

Passaggi S.r.l.

SEDE LEGALE : Roma – Via Quinto Fabio Pittore n. 28

SEDE AMMINISTRATIVA : Carsoli (AQ) – Via Roma n. 111

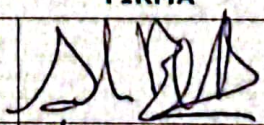
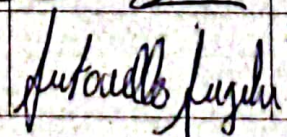
SEDI OPERATIVE : ORICOLA (AQ) Via Tiburtina Valeria Km. 68,200
CARSOLI (AQ) Via Colle Farola, s.n.c.

S.R.P.2

“Comunità Passaggi”

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) - 2020 AI SENSI DELLA L. 24/2017

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

	FUNZIONE E NOME	FIRMA	DATA
REDAZIONE VERIFICA	Dott. ALESSANDRO BELLOTTA Risk Manager Direttore Sanitario		20.02.2020
VALIDAZIONE	Dott. ANTONELLO ANGELINI Amministratore unico Legale rappresentante		26.02.2020

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2020

INDICE

1. PREMESSA	3
2. TERMINI E DEFINIZIONI	10
3. CONTESTO ORGANIZZATIVO	12
4. DATI GENERALI	14
5. DATI STRUTTURALI	15
6. DATI DI ATTIVITA'	15
7. PERSONALE SANITARIO	15
8. DESCRIZIONE EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO	16
9. RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO	16
10. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	16
11. NUMERO E ANALISI CONTENZIOSO	17
12. COMITATO DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	17
13. COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI	17
14. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM	18
15. OBIETTIVI 2020	19
16. ATTIVITA' 2020	21
17. ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	23
18. DIFFUSIONE DEL PARM. COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE	26
19. RIFERIMENTI NORMATIVI	28
20. ALLEGATI	31

1. PREMESSA

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 clinico”* o, in inglese, *“risk management”*, per la prevenzione degli errori evitabili e il contenimento dei loro possibili effetti dannosi, e quindi, in ultima analisi, per la garanzia della sicurezza dei pazienti.

La gestione del rischio clinico in sanità ha, pertanto, l’obiettivo 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.

Il *“rischio clinico”* è definito come la probabilità che un paziente sia vittima di un *“evento avverso”*, cioè subisca un qualsiasi *“danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”*.

Con l’entrata in vigore della 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”* - il legislatore ha posto l’obiettivo di inserire il paziente all’interno di un sistema di tutele efficienti atte a favorire la realizzazione del diritto alla salute. Tale disciplina è volta a regolare i molteplici aspetti del c.d. *“rischio clinico”* conseguente all’attività medico-sanitaria e, al fine di meglio realizzare gli obiettivi perseguiti, prevede precisi adempimenti a carico delle strutture sanitarie e socio- sanitarie, pubbliche e private, nonché obblighi relativi al monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario che può essere arginato attraverso iniziative che hanno come obiettivo la riduzione delle probabilità del verificarsi di eventi avversi

durante il periodo di degenza, favorendo, non solo un aumento del livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie, ma anche una conseguente riduzione del contenzioso e l'arginamento del fenomeno della medicina difensiva.

Il nuovo modello di gestione del rischio clinico richiede, infatti, un'attenta individuazione di tutti quegli incidenti e/o accadimenti in grado di incidere sulla sicurezza delle cure in modo da prevenire il loro verificarsi, in un'ottica di prevenzione e non di repressione. Ad esempio, la somministrazione di un farmaco sbagliato è un errore commesso da un operatore, facilmente identificabile come comportamento sbagliato, che causa un danno, ed è necessario ripercorrere tutte le fasi del processo di lavoro, per individuare le circostanze che, direttamente o indirettamente, lo hanno reso possibile in quanto potrebbero essere identificati, come insufficienze latenti nel sistema : un sistema di prescrizione trascrizione manuale della terapia; un sistema di conservazione dei farmaci che rende possibile lo scambio di medicinali; un insufficiente addestramento del personale; le caratteristiche delle confezioni dei farmaci con l'attribuzione di nomi facilmente confondibili; dosaggi e vie di somministrazione equivocabili, ecc..

