



## PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2024

### PREPARATO

NOME E COGNOME	FUNZIONE/MANSIONE/INCARICO	DATA	FIRMA
Dott.ssa Claudia Mele	Referente Rischio Clinico	26/03/2024	

### VERIFICA

NOME E COGNOME	FUNZIONE/MANSIONE/INCARICO	DATA	FIRMA
Dott. Domenico Maglione	Direttore Sanitario	26/03/2024	

### APPROVAZIONE

NOME E COGNOME	FUNZIONE/MANSIONE/INCARICO	DATA	FIRMA
Fratel Carlo Mangione	Direttore Generale	26/03/2024	

Il presente documento è elaborato secondo le linee di indirizzo della Regione Campania (DD. N. 99 del 16/12/2022) ed in conformità agli obblighi normativi della legge 24/2017 articolo 2, comma 5

## SOMMARIO

Premessa	3
Matrice delle responsabilità	4
Contesto organizzativo	5
relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	7
Analisi degli eventi avversi	7
Gli eventi sentinella	8
Analisi cadute	9
Sinistrosità e risarcimenti	10
Raggiungimento Obiettivi PARM 2023	11
Obiettivi Regione Campania	11
<b>Obiettivo 1: diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del rischio</b>	11
<b>Obiettivo 2: Migliorare l'appropriatezza assistenziali ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi</b>	11
<b>Obiettivo 3: attività del Team rischio clinico</b>	12
<b>Obiettivo 4: Favorire la partecipazione all'attività regionali in tema di risk management.</b>	12
Prevenzione e sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)	13
PARM 2024	14
Premessa e obiettivi generali	14
Obiettivi Regione Campania	15
Obiettivi regionali per le aziende	15
Obiettivi specifici aziendali	16
<b>Obiettivo 4: revisione del piano cadute</b>	16
<b>Obiettivo 5: miglioramento del processo di comunicazione con i pazienti relativamente alle fasi d'informativa e consenso all'atto medico</b>	16
<b>Obiettivo 6: revisione procedure per implementazione raccomandazioni ministeriali</b>	16
Analisi avanzata dei sinistri	17

## **PREMESSA**

Il Piano Annuale di Risk Management (PARM) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione, identificazione e gestione dei rischi dell'Ospedale Santa Maria Pietà .

L'Ospedale, con la figura del Referente del rischio clinico e le politiche di risk management, è orientato a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente. Il PARM si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, di analisi del rischio, di promozione ed implementazione di linee guida e buone pratiche, attraverso procedure e istruzioni operative interne, di attività informativa e formativa sia del personale sanitario e non sanitario che del paziente e dei caregivers. Le attività che si realizzano attraverso il PARM fanno parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e sicurezza delle cure alle quali partecipano tutti gli esercenti le professioni sanitarie attivi nella Casa di Cura. In questo contesto, va sottolineato che la presenza della funzione del Referente del rischio clinico non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali quali il Direttore Sanitario Dirigenti/Coordinatori infermieristici, il Medico Competente, l'RSPP, la Direzione Aziendale e più in generale tutti gli operatori sanitari nelle loro specifiche competenze bensì coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di governo del rischio clinico. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio.

Tutte le strutture e funzioni dell'Ospedale, per quanto di loro competenza, collaborano con il Referente del rischio clinico alla rilevazione ed elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARM e sono coinvolte nella sua realizzazione.

Il PARM 2024 dell'Ospedale Camilliani è stato redatto ai sensi del Decreto Dirigenziale n.99 del 16.12.2022 "Approvazione Linee d'indirizzo per l'elaborazione del PARM"

## MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Per quanto concerne le attività di responsabilità si fa riferimento a quanto sancito dal D.D. n.99 del 16/12/2022 della regione Campania. Il PARM riconosce responsabilità relative alle fasi di redazione, adozione, monitoraggio dell'applicazione, analisi e valutazioni:

**Il Responsabile del rischio clinico** : redige e monitora l'implementazione del PARM , effettua analisi e valutazione dello stesso . Invia il PARM al Direttore Sanitario

