologia di cura proposta. In particolare, ci si riferisce a situazioni cliniche riconducibili all'area dei Disturbi di Personalità ed a problematiche che più frequentemente colpiscono la popolazione giovanile, a partire dalla fase adolescenziale, e che per la loro complessità, dovuta anche alla presenza di fenomeni secondari di dipendenza (sostanze, alcool ecc) e comportamenti antisociali, richiedono un intervento altamente specialistico non rispondendo alle cure standard proposte in psichiatria.

La comunità è strutturata per ospitare un numero limitato di residenti (max. 10) ed il processo di cura prevede una durata media di circa 24 mesi, periodo questo che viene comunque gestito secondo un approccio dinamico e flessibile, sulla base delle esigenze presentate dai rispettivi utenti oltre che di Progetti Terapeutico – Riabilitativi individualizzati.

L'intervento di cura viene proposto all'interno di un contesto terapeutico finalizzato a promuovere processi di “cambiamento” strutturale, che consentano agli utenti di incrementare la propria consapevolezza e di raggiungere livelli di funzionamento mentale tali da garantire un efficiente recupero delle loro capacità cognitive e soprattutto relazionali. Per il raggiungimento degli obiettivi il Progetto Gnosis “La Grande Montagna” accanto agli interventi propri dell'ambito di cura comunitario propone una metodologia rivolta al nucleo familiare nel suo complesso e lo considera parte integrante del percorso comunitario attuando incontri di Psicoanalisi multifamiliare, recente acquisizione nell'ambito della cura del disagio psichico.

2. “Gnosis Castelluccia”- **Struttura Residenziale Terapeutico – Riabilitativa di tipo estensivo.**

La Struttura Terapeutico - Riabilitativa di tipo estensivo “Gnosis Castelluccia” si rivolge ad un'utenza psichiatrica compresa tra i 18 e i 45 anni circa, di ambo i sessi, che presenta situazioni cliniche riconducibili all'area del disagio psichico grave e che richiede uno specifico ed intensivo intervento di cura residenziale.

Il Progetto si rivolge a casi (max. 20 persone) in cui, nonostante una storia psichiatrica già conclamata e caratterizzata da precedenti interventi clinici e/o da esiti non favorevoli, presentano una condizione che lasci potenzialmente intravedere possibilità di cura e di riabilitazione.

Per quanto riguarda gli aspetti metodologici, considerando il particolare tipo di utenza che non sembra rispondere ai tradizionali strumenti psicoterapici, il Progetto della Comunità “Gnosis Castelluccia” propone un modello di intervento fondato su una terapia di contesto che a partire dalla dimensione terapeutica del quotidiano cerca di favorire l'integrazione tra gli aspetti intrapsichici e la realtà esterna.



| Procedura Operativa | | | | IDENTIFICATIVO PO 6.5.4 | PAGINA 3 di 9 | |
|--|---------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------------------|---------------------------|--------------------|
| TITOLO | Capitolo MdQ | UNI EN ISO 9001:2015 | | | EMISSIONE | |
| PARM-PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT | 6 | Cap. 6 | Punto 5 | Paragr. 4 | Data 15.02.2019 | Rev. 0.0 |

Il Progetto di cura è quindi strutturato per accogliere, secondo modalità flessibili e dinamiche, una serie eterogenea di richieste che abbiano come denominatore comune l'esigenza di rendere la persona più consapevole e competente dei propri aspetti sintomatici legati alla situazione di disagio. Per raggiungere questi obiettivi la Comunità oltre ad un insieme di attività terapeutiche, che includono interventi medico – sanitari, psicoterapeutici e di reinserimento psico-sociale, prevede una costante apertura verso l'esterno promuovendo attività rivolte al territorio e proponendosi come un “Laboratorio Sociale” all'interno del quale gli utenti possono sperimentare una qualità di socializzazione che, pur essendo ancora parzialmente protetta, consenta loro di acquisire e rafforzare le competenze necessarie al processo di reinserimento sociale.

