



Sede legale ed operativa : 00047 Marino (Roma) – via Boville n. 1

---

**S.R.T.R.e.**

**“LA GRANDE MONTAGNA”**

**S.R.T.R.e.**

**“GNOSIS CASTELLUCCIA”**

---

**“PIANO AZIENDALE DI RISK  
MANAGEMENT (PARM) 2019”**

**Gestione del rischio clinico e delle  
attività per la sicurezza dei pazienti**

---

	<b>FUNZIONE E NOME</b>	<b>FIRMA</b>	<b>DATA</b>
<b>REDAZIONE E VERIFICA</b>	<b>Dott. Ugo Corrieri Risk Manager</b>		<b>15.02.2019</b>
<b>VALIDAZIONE</b>	<b>Consiglio di Amministrazione Delibera del CdA del 24.05.2019</b>	<b>Presidente</b>  <b>Vice Presidente</b>  <b>Consigliere</b>	

## **INDICE**

<b>1. SICUREZZA DELLE CURE E RISCHIO CLINICO : FUNZIONE DELL'UFFICIO AZIENDALE DI RISK MANAGEMENT .....</b>	<b>3</b>
<b>2. IL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) .....</b>	<b>5</b>
<b>3. TERMINI E DEFINIZIONI .....</b>	<b>7</b>
<b>4. DATI GENERALI .....</b>	<b>8</b>
<b>5. ORGANI DI GOVERNO.....</b>	<b>9</b>
<b>6. PERSONALE SANITARIO .....</b>	<b>10</b>
<b>7. DATI STRUTTURALI .....</b>	<b>10</b>
<b>8. DATI DI ATTIVITA' .....</b>	<b>10</b>
<b>9. PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT DELLA SRTRe "LA GRANDE MONTAGNA" e S.R.T.R.e "GNOSIS CASTELLUCCIA" – 2019 .....</b>	<b>11</b>
<b>10. CONTESTO ORGANIZZATIVO.....</b>	<b>13</b>
<b>11. COMITATO GESTIONE RISCHIO CLINICO .....</b>	<b>18</b>
<b>12. COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI .....</b>	<b>19</b>
<b>13. EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO TRIENNIO .....</b>	<b>19</b>
<b>14. RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO TRIENNIO.....</b>	<b>20</b>
<b>15. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....</b>	<b>20</b>
<b>16. NUMERO E ANALISI CONTENZIOSO .....</b>	<b>20</b>
<b>17. ATTIVITA' 2019 .....</b>	<b>21</b>
<b>18. OBIETTIVI 2019 .....</b>	<b>23</b>
<b>19. ATTIVITA' .....</b>	<b>24</b>
<b>20. SINTESI DELLE ATTIVITA' PREVISTE .....</b>	<b>25</b>
<b>21. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM.....</b>	<b>29</b>
<b>22. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM.....</b>	<b>29</b>
<b>20. RIFERIMENTI NORMATIVI, SITOGRAFIA.....</b>	<b>30</b>

## **1.SICUREZZA DELLE CURE E RISCHIO CLINICO : FUNZIONE DELL'UFFICIO AZIENDALE DI RISK MANAGEMENT**

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

Nel 2017, esaurito il mandato del Comitato tecnico di coordinamento rischio clinico per gestire il rischio sanitario e la sicurezza del paziente è stato istituito il **Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)**.

Dal 2014 il **Tavolo permanente del risk manager** riunisce periodicamente i risk manager e i rappresentanti delle professioni sanitarie che operano nelle organizzazioni che si occupano della gestione del rischio clinico. Le riunioni del Tavolo permanente rappresentano un fondamentale momento di condivisione, di confronto e di scambio di idee e competenze fra le diverse, ed eterogenee, realtà regionali.

L'ufficio aziendale di risk management ha l'obiettivo principale di tutelare i diritti del paziente alla sicurezza delle cure ma anche di tutelare l'azienda e gli operatori dalle conseguenze giuridiche ed economiche che gli errori sanitari possono comportare.

La possibilità che un paziente subisca un danno involontario imputabile alle cure sanitarie prende il nome di rischio clinico e gli interventi finalizzati a studiare, identificare e ridurre tale rischio prendono il nome di **gestione del rischio** o, in inglese, **risk management**.

La legge prevede l'obbligatorietà della presenza di un **ufficio di Risk Management** in tutte le aziende sanitarie pubbliche e private che valuti gli errori dei professionisti e adotti politiche per prevenirli e gestirli. Tale ufficio ha l'obiettivo principale di tutelare i diritti del paziente alla sicurezza delle cure ma anche di tutelare l'azienda e gli operatori dalle conseguenze giuridiche ed economiche che gli errori sanitari

possono comportare. Sono infatti frequenti le denunce, sia civili che penali, che vengono presentate all'azienda da parte di quei soggetti che ritengono di aver subito un danno come conseguenza di un fatto imputabile alle cure sanitarie.

Il responsabile dell'ufficio aziendale di risk management dovrà soddisfare requisiti di titoli e formazione determinati dalla legge 24/2017 (*"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"*), in particolare dovrà essere scelto tra il *"personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti, in medicina legale ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore"*. In molte aziende sanitarie l'ufficio è strutturato in una vera e propria unità operativa che può essere semplice ma anche complessa.