Solo attraverso opportune analisi è possibile identificare le cause dell'errore e ridisegnare i processi al fine di ridurre la probabilità che lo stesso errore si ripeta.

L'errore può causare un "evento avverso", cioè un evento indesiderabile che comporta un danno al paziente non dovuto alle sue condizioni cliniche, ma correlato al processo assistenziale.

ALCUNE CATEGORIE SPECIFICHE DI ERRORE

ERRORE NELL'USO DEI FARMACI	<ul style="list-style-type: none">◆ Errori di prescrizione◆ Errori di preparazione◆ Errori di trascrizione◆ Errori di distribuzione◆ Errori di somministrazione◆ Errori di monitoraggio
ERRORI NELLA TEMPISTICA	<ul style="list-style-type: none">◆ Ritardi nel trattamento farmacologico◆ Ritardo nella diagnosi◆ Altri ritardi organizzativi/gestionali/logistici
ESAMI O PROCEDURE DIAGNOSTICHE	<ul style="list-style-type: none">◆ Non eseguite◆ Programmate ma non eseguite◆ Eseguite in modo inadeguato o scorretto◆ Eseguite correttamente ma su paziente sbagliato◆ Non appropriate
ERRORE NELL'USO DI APPARECCHIATURE	<ul style="list-style-type: none">◆ Uso in condizioni non appropriate◆ Istruzioni inadeguate◆ Pulizia non corretta◆ Utilizzo oltre i limiti di durata prevista◆ Malfunzionamento dovuto all'operatore (manutenzione, impostazione, altri errori d'uso)

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2020

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 degli operatori sanitari e adotti politiche per prevenirli e gestirli. Il suo obiettivo principale è 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 e 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 possono spaziare dalla sicurezza sul lavoro al benessere organizzativo, dalla gestione del rischio clinico alla responsabilità professionale, dalla prevenzione dei rischi alla gestione del contenzioso (risarcimenti), dall'analisi degli incidenti che hanno comportato (o potevano comportare) un danno al paziente e delle cause che li hanno prodotti alla definizione, con urgenza, delle misure di eliminazione o prevenzione delle stesse, alla attività fondamentale svolta con riguardo alla **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.

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

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2020

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 **dell'Ufficio aziendale di risk management** 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**.

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 stessa in quanto incertezza e rischio sono connaturati all'esistenza di qualunque tipo di azienda sanitaria e 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. Appare innegabile, dunque, che la moltitudine di variabili che

entrano nel governo sanitario e gli 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.

IL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM)

Alla luce di quanto sopra le strutture sanitarie, pubbliche e private, sono tenute ad elaborare un **Piano Aziendale di Risk Management (PARM)**, al cui interno devono definire ed esplicitare le linee di attività aziendali per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure sulla base degli obiettivi strategici definiti a livello regionale.

Scopo del PARM è quello di descrivere e indirizzare le azioni di miglioramento riconosciute come prioritarie per la gestione del rischio clinico.

Il PARM, prevede azioni su obiettivi di rischio clinico 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 sempre quella di diminuire le potenzialità di errore nell'organizzazione nonché di contenere la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie.

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 deve assicurare la diffusione del PARM ai diversi livelli aziendali attraverso specifiche modalità informative quali :

- Pubblicazione sul sito internet 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.**

2. TERMINI E DEFINIZIONI

Si riporta, di seguito, la terminologia ritenuta necessaria ai fini della comprensione del presente Piano di Risk Management.

