

Prot. N. 15282/21 del 10.02.2021

A tutte le sedi  
Alla segreteria amministrativa  
All'ufficio formazione

OGGETTO: Adozione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) – 2021

Su proposta dell'ufficio Qualità e Risk Management nella persona del Responsabile, Dr.ssa Francesca Torretti, in base alla normativa vigente in materia e col parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, L'Istituto Santa Chiara

DELIBERA

di adottare il "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2021 in conformità:

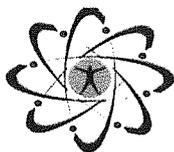
1. Della legge n.189 del 2012 (legge Balduzzi);
2. Delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)" secondo la L.24/2017 detta anche Legge Gelli.

NE DISPONE

- la pubblicazione sul sito internet istituzionale;
- l'invio al Direttore Sanitario ed ai Responsabili delle unità operative;
- la presentazione durante i corsi di formazione e aggiornamento del personale

Lecce lì, 10.02.2021

Giovanni Pisciotta  
Direttore Amministrativo  
Istituto Santa Chiara



## PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT PARM 2021

### 1. PREMESSA

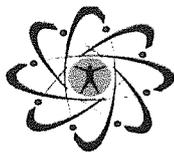
La gestione del rischio o Risk Management è un processo sistematico che comprende sia la dimensione clinica sia quella strategico-organizzativa e che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni in grado di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi per aumentare il livello di sicurezza nell'interesse di pazienti e operatori. Promuovere una politica aziendale 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 dell'azienda di raggiungere i propri obiettivi. Il Risk Management s'interessa, quindi, 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, spaziando da un prolungamento della degenza fino a un peggioramento evitabile delle condizioni di salute o addirittura la morte. 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 i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Il legame consequenziale tra Risk Management e una più efficace gestione delle risorse economiche aveva già indotto a scorporare alcune indicazioni dal disegno di legge Gelli (peraltro approvato in via definitiva il 28 febbraio 2017) per inserirle nella legge di Stabilità 2016, in cui sono attribuiti alla prevenzione del rischio effetti positivi sull'uso delle risorse, ma anche sulla tutela del paziente. La Legge Gelli 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 alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative; per tale ragione è necessario che alle attività di prevenzione del rischio concorra tutto il personale. **A questo proposito, rispetto a quanto contenuto nella legge di Stabilità, nella legge Gelli sono state apportate alcune modifiche: l'articolo 16, modificando i commi 539 e 540 della legge di stabilità 2016 (legge n. 208/2015), prevede infatti che i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari, e che l'attività di gestione del rischio sanitario sia coordinata da 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.**

### 2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Istituto Santa Chiara srl. è un'azienda che opera da quasi diciannove anni nel campo dei servizi sanitari ed ha sede legale in Lecce - CAP 73100 - alla Via Campania, n. 5. Svolge attività sanitaria privata e accreditata con il SSR, opera nel territorio del Salento, offrendo servizi anche ai pazienti fuori regione che ne fanno richiesta, e nella città di Roma.

Attualmente si articola nelle seguenti unità operative:

- Presidio di Riabilitazione Funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali a ciclo diurno ex art. 26, via Campania n. 5 - Lecce, per n. 20 posti in regime semiresidenziale;
- Presidio di Riabilitazione Funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali ex art. 26, via Campania n.5 - Lecce, per n. 40 posti letto in regime residenziale (servizio avviato il 5/11/2020);



- Centro di Diagnostica per Immagini, via U. Giordano, Castrignano de' Greci (LE);
- Centro di Diagnostica per Immagini, via Don Luigi Sturzo n. 2, San Vito dei Normanni (Br);
- Centro Medico Specialistico e di Riabilitazione Funzionale, via Properzio n. 6, Roma.

#### **L'Istituto Santa Chiara eroga i seguenti servizi:**

- Riabilitazione in regime semiresidenziale per prestazioni riabilitative ex art. 26 L.833/78 in regime convenzionato con il SSR;
- Riabilitazione in regime residenziale per prestazioni riabilitative ex art. 26 L.833/78 in regime convenzionato con il SSR;
- Trattamenti riabilitativi domiciliari per prestazioni riabilitative ex art. 26 L.833/78 in regime convenzionato con il SSR;
- Trattamenti riabilitativi ambulatoriali a pagamento;
- Trattamenti riabilitativi domiciliari a pagamento;
- Diagnostica per Immagini ad alta tecnologia;
- Visite specialistiche;
- Formazione sanitaria come provider ECM, formazione post- universitaria riconosciuta dal MIUR.

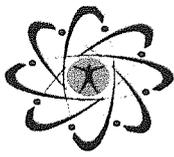
#### **Riabilitazione in regime semiresidenziale**

La riabilitazione ex art. 26 in regime semiresidenziale prevede una presa in carico globale del paziente affetto da disabilità fisiche, psichiche e/o sensoriali che richiedano un approccio multidisciplinare.

Il trattamento viene svolto con la frequenza, di solito bi/trisettimanale, prevista dal medico specialista in seguito alla prima visita al paziente, per 6 ore giornaliere durante le quali il soggetto viene sottoposto a trattamenti individuali e di gruppo negli ambiti previsti dal piano terapeutico. Il numero di giornate di trattamento viene stabilito dal medico in accordo con la ASL LE in base alle condizioni cliniche del paziente.

Le patologie trattate sono le seguenti:

- Cerebrolesioni congenite (dovute a cause genetiche, esterne, perinatali o prenatali) o acquisite (esiti di trauma cranico, di tumore cerebrale o di patologie cerebrovascolari - es. demenza, morbo di Parkinson, di Alzheimer, condizioni post-ictus);
- Paralisi Cerebrali Infantili;
- Patologie Neuromuscolari (es. Distrofie muscolari – Duchenne, Beker- miopatie, miastenia, neuropatie);
- Patologie vertebrali (es. ernie discali, esiti di fratture, patologie degenerative, neoplastiche, traumi);
- Disabilità Motorie da Lesioni del SNP (Es. Neuropatie sensitivo-motorie, metaboliche, associate a malattie sistemiche: Malattia di Dejerine-Sottas; malattia di Charcot-Marie-Tooth; malattia di Refsum; Polineuropatia idiopatica progressiva);
- Patologie Malformative Apparato Osteoarticolare (Emispondilia, Scoliosi, Agenesie, Spondiloschisi, Somatoschisi, Emisoma, Platispondilia);
- Ritardo e disarmonie motorie dell'età evolutiva;
- Turbe dell'attenzione e della concentrazione;
- Disfasie espressive e globali;



- Disfagie (da ictus o altre condizioni di alterazione della coordinazione motoria dei muscoli deglutitori);
- Ritardi cognitivi;
- Ritardi mentali e disturbi neuropsicologici (Disturbo della memoria);
- Psicopatologie dello sviluppo.

I trattamenti possono riguardare le seguenti aree:

- Accertamenti psicodiagnostici;
- Attività pedagogico-educativa;
- Orientamento Psicopedagogico;
- Addestramento Professionale;
- Ergoterapia/Terapia occupazionale;
- Rieducazione Logopedica;
- Psicomotricità;
- Psicologia/Psicoterapia;
- Riabilitazione Neuropsicologica e Cognitiva;
- Fisioterapia e riabilitazione motoria;
- Terapia Medica.