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| SRTRe “La Grande Montagna” | 10 posti letto |
| SRTRe “Gnosis Castelluccia” | 20 posti letto |
| | |

1.2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Nell'anno 2018, per quanto riguarda:

- 1) la SRTRe Gnosis “La Grande Montagna” non si sono verificati eventi sentinella né eventi avversi né “Near Miss”;
- 2) la SRTRe “Gnosis Castelluccia” non si sono verificati eventi sentinella né eventi avversi né “Near Miss”;

Inoltre, andando a ritroso fino all'anno 2013, non si è avuto alcun sinistro né è stato quindi erogato alcun risarcimento.



| | | | | | | | |
|--|--|---------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------|---------------------------|--------------------|
| Procedura Operativa | | | | IDENTIFICATIVO PO 6.5.4 | | PAGINA 4 di 9 | |
| TITOLO | | Capitolo MdQ | UNI EN ISO 9001:2015 | | | EMISSIONE | |
| PARM-PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT | | 6 | Cap. 6 | Punto 5 | Paragr. 4 | Data 15.02.2019 | Rev. 0.0 |

| Tipo di evento | N° (e % sul totale degli eventi) | Principali fattori causali/contribuenti | Azioni di miglioramento | Fonte del dato |
|-------------------|----------------------------------|---|---|--|
| Near miss | 0 | Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) | Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) | Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) |
| Eventi avversi | 0 | Procedure/Comunicazione (%) | Procedure/Comunicazione (%) | Emovigianza (%) |
| Eventi sentinella | 0 | | | |

| Anno | N° sinistri | Risarcimenti erogati |
|------|-------------|----------------------|
| 2013 | 0 | 0 |
| 2014 | 0 | 0 |
| 2015 | 0 | 0 |
| 2016 | 0 | 0 |
| 2017 | 0 | 0 |
| 2018 | 0 | 0 |



| | | | | | | |
|--|---------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Procedura Operativa | | | | | IDENTIFICATIVO PO 6.5.4 | PAGINA 5 di 9 |
| TITOLO | Capitolo MdQ | UNI EN ISO 9001:2015 | | | EMISSIONE | |
| PARM-PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT | 6 | Cap. 6 | Punto 5 | Paragr. 4 | Data 15.02.2019 | Rev. 0.0 |

1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Nella tabella sottostante presentiamo i dati della posizione assicurativa dal 2015 a oggi.

| Anno | Polizza (scadenza) | Compagnia assicurativa | Premio | Franchigia | Brokeraggio |
|------|--------------------|------------------------|----------|------------|-------------|
| 2015 | 12.01.2016 | SARA ASSICURAZIONI | 3.200 | 0 | 0 |
| 2016 | 12.01.2017 | SARA ASSICURAZIONI | 3.420,14 | 0 | 0 |
| 2017 | 12.01.2018 | SARA ASSICURAZIONI | 3.641,02 | 0 | 0 |
| 2018 | 12.01.2019 | SARA ASSICURAZIONI | 3.200 | 0 | 0 |
| 2019 | 12.01.2020 | TUA ASSICURAZIONI | 2.766 | 0 | 0 |

1.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM PRECEDENTE

Nella tabella sottostante presentiamo le varie attività previste nel PARM per l'anno 2018, con indicazione della loro realizzazione ed eventuali criticità.

| Obiettivo a. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure. | | |
|---|-------------------|--|
| Attività | Realizzata | Stato di attuazione |
| 1. RIUNIONE DI EQUIPE SETTIMANALE 14,30-17 | Si | CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA – report settimanali |
| 2. CORSI SPECIFICI SULLA SICUREZZA (antincendio, BLSD) | Si | Registro partecipanti e fatturazione |
| 3. CORSI HACCP PER OPERATORI E UTENTI | Si | Registro partecipanti e fatturazione e certificazione HACCP |



| | | | | | | |
|--|---------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Procedura Operativa | | | | | IDENTIFICATIVO PO 6.5.4 | PAGINA 6 di 9 |
| TITOLO | Capitolo MdQ | UNI EN ISO 9001:2015 | | | EMISSIONE | |
| PARM-PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT | 6 | Cap. 6 | Punto 5 | Paragr. 4 | Data 15.02.2019 | Rev. 0.0 |