Le attività di cui si occupa l'ufficio aziendale di risk management spaziano dalla sicurezza sul lavoro al benessere organizzativo, dalla gestione del rischio clinico alla responsabilità professionale, dalla prevenzione dei rischi alla gestione del contenzioso (risarcimenti). Uno dei principali compiti è l'analisi degli incidenti che hanno comportato (o potevano comportare) un danno al paziente. E' una funzione importante su cui gravano notevoli responsabilità, considerato che una volta individuate le cause, ha obbligo di definire, con urgenza, le misure di eliminazione o prevenzione delle stesse.

In caso di evento avverso l'ufficio aziendale di risk management provvede ad effettuare un'attenta analisi dell'accaduto con l'obiettivo di individuare i fattori che hanno contribuito o causato il determinarsi dell'evento, cercando di risalire indietro nel tempo fino alle sue cause più lontane. Questa attività è fondamentale per l'azienda sia per evitare che l'evento riaccada di nuovo sia per individuare elementi che scagionino da responsabilità il personale sanitario eventualmente chiamato in causa. Al termine dell'anno l'ufficio dovrà effettuare un riepilogo del lavoro svolto in quanto la **legge 24/2017 prevede l'obbligo di pubblicare sul sito web della struttura sanitaria una relazione annuale sugli eventi avversi verificatisi, sulle cause che**

**hanno prodotto ogni evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.**

Altro importante compito è la **mappatura dei rischi**. Questa attività è finalizzata ad individuare tutti i rischi a cui è esposta l'azienda sanitaria. Per svolgere tale attività occorre conoscere bene l'organizzazione, infatti anche la mancata identificazione di un solo rischio rilevante può comportare conseguenze negative per l'azienda. Contribuiscono a fornire informazioni per l'identificazione delle componenti di rischio il numero di sinistri aperti in seguito a denunce da parte dei pazienti o loro familiari e i reclami pervenuti. Altri strumenti utilizzati sono il sistema di segnalazione volontaria degli eventi (Incident Reporting), l'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche, le segnalazioni di reazioni avverse a farmaci, le segnalazioni provenienti dal Servizio di Prevenzione e Protezione, le aggressioni subite dal personale.

Altra attività fondamentale svolta dall'ufficio aziendale di risk management è la **formazione sul rischio clinico**. Ricercare la causa degli errori sanitari è certamente importante ma ancor più importante è prevenirli o prevenirne il ripetersi. A tal fine la formazione riveste un ruolo determinante considerando che la gestione del rischio si basa principalmente sulla conoscenza tra gli operatori degli elementi che lo costituiscono.

## **2. IL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM)**

***Il Piano Annuale di Risk Management (PARM) è lo strumento per promuovere e realizzare le iniziative aziendali per la gestione dei rischi.***

In tema di Risk Management anche le singole Regioni contribuiscono a pianificare gli interventi strategici e operativi a tutela degli obiettivi di salute e sicurezza delle cure. Tra le principali azioni messe in atto negli ultimi anni dalle Regioni per promuovere la gestione del rischio clinico nelle Aziende Sanitarie troviamo il Piano Annuale di Risk Management (PARM) che viene redatto annualmente dalle aziende su indicazione delle Regioni a seguito

dell'emanazione di specifiche Linee Guida.

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

Tutte le strutture aziendali deputate alla valutazione e alla riduzione degli eventi di rischio collaborano alla rilevazione ed elaborazione delle informazioni necessarie alla definizione del PARM.

Poiché il monitoraggio dei fenomeni è alla base della gestione del miglioramento, particolare attenzione viene posta nella definizione dei risultati da raggiungere attraverso la predisposizione di specifici indicatori affinché i risultati siano realmente misurabili ed idonei a stabilire il perseguimento degli obiettivi prefissati.

La Direzione Aziendale assicura la diffusione del PARM ai diversi livelli aziendali attraverso specifiche modalità informative quali :

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

### **3. TERMINI E DEFINIZIONI**

Si riporta di seguito la terminologia ritenuta necessaria ai fini della comprensione del presente piano aziendale di risk management.

<b>EVENTO AVVERSO</b>	<b>Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".</b>
<b>NEAR MISS</b>	<b>Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.</b>
<b>EVENTO SENTINELLA</b>	<b>Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna :</b> <b>a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e</b> <b>b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.</b> <b>Di seguito l'elenco degli eventi indicati dal Ministero della Salute applicabili a S.R.T.R.e "LA GRANDE MONTAGNA e S.R.T.R.e. "GNOSIS CASTELLUCCIA" :</b> <b>1. Procedura in paziente sbagliato;</b> <b>2. Errata procedura su paziente corretto;</b> <b>3. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;</b> <b>4. Morte o grave danno per caduta di paziente;</b> <b>5. Suicidio o tentato suicidio di paziente nella struttura;</b> <b>6. Violenza su paziente;</b> <b>7. Atti di violenza a danno di operatore;</b> <b>8. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente.</b>

