

**Struttura Residenziale Socio Riabilitativa
"Eunos" sas di Fabi Silvio & C.**

Via Napoli, 221-00076 LARIANO (RM) Tel.-FAX 069648167
www.eunos.it pec: eunossas@pec.it email :fabisilvio@alice.it
P.IVA 06396681006

**PIANO ANNUALE DI
RISK MANAGEMENT
(PARM)
2020**

INDICE

1. PREMESSA	
1.1. <i>Contesto organizzativo</i>	pag. 3
1.2. <i>Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati</i>	pag. 3
1.3. <i>Descrizione della posizione assicurativa</i>	pag. 4
2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM	pag. 5
3. OBIETTIVI	pag. 5
4. ATTIVITÀ	pag. 6
5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM	pag. 9
6. RIFERIMENTI NORMATIVI	pag. 10
7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	pag. 11

1. PREMESSA

1.1 Contesto organizzativo

La Società "EUNOS" è una Organizzazione che opera da molti anni nella realizzazione e gestione di servizi socio sanitari residenziali psichiatrici. Il core business della Azienda è la gestione di servizi socio sanitarie socio assistenziali riabilitativi. La Società, al fine del presente documento, gestisce le seguenti attività:

La Società è composta da tre soci lavoratori, 7 lavoratori direttamente assunti e 6 collaboratori liberi professionisti ed ha un capitale sociale sottoscritto pari ad € 11.000,00.

La Struttura afferisce al Distretto Sanitario della ASL Roma 6. Opera essenzialmente nel territorio della Provincia di Roma ed in particolare nell'Ambito della ASL Roma 6. Su tale territorio e precisamente a Lariano (Roma) in via Napoli 221, è presente la SRSR EUNOS accreditata e convenzionata con DCA n° U00028 del 23/01/2015. La Società è iscritta alla Camera di Commercio di Roma al REA numero RM-967756. Il numero della Partita Iva e Codice Fiscale è 06396681006. La Posta certificata aziendale è eunossas@pec.it; il telefono della SRSR EUNOS è il numero 06 964 81 67; il sito web istituzionale è www.eunos.it. Il core business della Azienda è la gestione di servizi socio sanitari e socio riabilitativi, la Società, al fine del presente documento, gestisce la seguente attività:

- Struttura Residenziale Socio Riabilitativa h 24: EUNOS, sita in via Napoli 221, 00076 Lariano (Roma) Accreditata per 10 posti letto con DCA n° U00028 del 23/01/2015.
Contatto: Tel.06 9648167 mail: info@eunos.it

Struttura	Posti letto notturni/diurni	Attività	Titolo Accredитamento
EUNOS	10	RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	DCA n° U00028 del 23/01/2015

1.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017, tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie 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. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria". Atteso che nell'anno 2019 non si sono evidenziati eventi avversi come si evince dalla tabella sotto riportata e sufficiente pertanto a soddisfare il bisogno informativo richiesto si rappresenta che non risultano essere presenti versioni precedenti al presente PARM atteso che la modalità di redazione è stata ufficializzata dalla Regione Lazio nell'anno corrente con Determinazione N. G00164 del 11/01/2019. Al fine di ottemperare a tale obbligo viene predisposta la seguente tabella e la conseguente relazione che dettaglia i risultati ottenuti:

Eventi segnalati nel 2019 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ^(B)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss ^(A)	0	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/Comunicazione (0%)	Strutturali (0%) Tecnologiche (0%) Organizzative (0%) Procedure/Comunicazione (0%)	Strutturali (0%) Tecnologiche (0%) Organizzative (0%) Procedure/Comunicazione (0%)
Eventi Avversi ^(A)	0			
Eventi Sentinella ^(A)	0			

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

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

Come si evince dalla tabella sopra esposta non si sono verificati eventi avversi e/o sinistri nell'annualità indicata pertanto non sarà condotta alcuna relazione consuntiva. L'art. 4 c. 3 della L. 24/2017 prevede inoltre che "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio".