Obiettivo b Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

| Attività | Realizzata | Stato di attuazione |
|--|-------------------|--|
| 1. RIUNIONE DI EQUIPE SETTIMANALE 14,30-17 | Si | CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA – report settimanali |
| 2. Registro (monitoraggio giornalieri delle assunzioni) | Si | Registro giornaliero cartaceo assunzioni |
| 3 programma farmaci (gestisce archivio, segnala i farmaci in scadenza ecc.) | Si | programma informatizzato presente nel pc sala farmaci |
| 4. Supervisione mensile delle due équipes LGM e Gnosis Castelluccia da docente esterno (4 ore al mese) | Si | Registro presenze e fatturazione |
| 5. Incontri con supervisore esterno per lavorare sulla gestione dei rapporti gruppal | Si | Registro presenze e fatturazione |



| | | | | | | |
|--|---------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Procedura Operativa | | | | | IDENTIFICATIVO PO 6.5.4 | PAGINA 7 di 9 |
| TITOLO | Capitolo MdQ | UNI EN ISO 9001:2015 | | | EMISSIONE | |
| PARM-PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT | 6 | Cap. 6 | Punto 5 | Paragr. 4 | Data 15.02.2019 | Rev. 0.0 |

| Obiettivo c) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture. | | |
|---|------------|---|
| Attività | Realizzata | Stato di attuazione |
| 1. RIUNIONE DI EQUIPE SETTIMANALE 14,30-17 | Si | CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA – report settimanali |
| 2. Incontri con supervisore esterno per lavorare sulla gestione dei rapporti gruppal | Si | Registro presenze e fatturazione |
| 3. Supervisione mensile delle due équipes LGM e Gnosis Castelluccia da docente esterno (4 ore al mese) | Si | Registro partecipanti e fatturazione |

³ Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

| Azione | Risk manager | Direttore Generale | Direttore sanitario | Direttore di struttura | 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 |



| | | | | | | |
|--|---------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Procedura Operativa | | | | | IDENTIFICATIVO PO 6.5.4 | PAGINA 8 di 9 |
| TITOLO | Capitolo MdQ | UNI EN ISO 9001:2015 | | | EMISSIONE | |
| PARM-PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT | 6 | Cap. 6 | Punto 5 | Paragr. 4 | Data 15.02.2019 | Rev. 0.0 |

Legenda:

R – Responsabile

C – Coinvolto

I - Interessato

3. OBIETTIVI

La Gnosis persegue i seguenti 4 obiettivi strategici:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture;
- partecipare alle attività regionali in tema di risk management.

4. ATTIVITÀ

Nella tabella sottostante presentiamo le attività previste per il raggiungimento di ognuno dei 4 obiettivi.

| | | |
|---|----------------------------------|---------------------|
| Obiettivo a) diffondere la cultura della sicurezza delle cure | | |
| Attività 1 – RIUNIONE DI EQUIPE SETTIMANALE 14,30-17 | | |
| Indicatore – esecuzione settimanale come da report in cartella clinica informatizzata. | | |
| Standard - SI | | |
| Fonte – Responsabile di Struttura | | |
| Matrice delle responsabilità | | |
| Azione | Responsabile di Struttura | Risk Manager |
| Esecuzione | R | C |

| |
|--|
| Obiettivo a) diffondere la cultura della sicurezza delle cure |
|--|



| | | | | | | |
|--|---------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Procedura Operativa | | | | | IDENTIFICATIVO PO 6.5.4 | PAGINA 9 di 9 |
| TITOLO | Capitolo MdQ | UNI EN ISO 9001:2015 | | | EMISSIONE | |
| PARM-PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT | 6 | Cap. 6 | Punto 5 | Paragr. 4 | Data 15.02.2019 | Rev. 0.0 |

| | | |
|---|---------------------|------------------------|
| Attività 2 – CORSI SPECIFICI SULLA SICUREZZA: 2018 Corso sulla sicurezza Aziendale (evacuazione, vie di fuga, estintori) | | |
| Indicatore – esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2019 | | |
| Standard - SI | | |
| Fonte – Dir. Az | | |
| Matrice delle responsabilità | | |
| Azione | Direzione Az | Risk Management |
| Progettazione del corso | R | C |
| Accreditamento del corso | R | I |
| Esecuzione del corso | R | I |

| | | |
|---|---------------------|------------------------|
| Obiettivo a) diffondere la cultura della sicurezza delle cure | | |
| Attività 3 – CORSI HACCP PER OPERATORI E UTENTI | | |
| Indicatore – esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2019 | | |
| Standard - SI | | |
| Fonte – Dir. Az | | |
| Matrice delle responsabilità | | |
| Azione | Direzione Az | Risk Management |
| Progettazione del corso | R | C |
| Accreditamento del corso | R | I |
| Esecuzione del corso | R | I |



| | | | | | | |
|--|---------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Procedura Operativa | | | | | IDENTIFICATIVO PO 6.5.4 | PAGINA 10 di 9 |
| TITOLO | Capitolo MdQ | UNI EN ISO 9001:2015 | | | EMISSIONE | |
| PARM-PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT | 6 | Cap. 6 | Punto 5 | Paragr. 4 | Data 15.02.2019 | Rev. 0.0 |