### **Riabilitazione in regime residenziale**

Il Presidio di Riabilitazione Residenziale “Istituto Santa Chiara srl”, le cui attività sono state avviate nel mese di novembre del 2020, ha a disposizione 40 posti letto e opera nel settore della riabilitazione extra-ospedaliera privata, istituzionalmente accreditato per l'erogazione di prestazioni sanitarie riabilitative a ciclo continuativo. Ospita pazienti adulti che hanno superato la fase acuta della malattia, stabilizzati nelle funzioni vitali e con necessità d'intervento riabilitativo intensivo secondo il modello previsto dal regolamento attualmente vigente e di supporto multiprofessionale distribuito nell'arco delle 24 ore. Il paziente deve essere in grado di offrire partecipazione attiva al programma riabilitativo e presentare un basso rischio di instabilità clinica.

La durata del trattamento riabilitativo residenziale intensivo è pari ai valori soglia per la riabilitazione ospedaliera (disciplina cod. 56 - riabilitazione neurologica 60 giorni; riabilitazione ortopedica 40 giorni; 30 giorni tutti gli altri casi). Al termine del percorso di trattamento riabilitativo intensivo, persistendo il bisogno del paziente di assistenza, questi sarà trasferito in altro setting assistenziale appropriato nel rispetto delle procedure previste dal regolamento regionale.

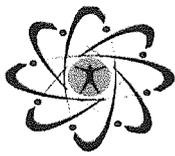
I trattamenti possono riguardare le seguenti aree:

- Terapia occupazionale;
- Rieducazione Logopedica;
- Psicologia/Psicoterapia;
- Riabilitazione Neuropsicologica e Cognitiva;
- Fisioterapia e riabilitazione motoria;
- Terapia Medica.

### **Trattamenti riabilitativi domiciliari convenzionati**

Le patologie trattate sono le seguenti:

- Cerebrolesioni congenite (dovute a cause genetiche, esterne, perinatali o prenatali) o acquisite (esiti di trauma cranico, di tumore cerebrale o di patologie cerebrovascolari - es. demenza, morbo di Parkinson, di Alzheimer, condizioni post-ictus);



- Paralisi Cerebrali Infantili;
- Patologie Neuromuscolari (Es. Distrofie muscolari – Duchenne, Beker- miopatie, miastenia, neuropatie);
- Patologie vertebrali (es. ernie discali, esiti di fratture, patologie degenerative, neoplastiche, traumi);
- Disabilità Motorie da Lesioni del SNP (es. Neuropatie sensitivo-motorie, metaboliche, associate a malattie sistemiche: Malattia di Dejerine-Sottas; malattia di Charcot-Marie-Tooth; malattia di Refsum; Polineuropatia idiopatica progressiva);
- Patologie Malformative Apparato Osteoarticolare (Emispondilia, Scoliosi, Agenesie, Spondiloschisi, Somatoschisi, Emisoma, Platispondilia);
- Ritardo e disarmonie motorie dell'età evolutive;
- Turbe dell'attenzione e della concentrazione;
- Disfasie espressive e globali;
- Disfagie (da ictus o altre condizioni di alterazione della coordinazione motoria dei muscoli deglutitori);
- Ritardi cognitivi;
- Ritardi mentali e disturbi neuropsicologici (Disturbo della memoria);
- Psicopatologie dello sviluppo.

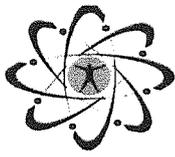
I trattamenti possono riguardare le seguenti aree:

- Rieducazione Logopedica;
- Fisioterapia e riabilitazione motoria;
- Terapia Medica.

### **Trattamenti riabilitativi ambulatoriali in regime di solvenza**

Per i pazienti che per la loro situazione clinica non necessitano di un trattamento di tipo semiresidenziale, l'Istituto eroga, sempre in seguito ad un primo incontro con lo specialista, le seguenti prestazioni ambulatoriali a pagamento:

- Accertamenti psicodiagnostici;
- Attività pedagogico-educativa;
- Orientamento Psicopedagogico;
- Addestramento Professionale;
- Ergoterapia/Terapia occupazionale;
- Rieducazione Logopedica;
- Psicomotricità;
- Psicologia/Psicoterapia;
- Riabilitazione Neuropsicologica e Cognitiva;
- Kinesiterapia motoria;
- Fisioterapia strumentale;
- Terapia Medica;
- Visite specialistiche:
  - *Neuropsichiatriche*
  - *Fisiatriche*
  - *Neurologiche*
  - *Psicologiche*
  - *Ortopediche*



### **Diagnostica per Immagini ad alta tecnologia accreditata e convenzionata con il SSR**

Nel Comune di Castrignano dei Greci (Le) e nel comune di San Vito dei Normanni (Br), l'Istituto Santa Chiara annovera due innovativi Centri di Diagnostica per Immagini ad alta tecnologia, dotati di tecnologie digitali avanzate e apparecchiature moderne: Risonanza magnetica ad alto campo (1,5 Tesla), TAC Spirale Multistrato di ultima generazione, Radiologia RX tradizionale, Ortopantomografia, Ecografia internistica e muscoloscheletrica, Mammografia.

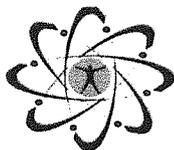
### **Centro Medico Specialistico e di Riabilitazione Funzionale - Roma**

Le patologie trattate sono le seguenti:

- Cerebrolesioni congenite (dovute a cause genetiche, esterne, perinatali o prenatali) o acquisite (esiti di trauma cranico, di tumore cerebrale o di patologie cerebrovascolari - es. demenza, morbo di Parkinson, di Alzheimer, condizioni post-ictus);
- Paralisi Cerebrali Infantili;
- Patologie Neuromuscolari (es. Distrofie muscolari – Duchenne, Beker- miopatie, miastenia, neuropatie);
- Patologie vertebrali (es. ernie discali, esiti di fratture, patologie degenerative, neoplastiche, traumi);
- Disabilità Motorie da Lesioni del SNP (es. Neuropatie sensitivo-motorie, metaboliche, associate a malattie sistemiche: Malattia di Dejerine-Sottas; malattia di Charcot-Marie-Tooth; malattia di Refsum; Polineuropatia idiopatica progressiva);
- Patologie Malformative Apparato Osteoarticolare (Emispondilia, Scoliosi, Agenesie, Spondiloschisi, Somatoschisi, Emisoma, Platispondilia);
- Ritardo e disarmonie motorie dell'età evolutiva;
- Turbe dell'attenzione e della concentrazione;
- Disfasie espressive e globali;
- Disfagie (da ictus o altre condizioni di alterazione della coordinazione motoria dei muscoli deglutitori);
- Ritardi cognitivi;
- Ritardi mentali e disturbi neuropsicologici (Disturbo della memoria);
- Psicopatologie dello sviluppo.

I trattamenti riguardano le seguenti aree:

- Accertamenti psicodiagnostici;
- Attività pedagogico-educativa;
- Orientamento Psicopedagogico;
- Addestramento Professionale;
- Ergoterapia/Terapia occupazionale;
- Rieducazione Logopedica;
- Psicomotricità;
- Psicologia/Psicoterapia;
- Riabilitazione Neuropsicologica e Cognitiva;
- Fisioterapia e riabilitazione motoria;
- Terapia Medica.