## **4. DATI GENERALI**

<b>Sede S.R.T.R.e "LA GRANDE MONTAGNA"</b>	<b>Marino (Roma) – Località Castelluccia – Via Boville n. 1</b>
<b>Sede S.R.T.R.e "GNOSIS CASTELLUCCIA"</b>	<b>Marino (Roma) – Località Castelluccia – Via Boville n. 1</b>
<b>Accreditamento S.R.T.R.e "LA GRANDE MONTAGNA"</b>	<b>Autorizzata al funzionamento, in virtù del Decreto autorizzativo n. 1923, rilasciato, in data 12.10.1993, dalla Regione Lazio); conferma dell’Autorizzazione all’Esercizio ed accreditamento definitivo con Decreto della Regione Lazio n. U00014 del 27 Gennaio 2014).</b>
<b>Accreditamento S.R.T.R.e "GNOSIS CASTELLUCCIA"</b>	<b>Autorizzata al funzionamento, in virtù del Decreto autorizzativo n. 291, rilasciato, in data 17.05.2001, dalla Regione Lazio); conferma dell’Autorizzazione all’Esercizio ed accreditamento definitivo con Decreto della Regione Lazio n. U00057 del 04 Marzo 2013.</b>
<b>Sito internet "GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus"</b>	<b><u><a href="http://www.gnosispsichiatria.it">www.gnosispsichiatria.it</a></u></b>
<b>Indirizzo Mail S.R.T.R.e "LA GRANDE MONTAGNA"</b>	<b><u><a href="mailto:lagrandemontagna@gnosispsichiatria.it">lagrandemontagna@gnosispsichiatria.it</a></u></b>
<b>Indirizzo Mail S.R.T.R.e "GNOSIS CASTELLUCCIA"</b>	<b><u><a href="mailto:lacastelluccia@gnosispsichiatria.it">lacastelluccia@gnosispsichiatria.it</a></u></b>
<b>PEC</b>	<b><u><a href="mailto:gnosis@pec,gnosispsichiatria.it">gnosis@pec,gnosispsichiatria.it</a></u></b>



## 5. ORGANI DI GOVERNO

<b>Consiglio di Amministrazione</b>	<b>Dott.ssa ANGELA D'AGOSTINO</b> <b>Presidente</b> <b>Dott.ssa FRANCESCA MARGHERITI</b> <b>Vice Presidente</b> <b>Dott.ssa ELISABETTA ANTONELLI</b> <b>Consigliere</b>
<b>Legale rappresentante</b>	<b>Dott.ssa ANGELA D'AGOSTINO</b>
<b>Responsabile Amministrativo</b>	<b>Sig.ra ILARIA SANTILLI</b>
<b>Responsabile Sanitario S.R.T.R.e "LA GRANDE MONTAGNA"</b>	<b>Dott. UGO CORRIERI</b>
<b>Responsabile Sanitario S.R.T.R.e "GNOSIS CASTELLUCCIA"</b>	<b>Dott. PIER LUIGI SCARCIGLIA</b>
<b>Responsabile clinico P.T.R.P. GNOSIS</b>	<b>Responsabile :</b> <b>Dott. BRUNO PINKUS</b>
<b>Responsabile clinico S.R.T.R.e "LA GRANDE MONTAGNA"</b>	<b>Responsabile :</b> <b>Dott.ssa FIORELLA CEPPI</b>
<b>Responsabile clinico S.R.T.R.e "GNOSIS CASTELLUCCIA"</b>	<b>Responsabile :</b> <b>Dott.ssa FRANCESCA MARGHERITI</b>

## 6. PERSONALE SANITARIO

S.R.T.R.e "LA GRANDE MONTAGNA"	NUMERO RISORSE
MEDICI	1
PSICOLOGI/PSICOTERAPEUTI	1
PSICOLOGI	3
ASSISTENTI SOCIALI	6 ORE SETTIMANALI
INFERMIERI PROFESSIONALI	1
OPERATORI SOCIO SANITARI	3
S.R.T.R.e "GNOSIS CASTELLUCCIA"	NUMERO RISORSE
MEDICI	2
PSICOLOGI/PSICOTERAPEUTI	2
PSICOLOGI	4
ASSISTENTI SOCIALI	12 ORE SETTIMANALI
INFERMIERI PROFESSIONALI	2
OPERATORI SOCIO SANITARI	6

## 7. DATI STRUTTURALI

	NUMERO EDIFICI	MQ di superficie	POSTI LETTO
<b>SRTRe "LA GRANDE MONTAGNA"</b> Marino (Roma) - Via Boville n. 1	<b>01</b>	<b>434,13</b> comprensivo del 30% di spazi esterni computabili	<b>10</b>
<b>SRTR e "GNOSIS CASTELLUCCIA"</b> Marino (Roma) - Via Boville n. 1	<b>01</b>	<b>832,00</b> comprensivi del 30% di spazi esterni imputabile alla superficie complessiva	<b>20</b>

## **8. DATI DI ATTIVITA'**

<b>TOTALE NUMERO DI UTENTI ASSISTITI/TRANSITATI NELLA STRUTTURA</b>	<b>ANNO</b>	<b>DIMESSI</b>	<b>INSERITI</b>	<b>TOTALE</b>
<b>SRTRe "LA GRANDE MONTAGNA"</b>	<b>2016</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>11</b>
	<b>2017</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>15</b>
	<b>2018</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>13</b>
<b>SRTRe "GNOSIS CASTELLUCCIA"</b>	<b>2016</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>22</b>
	<b>2017</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>25</b>
	<b>2018</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>26</b>

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

## **9. PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT DELLA S.R.T.R.e "LA GRANDE MONTAGNAS"e - S.R.T.R.e "GNOSIS CASTELLUCCIA"- 2019**

Redatto ai sensi della Determinazione G01226 del 2 febbraio 2018 *"Approvazione documento recante – Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017"* – Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali.

La gestione del rischio o Risk Management è un processo articolato e multidisciplinare che comprende sia la dimensione clinica sia quella strategico – organizzativa di un'azienda. Tale modello operativo impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni in grado di identificare, analizzare e valutare i rischi presenti all'interno dei processi clinico/assistenziali. Il fine primo di tale percorso di analisi e rimodulazione organizzativa è incrementare il livello di sicurezza nell'interesse di pazienti, operatori e della azienda. Promuovere una politica di gestione del rischio vuol dire spronare e accompagnare l'organizzazione nel necessario percorso di controllo degli eventi e delle azioni che possono inficiare la capacità di raggiungere i propri obiettivi.