Obiettivo b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

Attività 1 Registro (monitoraggio giornalieri delle assunzioni dei farmaci)

Indicatore – Registro giornaliero cartaceo assunzioni dei farmaci

Standard - SI

Fonte – Direzione di Struttura

Matrice delle responsabilità

| Azione | Direzione di Struttura | Direzione Az. e Risk Manager |
|-------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Esecuzione | R | I |

Obiettivo b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

Attività 2 programma farmaci (gestisce archivio, segnala i farmaci in scadenza ecc.)

Indicatore – Programma informatizzato presente nel pc sala farmaci

Standard - SI

Fonte – Direzione di Struttura

Matrice delle responsabilità

| Azione | Direzione di Struttura | Direzione Az. e Risk Manager |
|-------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Esecuzione | R | I |



| | | | | | | |
|--|---------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Procedura Operativa | | | | | IDENTIFICATIVO PO 6.5.4 | PAGINA 11 di 9 |
| TITOLO | Capitolo MdQ | UNI EN ISO 9001:2015 | | | EMISSIONE | |
| PARM-PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT | 6 | Cap. 6 | Punto 5 | Paragr. 4 | Data 15.02.2019 | Rev. 0.0 |

| | | |
|--|----------------------------------|---------------------|
| Obiettivo b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi. | | |
| Attività 3 – RIUNIONE DI EQUIPE SETTIMANALE 14,30-17 | | |
| Indicatore – esecuzione settimanale come da report in cartella clinica informatizzata. | | |
| Standard - SI | | |
| Fonte – Direzione di Struttura e cartella clinica informatizzata | | |
| Matrice delle responsabilità | | |
| Azione | Responsabile di Struttura | Risk Manager |
| Esecuzione | R | I |

| | | |
|--|----------------------------|------------------------|
| Obiettivo b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi. | | |
| Attività 4 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “corso base di Gestione del Rischio Clinico” | | |
| Indicatore – esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2019 | | |
| Standard - SI | | |
| Fonte – Direzione Aziendale | | |
| Matrice delle responsabilità | | |
| Azione | Direzione Aziendale | Risk Management |
| Progettazione del corso | C | R |
| Accreditamento del corso | R | C |



| | | | | | | |
|--|---------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Procedura Operativa | | | | | IDENTIFICATIVO PO 6.5.4 | PAGINA 12 di 9 |
| TITOLO | Capitolo MdQ | UNI EN ISO 9001:2015 | | | EMISSIONE | |
| PARM-PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT | 6 | Cap. 6 | Punto 5 | Paragr. 4 | Data 15.02.2019 | Rev. 0.0 |

| | | |
|-----------------------------|----------|----------|
| Esecuzione del corso | R | C |
|-----------------------------|----------|----------|

| | | |
|--|----------------------------------|---------------------|
| Obiettivo b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi. | | |
| Attività 5 Supervisione mensile delle due équipes LGM e Gnosis Castelluccia da docente esterno (4 ore al mese) | | |
| Indicatore – Registro presenze e fatturazione | | |
| Standard - SI | | |
| Fonte – Direzione di Struttura | | |
| Matrice delle responsabilità | | |
| Azione | Responsabile di Struttura | Risk Manager |
| Esecuzione | R | I |

| | | |
|--|----------------------------------|---------------------|
| Obiettivo b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi. | | |
| Attività 6 Incontri con supervisore esterno per lavorare sulla gestione dei rapporti gruppal | | |
| Indicatore – Registro presenze e fatturazione | | |
| Standard - SI | | |
| Fonte – Direzione di Struttura | | |
| Matrice delle responsabilità | | |
| Azione | Responsabile di Struttura | Risk Manager |
| Esecuzione | R | I |



| | | | | | | |
|--|---------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------------------|---------------------------|--------------------|
| Procedura Operativa | | | | IDENTIFICATIVO PO 6.5.4 | PAGINA 13 di 9 | |
| TITOLO | Capitolo MdQ | UNI EN ISO 9001:2015 | | | EMISSIONE | |
| PARM-PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT | 6 | Cap. 6 | Punto 5 | Paragr. 4 | Data 15.02.2019 | Rev. 0.0 |