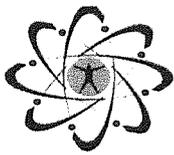
Le visite mediche specialistiche sono le seguenti:

- Neurologia;
- Medicina fisica, riabilitativa e ambulatoriale;
- Neuropsichiatria infantile;
- Ortopedia;
- Otorinolaringoiatria.

### **Gli operatori dell'Istituto Santa Chiara**

All'interno dell'Istituto opera un'équipe multiprofessionale composta da:

- Cardiologo;
- Chirurgo vascolare;
- Ortopedico;
- Neurologo;
- Pneumologo;
- Dermatologo;
- Odontoiatra;
- Fisiatra;
- Neuropsichiatra Infantile;
- Ortopedico;
- Reumatologo;
- Otorino;
- Neurochirurgo;
- Radiologo;
- Endocrinologo;
- Oculista;
- Nutrizionista;
- Neurofisiopatologo;
- Infermieri professionali;
- Tecnici della radiologia;
- Fisioterapisti;
- Logopedisti;
- Tecnici della riabilitazione cognitiva;
- Psicologi;
- Psicoterapeuti cognitivo-comportamentali;
- Educatori;
- Terapisti della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva;
- Terapisti occupazionali;
- Addetti all'assistenza;
- Assistente sociale;
- Personale amministrativo.



### **3. RUOLO DEL RISK MANAGER E FUNZIONE DELL'UNITÀ DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CLINICO**

Obiettivo del Risk Manager è quello di promuovere, a tutti i livelli, l'attività di gestione del rischio, facendo crescere la responsabilizzazione di tutto il personale riguardo specifiche politiche di presidio del rischio. È compito del Risk Manager promuovere la redazione e l'applicazione del presente documento e di concerto con l'Unità di valutazione del rischio clinico e la direzione strategica (Direzione medica ed amministrativa), individuare ed analizzare i potenziali rischi in cui può incorrere la struttura nella gestione dei servizi sanitari erogati. L'Unità di valutazione del rischio clinico, specifica e attiva in ogni Unità locale, è un organo collegiale composto dalla direzione strategica, dal Risk Manager e dai referenti delle varie unità operative.

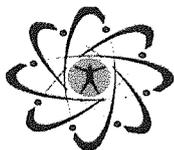
Nel nostro caso esso è composto da:

- Referente unità di riabilitazione semiresidenziale e residenziale ex art.26;
- Referente unità di radiologia di Castrignano de' Greci e S. Vito dei Normanni;
- Referente unità polispecialistica e di riabilitazione privata - Roma;
- Direzione sanitaria;
- Direzione amm.va;
- Risk Manager;
- RSPP ed RLS.

### **4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI PER LE SINGOLE UNITA' LOCALI**

Ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie 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".

Al fine di ottemperare a tale obbligo è pertanto necessario elaborare una relazione sintetica che accompagni e descriva la tabella di seguito riportata.



#### 4.1 Presidio di riabilitazione funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali a ciclo diurno ex art. 26, via Campania n. 5 - Lecce, per n. 20 posti in regime semiresidenziale

**Tab. 1 - Eventi segnalati nel 2020 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

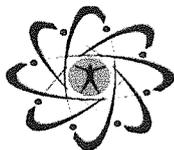
| Tipo di evento    | Numero e %<br>sul<br>totale degli<br>eventi | Principali fattori<br>causali/contribuenti | Azioni di miglioramento        | Fonte del dato                          |
|-------------------|---|--|--------------------------------|---|
| Near Miss         | 0   | Strutturali (0%)                           | Strutturali (0%)               | Sistemi di                              |
| Eventi Avversi    | 1   | Tecnologici (0%)                           | Tecnologici (0%)               | reporting                               |
| Eventi Sentinella | 0   | Organizzativi (0%)                         | Organizzativi (0%)             | Sinistri                                |
|                   |   | Procedure/Comunicazione<br>(100%)          | Procedure/Comunicazione (100%) | Infezioni Correlate<br>Assistenza (ICA) |

Come si evince dalla tabella sopra esposta nell'annualità indicata si è verificato un evento avverso (caduta). La caduta è stata causata da un errore procedurale, per la correzione del quale è stata attivata un'azione di miglioramento, con il richiamo agli step previsti dalla procedura elaborata ad hoc. La fonte del dato è stata fornita dal sistema di reporting in uso; per la gestione del caso è stato avviato un iter documentato dai seguenti elaborati e modulistica:

1. "Fasi e strumenti del Significant Event Audit";
2. "Scheda di segnalazione volontaria degli eventi";
3. "Scheda di segnalazione cadute del paziente";
4. "Verbale registrazione incontro SEA";
5. "Scheda analisi evento e azioni di miglioramento".

Tale documentazione è custodita presso l'Ufficio Rischio Clinico - sede del Servizio di riabilitazione semiresidenziale, nella sezione documentale "Rischio clinico - Gestione cadute".

L'art. 4 c. 3 della L. 24/2017 prevede, inoltre, che "tutte le strutture pubbliche e private rendano disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi ai risarcimenti



erogati nell'ultimo quinquennio". Al fine di ottemperare a tale obbligo viene redatta la seguente tabella esplicativa:

**Tab. 2 - Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017).**

| Anno   | N. Sinistri | Risarcimenti erogati                     |
|--------|-------------|--|
| 2016   | 0           | 0  |
| 2017   | 0           | 0  |
| 2018   | 0           | 0  |
| 2019   | 0           | 0  |
| 2020   | 1           | Non è stato richiesto alcun risarcimento |
| Totale | 1           | 0  |

#### **4.2 Presidio di riabilitazione funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali ex art. 26, via Campania n. 5 - Lecce, per n. 40 posti in regime residenziale (servizio attivo dal 6/11/2020)**

**Tab. 3 - Eventi segnalati nel 2020 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

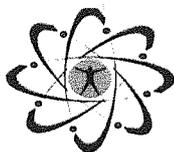
| Tipo di evento    | Numero e % sul totale degli eventi | Principali fattori causali/contribuenti            | Azioni di miglioramento                            | Fonte del dato   |
|-------------------|------------------------------------|--|--|--|
| Near Miss         | 0                                  | Strutturali (0%)                                   | Strutturali (0%)                                   | Sistemi di reporting<br>Sinistri<br>Infezioni Correlate Assistenza (ICA) |
| Eventi Avversi    | 0                                  | Tecnologici (0%)                                   | Tecnologici (0%)                                   |  |
| Eventi Sentinella | 0                                  | Organizzativi (0%)<br>Procedure/Comunicazione (0%) | Organizzativi (0%)<br>Procedure/Comunicazione (0%) |  |

Come si evince dalla tabella sopra esposta non si sono verificati eventi avversi e/o sinistri nell'annualità indicata, pertanto non sarà elaborata alcuna relazione consuntiva.

#### **4.3 Centro di Diagnostica per Immagini, via U. Giordano, Castrignano de' Greci (LE);**

**Tab. 3 - Eventi segnalati nel 2020 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

| Tipo di evento | Numero e % sul totale degli | Principali fattori causali/contribuenti | Azioni di miglioramento | Fonte del dato |
|----------------|-----------------------------|---|-------------------------|----------------|
|----------------|-----------------------------|---|-------------------------|----------------|



|                   | eventi |                              |                              |                      |
|-------------------|--------|------------------------------|------------------------------|----------------------|
| Near Miss         | 0      | Strutturali (0%)             | Strutturali (0%)             | Sistemi di reporting |
| Eventi Avversi    | 0      | Tecnologici (0%)             | Tecnologici (0%)             | Sinistri             |
| Eventi Sentinella | 0      | Organizzativi (0%)           | Organizzativi (0%)           | Infezioni Correlate  |
|                   |        | Procedure/Comunicazione (0%) | Procedure/Comunicazione (0%) | Assistenza (ICA)     |

Come si evince dalla tabella sopra esposta non si sono verificati eventi avversi e/o sinistri nell'annualità indicata, pertanto non sarà elaborata alcuna relazione consuntiva; di seguito sono riportati i dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio.