RISCHIO CLINICO	La possibilità che un paziente subisca un «danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte».
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	Il processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti.
APPROPRIATEZZA	L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente, fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.
ERRORE	Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.
EVENTO	Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente.
EVENTO AVVERSO (Adverse event)	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".
EVENTO EVITATO (Near miss)	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.
EVENTO SENTINELLA	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 : a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive. Di seguito l'elenco degli eventi indicati dal Ministero della Salute applicabili alla S.R.T.2 "COMUNITA' PASSAGGI": 1. Procedura in paziente sbagliato; 2. Errata procedura su paziente corretto (es. esecuzione di una procedura diagnostica/terapeutica diversa da quella prescritta); 3. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia

	<p>farmacologica;</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Morte o grave danno per caduta di paziente; 5. Suicidio o tentato suicidio di paziente nella struttura sanitaria; 6. Violenza su paziente (commissiva o omissiva) da chiunque compiuta all'interno di strutture sanitarie; 7. Atti di violenza a danno di operatore da parte di pazienti, loro parenti, accompagnatori, visitatori; 8. Morte o grave danno connesso al sistema di trasporto; 9. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente dovuto ad errore o livelli assistenziali inferiori rispetto agli standard previsti.
RISCHIO	Condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che può modificare l'esito atteso del processo. È misurato in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento e la gravità del danno che ne consegue; nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso.
SICUREZZA DEL PAZIENTE (Patient safety)	Dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.
FATTORE UMANO	Sinonimo di ergonomia per indicare lo studio dei comportamenti umani, in relazione a specifiche condizioni ambientali, strumenti o compiti.
ERRORE ATTIVO	È per lo più ben identificabile, prossimo, in senso spazio-temporale, al verificarsi dell'evento avverso; spesso è riconducibile ad un'azione sbagliata commessa da un operatore o ad un incidente, ad esempio il malfunzionamento di una strumentazione. Relativamente semplice da individuare.
ERRORE LATENTE	È per lo più un'insufficienza organizzativo gestionale (progettazione, organizzazione e controllo) che resta silente nel sistema, finché un fattore scatenante non la rende manifesta in tutta la sua potenzialità, causando danni più o meno gravi. Relativamente difficile da individuare, spesso multiplo all'interno del sistema e tale da provocare una successione di errori secondari in grado di eclissare la gravità e la possibilità di identificazione dell'errore primitivo.
DANNO	Alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore).

3. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La S.R.P.2 "COMUNITA' PASSAGGI", gestita da PASSAGGI S.r.l. con sede legale in Roma Via Quinto Fabio Pittore n. 28 e sede amministrativa in Carsoli (AQ) Via Roma n. 111, nasce ad Oricola (AQ) nel 1998 ed è il risultato della collaborazione tra professionisti provenienti da precedenti esperienze nel campo della cura di pazienti psichiatrici, uniti con l'obiettivo di realizzare progetti a forte carattere terapeutico-riabilitativo.

Ospita, 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. Nel corso degli anni è stato sviluppato un modello di intervento integrato, basato su differenti programmi e contesti terapeutici la cui finalità è andare incontro ai diversi bisogni delle persone sofferenti di disturbi psichici. L'obiettivo è di cercare di aiutare gli ospiti, promuovendone la crescita personale, attraverso l'esperienza della convivenza e del confronto con gli altri in un contesto che ha tutte le caratteristiche di una microsocietà ma che sia sufficientemente protetto ponendo così l'accento su aspetti relazionali, di responsabilità e di dignità personale.

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

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 la "Comunità Passaggi" ha 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.

In questo contesto la gestione del rischio affronta molti dei rischi comuni alle strutture sanitarie quali **il rischio caduta, le infezioni correlate all'assistenza, il percorso del farmaco**. Ma, in aggiunta, fronteggia **altri rischi che sono correlati alla natura particolare della malattia psichiatrica** che si presta meno ad un inquadramento rigidamente statistico.