**Il Direttore Sanitario** è coinvolto nelle fasi di adozione e monitoraggio e analisi del PARM .

**Il Direttore Amministrativo** è coinvolto nelle fasi di adozione e monitoraggio analisi del PARM

**Il Direttore Generale** si impegna ad adottare il PARM con deliberazione o atto equipollente entro il 31 marzo di ogni anno. Si impegna altresì a fornire all'organizzazione le risorse (eventualmente tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal piano. Nella tabella successiva si riporta lo schema di matrice delle responsabilità

<b>Azione</b>	<b>Referente rischio clinico</b>	<b>Direttore sanitario</b>	<b>Direttore Generale</b>	<b>Direttore amministrativo</b>
Redazione PARM	R	C	C	C
Adozione del PARM	C	C	R	C
Monitoraggio del PARM	R	C	C	C
Analisi e valutazioni	R	C	C	C

LEGENDA: R = responsabile C= coinvolto

## Contesto organizzativo

DATI STRUTTURALI	
Posti letto ordinari totali	86
Posti letto ordinati area medica	47
Posti letto ordinari area chirurgica	39
Posti letto diurni	29
Servizi trasfusionali	0
Blocchi operatori	2
Sale operatorie	3
Terapie intensive	0
UTIC	0
Dipartimenti	0

DATI ATTIVITA' AGGREGATI 2023	
Indicatore	Riferimento
Ricoveri ordinari	3.553
Accessi Prima assistenza	493
Branche specialistiche	8
Ricoveri diurni	946
Prestazioni ambulatoriali pubbliche	256.111

<b>DATI DI PRODUZIONE 2023</b>				
<b>GENNAIO- NOVEMBRE 2022</b>	<b>NUMERO R.O.</b>	<b>CASI DH/DS</b>	<b>NUMERO PACC</b>	<b>TOTALE</b>
Cardiologia	459	0	0	<b>459</b>
Chirurgia Generale	846	0	1051	<b>1897</b>
Medicina Generale	584	0	0	<b>584</b>
Medicina Oncologia	105	419	0	<b>524</b>
Oculistica	0	1	1168	<b>1169</b>
Otorino	3	100	205	<b>308</b>
Urologia	843	153	438	<b>1434</b>
Gastroenterologia	78	29	115	<b>222</b>
Pneumologia	563	243	0	<b>806</b>
Lungodegenza	112	0	0	<b>112</b>
<b>TOTALE</b>	<b>3593</b>	<b>945</b>	<b>2977</b>	<b>7515</b>

## RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

La legge 24 del 2017 ha introdotto all'articolo 2, comma 5, lo obbligo di predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto gli eventi avversi e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

### Analisi degli eventi avversi

2023

Numero totale incident reporting	34
Numero incident reporting con presa in carico	34
Numero incident reporting senza seguito	12
Numero incident reporting prese in carico con audit	3
Numero incident reporting prese in carico con audit ed RCA	0

TIPO DI EVENTO	NUMERO	%di cadute per categoria	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/CONTRIBUENTI*		AZIONI DI MIGLIORAMENTO		FONTE DEL DATO
EVENTO SENTINELLA	1		Strutturali	50%	Strutturali	0%	Incident reporting
			Tecnologici	10%	Tecnologici	0%	
			Organizzativi	40%	Organizzativi	10%	
			Procedure	60%	Procedure	100%	
EVENTO AVVERSO	33		Strutturali	50%	Strutturali	0%	Incident reporting
			Tecnologici	10%	Tecnologici	0%	
			Organizzativi	40%	Organizzativi	10%	
			Procedure	60%	Procedure	100%	
NEAR MISS	0		Strutturali		Strutturali		
			Tecnologici		Tecnologici		
			Organizzativi		Organizzativi		
			Procedure		Procedure		

\*le diverse tipologie di fattori e azioni possono essere contemporaneamente presenti

