P13

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Elaborato da:	***DS - Dr.ssa Maria Elena Lombardo***
	Dr.ssa Cristina Sancricca
	Dr.ssa Francesca Colitto
Verificato da:	***RSQ - Dr. Claudio Gradassi***
	RDQ - Dr. Alessandro Lazzari
Emesso da:	***P - Dr. Marcello Tomassetti***

SCHEDA DI REGISTRAZIONE DELLE MODIFICHE

DESCRIZIONE DELLA MODIFICA	EDIZIONE	REVISIONE	DEL
Revisione sostanziale del sistema di gestione rischio clinico Introduzione della sezione per il dettaglio del processo di gestione dell'evento avverso	2	1	17/09/2019
Prima emissione	2	0	31/01/2017
Revisione	1	2	16/02/2011
Prima emissione	1	0	16/12/2010

INDICE

SCOPO ED AMBITO DI APPLICAZIONE 3
DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 3
RIFERIMENTI 3
STRUTTURA DEL PROCESSO 4
GENERALITÁ 5
TERMINOLOGIA 5
DESCRIZIONE DEI PROCESSI 5
A - IDENTIFICAZIONE MAPPA GESTIONALE DEL RISCHIO CLINICO 6
1. ANALISI DEI PROCESSI E DELLE ATTIVITÀ 6
2. IDENTIFICAZIONE DELLE SITUAZIONI PERICOLOSE E DEI MODI DI ERRORI POSSIBILI 6
3. STIMA DELLA PROBABILITÀ DI OCCORRENZA DELL'ERRORE/EVENTO E DELLA GRAVITÀ DEL DANNO 8
4. VALUTAZIONE DEL GRADO DI ACCETTABILITÀ DEL RISCHIO 9
B - PIANO DI MITIGAZIONE 9
C - FORMAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA PROCEDURA A LIVELLO AZIENDALE 10
D - SISTEMA DI GESTIONE DELL' EVENTO AVVERSO 10
E - MONITORAGGIO E PIANO DI MIGLIORAMENTO 13
F - FEEDBACK, DIFFUSIONE E COMUNICAZIONE 13
1. DOCUMENTAZIONE 14
2. ALLEGATI 14

SCOPO ED AMBITO DI APPLICAZIONE

Prevenire gli eventi avversi e sorvegliare il rischio clinico per la tutela e della salute dei pazienti.

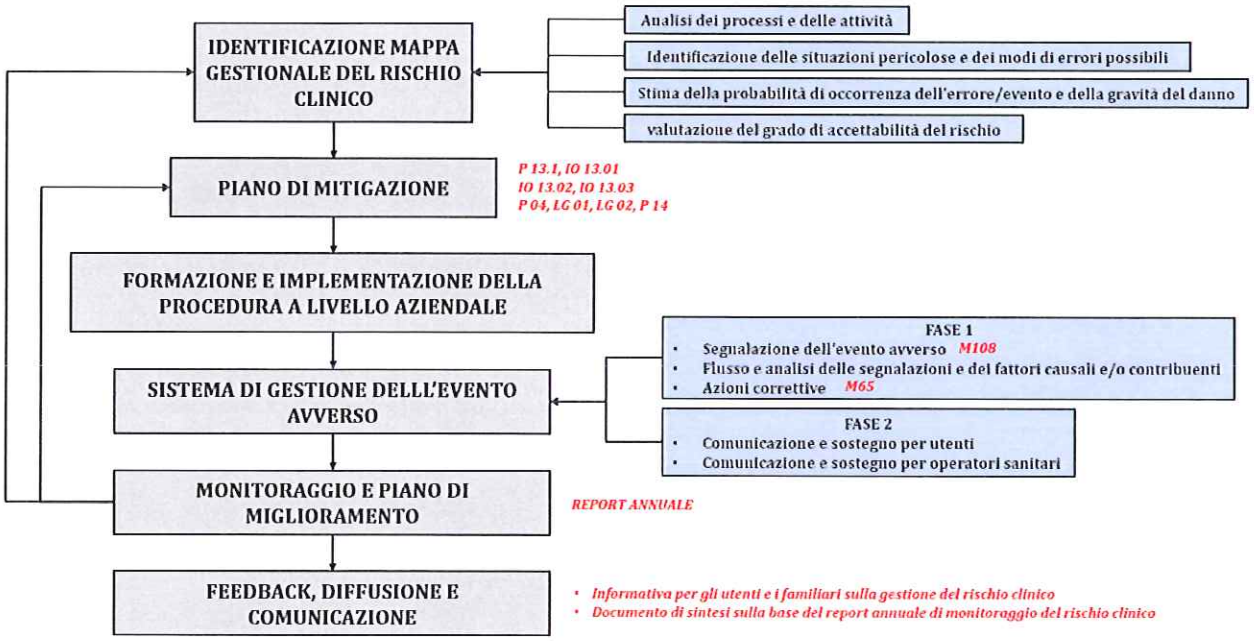
DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