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2020

4. DATI GENERALI

Aggiornati al 26 Febbraio 2020	
SEDE	SEDE LEGALE Roma – Via Quinto Fabio Pittore n. 28 SEDE AMMINISTRATIVA Carsoli (AQ) – Via Roma n. 111 SEDE OPERATIVA 1 Oricola (AQ) – Via Tiburtina Valeria Km. 68,200 SEDE OPERATIVA 2 Carsoli (AQ) – Via Colle Farola, s.n.c.
AUTORIZZAZIONE ACCREDITAMENTO	La Comunità Passaggi è autorizzata come struttura residenziale psichiatrica per i trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo SRP2 per n. 15 posti letto in data 08.11.2017 , ai sensi dell'art. 3 della Legge Regionale n. 32/2007 e ss. mm. ii. dal Comune di Oricola (AQ) . Accreditata provvisoriamente con Delibera della Giunta Regionale Abruzzo n. 3513 del 23.12.1998.
DIREZIONE GENERALE	Dott. ANTONELLO ANGELINI
AMMINISTRATORE E LEGALE RAPPRESENTANTE	Dott. ANTONELLO ANGELINI
REFERENTE AMMINISTRATIVO	ANNA MAZZETTI
RESPONSABILE SANITARIO	Dott. ALESSANDRO BELLOTTA
RESPONSABILE SETTORE PSICOLOGI/PSICOTERAPEUTI	Dott.ssa ELISA CHITI
REFERENTE SETTORE ASSISTENTI SOCIALI	Dott.ssa CAROLA PROSPERI
REFERENTE SETTORE INFERMIERI PROFESSIONALI	Dott.ssa ELEONORA DI RIENZO
REFERENTE SETTORE OPERATORI SOCIO SANITARI	O.S.S. EVA GALIANO
SITO INTERNET	www.comunitapassaggi.it
INDIRIZZO MAIL	ctpassaggi@libero.it
PEC	ctpassaggi@dpec.it

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2020

5. DATI STRUTTURALI

Aggiornati al 26 Febbraio 2020			
SRP2"COMUNITA' PASSAGGI"	NUMERO EDIFICI	MQ di superficie	Posti letto
Sede di Oricola (AQ) Via Tiburtina Valeria km. 68,200	01	300 c.a	15
Sede di Carsoli (AQ) Via Colle Farola, s.n.c.	01	160 c.a	0

6. DATI DI ATTIVITA'

TOTALE NUMERO UTENTI ASSISTITI NELLA STRUTTURA	ANNO	NUMERO
	2017	13
	2018	18
	2019	20

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

7. PERSONALE SANITARIO

Dati aggiornati al 26 febbraio 2020	
	NUMERO RISORSE
PSICHIATRI	2
PSICOLOGI/PSICOTERAPEUTI	4
PSICOLOGI	5
ASSISTENTI SOCIALI	1
PSICOTERAPEUTI	4
INFERMIERI PROFESSIONALI	2
OPERATORI SOCIO SANITARI	6

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2020

8. DESCRIZIONE EVENTI/SINISTRI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO

TIPO DI EVENTO		NUMERO SINISTRI	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/ CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
Evento evitato (Near miss)	2015	0	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/ Comunicazione(0%) Cadute (0)	
	2016	0		
	2017	0		
	2018	0		
	2019	0		
Eventi avversi	2015	0	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/ Comunicazione(0%) Cadute (0)	
	2016	0		
	2017	0		
	2018	0		
	2019	0		
Eventi sentinella	2015	0	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/ Comunicazione(0%) Cadute (0)	
	2016	0		
	2017	0		
	2018	0		
	2019	0		

9. RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO

ANNO	NUMERO SINISTRI	RISARCIMENTI EROGATI
2015	0	0
2016	0	0
2017	0	0
2018	0	0
2019	0	0

10. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	POLIZZA (Scadenza)	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	FRANCHIGIA
2017	1/2726/65/23731567 Scadenza : 15.10.2018	UNIPOL	1.342,52	NO
2018	1/2726/65/23731567 Scadenza : 15.10.2019	UNIPOL	4.557,52	NO
2019	1/2726/65/23731567 Scadenza : 15.10.2020	UNIPOL	5.868,52	NO

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2020

11. NUMERO E ANALISI CONTENZIOSO

Nessun contenzioso pendente

12. COMITATO DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

COMPOSIZIONE	Delibera del 27 gennaio 2020
RISK MANAGER	Dott. ALESSANDRO BELLOTTA
AVVOCATO	Avv. STEFANIA IASONNA
COORDINATORE PSICOLOGI/PSICOTERAPE.	Dott.ssa ELISA CHITI
ASSISTENTE SOCIALE	Dott. CAROLA PROSPERI
REFERENTE INFERMIERI PROFESSIONALI	Dott.ssa ELEONORA DI RIENZO
REFERENTE OPERATORI SOCIO SANITARI	O.S.S. EVA GALIANO
RSPP	Ing. SERAFINO NARDECCHIA

13. COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI

COMPOSIZIONE		
AVVOCATO		Avv. STEFANIA IASONNA
RISK MANAGER		Dott. ALESSANDRO BELLOTTA
LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA'		Dott. ANTONELLO ANGELINI
ANNO DI ISTITUZIONE	2020	Delibera del 27.01.2020
NUMERO DI CASI ISTRUITI	0	

14. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità :

- quella del Risk Manager che redige e promuove lo stesso tenendo nel debito conto le Linee Guida Aziendali in materia di Risk Management e ne monitorizza la implementazione;
- quella della Direzione Aziendale che si impegna ad adottarlo con Deliberazione e a fornire al Risk Manager e alla organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

È bene sottolineare che in questa sezione non si elencano le responsabilità delle singole azioni previste nelle attività, ma solo quelle relative alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARM.

Di seguito la matrice delle responsabilità.

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

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE AZIENDALE	DIREZIONE SANITARIA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE	STRUTTURE AMMINISTRATIVE E TECNICHE DI SUPPORTO
Redazione PARM e proposta di delibera	R	C	C	C	
Adozione PARM con delibera	I	R	C	C	
Monitoraggio PARM	R	I	C	C	C

15. OBIETTIVI 2020

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 della struttura e 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.

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2020

Pertanto, in coerenza con la *mission* dell'Azienda, sono stati identificati per l'anno 2020 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.**

16. ATTIVITA' 2020

Di seguito si individuano le diverse linee di attività in riferimento ai singoli obiettivi declinati secondo le peculiarità e le necessità dell'Azienda

OBIETTIVO A)	DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE	Il PARM verrà portato a conoscenza di tutti gli operatori sanitari. Saranno progettate e realizzate iniziative di ulteriore informazione e formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza degli utenti . E' stato programmato un <i>"Corso base sul rischio clinico"</i> . Sarà assicurata la partecipazione a corsi, seminari, convegni. Riunione di equipe clinica settimanale .
OBIETTIVO 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	Stesura delle procedure per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti. Attività di verifica delle procedure avviate. Riunione di equipe clinica settimanale. Implementazione della sicurezza nella somministrazione farmaci. Attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti.
ATTIVITA' 2	SVILUPPO DI UN PROGRAMMA DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELLA CARTELLA CLINICA COME STRUMENTO DI RISK MANAGEMENT	In collaborazione con la Direzione Sanitaria saranno esaminate cartelle cliniche del 2019 utilizzando una chek list ad hoc. Parametrazione dei risultati in scala 0/100 con sufficienza a 60.

<p>ATTIVITA' 3</p>	<p>CADUTE</p>	<p>Saranno verificate e implementate le procedure in essere per prevenire le cadute degli utenti. Sarà predisposto un vademecum per la prevenzione delle cadute da consegnare agli utenti.</p>
<p>OBIETTIVO C)</p>	<p>FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE</p>	<p>Svolgimento di audit su eventi, processi o esiti. Riunione di equipe clinica settimanale.</p>
<p>OBIETTIVO D)</p>	<p>PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT</p>	<p>Sarà assicurata la partecipazione ai tavoli regionali sul rischio clinico e alle attività dei gruppi di studio e/o approfondimento regionali. Recepimento delle Linee di indirizzo regionale in materia di Rischio Clinico.</p>

17. ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Le attività previste ed elencate per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti rispondono agli obiettivi relativi al Rischio Clinico ai sensi della legge 24/2017”.

Per ogni attività è definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo standard che ci si prefigge di raggiungere. In alcuni casi l'indicatore non potrà che essere del tipo sì/no, mentre in altri sarà possibile costruire un rapporto e indicare una percentuale da raggiungere. Sono indicati standard realistici e realizzabili nei tempi previsti per la specifica attività.