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

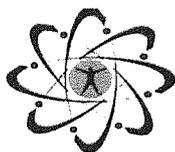
| Anno   | N. Sinistri | Risarcimenti erogati                        |
|--------|-------------|---|
| 2016   | 0           | 0   |
| 2017   | 1           | 0   |
| 2018   | 0           | 0   |
| 2019   | 0           | 0   |
| 2020   | 0           | Euro 1.800,00 relativo al sinistro del 2017 |
| Totale | 1           | 1   |

#### **4.4 Centro di Diagnostica per Immagini, via Don Luigi Sturzo n. 2, San Vito dei Normanni (Br)**

**Tab. 5 - Eventi segnalati nel 2020 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

| Tipo di evento    | Numero e % sul totale degli eventi | Principali fattori causali/contribuenti | Azioni di miglioramento      | Fonte del dato       |
|-------------------|------------------------------------|---|------------------------------|----------------------|
| Near Miss         | 0                                  | Strutturali (0%)                        | Strutturali (0%)             | Sistemi di reporting |
| Eventi Avversi    | 0                                  | Tecnologici (0%)                        | Tecnologici (0%)             | Sinistri             |
| Eventi Sentinella | 0                                  | Organizzativi (0%)                      | Organizzativi (0%)           | Infezioni Correlate  |
|                   |                                    | Procedure/Comunicazione (0%)            | Procedure/Comunicazione (0%) | Assistenza (ICA)     |

Come si evince dalla tabella sopra esposta non si sono verificati eventi avversi e/o sinistri nell'annualità indicata, pertanto non sarà elaborata alcuna relazione consuntiva; di seguito i dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio:

**Tab. 6 - Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017).**

| Anno   | N. Sinistri | Risarcimenti erogati                          |
|--------|-------------|---|
| 2016   | 1           | 0   |
| 2017   | 0           | Euro 5.000,00 (riferito al sinistro del 2015) |
| 2018   | 0           | Euro 1.200,00 (riferito al sinistro del 2016) |
| 2019   | 0           | Euro 1.200,00 (riferito al sinistro del 2017) |
| 2020   | 0           | 0   |
| Totale | 1           | 3   |

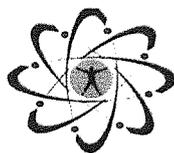
**4.5 Centro Medico Specialistico e di Riabilitazione Funzionale, via Properzio n. 6, Roma****Tab. 7 - Eventi segnalati nel 2020 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

| Tipo di evento    | Numero e % sul totale degli eventi | Principali fattori causali/contribuenti            | Azioni di miglioramento                            | Fonte del dato   |
|-------------------|------------------------------------|--|--|--|
| Near Miss         | 0                                  | Strutturali (0%)                                   | Strutturali (0%)                                   | Sistemi di reporting Sinistri Infezioni Correlate Assistenza (ICA) |
| Eventi Avversi    | 0                                  | Tecnologici (0%)                                   | Tecnologici (0%)                                   |  |
| Eventi Sentinella | 0                                  | Organizzativi (0%)<br>Procedure/Comunicazione (0%) | Organizzativi (0%)<br>Procedure/Comunicazione (0%) |  |

Come si evince dalla tabella sopra esposta non si sono verificati eventi avversi e/o sinistri nell'annualità indicata, pertanto non sarà elaborata alcuna relazione consuntiva; di seguito sono riportati i dati relativi ai risarcimenti erogati negli ultimi quattro anni:

**Tab. 8 - Sinistrosità e risarcimenti erogati dall'avvio dell'attività presso l'unità operativa (a partire dall'anno 2017, anno di apertura - ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017).**

| Anno   | N. Sinistri | Risarcimenti erogati |
|--------|-------------|----------------------|
| 2017   | 0           | 0                    |
| 2018   | 0           | 0                    |
| 2019   | 0           | 0                    |
| 2020   | 0           | 0                    |
| Totale | 0           | 0                    |

**4.6 Centro plurispecialistico e di consulenza radiologica, via Trento e Trieste n. 40, Maglie (LE) (Servizio sospeso il 18.06.2020)****Tab. 9 - Eventi segnalati nel 2020 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

| Tipo di evento    | Numero e %<br>sul<br>totale degli<br>eventi | Principali fattori<br>causali/contribuenti         | Azioni di miglioramento                            | Fonte del dato   |
|-------------------|---|--|--|--|
| Near Miss         | 0   | Strutturali (0%)                                   | Strutturali (0%)                                   | Sistemi di reporting<br>Sinistri<br>Infezioni Correlate Assistenza (ICA) |
| Eventi Avversi    | 0   | Tecnologici (0%)                                   | Tecnologici (0%)                                   |  |
| Eventi Sentinella | 0   | Organizzativi (0%)<br>Procedure/Comunicazione (0%) | Organizzativi (0%)<br>Procedure/Comunicazione (0%) |  |

Come si evince dalla tabella sopra esposta non si sono verificati eventi avversi e/o sinistri nell'annualità indicata, pertanto non sarà elaborata alcuna relazione consuntiva; di seguito sono riportati i dati relativi ai risarcimenti erogati negli ultimi quattro anni:

**Tab. 10 - Sinistrosità e risarcimenti erogati dall'avvio dell'attività presso l'unità operativa (anno 2017, anno di apertura - ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017).**

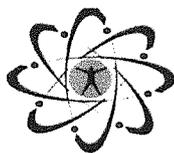
| Anno   | N. Sinistri | Risarcimenti erogati |
|--------|-------------|----------------------|
| 2017   | 0           | 0                    |
| 2018   | 0           | 0                    |
| 2019   | 0           | 0                    |
| 2020   | 0           | 0                    |
| Totale | 0           | 0                    |

**5. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA**

L'Istituto Santa Chiara assume in proprio la gestione dei sinistri e/o eventi avversi ai sensi della Legge 8 marzo 2017, n. 24 ed in particolare alla luce dell'art. 10. comma 1 e 6 ove si stabilisce la possibilità dell'operatività delle "...altre misure analoghe...".

**Tab. 11 - Posizione assicurativa degli ultimi cinque anni**

| Anno | Scadenza polizza | Compagnia assicurativa | Massimale      | Franchigia | Premio semestrale |
|------|------------------|------------------------|----------------|------------|-------------------|
| 2016 | 30.03.2017       | UNIPOLSAI              | € 1.500.000,00 | € 1.500,00 | 7.980,00          |
| 2017 | 30.03.2018       | UNIPOLSAI              | € 1.500.000,00 | € 2.500,00 | 7.400,00          |
| 2018 | 30.3.2019        | UNIPOLSAI              | € 1.500.000,00 | € 2.500,00 | 7.400,00          |



|      |           |           |                |            |          |
|------|-----------|-----------|----------------|------------|----------|
| 2019 | 30.3.2020 | UNIPOLSAI | € 1.500.000,00 | € 2.500,00 | 7.400,00 |
| 2020 | 30.3.2021 | UNIPOLSAI | € 1.500.000,00 | € 2.500,00 | 7.400,00 |

## 6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

1. Quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
2. Quella della Direzione che si impegna ad adottarlo con Deliberazione e a fornire al Risk Manager e all'organizzazione della struttura le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività in esso previste.