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

Anno	N. Sinistri ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2015	0	0
2016	0	0
2017	0	0
2018	0	0
2019	0	0
Totale	0	0

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

1.3 Descrizione della posizione assicurativa

L'azienda ha stipulato nuova apposita polizza assicurativa secondo quanto previsto dalla Legge 08/03/2017 n.24 in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2018	30/06/2019	Generali	3.500,00		
2019	1/07/2020	Generali	3.500,00		

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

Azione	Risk Manager	Direttore Generale	Direttore Sanitario	Direttore Amministrativo
Redazione PARM	R	C	C	C
Adozione PARM	I	R	I	R
Monitoraggio PARM	R	I	C	-

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

3. OBIETTIVI

I quattro obiettivi strategici regionali sono i seguenti:

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

Per l'anno 2020, il Gruppo di lavoro sul Rischio Clinico ha ritenuto opportuno implementare azioni specifiche sui primi due obiettivi ed in particolare:

- Obiettivo A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure verrà declinato nei diversi anni in una serie di attività che vanno dalla organizzazione di corsi di formazione, all'introduzione di strumenti di risk analysis negli obiettivi di budget delle singole attività, all'utilizzo di sistemi informativi per la diffusione di dati e report sulla qualità delle prestazioni sanitarie.
- Obiettivo B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, si articolerà nella progettazione e implementazione di attività legate all'utilizzo degli strumenti di risk assessment (come l'Incident Reporting, o l'analisi delle cartelle cliniche) o di risk analysis (come l'utilizzo degli audit di rischio clinico); nell'elaborazione o revisione di procedure volte al recepimento di documenti nazionali e internazionali o, ancora, in attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita dagli utenti o di umanizzazione delle cure. Per ogni attività verrà definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo standard che ci si prefigge di raggiungere. In relazione alla sua complessità, ogni attività andrà scomposta in una o più azioni elementari che verranno declinate in una matrice delle responsabilità specifiche. Le attività che si sviluppano su un arco temporale pluriennale sono declinate e sviluppate comunque per singolo anno.

Al fine del raggiungimento degli obiettivi la azienda si è dotata dei seguenti strumenti:

1. Nomina del Risk Manager e coinvolto nel Gruppo analisi eventi avversi;
2. Mappatura dei rischi almeno mediante l'analisi delle segnalazioni pervenute tramite Incident Reporting o altre modalità di comunicazione, processo interno di auditing, monitoraggio delle cartelle cliniche al fine di verificare della qualità della documentazione sanitaria, analisi dei Reclami, analisi del Contenzioso, analisi del fenomeno infortunistico;
3. Corsi di informazione/formazione degli operatori mirati alla diffusione della cultura della sicurezza ed all'apprendimento degli strumenti e tecniche di gestione del rischio;
4. Introduzione di Buone Pratiche secondo riferimenti regionali, nazionali ed internazionali;
5. Attività di informazione ai cittadini e caregivers;
6. Definizione della matrice delle responsabilità delle figure coinvolte previste dal PARM. In particolare il Risk Manager, che ha la responsabilità complessiva di coordinamento del PARM il quale agirà in piena autonomia decisionale e risponderà del proprio operato alla Direzione della Società.

4. ATTIVITÀ

In questa sezione vengono elencate le attività previste nel 2020 per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti. Con Determina Regione Lazio n. G00164 del 11/01/2019 ha previsto espressamente la declinazione di un minimo di cinque attività su almeno due obiettivi tra quelli declinati nell'apposita sezione del presente documento. Per l'anno 2020, il Gruppo di lavoro sul Rischio Clinico ha ritenuto opportune implementare azioni specifiche sui primi due obiettivi:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure
- Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione, in due sessioni, di un "Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico"		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2020		
STANDARD SI		
FONTE Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 2 - Progettazione e realizzazione del corso di formazione per gli operatori sul rischio clinico in Azienda. Due sessioni formative su “La cultura della gestione del rischio clinico – la scheda incident reporting”		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2020		
STANDARD SI		
FONTE Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	C

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 3 - Progettazione ed esecuzione di una sessione formativa su “La Cartella Clinica quale strumento delle prestazioni sanitarie e sicurezza delle cure”. Una sessione formativa su “La Cartella Clinica quale strumento delle prestazioni sanitarie e sicurezza delle cure”		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 30/12/2020		
STANDARD SI		
FONTE Direttore Sanitario		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Direttore Sanitario	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	C

