



Via Verona 18; via Livorno 25 Roma

PROGRAMMA ANNUALE RISK MANAGEMENT PARM 2023

INDICE

1.PREMESSA	pag. 2
<i>1.1. Contesto organizzativo</i>	pag. 2
<i>1.2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati</i>	pag 3
<i>1.3. Descrizione della posizione assicurativa</i>	pag. 4
<i>1.4. Resoconto delle attività del PARM precedente</i>	pag. 5
2.MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM	pag. 5
3.OBIETTIVI	pag. 5
4.ATTIVITÀ	pag.6
5) ATTIVITA' INTEGRATIVE COVID-19	pag.7
6.MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM	pag. 7
7.RIFERIMENTI NORMATIVI	pag. 7
8.BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	pag. 8
9. APPENDICE	pag.10

1. PREMESSA

La Sicurezza del Paziente e la Qualità dell'assistenza sono obiettivi prioritari dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. La Sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private è tenuto a concorrere tutto il personale. Tale documento integra la procedura di Qualità PGQ 11 sul Rischio Clinico.

1.1 Contesto Organizzativo

La CMPH SRL è un Centro di Riabilitazione non residenziale, ex art 26, per persone con disabilità fisica psichica e sensoriale dipendenti da qualsiasi causa. Opera nel territorio della ASL RM1 ed eroga trattamenti riabilitativi ambulatoriali e domiciliari in regime di accreditamento definitivo con la Regione Lazio. In ottemperanza a quanto previsto dalle disposizioni generali per l'accreditamento di tutte le strutture sanitarie DCA n. U00469 del 7 novembre 2017, l'organizzazione rispetta i seguenti criteri di qualità:

- 1) E' provvista di copertura assicurativa per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera anche per danni cagionati dal personale a qualsiasi titolo operante presso la struttura CMPH.
- 2) Adotta un modello organizzativo gestionale ed un correlato codice etico per la prevenzione dei reati ai sensi del D.lgs. 231/2001 (Procedura di qualità PGQ 12)
- 3) Adotta un sistema di gestione della qualità secondo Standard ISO 9001:2015
- 4) Adotta una procedura specifica di Qualità per la prevenzione e gestione del Rischio Clinico (PGQ 11)
- 5) Assicura l'adozione di modelli organizzativi conformi alle norme e in linea con criteri di flessibilità, integrazione, condivisione, umanizzazione e personalizzazione assistenza
- 6) Garantisce uniformità di accesso ai servizi, qualità tecnica degli interventi, qualità organizzativa, sicurezza degli operatori e degli utenti, valorizzazione professionale
- 7) Adotta un proprio protocollo per i criteri di formazione della lista di attesa [Link Liste Attesa](#)

Struttura Territoriale Centro di Riabilitazione non residenziale

DATI STRUTTURALI

Denominazione	CMPH SRL Centro Medico-Riabilitativo
Sede Legale	Roma, via Lucio Papirio 116
Sedi Operative	Roma, via Verona 18, via Livorno 25
Direzione Generale	Dott.ssa Rossella Ferrazza
Direzione Sanitaria	Dott. Patrizio Campofiorito
Direzione UO RISK Management	Dott. Angelo Ferrazza
Accessi giornalieri accreditati sede via Verona 18	N. 230
Accessi giornalieri accreditati sede via Livorno 25	N. 195
ASL	RM 1
REGIONE	LAZIO

DATI ATTIVITA'

SEDE	ANNO	N ACCESSI	TASSO OCCUPAZIONE	GIORNI LAVORO
VIA VERONA 18	2019	59.365	94%	275
	2018	57.060	92%	278
	2022	61.683	95%	277
VIA LIVORNO 25	2019	51.494	97%	275
	2018	49.897	94%	278
	2022	52.518	98%	277

1.2 Relazione consuntiva eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Eventi segnalati nel corso dell'anno 2022

Tipo Evento	% eventi tot.	Fattori causali/contribuenti	Azioni miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	Nessuno			Questionario Rischio Clinico
Evento Avverso	Nessuno			Questionario Rischio Clinico

Evento Sentinella	Nessuno			Questionario Rischio Clinico
--------------------------	---------	--	--	------------------------------

Glossario di riferimento

Evento avverso: Ogni accadimento che ha causato danno o ne aveva la potenzialità causato dalla gestione clinica (errore) piuttosto che dalla patologia del paziente (complicanza). Un evento avverso attribuibile ad errore è un evento avverso prevenibile.

Evento sentinella: è un evento avverso che sollecita ulteriori analisi ed indagini ogni volta che si verifica. Il verificarsi di un solo evento sentinella è già sufficiente per dar luogo ad una indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili.

Quasi evento (Near Miss): ogni evento che avrebbe potuto ma non ha originato un evento avverso, per fortuna o per abilità di gestione.

Fattori Causali/Contribuenti: possono essere Strutturali, Tecnologici, Organizzativi, comunicazione

Azioni di Miglioramento: possono essere strutturali, tecnologiche, organizzative e comunicative

Fonte del dato: il dato può provenire da Moduli di Incident Reporting, Sinistri, Farmacovigilanza etc.