In questa sezione si elencano le responsabilità relative alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARM.

**Tab. 12 - Matrice delle responsabilità**

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

Legenda: R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

## 7. GRUPPI DI SUPPORTO

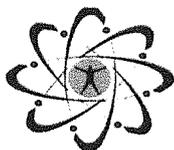
Allo scopo di rendere più spedito ed efficace il lavoro di prevenzione e di gestione del rischio clinico si intende utilizzare l'attività di gruppi di supporto che si occuperanno di:

1. Rischi procedurali;
2. Rischio cadute;
3. Sanificazione e sterilizzazione;
4. Violenze a danno degli operatori sanitari e rischio suicidario.

## 8. UNITÀ DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CLINICO E GRUPPI DI SUPPORTO NELLE DIVERSE SEDI

**Tabella 13. Unità di Valutazione del Rischio Clinico - Presidio di Riabilitazione Funzionale Semiresidenziale - Lecce**

| Nome               | Risk Manager | Direttore Sanitario | Direttore Amministrativo | Strutture Amministrative e Tecniche di supporto |
|--------------------|--------------|---------------------|--------------------------|---|
| Francesca Torretti | X            |                     |                          |   |
| Giovanni           |              |                     | X                        |   |



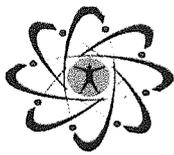
|                          |  |   |  |   |
|--------------------------|--|---|--|---|
| Pisciotta                |  |   |  |   |
| Antonio Leo              |  | X |  |   |
| Vita Maria<br>Sansevrino |  |   |  | X |
| Flavia<br>Minoia         |  |   |  | X |
| Alberto<br>Stefani RSPP  |  |   |  | X |
| Claudio Cretì<br>RLS     |  |   |  | X |

I Componenti dei Gruppi di Supporto alla Funzione di Gestione del Rischio sono di seguito elencati:

|   |  |
|---|--|
| 1. Rischi procedurali   | Dott. Antonio Leo<br>Dott.ssa Francesca Torretti<br>Dott.ssa Laura Forchione<br>Dott.ssa Giorgia Marra<br>Dott.ssa Flavia Minoia |
| 2. Rischio cadute   | Dott. Antonio Leo<br>Dott.ssa Francesca Torretti<br>Dott.ssa Flavia Minoia<br>Dott.ssa Diana Russo                               |
| 3. Rischi sanificazione e sterilizzazione                               | Dott.ssa Flavia Minoia<br>Sig.ra Alice Cucurachi<br>Sig. Gabriele Conte  |
| 4. Rischi per violenza a danno degli operatori e per rischio suicidario | Dott.ssa Maria Rosaria Viva<br>Dott.ssa Alessia Stefanelli<br>Dott.ssa Alessandra Franco   |

**Tabella 14. Unità di Valutazione del Rischio Clinico - Presidio di Riabilitazione Funzionale Residenziale - Lecce**

| Nome                  | Risk Manager | Direttore Sanitario | Direttore Amministrativo | Strutture Amministrative e Tecniche di supporto |
|-----------------------|--------------|---------------------|--------------------------|---|
| Francesca Torretti    | X            |                     |                          |   |
| Giovanni Pisciotta    |              |                     | X                        |   |
| Antonio Leo           |              | X                   |                          |   |
| Vita Maria Sansevrino |              |                     |                          | X   |
| Flavia Minoia         |              |                     |                          | X   |



|                             |  |  |  |          |
|-----------------------------|--|--|--|----------|
| <b>Alberto Stefani RSPP</b> |  |  |  | <b>X</b> |
| <b>Claudio Creti RLS</b>    |  |  |  | <b>X</b> |

I Componenti dei Gruppi di Supporto alla Funzione di Gestione del Rischio sono di seguito elencati:

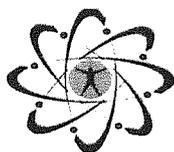
|   |   |
|---|---|
| 1. Rischi procedurali   | Dott. Antonio Leo<br>Dott.ssa Francesca Torretti<br>Dott.ssa Laura Forchione<br>Dott.ssa Lucrezia De Benedittis<br>Dott.ssa Flavia Minoia |
| 2. Rischio cadute   | Dott. Antonio Leo<br>Dott.ssa Federica Resta<br>Dott.ssa Francesca Amato  |
| 3. Rischi sanificazione e sterilizzazione                               | Dott.ssa Flavia Minoia<br>Sig.ra Alice Cucurachi<br>Sig. Gabriele Conte   |
| 4. Rischi per violenza a danno degli operatori e per rischio suicidario | Dott.ssa Maria Rosaria Viva<br>Dott. Vincenzo Ciccarese<br>Dott.ssa Giulia Onorati  |

**Tab. 15 - Unità di Valutazione del Rischio Clinico - Centro di Diagnostica per Immagini Castrignano de' Greci (LE)**

| <b>Nome</b>                 | <b>Risk Manager</b> | <b>Direttore Sanitario</b> | <b>Direttore Amministrativo</b> | <b>Strutture Amministrative e Tecniche di supporto</b> |
|-----------------------------|---------------------|----------------------------|---------------------------------|--|
| <b>Francesca Torretti</b>   | <b>X</b>            |                            |                                 |  |
| <b>Giovanni Pisciotta</b>   |                     |                            | <b>X</b>                        |  |
| <b>Ivo Francavilla</b>      |                     | <b>X</b>                   |                                 |  |
| <b>Daniele Spano</b>        |                     |                            |                                 | <b>X</b>   |
| <b>Claudio Creti</b>        |                     |                            |                                 | <b>X</b>   |
| <b>Alberto Stefani RSPP</b> |                     |                            |                                 | <b>X</b>   |

I Componenti dei Gruppi di Supporto alla Funzione di Gestione del Rischio sono di seguito elencati:

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 1. Rischi procedurali | Dott. Ivo Francavilla<br>Dott. Daniele Spano |
|-----------------------|--|



|   |  |
|---|--|
| 2. Rischio cadute   | Dott.ssa Laura Murrone<br>Dott.ssa Serena Giannuzzi    |
| 3. Rischi sanificazione e sterilizzazione                               | Dott.ssa Annalisa Errico<br>Dott.ssa Lidia Rizzolomini |
| 4. Rischi per violenza a danno degli operatori e per rischio suicidario | Dott. Daniele Spano<br>Dott.ssa Graziella Nocco        |

**Tab. 16 - Unità di Valutazione del Rischio Clinico - Centro di Diagnostica per Immagini San Vito dei Normanni (Br)**

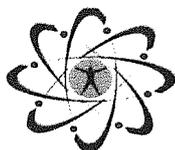
| Nome                 | Risk Manager | Direttore Sanitario | Direttore Amministrativo | Strutture Amministrative e Tecniche di supporto |
|----------------------|--------------|---------------------|--------------------------|---|
| Francesca Torretti   | X            |                     |                          |   |
| Giovanni Pisciotta   |              |                     | X                        |   |
| Ivo Francavilla      |              | X                   |                          |   |
| Daniele Spano        |              |                     |                          | X   |
| Claudio Creti        |              |                     |                          | X   |
| Alberto Stefani RSPP |              |                     |                          | X   |