## Gli eventi sentinella

MINISTERO DELLA SALUTE - SIMES			
Utente: Santa Maria della Pietà			
	DISTRIBUZIONE DI FREQUENZA DEL TIPO EVENTO SENTINELLA		
TIPO EVENTO	NUMERO	PERCENTUALE	TECNICA DI ANALISI
MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	1	100%	Audit
<b>Totale</b>	1		

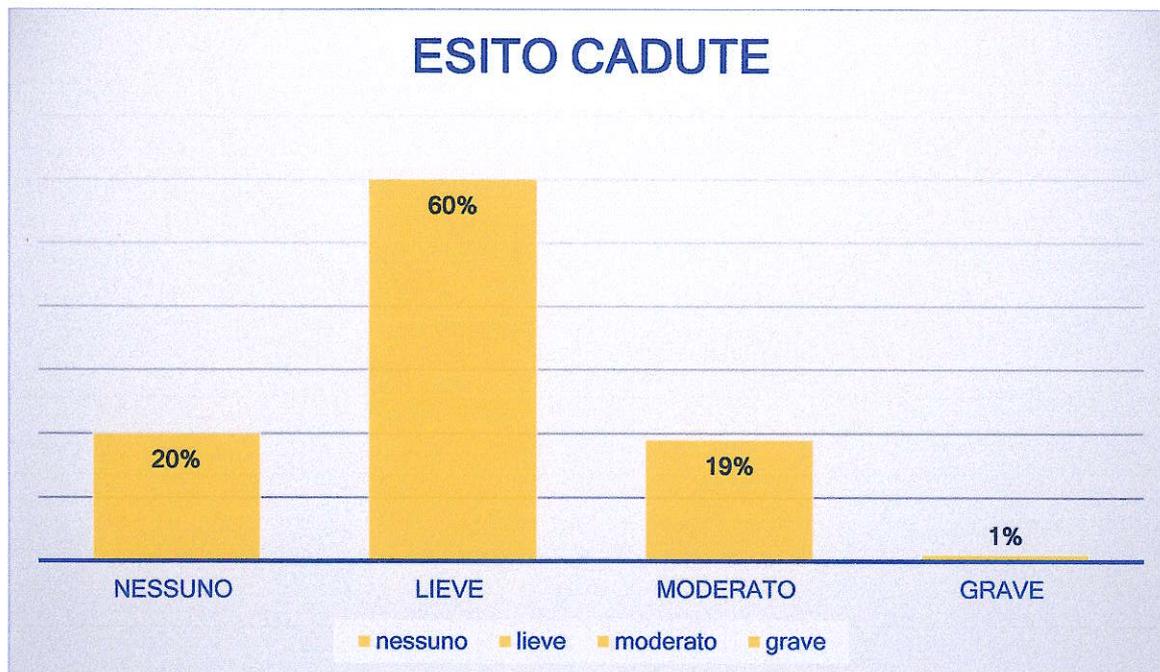
MINISTERO DELLA SALUTE - SIMES		
Utente: Santa Maria della Pietà		
	LISTA EVENTI PER SPECIALITA	
SPECIALITA	NUMERO	PERCENTUALE
Ambulatori	1	100%
<b>Totale</b>	1	

MINISTERO DELLA SALUTE - SIMES		
Utente: Santa Maria della Pietà		
<b>Totale Eventi Sentinella:</b>		
<b>Di cui con scheda B:</b>		
LISTA FATTORI CONTRIBUENTI		
FATTORE	NUMERO	% (Fatt./Sch.B)
CAUSE E FATTORI LEGATI ALLA COMUNICAZIONE	0	
CAUSE E FATTORI LEGATI ALLE TECNOLOGIE SANITARIE, FARMACI, LINEE-GUIDA E BARRIERE	0	
CAUSE E FATTORI UMANI	0	