P13.1 GESTIONE CADUTE DEL PAZIENTE
IO 13.01: PREVENZIONE E GESTIONE DELLE INFEZIONI E SANIFICAZIONE AMBIENTI SANITARI ORGANIZZAZIONE
IO 13.02: LAVAGGIO DELLE MANI
IO 13.03: PRIMO SOCORSO AZIENDALE
LG01 Linee guida progetti riabilitativi adulti
LG02 Linee guida progetti riabilitativi pediatrici

RIFERIMENTI

- UNI EN ISO 9001/2015, Punto 6.1.
- D.Lgs. 81/08
- Linee Guida Ispesl per la valutazione del rischio
- Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari – Ministero della Salute
- Risk management in sanità – il problema degli errori; Commissione tecnica sul rischio clinico, DM 5 marzo 2003 – Ministero della Salute
- Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità – Ministero della Salute
- Decreto legislativo 196/03 Tutela della Privacy, Regolamento Ue 2016/679 (GDPR –General Data Protection Regulation)
- Decreto del Commissario ad Acta 7 novembre 2017, n. U00469
- Legge Bianco-Gelli 8 marzo 2017, n. 24 – entrata in vigore il 01/04/2017
- Decreto del Commissario ad Acta 5 giugno 2018, n. U00226

STRUTTURA DEL PROCESSO



GENERALITÁ

UILDM Lazio svolge attività riabilitativa per i pazienti in età evolutiva e in età adulta con disabilità multipla (fisica, sensoriale o mista), che ne facciano apposita richiesta, in qualità di struttura accreditata dalla Regione Lazio; rientra infatti tra i cosiddetti "Centri di riabilitazione ex articolo 26" (riferimento alla Legge n. 833/78), le cui caratteristiche e prerogative sono state delineate mediante una Delibera della Giunta Regionale del 2000 (DGR 398/2000).
UILDM Lazio, per Mission, competenze del personale e strumentazione in dotazione, si focalizza sulla presa in carico globale dei pazienti affetti da PATOLOGIE EUROLOGICHE/NEUROMUSCOLARI attraverso la formulazione di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).
Nell'ambito di queste attività possono verificarsi errori ed eventi avversi che vengono gestiti attraverso questa procedura che descrive la "Gestione del rischio Clinico".

TERMINOLOGIA

Allo scopo di rendere più efficace la comprensione di questo documento si riporta la seguente terminologia:

- **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 (P) e la gravità del danno che ne consegue (D); nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso (fattore K)
- **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
- **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 avverso**: 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 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.

DESCRIZIONE DEI PROCESSI

Allo scopo di identificare, prevenire, mitigare e gestire gli eventi avversi, la struttura ha previsto l'istituzione di un **gruppo di sorveglianza del Rischio Clinico** costituito da:

- Direttore Sanitario (DS)
- Responsabile Qualità (RGQ)
- Responsabile Servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP)
- Rappresentante della direzione per la qualità (RDD)
- Presidente

un **Sistema di gestione del Rischio Clinico** che si svolge attraverso le seguenti fasi:

A. IDENTIFICAZIONE MAPPA GESTIONALE DEL RISCHIO CLINICO
B. PIANO DI MITIGAZIONE
C. FORMAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA PROCEDURA A LIVELLO AZIENDALE
D. SISTEMA DI GESTIONE DELL'EVENTO AVVERSO
E. MONITORAGGIO E PIANO DI MIGLIORAMENTO
F. FEEDBACK, DIFFUSIONE E COMUNICAZIONE