I Componenti dei Gruppi di Supporto alla Funzione di Gestione del Rischio sono di seguito elencati:

|   |  |
|---|--|
| 1. Rischi procedurali   | Dott. Ivo Francavilla<br>Dott. Daniele Spano |
| 2. Rischio cadute   | Sig. Fabrizio Elia<br>Dott. Daniele Spano    |
| 3. Rischi sanificazione e sterilizzazione                               | Sig. Fabrizio Elia<br>Dott. Daniele Spano    |
| 4. Rischi per violenza a danno degli operatori e per rischio suicidario | Dott. Daniele Spano<br>Sig. Fabrizio Elia    |

**Tab. 17 - Unità di Valutazione del Rischio Clinico - Centro Medico Specialistico e di Riabilitazione Funzionale di Roma**

| Nome | Risk Manager | Direttore Sanitario | Direttore Amministrativo | Strutture Amministrative |
|------|--------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|
|------|--------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|



|                             |          |          |          | <b>e Tecniche di supporto</b> |
|-----------------------------|----------|----------|----------|-------------------------------|
| <b>Francesca Torretti</b>   | <b>X</b> |          |          |                               |
| <b>Giovanni Pisciotta</b>   |          |          | <b>X</b> |                               |
| <b>Antonio Leo</b>          |          | <b>X</b> |          |                               |
| <b>Elisabetta Grippa</b>    |          |          |          | <b>X</b>                      |
| <b>RLS Francesco Merico</b> |          |          |          | <b>X</b>                      |
| <b>Alberto Stefani RSPP</b> |          |          |          | <b>X</b>                      |

I Componenti dei Gruppi di Supporto alla Funzione di Gestione del Rischio sono di seguito elencati:

|   |  |
|---|--|
| 1. Rischi procedurali   | Dott.ssa Federica Cricchi<br>Dott. Elisabetta Grippa |
| 2. Rischio cadute   | Dott. Francesco Merico<br>Dott. Lisa Dibello         |
| 3. Rischi sanificazione e sterilizzazione                               | Dott. Francesco Merico<br>Dott.ssa Roberta Carrino   |
| 4. Rischi per violenza a danno degli operatori e per rischio suicidario | Dott.ssa Roberta Carrino<br>Dott.ssa Lisa Dibello    |

## 9. OBIETTIVI

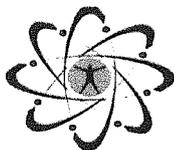
Nel recepire le indicazioni fornite dai riferimenti normativi per l'elaborazione del PARM, tenuto conto delle necessità rilevate in merito al mantenimento delle condizioni ottimali per la riduzione delle possibilità di rischio, sono stati identificati e ritenuti prioritari i seguenti obiettivi strategici per l'anno 2021:

1. Implementare la valutazione del rischio correlato alle prestazioni erogate;
2. Realizzare interventi per migliorare l'informazione agli utenti;
3. Implementare il monitoraggio e la misurazione della soddisfazione degli utenti.

**Gli obiettivi strategici saranno declinati come segue:**

### 1. Implementare la valutazione del rischio correlato alle prestazioni erogate.

- a. Implementazione delle attività relative ai ruoli e alle responsabilità designate relativamente alla Gestione del Rischio.
- b. Implementazione del sistema interno di segnalazione di eventi sentinella, eventi avversi, incidenti, near miss correlati alle prestazioni sanitarie.



- c. Verifica del corretto utilizzo della scheda di segnalazione eventi correlati alle prestazioni sanitarie nella quotidianità di unità operative caratterizzate da più alta rischiosità.
- d. Approfondimento della formazione su procedure e strumenti utilizzati per la Gestione del Rischio.
- e. Implementazione delle attività del Comitato Audit per i Centri di Radiologia e per il Centro Medico Specialistico e di Riabilitazione Funzionale di Roma.
- f. Implementazione delle attività del Comitato Audit per il Presidio di Riabilitazione Funzionale di Lecce.
- g. Analisi del sistema di reporting e sintesi delle criticità rilevate.
- e. Monitoraggio dell'applicazione del protocollo per la prevenzione e per la gestione delle cadute.

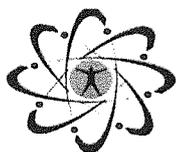
**2. Realizzare interventi per migliorare l'informazione agli utenti.**

- a. Redazione di una procedura operativa per garantire una corretta informazione ai pazienti e ai parenti dei pazienti.

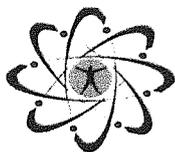
**3. Implementare il monitoraggio e la misurazione della soddisfazione degli utenti**

- a. Inoltro del questionario "Modulo Questionario Soddisfazione Pazienti".
- b. Esame semestrale dei dati raccolti.

| Obiettivo strategico   | Obiettivo specifico   | Unità coinvolta          | Strumenti per la realizzazione   |
|--|---|--------------------------|--|
| 1. Implementare la valutazione del rischio correlato alle prestazioni erogate. |   |                          |  |
| 1.a  | Implementazione delle attività relative ai ruoli e alle responsabilità designate, relativamente alla Gestione del Rischio | Unità di Risk Management | Briefing tra i membri della Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico e Responsabili di Unità Locali |
| 1.b  | Implementazione del sistema interno di segnalazione di eventi sentinella, eventi avversi, incidenti, near                 | Unità di Risk Management | Briefing tra i membri della Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico e Responsabili di Unità        |



|     |  |   |  |
|-----|--|---|--|
|     | miss correlati alle prestazioni sanitarie  |   | Locali   |
| 1.c | Verifica del corretto utilizzo della scheda di segnalazione eventi correlati alle prestazioni sanitarie nella quotidianità di unità operative caratterizzate da più alta rischiosità | Unità di Risk Management  | Briefing tra i membri della Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico e Responsabili di Unità Locali                     |
| 1.d | Approfondimento della formazione su procedure e strumenti utilizzati per la Gestione del Rischio   | -Unità di Risk Management<br>-Servizio di Formazione<br>-Direzione Amministrativa | Briefing tra i membri della Direzione Sanitaria, della Direzione Amministrativa e del Responsabile della formazione          |
| 1.e | Implementazione delle attività del Comitato Audit per i Centri di Radiologia e per il Centro Medico Specialistico e di Riabilitazione Funzionale di Roma.                            | Unità di Risk Management  | Briefing tra i membri della Direzione Sanitaria e Responsabili di Unità Locali   |
| 1.f | Implementazione delle attività del Comitato Audit per il Presidio di Riabilitazione Funzionale di Lecce.   | Unità di Risk Management  | Briefing tra i componenti dell'Unità di Risk Management  |
| 1.g | Analisi del sistema di reporting e sintesi delle criticità rilevate.   | Unità di Risk Management  | Osservazione periodica nei reparti delle Unità Locali da parte di revisori (Risk Management o membri dei gruppi di supporto) |
| 1.h | Monitoraggio   | Unità di Risk Management  | Osservazione   |