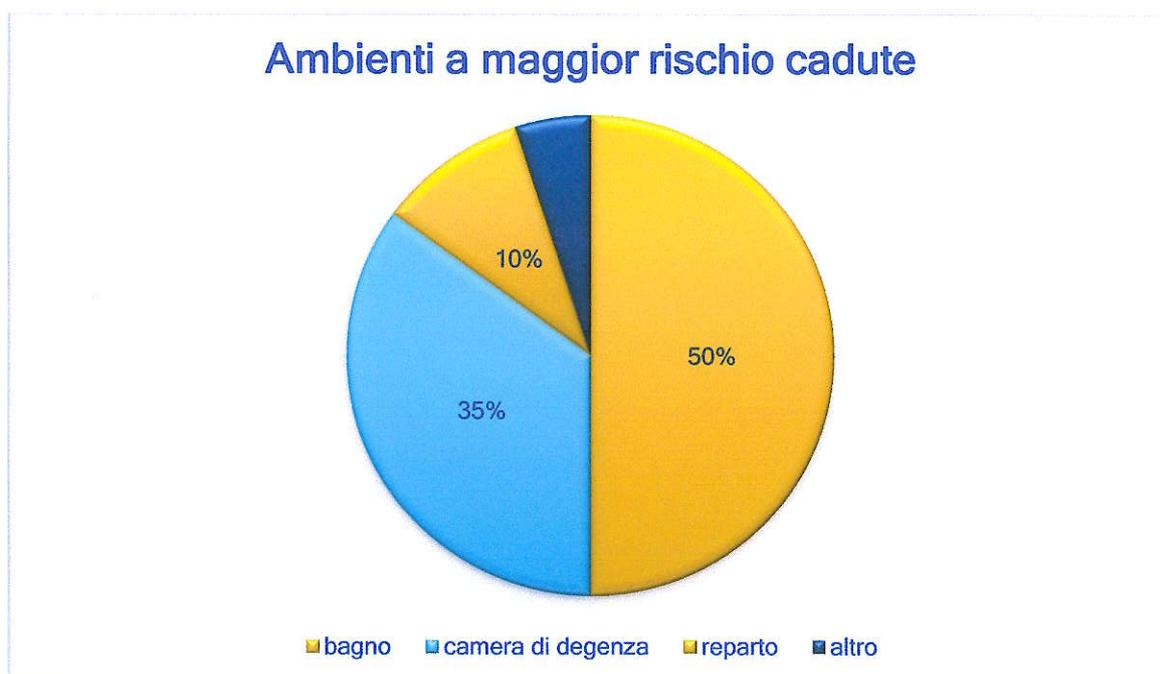
MINISTERO DELLA SALUTE - SIMES		
Utente: Santa Maria della Pietà		
<b>Totale Eventi Sentinella:</b>		
<b>Di cui con scheda B:</b>		
LISTA FATTORI CONTRIBUENTI		
FATTORE	NUMERO	% (Fatt./Sch.B)
BARRIERE	1	100%
DISPOSITIVI MEDICI E APPARECCHIATURE ELETTRONOMICI		
LINEE-GUIDA, RACCOMANDAZIONI, PROTOCOLLI ASSISTENZIALI, PROCEDURE		

PIANO DELLE AZIONI REATTIVE AGLI EVENTI SENTINELLA			
ATTIVITÀ	STATO DI ATTUAZIONE	MODALITA' DI MONITORAGGIO	Periodicità
Sostituzione delle sedie area attesa ambulatori	Completamente attuato	Ricognizione sullo stato degli ambienti	Una tantum

## Analisi cadute



Come evidenziabile dal grafico oltre il 90% delle cadute segnalate hanno avuto un esito tra minore, moderato e nullo . Questo dato conferma l'elevata sensibilità del personale alla sorveglianza e monitoraggio delle cadute segnalando anche quelle con esito minore.



Per il 2023 l'area con maggiore incidenza cadute è il bagno durante le operazioni di igiene personale , questo dato suggerisce la necessità di valutare lo stato di sicurezza degli ambienti dei servizi igienici di tutte le stanze di degenza attraverso SWA .

## SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI

La legge 24 del 2017 (art.2 comma 5), prevede che le strutture sanitarie pubbliche e private rendano disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito Internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario. Nel Parm deve essere riportato, per ogni anno dell'ultimo quinquennio, il dato aggregato relativo ai risarcimenti effettivamente erogati, precisando se il predetto dato si riferisce al periodo in cui la struttura è in copertura assicurativa o in auto assicurazione o auto ritenzione

<b>Anno</b>	<b>N. sinistri aperti</b>	<b>N. Sinistri liquidati</b>	<b>Risarcimenti erogati</b>
2019	19	3	594.214,12
2020	12	8	473.794,00
2021	8	3	89.833,27
2022	6	8	499.942,00
2023	4	6	254.486,57
<b>TOTALE</b>	<b>49</b>	<b>28</b>	<b>1.912.269,96</b>

<b>ANNO</b>	
<b>2019</b>	Lloyd's Insurance Company S.A.- Medical Practice-RCT-RCO
<b>2020</b>	Auto-ritenzione
<b>2021</b>	Auto-ritenzione
<b>2022</b>	Lloyd's Insurance Company S.A-Medical Practice – RCT-RCO
<b>2023</b>	AMTRUST ASSICURAZ IONI SPA – OSPEDALI PRIVATI- Copertura assicurativa Responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera (ART. 10 c4 della L24/2017)

## RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI PARM 2023

### Obiettivi Regione Campania

Con le linee di indirizzo per la stesura del Parm la Regione Campania (DD. N. 99 del 16/12/2022) ha dato indicazioni a tutte le Aziende sanitarie pubbliche, le strutture private di ricovero, accreditate e non, e gli Ospedali Classificati di elaborare il Piano annuale di Risk Management trasmetterlo in Regione e pubblicarlo sul sito aziendale. Pur tenendo conto delle peculiarità di ciascuna struttura e del contesto organizzativo locale, la Regione ha inteso lasciare la massima autonomia alle aziende di sviluppare i propri obiettivi specifici aziendali sulla base della singola mappa dei rischi ma ha stabilito un setting minimo di obiettivi da traguardare entro l'anno che di seguito si riportano:

Le linee d'indirizzo PARM della Regione Campania:

1. favorire la diffusione della cultura della sicurezza delle cure;
2. migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e ho contenimento degli eventi avversi;
3. favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
4. Favorire la partecipazione all'attività regionali in tema di risk management.

Di seguito si gli obiettivi regionali e il livello di raggiungimento degli standard definiti e tutti raggiunti

<b>Obiettivo 1:</b> diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del rischio
Attività 1: Progettazione di effettuazione di un corso aziendale sulla gestione del rischio clinico mirato a migliorare/rinforzare l'applicazione delle procedure aziendali implementate in riferimento alle raccomandazioni ministeriali
<b>Standard raggiunto: 100%</b>
<b>Obiettivo 2:</b> Migliorare l'appropriatezza assistenziali ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi
Attività 1: implementazione del sistema di segnalazione degli eventi avversi , near miss ed eventi sentinella
Attività 2: presa in carico e classificazione delle segnalazioni
Attività 3: progettazione di azioni reattive per il contenimento dei rischi di riaccadimento
Indicatore 1: sistema di incident reporting attivo con scheda cartacea
Attività 2: presa in carico del 100% delle segnalazioni
Attività 3 : implementazione del 30 % delle azioni correttive progettate
<b>Standard raggiunto = 75%</b>

**Obiettivo 3: attività del Team rischio clinico**

Attività 1: riunioni e confronti su tematiche di rischio clinico

Indicatore 3:

Riunione N°	Funzione convocante	Categoria	Argomento
01	Direzione Sanitaria	Gruppo rischio clinico	Implementazione del sistema informatizzato per la gestione del rischio
02	Direzione Sanitaria	Gruppo rischio clinico	Modalità di segnalazione delle cadute

**Obiettivo 4: Favorire la partecipazione all'attività regionali in tema di risk management.**

Attività 1: Partecipazione alle convocazioni da parte del Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)

Attività 2: Inserimento nel Flusso SIMES degli eventi sentinella e trasmissione scheda A- Scheda B

Attività 3: adesione alla giornata internazionale sicurezza delle cure

Attività 4: monitoraggio raccomandazione ministeriale

Indicatore 1: Partecipazione al 100% delle convocazioni.