Sinistrosità e Risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio

Anno	N Sinistri	Risarcimenti Erogati
2022	nessuno	Nessuno
2021	Nessuno	Nessuno
2020	Nessuno	Nessuno
2019	Nessuno	Nessuno
2018	Nessuno	Nessuno
2017	Nessuno	Nessuno
2016	Nessuno	Nessuno
2015	Nessuno	Nessuno
Totale		

1.3 Descrizione posizione assicurativa

anno	Polizza/scadenza	compagnia	premio	franchigia	brockeraggio
2023	N.13106CS	Sara Assicurazioni			
2022	N.13106CS	Sara Assicurazioni			
2021	N.13106CS	Sara Assicurazioni			
2020	N.13106CS	Sara Assicurazioni			
2019	N.13106CS	Sara Assicurazioni			
2018	N.13106CS	Sara Assicurazioni			

1.4 Resoconto Attività PARM precedente

Obiettivo:

Attività	Realizzata Standard	Stato di attuazione
tipo	SI	Evidenze
	NO	motivi

2 MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM

Azione	Risk Manager	Direzione Generale	Direzione Sanitaria
Redazione	R	C	C
Adozione	I	R	C
Monitoraggio	R	I	C

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

3 OBIETTIVI DEL PARM

- 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 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 di Risk Management

4 ATTIVITA'

OBIETTIVO a) diffondere la cultura della sicurezza delle cure			
ATTIVITÀ N.1: Corso di formazione in Risk Management			
INDICATORE: Piano di formazione			
STANDARD: Formazione sulla sicurezza			
FONTE: UO RM			
MATRICE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk Manager	Direzione generale	Direzione sanitaria
Progettazione	R	I	C
Accreditamento	C	R	I
esecuzione	R	I	C

OBIETTIVO a) diffondere la cultura della sicurezza delle cure			
ATTIVITÀ N-2: Intranet Aziendale			
INDICATORE: Archivio condiviso. SIS aziendale			
STANDARD: comunicazione			
FONTE: Amministratore Sistema Operativo Aziendale			
MATRICE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk Manager	Direzione generale	Amministratore SIS
Progettazione	R	I	C
Accreditamento	C	R	I
esecuzione	R	I	C

OBIETTIVO b) Migliorare appropriatezza assistenziale e organizzativa			
ATTIVITÀ N.3: Modello organizzativo gestionale Risk Management inserito nel sistema Qualità aziendale			
INDICATORE: PGQ 11			

STANDARD: Qualità ISO			
FONTE: UO di RM			
MATRICE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk Manager	Direzione generale	Direzione Sanitaria
Progettazione	R	I	C
Accreditamento	C	R	I
esecuzione	R	I	C

OBIETTIVO b) Migliorare appropriatezza assistenziale e organizzativa			
ATTIVITÀ N.4: Implementazione Sistema Qualità secondo standard più recenti			
INDICATORE: Certificazione Qualità standard ISO			
STANDARD: iISO			
FONTE: UO di QUALITA'E RM			
MATRICE RESPONSABILITA'			
Azione	Responsabile Qualità	Direzione generale	Direzione Sanitaria
Progettazione	R	I	I
Accreditamento	C	R	I
esecuzione	C	R	I

OBIETTIVO c) Visione unitaria sicurezza pazienti/operatori/struttura			
ATTIVITÀ N.5: Analisi e mappatura dei rischi			
INDICATORE: Piano della sicurezza			
STANDARD: sicurezza operativa e strutturale			
FONTE: Responsabile esterno della Sicurezza			
MATRICE RESPONSABILITA'			
Azione	Responsabile Sicurezza	Direzione generale	Direzione Sanitaria
Progettazione	R	I	I
Accreditamento	C	R	I
esecuzione	C	R	I

5) INTEGRAZIONE ATTIVITÀ PARM EMERGENZA COVID-19 MARZO 2020

OBIETTIVO b) Migliorare appropriatezza assistenziale e organizzativa			
ATTIVITÀ N.1 bis: Procedura di Qualità specifica COVID-19			

INDICATORE: PGQ COVID-19			
STANDARD: sicurezza delle cure			
FONTE: UO di QUALITA'E RM			
MATRICE RESPONSABILITA'			
Azione	Responsabile Qualità	Direzione generale	Direzione Sanitaria
Progettazione	R	I	I
Accreditamento	C	R	I
esecuzione	C	R	I

OBIETTIVO b) Migliorare appropriatezza assistenziale e organizzativa			
ATTIVITÀ N.2 bis: Procedura di integrazione per la valutazione del rischio chimico			
INDICATORE: Piano della sicurezza			
STANDARD: prevenzione del rischio			
FONTE: Responsabile della Sicurezza, Medico Competente			
MATRICE RESPONSABILITA'			
Azione	Responsabile Sicurezza	Direzione generale	Direzione Sanitaria
Progettazione	R	I	I
Accreditamento	C	R	I
esecuzione	R	I	C