A - IDENTIFICAZIONE MAPPA GESTIONALE DEL RISCHIO CLINICO

1. ANALISI DEI PROCESSI E DELLE ATTIVITÀ

Il medico responsabile del progetto, lavorando in equipe con il team multidisciplinare (fisioterapisti, logopedisti, neuropsicomotricisti, terapisti occupazionali, psicologi, assistenti sociali, educatori), elabora il piano di trattamento riabilitativo e gli obiettivi da raggiungere: recupero/rieducazione funzionale e/o mantenimento delle abilità acquisite. Nell'ambito del PRI vengono effettuate anche visite specialistiche con esami strumentali specifici per il monitoraggio delle funzioni vitali (visita cardiologica, visita pneumologica, visita ORL per disfagia e visita nutrizionale).
UILDM Lazio offre trattamento riabilitativo NON RESIDENZIALE, di tipo ambulatoriale o domiciliare, quest'ultimo rivolto a tutti quegli utenti che non possono accedere alle strutture ambulatoriali (problematiche motorie di non trasportabilità, particolari condizioni sociali, o nel caso di pazienti in età pediatrica la coesistenza di particolari condizioni di tipo clinico e/o sociale, talmente gravi, da impedire l'accesso al trattamento ambulatoriale, ovvero la necessità di ridurre il rischio di ospedalizzazione/istituzionalizzazione di soggetti con condizioni gravi o gravissime).

2. IDENTIFICAZIONE DELLE SITUAZIONI PERICOLOSE E DEI MODI DI ERRORI POSSIBILI

UILDM Lazio, sulla base delle attività sopra descritte, ha elaborato il documento "Mappa del rischio clinico" che prevede le seguenti categorie:

➢ **Rischi strutturali - tecnologici**
- scarsa illuminazione
- assenza di corrimani
- ostacoli/irregolarità nel percorso
- scale/ascensori non funzionanti

- pavimenti scivolosi
- bagni senza supporti
- presidi ed ausili non idonei
- caratteristiche del fabbricato sanitario e della impiantistica (progettazione e manutenzione)
- sicurezza e logistica degli ambienti
- apparecchiature e strumentazioni (funzionamento, manutenzione, rinnovo)
- infrastrutture, reti, digitalizzazione, automatizzazione

➢ **Rischio organizzativo-gestionale e condizioni di lavoro**

- Mancata aderenza a politiche per la promozione della sicurezza del paziente: linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici, sistemi di segnalazione degli errori
- Mancata differenziazione di ruoli e responsabilità
- Mancata formazione e aggiornamento del personale
- Eccessivo carico di lavoro (che concorrono a determinare fatica e stress)
- Carenza nel sistema di comunicazione organizzativa
- Aspetti ergonomici (tra cui si citano: postazione di lavoro, monitor, allarmi, rumore, luce)

➢ **Erogazione delle prestazioni riabilitative**

- Errori di commissione: esecuzione di atti medici, terapeutici e assistenziali non dovuti o praticati in modo scorretto che provocano un danno, come ad esempio traumi/lesioni osteo-articolari direttamente correlati allo svolgimento delle attività del medico (visita), o del terapista (fisioterapia) o che non provocano danno ma devono essere monitorati
- Errori di omissione: mancata esecuzione di atti medici, terapeutici e assistenziali ritenuti, in base alle conoscenze e all'esperienza professionale necessari per la gestione del paziente
- Errori nell'uso di apparecchiature: poca conoscenza delle apparecchiature, errori di impostazione
- Errori di valutazione: diagnosi eseguite in modo scorretto, diagnosi non appropriate, mancanza di strumenti diagnostici adeguati alle patologie trattate
- Inadeguata comunicazione con il paziente in merito alle prestazioni erogate
- Inadeguata comunicazione tra medico e terapisti nell'ambito dell'equipe riabilitativa

➢ **Completezza, chiarezza e veridicità della documentazione (cartella clinica e referti)**

- Mancanza del consenso informato (vademecum sanitario e moduli di condivisione)
- Mancanza dell'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili
- Mancato aggiornamento clinico della documentazione

➢ **Contaminazioni, infezioni ed epidemie:**

- scarsa igiene

- contatto con sostanze allergeniche o irritanti: sostanze contenenti lattice, alimenti/materiali utilizzati durante la visita ORL per la disfagia, materiali utilizzati per apparecchi gessati, materiali utilizzati per EGA o infiltrazioni
- contatto con agenti infettivi endogeni ed esogeni (esempio pediculosi)