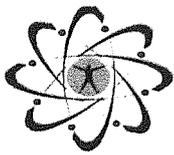
|   |  |                          |   |
|---|--|--------------------------|---|
|   | dell'applicazione del protocollo per la prevenzione e per la gestione delle cadute                             | Management               | periodica nei reparti delle Unità Locali da parte di revisori (Risk Management o membri dei gruppi di supporto per la prevenzione e la gestione delle cadute) |
| 2. Realizzare interventi per migliorare l'informazione agli utenti.               |  |                          |   |
| 2.a   | Redazione di procedura operativa per garantire una corretta informazione ai pazienti e ai parenti dei pazienti | Unità di Risk Management | Briefing tra i membri della Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico e i Responsabili delle Unità Locali   |
| 3. Implementare il monitoraggio e la misurazione della soddisfazione degli utenti |  |                          |   |
| 3.a   | Inoltro del questionario "Modulo Questionario Soddisfazione Pazienti"  | Unità di Risk Management | Briefing tra i membri dell'Unità di Risk Management e i Responsabili delle Unità Locali   |
| 3.b   | Esame semestrale dei dati raccolti   | Unità di Risk Management | Briefing tra i membri dell'Unità di Risk Management e i Responsabili delle Unità Locali   |

### 10. Attività e matrice delle responsabilità

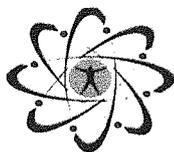
Le attività, declinate anno per singolo anno, si sviluppano su un arco temporale pluriennale.

La realizzazione degli obiettivi considerati nel PARM fa capo a diversi responsabili a seconda del target dell'obiettivo stesso e della sua sede d'implementazione, come evidenziato nella sezione relativa agli obiettivi.

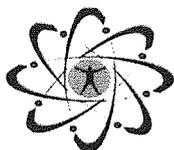
| Obiettivo strategico                                 | Obiettivo specifico | Responsabile | Figura/e Coinvolta/e |
|--|---------------------|--------------|----------------------|
| 1. Implementare la valutazione del rischio correlato |                     |              |                      |



|                           |  |  |  |
|---------------------------|--|--|--|
| alle prestazioni erogate. |  |  |  |
| 1.a                       | Implementazione delle attività relative ai ruoli e alle responsabilità designate, relativamente alla Gestione del Rischio  | Risk Manager                               | Direzione Sanitaria, Responsabili di Unità Locali  |
| 1.b                       | Implementazione del sistema interno di segnalazione di eventi sentinella, eventi avversi, incidenti, near miss correlati alle prestazioni sanitarie                                  | Risk Manager                               | Direzione Sanitaria, Personale medico, infermieristico/riabilitazione                                    |
| 1.c                       | Verifica del corretto utilizzo della scheda di segnalazione eventi correlati alle prestazioni sanitarie nella quotidianità di unità operative caratterizzate da più alta rischiosità | Membri Unità Risk Management, Risk Manager | Briefing tra i membri della Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico e Responsabili di Unità Locali |
| 1.d                       | Approfondimento della formazione su procedure e strumenti utilizzati per la Gestione del Rischio   | Risk Manager Responsabile Formazione       | Responsabile della formazione  |



|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| 1.e   | Implementazione delle attività del Comitato Audit per i Centri di Radiologia e per il Centro Medico Specialistico e di Riabilitazione Funzionale di Roma. | Risk Manager   | Direzioni Sanitarie<br>Responsabili Unità Locali                            |
| 1.f   | Implementazione delle attività del Comitato Audit per il Presidio di Riabilitazione Funzionale di Lecce.  | Risk Manager<br>Membri dell'Unità di Risk Management | Personale medico,<br>infermieristico/riabilitativo                          |
| 1.g   | Analisi del sistema di reporting e sintesi delle criticità rilevate.  | Risk Manager<br>Membri dell'Unità di Risk Management | Personale medico,<br>infermieristico/riabilitativo                          |
| 1.h   | Monitoraggio dell'applicazione del protocollo per la prevenzione e per la gestione delle cadute   | Risk Manager<br>Membri dell'Unità di Risk Management | Membri dei gruppi di supporto per la prevenzione e la gestione delle cadute |
| 2. Realizzare interventi per migliorare l'informazione agli utenti.               |   |  |   |
| 2.a   | Redazione di procedura operativa per garantire una corretta informazione ai pazienti e ai parenti dei pazienti  | Risk Manager<br>Membri dell'Unità di Risk Management | Direzioni Sanitarie,<br>Responsabili delle Unità Locali                     |
| 3. Implementare il monitoraggio e la misurazione della soddisfazione degli utenti |   |  |   |
| 3.a   | Inoltro del   | Risk Management                                      | Membri dell'Unità di Risk   |

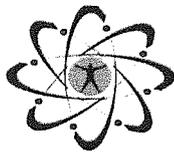


|     |   |   |  |
|-----|---|---|--|
|     | questionario<br>"Modulo<br>Questionario<br>Soddisfazione<br>Pazienti" |   | Management<br>e<br>Responsabili delle Unità<br>Locali      |
| 3.b | Esame semestrale<br>dei dati raccolti                                 | Risk Manager<br>Membri dell'Unità di<br>Risk Management | Direzioni Sanitarie,<br>Responsabili delle Unità<br>Locali |

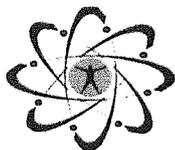
### 11. Obiettivi e indicatori

Per ogni attività prevista per il raggiungimento degli obiettivi su indicati viene definito un indicatore misurabile.

| Obiettivo strategico   | Obiettivo specifico   | Indicatore/i  | Scadenza      |
|--|---|---|---------------|
| 1. Implementare la valutazione del rischio correlato alle prestazioni erogate. |   |   |               |
| 1.a  | Implementazione delle attività relative ai ruoli e alle responsabilità designate, relativamente alla Gestione del Rischio                           | Programma attività  | Febbraio 2021 |
| 1.b  | Implementazione del sistema interno di segnalazione di eventi sentinella, eventi avversi, incidenti, near miss correlati alle prestazioni sanitarie | "Procedura di identificazione e segnalazione di eventi avversi, eventi sentinella, near miss, e sistema di partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale". Scheda di segnalazione eventi (Incident Reporting) | Febbraio 2021 |
| 1.c  | Verifica del corretto utilizzo della scheda di  | Elenco delle Unità' locali e dei servizi a cui  | Marzo 2021    |



|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
|   | segnalazione eventi correlati alle prestazioni sanitarie nella quotidianità di unità operative caratterizzate da più alta rischiosità                     | destinare l'implementazione del sistema di reporting                                    |                              |
| 1.d   | Approfondimento della formazione su procedure e strumenti utilizzati per la Gestione del Rischio  | N. di operatori formati alla compilazione della documentazione prevista dalla procedura | Febbraio 2021                |
| 1.e   | Implementazione delle attività del Comitato Audit per i Centri di Radiologia e per il Centro Medico Specialistico e di Riabilitazione Funzionale di Roma. | Programma attività  | Marzo 2021                   |
| 1.f   | Implementazione delle attività del Comitato Audit per il Presidio di Riabilitazione Funzionale di Lecce.  | Programma attività  | Aprile 2021                  |
| 1.g   | Analisi del sistema di reporting e sintesi delle criticità rilevate   | Scheda sintetica dei dati   | Maggio 2021                  |
| 1.h   | Monitoraggio dell'applicazione del protocollo per la prevenzione e per la gestione delle cadute   | Modulistica prevista dalla procedura  | Giugno 2021<br>Dicembre 2021 |
| 2. Realizzare interventi per migliorare l'informazione agli utenti. |   |   |                              |