Incertezza e rischio sono connaturati all'esistenza di qualunque tipo di azienda sanitaria. Appare evidente, dunque, che il rischio intrinseco alla natura dell'impresa sanitaria è il rischio connesso alla prestazione sanitaria stessa riconducibile alla sicurezza del paziente e di tutte quelle situazioni che possono causarne una diminuzione o la perdita di *safety* all'interno di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale. Alcuni autori anglosassoni definiscono il rischio clinico (Reason) come *"la probabilità che si verifichi un danno, prevedibile e non prevenibile, causato dalla gestione sanitaria relativa ad ogni aspetto della cura, della diagnosi al trattamento"*. Appare innegabile, dunque, la complessità della presa in carico del paziente e la moltitudine di variabili che entrano nel governo sanitario e degli innumerevoli percorsi/processi che un paziente incontra nel corso della sua permanenza presso un'organizzazione

erogatrice di salute sia per sua stessa natura un processo che produce rischi; di fatto eventi avversi possono avere frequenze statistiche elevate in termini di accadimento e, pertanto, una raccolta sistematica associata ad una discussione ragionata rappresenta una strada determinante per la prevenzione del danno al malato. L'approccio alla gestione degli insuccessi in ambito sanitario è stato, fino a poco tempo fa, basato sulle persone e quindi rivolto a identificare i professionisti implicati al momento dell'incidente per ritenerli responsabili. Questa cultura della ricerca del colpevole è stata ritenuta metodo utile per risolvere il problema ma, alla luce delle risultanze dei rapporti del Ministero della Salute, si è ben compreso che l'unica cultura adatta alla gestione del rischio è quella che parte dall'analisi dell'incidente come evento asettico, momento rivelatore dei punti critici dei processi e dei sistemi della complessa organizzazione sanitaria. In sintesi il risk management si interessa della funzione intrinsecamente rischiosa espletata nelle strutture sanitarie, allo scopo di disegnare nuove strategie atte a ridurre le probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ossia che subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo non volontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza.

## **10. 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. 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. - S.R.T.R.e. "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. S.R.T.R.e. "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.



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.

Ospitano, pertanto, pazienti di competenza psichiatrica, che presentano problematiche di tipo psicopatologico, relazionali, esistenziali, a causa dei quali si rende necessaria una temporanea separazione dall'abituale contesto di vita fornendo un trattamento che ha come obiettivo il recupero delle capacità individuali e livelli funzionali di autonomia del paziente, finalizzate al suo reinserimento nell'ambiente sociale.

L'equipe clinica è composta da psichiatri, psicologi, tecnici di psicologia, educatori professionali, assistenti sociali, infermieri professionali, operatori socio sanitari. Gli ospiti beneficiano di un progetto individualizzato che stabilisce obiettivi a medio e lungo termine, metodologia e verifica del progetto stesso.

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

Su questi presupposti le due strutture hanno raggiunto, attraverso una crescita costante ed evolutiva delle metodologie terapeutiche e riabilitative e della qualificazione continua del personale in correlazione

con la dinamica dei bisogni e delle richieste degli utenti, il risultato, per quanto possibile, di creare un'atmosfera empatica, collaborativa, accettante e protettiva volta all'integrazione operativa tra tutti i soggetti interessati al recupero del disagio degli utenti e delle loro famiglie.

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

L'area delle attività terapeutiche e riabilitative del programma delle comunità psichiatriche e dei programmi personalizzati, prevede una serie di attività finalizzate alla promozione di processi emancipativi tali da consentire all'ospite di tendere alla successiva reintegrazione nel tessuto socio-familiare di provenienza.

## **11. COMITATO DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO** **S.R.T.R.e "LA GRANDE MONTAGNA" e** **S.R.T.R.e "GNOSIS CASTELLUCCIA"**

<b>COMPOSIZIONE</b>	<b>Delibera n. 21 Dicembre 2018</b>
<b>RISK MANAGER</b>	<b>Dott. UGO CORRIERI</b>
<b>RESP. SANITARIO Gnosis Castelluccia</b>	<b>Dott. PIERLUIGI SCARCIGLIA</b>
<b>AVVOCATO</b>	<b>Avv. GUIDO DE SANTIS</b>
<b>MEDICO DEL LAVORO</b>	<b>Dott. LUIGI PAGLIA</b>
<b>RSPP</b>	<b>Dott. UGO MAZZALI</b>
<b>RESPONSABILE FORMAZIONE</b>	<b>Dott BRUNO PINKUS</b>
<b>RESPONSABILE UFFICIO TECNICO</b>	<b>LUIGI SACCO</b>

## **12. COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI** **S.R.T.R.e "LA GRANDE MONTAGNA" e** **S.R.T.R.e "GNOSIS CASTELLUCCIA"**

<b>COMPOSIZIONE</b>		
<b>AVVOCATO</b>		<b>Avv. GUIDO DE SANTIS</b>
<b>RISK MANAGER</b>		<b>Dott. UGO CORRIERI</b>
<b>DIRETTORE SANITARIO "GNOSIS CASTELLUCCIA"</b>		<b>Dott. PIERLUIGI SCARCIGLIA</b>
<b>LEGALE RAPPRESENTANTE</b>		<b>Dott.ssa ANGELA D'AGOSTINO</b>
<b>ANNO DI ISTITUZIONE</b>	<b>2019</b>	<b>Delibera CdA del 24 maggio 2019</b>
<b>NUMERO DI CASI ISTRUITI</b>	<b>0</b>	