➢ **Rischi legati all'utente**

- Mancata collaborazione per aspetti socio-culturali (ambiente socioeconomico, istruzione, capacità di gestione delle situazioni, complessità e compresenza di patologie acute e croniche)
- Rete sociale inadeguata
- Non idoneità degli ambienti o delle strumentazioni di lavoro per i trattamenti domiciliari

➢ **Emergenze esterne imponderabili:**

- Calamità naturali (terremoti, allagamenti)
- Incendi
- Fughe di gas
- Accesso di malintenzionati
- Telefonate anonime

3. STIMA DELLA PROBABILITÀ DI OCCORRENZA DELL'ERRORE/EVENTO E DELLA GRAVITÀ DEL DANNO

Una volta identificati i rischi (mappa del rischio clinico) UILDM Lazio effettua una valutazione quantitativa e qualitativa di ciascuno degli eventi al fine di ottenere per ognuno di essi una stima del livello del rischio, anch'esso indicato nel documento "mappa del rischio clinico".

Per ciascun evento verranno calcolati:
PROBABILITÀ

- Probabilità < 0,3%: evento REMOTO, punteggio 1
- Probabilità 0,3-7%: evento OCCASIONALE, punteggio 2
- Probabilità 7-14%: evento PROBABILE, punteggio 3
- Probabilità >14%: evento FREQUENTE, punteggio 4

La probabilità di accadimento di ogni evento avverso viene calcolata sulla base dell'esperienza e del giudizio del personale sanitario (stima qualitativa) oltre che in base ad una analisi retrospettiva "storica" dell'attività clinico riabilitativa di UILDM Lazio (eventi avversi rilevati negli ultimi 5 anni sul totale delle attività inerenti la tipologia di rischio valutato).

GRAVITA'

- Nessuno: l'evento non ha comportato danni ma ha reso necessario un monitoraggio → punteggio 1
- Lieve: l'evento ha comportato un danno temporaneo, prognosi inferiore a 30 giorni → punteggio 2
- Medio: l'errore ha comportato una invalidità temporanea, prognosi superiore a 30 giorni → punteggio 3
- Grave: l'errore ha comportato una invalidità permanente punteggio 4

- Morte: decesso del paziente punteggio 5

La gravità di ogni eventi avverso viene calcolata sulla base del massimo impatto che l'evento avverso può provocare.

RILEVABILITA'

- Facilmente rilevabile: evento immediatamente individuabile mediante semplice controllo o al personale direttamente interessato punteggio 1
- Normalmente rilevabile: evento individuabile mediante indagini mirate col personale direttamente interessato punteggio 2
- Difficilmente rilevabile: evento individuabile solo ed esclusivamente mediante indagini tecnico-strumentali specifiche (anche mediante il ricordo a risorse esterne) punteggio 3

Per ogni evento verrà pertanto calcolato l'Indice di Priorità di Rischio (IPR) moltiplicando i 3 indici sopra descritti secondo la formula:

IPR = PxGxR

4. VALUTAZIONE DEL GRADO DI ACCETTABILITÀ DEL RISCHIO

Gli IPR calcolati sulla base di ogni singolo evento permettono di determinare il grado di priorità di intervento secondo quanto riportate nella seguente matrice di rischio:

IPR	RISCHIO	AZIONI	TEMPO DI INTERVENTO
1-->4	Accettabile	Nessuna azione di mitigazione, monitoraggio	nd
5-->9	Lieve	Individuare ed attuare piano di mitigazione adeguata	1 anno
10-->14	Medio	Individuare ed attuare piano di mitigazione adeguata	3-6 mesi
>=15	Grave	Individuare ed attuare piano di mitigazione adeguata	< 3 mesi

B - PIANO DI MITIGAZIONE

Per la corretta gestione del rischio la UILDM ha identificato comportamenti standardizzati sequenziati in procedure e istruzioni operative, in accordo con le linee guida internazionali, che la presente procedura richiama al fine di minimizzare il rischio di eventi avversi.