OBIETTIVO b) Migliorare appropriatezza assistenziale e organizzativa			
Aggiornamento del documento di valutazione dei rischi			
INDICATORE: Piano della sicurezza			
STANDARD: prevenzione del rischio			
FONTE: Responsabile della Sicurezza, Medico Competente			
MATRICE RESPONSABILITA'			
Azione	Responsabile Sicurezza	Direzione generale	Direzione Sanitaria
Progettazione	R	I	C
Accreditamento	I	R	I
esecuzione	C	I	R

6 MODALITA' DI DIFFUSIONE PARM:

- a) **Pubblicazione sul sito internet**
- b) **Pubblicazione sulla Intranet aziendale alla voce archivio condiviso**

7 RIFERIMENTI NORMATIVI

1. 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”
2. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”;
3. 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”;
4. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
5. 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”.
6. Determinazione 11 gennaio 2019 n.G00164: Approvazione ed adozione del documento recante le linee guida per l’elaborazione del piano annuale di Risk Management (PARM).
7. Determinazione 11 Giugno 2019, n. G00163: Approvazione ed adozione del documento recante le Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza (PAICA).
8. Ordinanza Presidente della Regione Lazio 17 aprile 2020, n. Z00031: Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019: prevenzione, contenimento e gestione dei focolai da SARS - COV-2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali.
9. Regione Lazio: Documento Sorveglianza Operatori Sanitari. Prima revisione 23 marzo 2020
10. Regione Lazio: Questionario per la valutazione del rischio di esposizione al Virus COVID-19 per operatori sanitari. Versione 21 marzo 2020.
- 11 Ordinanza del Presidente della Regione Lazio 17 aprile 2020, n. Z00030
Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica. Disposizioni in merito alla campagna di vaccinazione antinfluenzale e al programma di vaccinazione anti pneumococcica per la stagione 2020-2021.

8 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";
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&me

9 APPENDICE

MATRICE MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE RM (PGQ 11)

FASI RM	PROCESSO	STRUMENTI OPERATIVI	MODULISTICA	MONITORAGGIO
<i>Identificazione Rischio</i>		Incident Reporting IR Mappatura del rischio Documentazione Clinica	Modulo IR Mappa del Rischio Consenso Informato	Indicatori Generali
<i>Analisi Rischio</i>	<i>Proattiva</i>	Questionario Soddisfazione Pazienti Questionario Soddisfazione Operatori Questionario Rischio Clinico Cartella Clinica Riabilitativa Safety Work Round (SWR) Report Annuale Formazione Ricerca Percorsi Terapeutici Clinico Assistenziali PTCA	Moduli Questionari Specifici CCR standardizzata Questionario SWR Grafico di Report Modulo Attività	Indicatori Specifici
<i>Analisi Rischio</i>	<i>Reattiva</i>	Root Cause Analysis RCA Audit Clinico Cartella Clinica Riabilitativa	Modulo RCA Report di Audit CCR standardizzata	Indicatori Specifici
<i>Trattamento Rischio</i>		Assicurazione RC Struttura e Operatori	Contratti Assicurazione	Indicatori Generali

STANDARD E INDICATORI DI SICUREZZA CMPH PGQ 11

STANDARD DI SICUREZZA SPECIFICI	INDICATORI DI SICUREZZA SPECIFICI
La cartella clinica riabilitativa è redatta secondo standard di Qualità previsti dalle linee guida di riabilitazione e misurati da relativi indicatori	Cartella Clinica Riabilitativa
E' valutata l'efficacia della prevenzione, analisi e gestione degli eventi avversi	Questionario Rischio Clinico

E' valutata la soddisfazione degli operatori in merito alla identificazione dei ruoli, efficacia della comunicazione interna, formazione e clima interno	Questionario Soddisfazione Operatori
E' valutata la soddisfazione del paziente in merito alla efficacia della comunicazione ricevuta dagli operatori, alla sicurezza e qualità dell'assistenza	Questionario Soddisfazione Pazienti
Sono valutati la qualità della formazione e l'aggiornamento professionale continuo e strutturato e la produzione scientifica	Report Formazione Produzione Scientifica
Sono operativi e strutturati Audit Clinici, Giro della sicurezza e Root Cause Analysis RCA	Report di Audit
Il trattamento delle varie patologie è strutturato in Percorsi Clinico Assistenziali - PTCA	Percorsi Clinico Assistenziali
Il paziente è coinvolto in on programma di umanizzazione	Programmi di Umanizzazione

STANDARD DI SICUREZZA CCR	INDICATORI DI SICUREZZA CCR
E' identificata la necessità riabilitativa	COD. ICD10 Diagnosi Principale
E' identificata la Complessita' clinico-assistenziale	COD. ICD10 Diagnosi Secondaria
Sono valutate le abilità residue	COD. I.C.F.
E' valutata la disabilità presente	Scale Disabilità
E' garantita la interdisciplinarietà dell'assistenza	Equipe Multidisciplinare
E' garantita la comunicazione medico/paziente	Consenso Informato
E' garantita la continuità delle cure	Lettera Dimissione
E' garantita l'appropriatezza delle cure	Linee Guida

Roma 02/01/2023

Il Responsabile di Risk Management

Dott. Angelo Ferrazza

Il Rappresentante Legale CMPH

Dott.ssa Rossella Ferrazza