| | | |
|---|----------------------------------|---------------------|
| Obiettivo c) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture. | | |
| Attività 1 – RIUNIONE DI EQUIPE SETTIMANALE 14,30-17 | | |
| Indicatore – esecuzione settimanale come da report in cartella clinica informatizzata. | | |
| Standard - SI | | |
| Fonte – Direzione di Struttura e cartella clinica informatizzata | | |
| Matrice delle responsabilità | | |
| Azione | Responsabile di Struttura | Risk Manager |
| Esecuzione | R | I |

| | | |
|---|----------------------------------|---------------------|
| Obiettivo c) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture. | | |
| Attività 2 Supervisione mensile delle due équipes LGM e Gnosis Castelluccia da docente esterno (4 ore al mese) | | |
| Indicatore – Registro presenze e fatturazione | | |
| Standard - SI | | |
| Fonte – Direzione di Struttura | | |
| Matrice delle responsabilità | | |
| Azione | Responsabile di Struttura | Risk Manager |
| Esecuzione | R | I |



| | | | | | | |
|--|---------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Procedura Operativa | | | | | IDENTIFICATIVO PO 6.5.4 | PAGINA 14 di 9 |
| TITOLO | Capitolo MdQ | UNI EN ISO 9001:2015 | | | EMISSIONE | |
| PARM-PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT | 6 | Cap. 6 | Punto 5 | Paragr. 4 | Data 15.02.2019 | Rev. 0.0 |

| | | |
|---|----------------------------------|---------------------|
| Obiettivo c) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture. | | |
| Attività 3 Incontri con supervisore esterno per lavorare sulla gestione dei rapporti gruppal | | |
| Indicatore – Registro presenze e fatturazione | | |
| Standard - SI | | |
| Fonte – Direzione di Struttura | | |
| Matrice delle responsabilità | | |
| Azione | Responsabile di Struttura | Risk Manager |
| Esecuzione | R | I |

Legenda:

R – Responsabile

C – Coinvolto

I – Interessato

5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

Il Piano Annuale di Risk Management (PARM) verrà diffuso a livello Aziendale mediante:

- Presentazione alle équipes da parte di Risk Manager e Direttori Sanitari
- Pubblicazione sul portale aziendale nella sezione Intranet ed Internet (nella sezione Amministrazione Trasparente)
- Invio via mail agli operatori

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

- 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



| Procedura Operativa | | | | IDENTIFI CATIVO PO 6.5.4 | PAGINA 15 di 9 | |
|--|---------------------|-----------------------------|--------------------|---|----------------------------|---------------------|
| TITOLO | Capitolo MdQ | UNI EN ISO 9001:2015 | | | EMISSIONE | |
| PARM-PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT | 6 | Cap. 6 | Punto 5 | Paragr. 4 | Data 15.02.2019 | Rev. 0.0 |

strutture pubbliche e private”;

3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”

4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;

5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;

6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;

7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;

8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante “Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131”;

9. Determinazione Regionale n. G04112 del 01 aprile 2014 recante “Approvazione del documento recante: ‘Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)’”;

10. Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio;

11. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti”;

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

13. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del documento recante ‘Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”;

14. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti’”;

15. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”;

16. Determinazione Regionale n. G14075 del 18 ottobre 2017 recante “Approvazione del ‘Documento di indirizzo per l’implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi’”;

17. Nota prot. U0583694 del 17 novembre 2017 della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali – Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Risk Management recante “Adempimenti LEA 2017”;

18. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro



| Procedura Operativa | | | | | IDENTIFICATIVO PO 6.5.4 | PAGINA 16 di 9 |
|--|---------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| TITOLO | Capitolo MdQ | UNI EN ISO 9001:2015 | | | EMISSIONE | |
| PARM-PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT | 6 | Cap. 6 | Punto 5 | Paragr. 4 | Data 15.02.2019 | Rev. 0.0 |

Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;

19. Determinazione Regionale n. G01226 del 2 febbraio 2018 recante “Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017”

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 “Safe Surgery Save Live”
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione
7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza

Marino (Roma), 15 febbraio 2019

Il Risk Manager
Dr. Ugo Corrieri