### 13. EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO TRIENNIO

<b>"LA GRANDE MONTAGNA"</b>				
<b>TIPO DI EVENTO</b>		<b>NUMERO</b>	<b>PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/ CONTRIBUTENTI</b>	<b>AZIONI DI MIGLIORAMENTO</b>
<b>NEAR MISS</b>	<b>2016 2017 2018</b>	<b>0 0 0</b>	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/ Comunicazione(0%)	
<b>EVENTI AVVERSI</b>	<b>2016 2017 2018</b>	<b>0 0 0</b>	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/ Comunicazione(0%)	
<b>EVENTI SENTINELLA</b>	<b>2016 2017 2018</b>	<b>0 0 0</b>	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/ Comunicazione(0%)	
<b>"GNOSIS CASTELLUCCIA"</b>				
<b>TIPO DI EVENTO</b>		<b>NUMERO</b>	<b>PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/ CONTRIBUTENTI</b>	<b>AZIONI DI MIGLIORAMENTO</b>
<b>NEAR MISS</b>	<b>2016 2017 2018</b>	<b>0 0 0</b>	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/ Comunicazione(0%)	
<b>EVENTI AVVERSI</b>	<b>2016 2017 2018</b>	<b>0 0 0</b>	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/ Comunicazione(0%)	
<b>EVENTI SENTINELLA</b>	<b>2016 2017 2018</b>	<b>0 0 0</b>	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/ Comunicazione(0%)	

## **14. RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO TRIENNIO**

<b>S.R.T.R.e "LA GRANDE MONTAGNA"</b>		
<b>ANNO</b>	<b>NUMERO SINISTRI</b>	<b>RISARCIMENTI EROGATI</b>
<b>2016</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>2017</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>2018</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>S.R.T.R.e "GNOSIS CASTELLUCCIA"</b>		
<b>ANNO</b>	<b>NUMERO SINISTRI</b>	<b>RISARCIMENTI EROGATI</b>
<b>2016</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>2017</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>2018</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## **15.DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA**

<b>ANNO</b>	<b>POLIZZA (Scadenza)</b>	<b>COMPAGNIA ASSICURATIVA</b>	<b>PREMIO</b>	<b>FRANCHIGIA</b>
<b>2016</b>	<b>12.01.2016</b>	<b>SARA ASSICURAZIONI</b>	<b>3.420,14</b>	<b>0</b>
<b>2017</b>	<b>12.01.2017</b>	<b>SARA ASSICURAZIONI</b>	<b>3.641,02</b>	<b>0</b>
<b>2018</b>	<b>12.01.2018</b>	<b>SARA ASSICURAZIONI</b>	<b>3.200,00</b>	<b>0</b>
<b>2019</b>	<b>12.01.2019</b>	<b>TUA ASSICURAZIONI</b>	<b>2.766,00</b>	<b>0</b>

## **16. NUMERO E ANALISI CONTENZIOSO**

<b>Nessun contenzioso pendente</b>
------------------------------------

## 17. ATTIVITA' 2019

<b>ATTIVITA' 1</b>		
<b>OBIETTIVO A)</b>	<b>DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>	<p>Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti.</p> <p>Saranno svolti corsi/seminari/convegni.</p> <p>Riunione di equipe clinica Settimanale 14,30-17,00.</p> <p>Corsi specifici sulla sicurezza (antincendio, BLSD).</p> <p>Corsi HACCP per operatori ed utenti.</p>
<b>OBIETTIVO B)</b>	<b>MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI</b>	<p>Stesura delle procedure per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti.</p> <p>Attività di verifica delle procedure avviate.</p> <p>Riunione di equipe clinica Settimanale 14,30-17,00.</p> <p>Registro delle assunzioni.</p> <p>Programma gestione farmaci</p> <p>Supervisione mensile equipe clinica da docente esterno (4 ore al mese).</p> <p>Incontri con supervisore esterno per attività sulla gestione dei rapporti gruppalì.</p>

**GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus**  
**S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"**  
**PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT - 2019**

---

<b>ATTIVITA' 2</b>		
	<p><b>SVILUPPO DI UN PROGRAMMA DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELLA CARTELLA CLINICA COME STRUMENTO DI RISK MANAGEMENT</b></p>	<p><b>Saranno esaminate cartelle cliniche del 2018, in collaborazione con la Direzione Sanitaria, utilizzando una check list ad hoc.</b></p> <p><b>A tale scopo si farà riferimento al Progetto Regionale "La valutazione della Qualità della cartella clinica come strumento di Risk Management".</b></p> <p><b>Verranno analizzati i seguenti requisiti : completezza, precisione, aggiornamento, chiarezza, intelligibilità, e tracciabilità con parametrizzazione dei risultati in scala 0/100 con sufficienza a 60.</b></p>

<b>OBIETTIVO C)</b>	<p><b>FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE</b></p>	
<b>ATTIVITA'</b>		<p><b>Svolgimento di audit reattivi e/o proattivi su eventi, processi o esiti.</b></p> <p><b>Incontri con supervisore esterno per attività sulla gestione dei rapporti gruppalì.</b></p> <p><b>Supervisione mensile dell'equipe clinica da docente esterno (4 ore al mese).</b></p> <p><b>Riunione di equipe clinica settimanale.</b></p>

**GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus**  
**S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"**  
**PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT - 2019**

---

<b>OBIETTIVO D)</b>	<b>PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT</b>	
<b>ATTIVITA'</b>		<b>Partecipazione ai tavoli regionali sul rischio clinico e alle attività dei gruppi di studio/approfondimento regionali.</b>



## **18. OBIETTIVI 2019**

Gli interventi e le azioni proposte, parte integrante e sostanziale del Piano, hanno la finalità di portare in evidenza e analizzare la rischiosità intrinseca a processi o pratiche terapeutiche e assistenziali, affinché, con il concorso di tutti gli operatori si possano adottare gli opportuni correttivi, nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate. Il PARM si propone, quindi, di ridurre la possibilità di errori da parte degli operatori delle strutture.