Le tabelle seguenti riportano in sintesi le attività previste e le relative matrici delle responsabilità.

Legenda : R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE	ATTIVITA' 1 Progettazione ed esecuzione del Corso ECM “Corso base sul Rischio Clinico”. Obbligatorio per tutti gli operatori sanitari. Standard ≥ 75%			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	AZIONE	Risk Manager	Vertice aziendale	Corpo Docente
	Progettazione del corso	R	C	C
	Accreditamento del corso	C	R	I
	Esecuzione del corso	R	C	C
	ATTIVITA' 2 Riunione di equipe clinica settimanale Standard ≥ una riunione a settimana			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	AZIONE	Risk Manager	Vertice aziendale	Corpo Docente
	Esecuzione	C	R	-

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2020

OBIETTIVO 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			ATTIVITA' 1 Stesura di procedure per la sicurezza degli utenti e per la implementazione delle raccomandazioni ministeriali. Attività di verifica sulle procedure avviate. Riunione di equipe clinica settimanale.	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGER	VERTICE AZIENDALE	RESPONSABILE DEL GRUPPO DI LAVORO	GRUPPO
PROGETTAZIONE DEL GRUPPO	R	C	C	I
STESURA DELLE PROCEDURE	C	C	R	C
VALIDAZIONE DELLE PROCEDURE	R	C	C	I
APPROVAZIONE PROCEDURE	R	C	C	I
INFORMAZIONE FORMAZIONE	R	C	C	C
VERIFICA APPLICAZIONE	R	C	C	C
ATTIVITA' 2				
Programma di valutazione della qualità della cartella clinica come strumento di risk management				
INDICATORE			Numero di cartelle verificate	
STANDARD			≥ 20	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
AZIONE	RISK MANAGEMENT	VERTICE AZIENDALE	PERSONALE	
Progettazione programma	R	C	I	
Esecuzione	R	C	I	
Report	R	C	I	

Passaggi S.r.l.

S.R.P.2 "Comunità Passaggi"

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT – 2020

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

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE	ATTIVITA' Svolgimento di audit reattivi o proattivi su eventi, processi o esiti. Riunione di equipe clinica settimanale.
INDICATORE	Numero di audit
STANDARD	≥ 4
FONTE	Risk Manager

OBIETTIVO D) PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT	ATTIVITA' Assicurare la partecipazione ai tavoli regionali sul rischio clinico e alle attività dei gruppi di studio/approfondimento regionali. Recepimento delle Linee di Indirizzo Regionale in materia di Rischio Clinico.
INDICATORE	Numero eventi
STANDARD	≥ 1
FONTE	Risk Manager

18. DIFFUSIONE DEL PARM. COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE

Il PARM 2020 è adottato con deliberazione aziendale. Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività in esso previste e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso :

- La pubblicazione sul sito internet aziendale.
- Lo svolgimento di incontri presso le Strutture Operative promossi dal Risk Manager per far conoscere gli obiettivi del Piano e le relative modalità attuative di competenza di ciascuno.
- Riunioni di equipe clinica per aspetti relativi alle problematiche delle diverse categorie di operatori delle strutture.
- Svolgimento di corsi di formazione.

Il coinvolgimento del personale rispetto ai problemi della sicurezza dovrà essere effettuato in modo sistematico ed avvenire sin dalla costruzione del sistema di gestione del rischio clinico e, successivamente, in tutte le fasi di identificazione dei rischi e di analisi di near misses, eventi sentinella ed eventi avversi; deve riguardare, quindi, il sistema nel suo complesso e l'analisi e la gestione dei singoli eventi. Viene reso più efficace dalla creazione e dal sostegno di una cultura condivisa del rischio clinico, quindi la presenza di un linguaggio comune è pre-requisito indispensabile e la formazione è uno strumento fondamentale. Quest'ultima deve essere :

- mirata agli specifici bisogni formativi;
- costruita con riferimento al contesto storico, culturale (valori, priorità, rapporti, clima) ed operativo (utilizzo di esempi concreti, applicazioni reali);
- prevedere l'applicazione nella pratica quotidiana di quanto acquisito ed effettuare una successiva revisione;

- ▣ essere continuativa, ossia prevedere avanzamenti e richiami, al fine di rinforzare l'apprendimento.