Indicatore 2: trasmissione 100%

Indicatore 3: iniziativa di pubblicizzazione sul sito aziendale della giornata sicurezza delle cure

Attività 4: monitoraggio completato

## **PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)**

Le attività per la prevenzione delle ICA sono gestite dal Comitato Infezioni ospedaliere, per completezza d'informazione ed in ottemperanza al DD. N. 99 del 16/12/2022, si riportano in sintesi le attività svolte e si rimanda per approfondimenti al PAICA.

- Corso di formazione dal titolo "responsabilità ed ICA "
- Riunioni del Comitato
- Monitoraggi ambientali per il controllo della contaminazione come definiti dalla norma e dalle linee guida

## **PARM 2024**

### **Premessa e obiettivi generali**

Il Sistema di Gestione del Rischio (Risk Management System) è un sistema di prevenzione e di contenimento dei possibili effetti dannosi degli errori evitabili in garanzia della sicurezza dei pazienti. Il Piano Annuale di Risk Management è parte integrante di tale sistema e definisce la strategia che l'Ospedale Santa Maria della Pietà intende adottare per raggiungere i propri obiettivi di sicurezza ; la sua stesura si basa sulla necessità di passare da un sistema che gestisce gli eventi avversi ad un sistema che gestisce i rischi, in tale ottica il contributo dei professionisti che operano nella struttura ai diversi livelli organizzativi e gestionali è alla base della politica per la gestione del rischio adottata.

A tale scopo è necessario partire dagli obiettivi generali che l'azienda si pone e rinforzarli di anno in anno, tra questi:

- 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 e/o contenimento degli eventi avversi
- Favorire una visione unitaria della sicurezza del paziente
- Incoraggiare la segnalazione degli eventi "near miss";
- Rafforzare l'uso di metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- Monitorare periodicamente e garantire un feed-back informativo sul trattamento degli eventi avversi;
- Definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- Favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

Il Piano Annuale di Risk Management del 2024 prevederà delle azioni per il miglioramento della sicurezza delle cure partendo dalla necessità di diffondere la cultura no-blame, l'approccio all'errore come opportunità di apprendimento, e miglioramento continuo.

Le attività previste dal PARM concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza delle cure ma anche di sostenibilità finanziaria riducendo il rischio di contenziosi.

Relativamente alle infezioni correlate all'assistenza, si rimanda al documento del Piano Annuale della Infezioni Correlate all'assistenza la cui responsabilità di stesura, allo stato attuale è in capo al CICA.

## Obiettivi Regione Campania

Per il 2024 la Regione non ha inteso integrare con ulteriori obiettivi specifici il setting minimo da inserire nel documento aziendale pertanto si riportano gli obiettivi regionali del DD. N. 99 del 16/12/2022 che sono:

- favorire la diffusione della cultura della sicurezza delle cure;
- migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e contenimento degli eventi avversi;
- favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- Favorire la partecipazione all'attività regionali in tema di risk management.

### Obiettivi regionali per le aziende

Con riferimento agli obiettivi del Piano Regionale individuati nel paragrafo precedente, la struttura sanitaria deve integrare negli obiettivi specifici aziendali elaborati in base alla mappatura dei rischi, anche il setting minimo previsto dalle linee guida del PARM regione Campania che di seguito si riportano

<b>Obiettivo 1</b> : diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del rischio
Attività 1: Progettazione di effettuazione di un corso aziendale sulla gestione del rischio clinico mirato a migliorare/rinforzare l'applicazione delle procedure aziendali implementate in riferimento alle raccomandazioni ministeriali
Indicatore 1: esecuzione di una edizione del corso entro dicembre dell'anno al quale si riferisce il PARM
Standard =1
<b>Obiettivo 2:</b> Migliorare l'appropriatezza assistenziali ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi
Attività 1: monitoraggio near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento in piattaforma SIMES dei dati ES
Indicatore 2: n. di segnalazioni pervenute/n. prese in carico
Standard = 100%
<b>Obiettivo 3</b> : attività del Team rischio clinico
Attività 1: riunioni e confronti su tematiche di rischio clinico
Indicatore 3: n. di riunione svolte /n. di riunioni programmate
Standard = 100%