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 Risk Manager rappresenta un facilitatore del cambiamento organizzativo che opera alle dirette dipendenze della Direzione aziendale e la cui attività non può e non deve sollevare dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi assistenziali, comprendendo nel termine "gestione" anche gli aspetti non direttamente di tipo sanitario ma che hanno rilevanza sull'erogazione delle prestazioni. Rispetto a tali soggetti, il Risk Manager coordina ed armonizza l'intero sistema di governo del rischio partendo però dall'assunto che ogni singolo operatore ricopre un ruolo determinante nella diffusione della cultura della sicurezza e nel successo degli interventi di gestione del rischio clinico. Il PARM fornisce alla Direzione un supporto indispensabile per intervenire nella macchina organizzativa aziendale basandosi su dati certi, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa. La struttura aziendale, per quanto di competenza, collabora con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARM e la riuscita degli interventi in questo proposti.

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 2019 i seguenti 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 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.**

## **19. ATTIVITA'**

Le attività previste rispondono agli obiettivi relativi al Rischio Clinico che la Regione Lazio ha definito nel 2016 (Nota Regione Lazio Registro Ufficiale U0388434 del 22.07.2016) e regolamentato nelle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) approvate con il Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016 n. U00328, come aggiornate con la Determinazione G01226 del 2 febbraio 2018 "*Approvazione documento recante Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017*".

Nelle tabelle che seguono sono riportate le principali attività che si intendono realizzare, con le relative matrici delle responsabilità.

## 20. LE TABELLE SEGUENTI RIPORTANO IN SINTESI LE ATTIVITA' PREVISTE

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

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>	<b>ATTIVITA' 1</b> Progettazione ed esecuzione del Corso "Sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico"			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	<b>AZIONE</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Vertice aziendale</b>	<b>Corpo Docente</b>
	Progettazione del corso	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
	Accreditamento del corso	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>I</b>
	Esecuzione del corso	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>R</b>
	<b>ATTIVITA' 2</b> Riunione di equipe clinica settimanale 14:30/17:00			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	<b>AZIONE</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Vertice aziendale</b>	<b>Corpo Docente</b>
	Esecuzione	<b>C</b>	<b>R</b>	-
	<b>ATTIVITA' 3</b> Corsi HACCP per operatori e utenti			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	<b>AZIONE</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Vertice aziendale</b>	<b>Corpo Docente</b>
	Progettazione del corso	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>C</b>
	Esecuzione del corso	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>R</b>

**PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT - 2019**

<b>OBIETTIVO B)</b> <b>MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO DEGLI EVENTI AVVERSI</b>			<b>ATTIVITA' 1</b> <b>Stesura di procedure per la sicurezza dei pazienti e per la implementazione delle raccomandazioni Ministeriali.</b> <b>Attività di verifica sulle procedure avviate.</b>	
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>VERTICE AZIENDALE</b>	<b>RESPONSABILE DEL GRUPPO DI LAVORO</b>	<b>GRUPPO</b>
PROGETTAZIONE DEL GRUPPO	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
STESURA DELLE PROCEDURE	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>C</b>
VALIDAZIONE DELLE PROCEDURE	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
APPROVAZIONE PROCEDURE	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
INFORMAZIONE FORMAZIONE	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
VERIFICA APPLICAZIONE	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>

<b>ATTIVITA' 2</b>			
<b>Programma di valutazione della qualità della cartella clinica come strumento di risk management</b>			
<b>INDICATORE</b>			<b>Numero di cartelle verificate</b>
<b>STANDARD</b>			<b>≥ 20</b>
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGEMENT</b>	<b>VERTICE AZIENDALE</b>	<b>PERSONALE</b>
<b>Progettazione programma</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
<b>Esecuzione</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
<b>Report</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>

**GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus**  
**S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"**  
**PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT - 2019**

---

<b>ATTIVITA' 3</b>			
Programma farmaci (gestione archivio, segnalazione farmaci in scadenza, ecc) Procedura gestione farmaci in paziente sbagliato; errata procedura gestione farmaci su paziente corretto.			
INDICATORE		<b>Numero di utenti verificati</b>	
STANDARD PER SINGOLA VERIFICA		<b>≥ 20</b>	
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGEMENT</b>	<b>VERTICE AZIENDALE</b>	<b>PERSONALE</b>
<b>Progettazione programma</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
<b>Esecuzione</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
<b>Report</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>

<b>OBIETTIVO C)</b> <b>FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE</b>	<b>ATTIVITA'</b> Svolgimento di audit reattivi o proattivi su eventi, processi o esiti. Istituzione di un tavolo permanente per la sicurezza aziendale, coordinato dal Risk Manager. Riunione di equipe clinica settimanale.
INDICATORE	<b>Numero di audit</b>
STANDARD	<b>≥ 40</b>
FONTE	<b>Risk Manager</b>

<b>OBIETTIVO D)</b> <b>PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT</b>	<b>ATTIVITA'</b> Partecipazione ai tavoli regionali sul rischio clinico e alle attività dei gruppi di studio/approfondimento regionali
INDICATORE	<b>Numero eventi</b>
STANDARD	<b>≥ 1</b>
FONTE	<b>Risk Manager</b>

## 21. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM

Il PARM 2019 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

- ▶ pubblicazione sul sito internet aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente";
- ▶ svolgimento di incontri promossi e svolti dal Risk Manager e dal Direttore Sanitario nel corso delle riunioni di equipe clinica per far conoscere gli obiettivi del Piano e le relative modalità attuative di competenza di ciascuno;
- ▶ svolgimento corso "Sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico";
- ▶ Diffusione del PARM attraverso invio di E-Mail al personale.