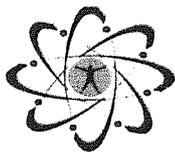


|   |  |   |                              |
|---|--|---|------------------------------|
| 2.a   | Redazione di procedura operativa per garantire una corretta informazione ai pazienti e ai parenti dei pazienti | Procedura operativa                             | Giugno 2021                  |
| 3. Implementare il monitoraggio e la misurazione della soddisfazione degli utenti |  |   |                              |
| 3.a   | Inoltro del questionario "Modulo Questionario Soddisfazione Pazienti"  | Scheda di sintesi dei dati                      | Giugno 2021<br>Dicembre 2021 |
| 3.b   | Esame semestrale dei dati raccolti   | Scheda analisi evento e azioni di miglioramento | Giugno 2021<br>Dicembre 2021 |

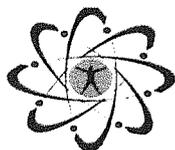
## 12. Obiettivi e standard

Per misurare le attività svolte ed i risultati conseguiti gli indicatori saranno quantificati e per ogni indicatore lo standard che ci si prefigge di raggiungere:

| Obiettivo strategico   | Obiettivo specifico   | Indicatore/i   | Misura                           |
|--|---|--|----------------------------------|
| 1. Implementare la valutazione del rischio correlato alle prestazioni erogate. |   |  |                                  |
| 1.a  | Implementazione delle attività relative ai ruoli e alle responsabilità designate, relativamente alla Gestione del Rischio | Elaborazione programma attività                            | n. riunioni /periodo considerato |
| 1.b  | Implementazione del sistema interno di segnalazione di eventi   | Diffusione ulteriore della "Procedura di identificazione e | n. operatori raggiunti           |



|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
|     | sentinella, eventi avversi, incidenti, near miss correlati alle prestazioni sanitarie  | segnalazione di eventi avversi, eventi sentinella, near miss, e sistema di partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale” e della modulistica allegata |  |
| 1.c | Verifica del corretto utilizzo della scheda di segnalazione eventi correlati alle prestazioni sanitarie nella quotidianità di unità operative caratterizzate da più alta rischiosità | Sistema di reporting   | n. di schede di segnalazione monitorate  |
| 1.d | Approfondimento della formazione su procedure e strumenti utilizzati per la Gestione del Rischio   | Corsi di formazione  | n. operatori formati/totale operatori (per categoria)<br>n. presenti/numero incontri corso |
| 1.e | Implementazione delle attività del Comitato Audit per i Centri di Radiologia e per il Centro Medico Specialistico e di Riabilitazione Funzionale di Roma.                            | Programma attività   | n. incontri gruppo di lavoro/periodo considerato   |
| 1.f | Implementazione delle attività del Comitato Audit per il Presidio di Riabilitazione Funzionale di Lecce.   | Programma attività   | n. incontri gruppo di lavoro/periodo considerato   |
| 1.g | Analisi del sistema di   | Relazione  | n. incontri gruppo di  |



|   | reporting e sintesi delle criticità rilevate   |   | lavoro/periodo considerato                       |
|---|--|---|--|
| 1.h   | Monitoraggio dell'applicazione del protocollo per la prevenzione e per la gestione delle cadute                | Relazione                                       | n. cadute/periodo dall'implementazione in poi    |
| 2. Realizzare interventi per migliorare l'informazione agli utenti.               |  |   |  |
| 2.a   | Redazione di procedura operativa per garantire una corretta informazione ai pazienti e ai parenti dei pazienti | Procedura operativa                             | n. incontri gruppo di lavoro/periodo considerato |
| 3. Implementare il monitoraggio e la misurazione della soddisfazione degli utenti |  |   |  |
| 3.a   | Inoltro del questionario "Modulo Questionario Soddisfazione Pazienti"  | Scheda di sintesi dei dati                      | n. incontri gruppo di lavoro/periodo considerato |
| 3.b   | Esame annuale dei dati raccolti  | Scheda analisi evento e azioni di miglioramento | n. incontri gruppo di lavoro/periodo considerato |

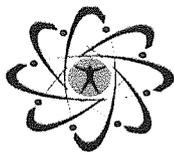
### 13. Modalità di diffusione del PARM

Allo scopo di favorire il corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARM e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione dell'Istituto Santa Chiara provvederà alla diffusione del documento attraverso:

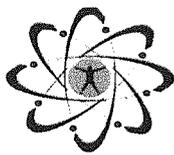
- pubblicazione del PARM sul sito internet aziendale;
- trasmissione alla Direzione Sanitaria e ai responsabili delle unità operative;
- presentazione durante i corsi di formazione e aggiornamento del personale.

### 14. 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 coordinazione 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 di strutture pubbliche e private";
3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norma 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 dell'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. Legge 8 novembre 2012, n. 189;
10. 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";
11. D.G.R. 942 del 31.03.2010 "Sistema di gestione del rischio clinico nel sistema sanitario regionale di Puglia - linee guida;
- 12 D.G.R. n.2276 del 21.12.2017 " Sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro nelle aziende sanitarie pubbliche della regione Puglia. Formalizzazione e costituzione gruppo di lavoro. Approvazione e linee di indirizzo e manuale di gestione".
13. Regolamento regionale n. 12 del 16.04.2015 "Regolamento regionale presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste: fabbisogno, autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio, accreditamento, requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici".
14. Piano Mirato di intervento "Gestione del rischio da Movimentazione Manuale Pazienti nella Regione Puglia (MAPO)", approvato con D.G.R. n. 941 del 5 .06.2018



PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT  
PARM 2021

SOMMARIO

|  |     |
|--|-----|
| 1. Premessa.....   | p.1 |
| 2. Contesto organizzativo.....   | 1   |
| 3. Ruolo del Risk Manager e funzioni dell'Unità di valutazione del rischio clinico.....                  | 7   |
| 4. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati per le singole unità locali..... | 7   |
| 4.1 Presidio di riabilitazione funzionale semiresidenziale - Lecce.....                                  | 8   |
| 4.2 Presidio di riabilitazione funzionale residenziale - Lecce.....                                      | 9   |
| 4.3 Centro di Diagnostica per Immagini - Castrignano de' Greci.....                                      | 9   |
| 4.4 Centro di Diagnostica per Immagini - San Vito dei Normanni.....                                      | 10  |
| 4.5 Centro Medico Specialistico e di Riabilitazione Funzionale - Roma.....                               | 11  |
| 4.6 Centro plurispecialistico e di consulenza radiologica - Maglie .....                                 | 12  |
| 5. Descrizione della posizione assicurativa .....  | 12  |
| 6. Matrice delle responsabilità del PARM .....   | 13  |
| 7. Gruppi di supporto.....   | 13  |
| 8. Unità di valutazione del rischio clinico e gruppi di supporto delle diverse sedi.....                 | 13  |
| 9. Obiettivi.....  | 17  |
| 10. Attività e matrice delle responsabilità.....   | 20  |
| 11. Obiettivi e indicatori.....  | 23  |
| 12. Obiettivi e standard.....  | 25  |
| 13. Modalità di diffusione del PARM.....   | 27  |
| 14. Riferimenti normativi.....   | 27  |

Lecce, 4 gennaio 2021

Responsabile del Risk Management

Dott.ssa Francesca Torretti