Il coinvolgimento del personale deve, inoltre, essere previsto almeno nelle seguenti attività :

- a) costruzione, revisione, implementazione di Linee Guida;
- b) progetti di miglioramento;
- c) costruzione di materiale informativo e di educazione per il personale, i cittadini utenti;
- d) effettuazione delle scelte : organizzative, delle attrezzature, delle tecnologie; della formazione;
- e) audit ed altre attività connesse alla valutazione ed al miglioramento.

Le metodologie per la partecipazione attiva del personale includono la raccolta di opinioni e pareri, problemi percepiti dal personale per quanto riguarda la sicurezza attraverso questionari; cassetta dei suggerimenti; riunioni, anche nella forma dell'assemblea.

19. RIFERIMENTI NORMATIVI. SITOGRAFIA

NAZIONALI

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
- D.P.R. 14 gennaio 1997 recante “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”
- Intesa del 20.03.2008 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente, che definisce l'ambito funzionale di competenza dei Servizi Sanitari Regionali in materia di gestione del rischio clinico e sicurezza dei pazienti.
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 integrato con il Decreto Legislativo n. 106/2009 recante “*Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro*”;
- Decreto Ministero della Salute dell' 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Decreto 11 dicembre 2009 – Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES) - alimentato attraverso le informazioni riguardanti le segnalazioni di eventi sentinella e delle denunce di sinistro.
- **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

- Determinazione della Regione Abruzzo 18 gennaio 2019 n. 14 avente ad oggetto *"L. n. 24 del 08.03.2017 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie – Costituzione del Centro di gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente"*;
- Decreto del Commissario ad Acta n. 55/2016 del 10.06.2016 recante all'oggetto *"Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario Abruzzese 2016-*

2018" che indica (intervento 6.2) quale obiettivo della Regione Abruzzo, l'introduzione di meccanismi in grado di misurare i risultati delle strutture accreditate pubbliche e private, per ciò intendendo – tra l'altro – il potenziamento degli strumenti necessari alla gestione del rischio clinico;

▪ D.G.R. n. 78 del 28.02.2017 – siccome modificata ed integrata con D.G.R. n. 402 del 21.07.2017 – recante *"Approvazione delle nuove linee guida per la redazione degli atti aziendali"*, che prevede in seno all'organizzazione aziendale – Punto 5 Risk Management – l'attivazione da parte dell'Amministrazione Regionale, di un Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, coerentemente alla normativa vigente.

▪ D.G.R. n. 265 del 22.05.2017 con la quale la Giunta Regionale Abruzzo ha approvato l'istituzione ex novo dell'Ufficio *"Gestione del Rischio clinico e sicurezza del paziente"* il

quale esercita le funzioni dell'istituendo Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente di cui alla Legge n. 24 del 08.03.2017, al fine di garantire la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del risk management, a tutela del paziente per la migliore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili.

SITOGRAFIA

▪ Ministero della salute. Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure.

<http://www.salute.gov.it/portale/temi/>

▪ Regione Lazio. Rischio Clinico.

<http://www.abruzzo.it/t/rlsanità>

▪ AGENAS Rischio clinico e sicurezza del paziente.

<http://www.agenas.it/aree-tematiche>

20. ALLEGATI

- DELIBERA DI ASSEGNAZIONE DELLE FUNZIONI DI RISK
MANAGER del 20 gennaio 2020**
 - DELIBERA DI NOMINA DEI COMPONENTI DEL GRUPPO DI
LAVORO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E
LA SICUREZZA DEL PAZIENTE E DI NOMINA DEI COMPONENTI
DEL COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI del 27 gennaio 2020**
 - DELIBERA DI APPROVAZIONE ED ADOZIONE DEL PARM del 26
febbraio 2020**
 - MODULO DI SEGNALAZIONE EVENTI SENTINELLA**
-

**Il presente PARM è pubblicato sul sito istituzionale dell'Ente
con la Delibera di adozione.**