## 22. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce due specifiche responsabilità :

- quella del Risk Manager che redige e promuove lo stesso tenendo nel debito conto le linee guida regionali ed aziendali in materia di risk management;
- quella della Direzione Aziendale che si impegna a fornire direttive e risorse.

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

AZIONE	DIREZIONE AZIENDALE	RISK MANAGER	DIREZIONE SANITARIA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE
Redazione PARM	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
Adozione PARM con delibera	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
Monitoraggio PARM	<b>I</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>

## 23. RIFERIMENTI NORMATIVI, SITOGRAFIA

### NAZIONALI

• **Legge 8 marzo 2017 n. 24** *"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"*.

La gestione del rischio in ambito sanitario è attività prevista già nella legge 189 del 2012 (legge Balduzzi) che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Il legame consequenziale tra Risk Management e una più efficace gestione delle risorse economiche è stato definitivamente sancito nella legge 24/2017 che all'articolo 1 e 2 testualmente recita : *"...la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività'... la sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative...alle attività' di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale..."*. La legge qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative. Le attività di prevenzione del rischio - alle quali concorre tutto il personale - sono messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private.

### REGIONALI

A partire dal 2014 l'impegno della Regione Lazio su questo tema si è concretizzato nella costituzione di una rete così articolata :



1) **Comitato tecnico di coordinamento rischio clinico** costituito da professionisti delle aziende territoriali, di quelle ospedaliere, dei policlinici universitari e delle professioni sanitarie. Il Comitato ha il compito di fornire alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali un supporto tecnico nella definizione e pianificazione delle linee di indirizzo regionali relativa alla sicurezza delle cure.

2) **Tavolo permanente dei risk manager** che, periodicamente, riunisce i *risk manager* e i rappresentanti delle professioni sanitarie che operano nelle articolazioni organizzative che si occupano della gestione del rischio clinico.

- Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione G01226 del 2 febbraio 2018 *"Approvazione documento recante "Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017"*.

- Decreto del Commissario ad Acta del 22 febbraio 2017 n. U0052 avente ad oggetto Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato *"Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale"*.

- **Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016 n. U00328. Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"**.

- Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione 25 ottobre 2016 n. G12356 Approvazione del *"Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti"*.

- Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione 25 ottobre 2016 n. G12355 Approvazione *"Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella"*.

- Regione Lazio Decreto del Commissario ad Acta del 6 luglio 2015 n. U 00309 Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018. Progetto 7.3, *"Contenimento delle Infezioni Correlate all'Assistenza e monitoraggio dell'uso degli antibiotici"*.

- Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali. Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Attuativi per i Comitati di controllo delle infezioni correlate all'assistenza della Regione Lazio. Regione Lazio Registro Ufficiale U0388434 del 22.07.2016.
- DCA n. 490 : adempimenti delle strutture sanitarie relativi all'accreditamento.
- Decreto 11/12/2009: istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES).
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81, integrato con il Decreto Legislativo n. 106 del 2009 recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro".

#### **SITOGRAFIA**

- Ministero della salute. Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure.  
<http://www.salute.gov.it/portale/temi/>
- Regione Lazio. Rischio Clinico.  
<http://www.regione.lazio.it/t/rlsanità>
- AGENAS Rischio clinico e sicurezza del paziente.  
<http://www.agenas.it/aree-tematiche>

---

**Il presente PARM 2019 è pubblicato sul sito istituzionale della Gnosis Cooperativa Sociale Onlus.**

---

## LIBRO VERBALI DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

### VERBALE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DI GNOSIS COOPERATIVA SOCIALE ONLUS

Il giorno 10 del mese di Febbraio 2019, alle ore 20.00, presso la sede legale della Gnosis Cooperativa Sociale Onlus, a seguito di regolare convocazione, si è riunito il Consiglio di Amministrazione per discutere e deliberare sul seguente Ordine del Giorno:

1. Integrazione dei componenti del Gruppo di Lavoro Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico;
2. Nomina del Comitato Valutazione Sinistri;
3. Approvazione del Piano Annuale Risk Management (PARM) 2019 dei presidi sanitari denominati S.R.S.R.e “Gnosis Castelluccia” e “La Grande Montagna” gestiti da Gnosis Cooperativa Sociale Onlus;
4. Varie ed eventuali

Risultano presenti Angela D’Agostino, Presidente del Consiglio di Amministrazione, Francesca Margheriti, Vice Presidente Consiglio di Amministrazione e Elisabetta Antonelli, Consigliere.

Assume la presidenza la Sig.ra Angela D’Agostino, la quale, constatato che la presente riunione è validamente costituita a norma di Legge e di Statuto Sociale, dichiara aperta la riunione e chiama a fungere da segretario la Sig.ra Francesca Margheriti, che accetta.