Il D.D. n. 99 del 16/12/2022 specifica che le strutture, oltre ai 3 obiettivi descritti, e nel caso abbiano individuato esigenze proprie derivanti dall'analisi dei rischi, devono integrare il Parm con obiettivi specifici tenendo in debita considerazione che dalla realizzazione delle attività di Clinical Risk Management che si andranno a programmare, ci si attende, nel lungo periodo, il conseguimento dei seguenti risultati:

- sviluppo dell'appropriatezza clinica e organizzativa, attraverso la revisione dei processi disfunzionali e ho a maggior rischio di errore ed in appropriatezza;
- crescita di una cultura della salute più attenta alla sicurezza del paziente e anche dell'operatore.

### Obiettivi specifici aziendali

<b>Obiettivo 4: revisione del piano cadute</b>
Attività 1: aggiornamento della procedura aziendale e implementazione nuovo strumento di valutazione con inserimenti dei criteri di screening OMS Attività 2 : SWA nei reparti con particolare attenzione alle aree dei servizi igienici Attività 3: corso di formazione per implementazione piano cadute
Indicatore 4: emissione nuova procedura Indicatore 5 : almeno 1 SWA per reparto Indicatore 6: erogazione di almeno 1 edizione del corso entro il 31/12
Standard = 1 – 100%- 100%
<b>Obiettivo 5: miglioramento del processo di comunicazione con i pazienti relativamente alle fasi d'informativa e consenso all'atto medico</b>
Attività 1: assesment della documentazione attuale Attività 2: elaborazione di nuova procedura per la raccolta del consenso informato ed elaborazione di un modello unico aziendale Attività 3 : revisione delle informative per l'area chirurgica
Indicatore 7: lettura e relazione su tutta la documentazione di uso corrente Indicatore 8: disponibilità di un unico documento standard di consenso Indicatore 9: revisione di almeno il 50% delle informative
Standard = 1- 1- > 50%
<b>Obiettivo 6: revisione procedure per implementazione raccomandazioni ministeriali</b>
Attività 1: assesment della documentazione attuale Attività 2: revisione delle PO e documenti di governo Attività 3 : distribuzione dei documenti
Indicatore 10: lettura e relazione su tutta la documentazione esistente Indicatore 11 : disponibilità dei documenti aggiornati Indicatore 12: report d'invio

Standard = I- > 75% .I

### **Analisi avanzata dei sinistri**

L'implementazione di questo settore è di fondamentale importanza per una struttura sanitaria che intende avviarsi verso l'autorizzazione del rischio; il sistema è incentrato sull'integrazione della gestione dei sinistri nel rischio clinico e su come lo storico degli eventi avversi può essere d'aiuto nella mappatura dei rischi. I dati derivanti dalle analisi assumono grande importanza per arginare bias di calcolo quando si definiscono le strategie di prevenzione; costruendo uno storico dei sinistri è possibile comprendere cosa non ha funzionato nel processo con maggiore precisione.

Lo storico degli eventi diventa così uno strumento per tarare una mappatura a priori, permettendo di portare alla luce i processi critici aziendali in tutta la loro interezza.

<b>SCOPO</b>	Analizzare gli eventi per evidenziare le principali criticità anche attraverso la lettura della documentazione clinica per creare un data base aggregato per area , disciplina e tipologia di evento
<b>RESPONSABILITÀ</b>	▶ Referente rischio clinico, Direttore Sanitario , Ufficio Legale
<b>METODOLOGIA</b>	▶ Gruppi di lavoro, Comitato valutazione sinistri
<b>STRUMENTO</b>	▶ RCA semplificata
<b>INDICATORE</b>	▶ Numero di sinistri analizzati
<b>VALORE ATTESO</b>	▶ 70 %
<b>MONITORAGGIO</b>	▶ Report