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI;		
ATTIVITÀ 1 - Revisione e verifica della Procedura "Consenso informato".		
INDICATORE Utenti presenti nella struttura e modulistica compilata prevista dalla Istruzione lavoro "Consenso Informato"		
STANDARD SI		
FONTE Direttore Sanitario		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direttore Sanitario
Verifica Cartelle Sanitarie	C	R
Revisione	C	R

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI;			
ATTIVITÀ 2 - Il ruolo del paziente e del caregiver nella gestione della sicurezza: elaborazione di un opuscolo informativo da consegnare ai pazienti della struttura e loro familiari.			
INDICATORE Elaborazione di un opuscolo informativo da consegnare ai pazienti della struttura e loro familiari entro il 31/12/2020			
STANDARD SI			
FONTE Risk Manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager	Direttore Sanitario	Responsabile Formazione
Elaborazione opuscolo	C	R	C
Consegna opuscolo	C	C	R

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

5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

- Pubblicazione sul sito web istituzionale www.eunos.it;
- Presentazione all'Organo di amministrazione della Società;
- Presentazione agli Operatori della struttura;
- Rilascio copia alla Direzione sanitaria della struttura

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
2. D.P.R.14 gennaio 1997 recante “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n.419”;
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n.81, integrato con il Decreto legislativo n.106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
7. Circolare Ministeriale n.8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
8. DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995;
9. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 -DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento;
10. 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;
11. PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria;
12. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008;
13. 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;
14. 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”;
15. DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
16. Libro bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo2008-2013"
17. 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”;
18. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre2016 recante “Approvazione del documento recante “Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”;
19. Determinazione Regionale n.G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”;
20. 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”;

21. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017;
22. Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”;
23. Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”.

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Rigby K, Clark RB, Runcinean WB: Adverse events in health care: setting priorities based on economic Evaluation; 1999; J Qual Clin Practice,19:7-12;
2. Rosenthal MM, Sutcliffe KMeds; Medical error. What do we know? What do we do?; 2002 Jossey Bass;
3. Reason J, Human errors: models and management, 2000 BMJ; 320;
4. Reason J, Carthey J, de Leval MR, Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective Risk management; 2001; Quality in health care; Dec; 10 Suppl 2; 21-51;
5. Vincent C; Clinical Risk Management Enhancing patient safety; II Ed. London 2001; BMJ Publications;
6. A cura di Dipartimento della Qualità, Direzione generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema Ufficio III- Ministero della Salute-, Manuale per la Formazione degli Operatori Sanitari;
7. Barbiero Roberto, De Masi Ercole, Sirotti Gaudenzi Andrea: Rischio Clinico e mediazione del contenzioso giudiziario; Maggioli Editori, 2013;
8. Bizzarri Giancarlo, Farina Massimo: Strategia e gestione del rischio clinico nelle organizzazioni sanitarie. Approcci, modalità, strumenti e risultati; Franco Angeli Editore, 2012;
9. Fiorani Matteo, Forgeschi Guglielmo, La gestione del rischio clinico. Dalla consapevolezza alla sicurezza; LA Feltrinelli, 2009;
10. Barresi Gustavo, Il rischio clinico nelle aziende ospedaliere. Strumenti di analisi e profili di gestione; Franco Angeli Editore, 2014;
11. Luca Benci, Alessia Bernardi, Alberto Fiore, Tiziana Frittelli, Vittorio Gasparrini, Maurizio Hazan, Pietro Martinengo, Daniele Rodriguez, Walter Rossi, Riccardo Tartaglia, Alberto Tita “Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria” Commentario alla Legge 24/2017; Quotidiano Sanità Edizioni, Marzo 2017;
12. www.quic.gov/report/index.htm
13. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=23&area=qualita&menu=formazione
14. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=250&area=qualita&menu=sicurezza
15. www.esqh.net
16. www.ashrm.org/asp/home/PDF/whitepaper.pdf
17. www.safetyandquality.org/pdfs/firstreport.pdf
18. www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm;
19. www.cnoris.com;

20. www.isqua.org.au/
21. www.sivrq.com(SocietàItalianaperlaQualitàdell'AssistenzaSanitaria);
22. www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente;
23. http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec.aspx;
24. <http://pathways.nice.org.uk/>
25. <http://www.cineas.it/n/raccomandazioni-siquas-sull-audit-clinico-706-n°htm>;
26. <http://www.slowmedicine.it/>;
27. <http://95.110.213.190/PNEed13/index.php?action=login>