Con riferimento al primo punto all’Ordine del Giorno il Presidente richiama l’attenzione dei Consiglieri su alcune specifiche normative inerenti l’argomento del Risk Management e presenta alcune considerazioni che sono, di seguito, riportate:

il Decreto del Commissario ad acta n. 40 del 10.06.2011 concernente l’istituzione della figura del Risk Manager nell’ambito della organizzazione aziendale;

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

vista la Determinazione G01226 del 2 febbraio 2018 della Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali Approvazione documento recante “*Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017*”;

il Decreto del Commissario ad acta 4 novembre 2016 n. U00328 Approvazione delle “*Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)*”;

la Determinazione 25 ottobre 2016 n. G12356 della Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali Approvazione del “*Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti*”;

la Determinazione 25 ottobre 2016 n. G12355 della Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali Approvazione “*Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella*”;

il Decreto del Commissario ad acta della Regione Lazio 6 luglio 2015 n. U 00309 Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018. Progetto 7.3, “*Contenimento delle Infezioni Correlate all’Assistenza e monitoraggio dell’uso degli antibiotici*”;

le Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Attuativi per i Comitati di controllo delle infezioni correlate all’assistenza della Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali. Regione Lazio Registro Ufficiale U0388434 del 22.07.2016;

il DCA n. 490: adempimenti delle strutture sanitarie relativi all’accreditamento;

il Decreto 11/12/2009: istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES).

Il Presidente continua la sua esposizione ricordando al Consiglio che, con Delibera del 21.12.2018, è stato istituito il Gruppo di Lavoro Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente e il Comitato di Valutazione Sinistri nel quale è presente la figura professionale del Risk Manager, nominato a sua volta con Delibera di CdA del 16 Luglio 2018; continua affermando che gli incarichi relativi al Gruppo di lavoro Aziendale per la gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del paziente e del comitato di Valutazione Sinistri, sono effettuati a titolo gratuito e non danno diritto a compensi aggiuntivi; ritiene inoltre

## LIBRO VERBALI DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

opportuno approvare il Piano Annuale di Risk Management che viene conservato tra gli atti della Cooperativa. Il Presidente propone quindi al Consiglio di deliberare in merito all'integrazione dei componenti del Gruppo di Lavoro Aziendale per la gestione del Rischio Clinico prevedendo la partecipazione delle figure dei responsabili clinici delle due strutture residenziali; di costituire il comitato di valutazione sinistri composto dall'Avvocato Guido De Santis, dal Risk Manager Ugo Corrieri, dal direttore sanitario della SRTRe Gnosis Castelluccia Pierluigi Scarciglia e dal Legale Rappresentante Angela D'Agostino; di approvare il Piano Annuale di Risk Management (PARM) Gnosis 2019.

Il Consiglio dopo esaustiva discussione e avendo ricevuto dal Presidente tutti i chiarimenti richiesti, all'unanimità

### DELIBERA

1. di integrare il Gruppo di Lavoro Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente con l'inserimento delle figure di Responsabile Clinico delle Strutture Residenziali Gnosis Castelluccia e La Grande Montagna e che pertanto allo stato attuale il Comitato risulta così composto:

<b>COMPOSIZIONE</b>	
<b>RISK MANAGER</b>	<b>Dott. UGO CORRIERI</b>
<b>RESP. SANITARIO GNOSIS CASTELLUCCIA</b>	<b>Dott. PIERLUIGI SCARCIGLIA</b>
<b>AVVOCATO</b>	<b>Avv. GUIDO DE SANTIS</b>
<b>MEDICO DEL LAVORO</b>	<b>Dott. LUIGI PAGLIA</b>
<b>RSPP</b>	<b>Dott. MATTEO MAZZALI</b>
<b>RESPONSABILE FORMAZIONE</b>	<b>Dott BRUNO PINKUS</b>
<b>RESPONSABILE UFFICIO TECNICO</b>	<b>Sig. LUIGI SACCO</b>
<b>RESPONSABILE CLINICO SRTRe GNOSIS CASTELLUCCIA</b>	<b>Dott.ssa FRANCESCA MARGHERITI</b>
<b>RESPONSABILE CLINICO SRTRe LA GRANDE MONTAGNA</b>	<b>Dott.ssa FIORELLA CEPPI</b>

2. di costituire il Comitato di Valutazione Sinistri così composto

<b>COMPOSIZIONE</b>	
<b>AVVOCATO</b>	<b>Avv. GUIDO DE SANTIS</b>
<b>RISK MANAGER</b>	<b>Dott. UGO CORRIERI</b>
<b>DIRETTORE SANITARIO GNOSIS CASTELLUCCIA</b>	<b>Dott. PIERLUIGI SCARCIGLIA</b>
<b>LEGALE RAPPRESENTANTE</b>	<b>Dott.ssa ANGELA D'AGOSTINO</b>

3. di approvare il Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2019, che viene conservato negli atti della Cooperativa;
4. di stabilire che le percentuali di lavoro relative ad ogni componente del Gruppo di lavoro aziendale per la gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del paziente vengano così distribuite: Risk Manager 15%; componenti Gruppo di Lavoro Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente 5%;
5. di dare atto che gli incarichi di cui ai precedenti punti sono effettuati a titolo gratuito, non danno diritto a compensi aggiuntivi e, pertanto, non comportano oneri a carico della cooperativa;
6. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo;
7. di partecipare la seguente delibera agli interessati;
8. di dare pubblicità al presente atto.

Non essendovi null'altro da deliberare e nessun altro richiedendo la parola, la seduta viene sciolta alle ore 21.15, dopo lettura e sottoscrizione del presente verbale.

Il Segretario  
Francesca Margheriti

Il Presidente  
Angela D'Agostino