Sono attualmente vigenti le seguenti Istruzioni Operative/procedure per cui viene effettuata una formazione per tutti gli operatori:

- **P13.1** Prevenzione cadute pazienti: in cui sono esposte le modalità di monitoraggio dei pazienti e gli strumenti di misurazione del rischio di caduta al fine di stabilire criteri di

selezione dei pazienti a rischio per i quali implementare strategie di prevenzione degli episodi di caduta.

- **IO 13.01** Prevenzione e gestione delle infezioni e Sanificazione Ambienti Sanitari, congruente con le raccomandazioni del Ministero della Salute e delle ASL e in linea con la linea guida dell'OMS.
- **IO 13.02** Lavaggio delle mani
- **IO 13.03** Organizzazione Primo Soccorso
- **P04** Gestione dei progetti riabilitativi
- **LG01** Linee guida progetti riabilitativi adulti
- **LG02** Linee guida progetti riabilitativi pediatrici
- **P14** Gestione smaltimento dei rifiuti

C - FORMAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA PROCEDURA A LIVELLO AZIENDALE

Nell'ambito dell'attività di formazione del personale, UILDM Lazio pone specifica attenzione alla formazione e informazione continua sulla gestione del rischio clinico, allo scopo di sviluppare/implementare la sensibilità e la capacità di segnalare gli eventi avversi da parte di tutti gli operatori.

La presente procedura per la gestione del rischio clinico e tutti i documenti che fanno parte del piano di mitigazione vengono diffuse e sono resi accessibili a tutti gli operatori mediante la rete intranet.

Vengono previste sessioni formative dedicate per gli operatori di sede (con relative schede di training) e/o formazioni a distanza con relativi questionari di apprendimento.

D - SISTEMA DI GESTIONE DELL' EVENTO AVVERSO

Il sistema di gestione dell'evento avverso presso UILDM Lazio prevede, come opportuno, un approccio consistente, chiaro e definito, basato sia sulla gestione dell'evento stesso che sulla comunicazione aperta e trasparente con i pazienti ed i loro familiari rispetto a quanto avvenuto.

Le fasi di tale processo sono le seguenti:

Fase 1: Analisi dell'evento con le seguenti azioni prioritarie

1. Segnalazione dell'evento
2. Flusso e analisi delle segnalazioni e dei fattori causali e/o contribuenti
3. Azioni correttive

Fase 2: Azioni di comunicazione e di contenimento del danno e/o di ristoro, con le seguenti azioni prioritarie:

1. Comunicazione e sostegno per gli utenti
2. Comunicazione e sostegno per gli operatori sanitari

FASE 1

Segnalazione dell'evento avverso

La segnalazione di un evento avverso può avvenire ad opera di ogni operatore coinvolto o di chi viene a conoscenza di un evento avverso/near miss.

La metodologia che UILDM utilizza per la segnalazione degli eventi è mediante compilazione di apposito modulo redatto sulla base delle indicazioni ministeriali (M108, Modulo di segnalazione evento avverso), che contiene informazioni specifiche su:

- tipologia dell'evento (evento avverso/near miss)
- qualifica di colui che effettua la segnalazione
- descrizione delle circostanze dell'evento
- possibili cause e fattori che hanno contribuito al verificarsi dell'evento
- suggerimenti per prevenire il ripetersi dell'evento.

Il modulo M108 è facilmente accessibile a tutti gli operatori (mediante intranet aziendale) i quali sono stati inoltre specificatamente formati per il presente processo di gestione del rischio clinico.

Flusso e analisi delle segnalazioni e dei fattori causali e/o contribuenti

Tutti i moduli M108 di segnalazione dell'evento avverso vengono trasmessi alla diretta attenzione del Direttore Sanitario in quanto membro referente del gruppo di sorveglianza del Rischio Clinico.
La prima valutazione riguarda la natura dell'evento avverso: nel caso in cui a giudizio del Direttore Sanitario si configurino gli estremi per la definizione di un Evento sentinella verrà attivato (come da decreto 11 dicembre 2009) il processo di monitoraggio e segnalazione specifica.
Verrà effettuata inoltre l'analisi dei fattori causali e/o contribuenti dell'evento sulla base di quanto riportato nel modulo M108 e si provvederà anche sulla base della tipologia dell'evento a tutti gli approfondimenti necessari del caso; si cita ad esempio:

- audit clinici con il personale sanitario coinvolto (discussione su procedure, linee guida, evidence based medicine, organizzazione e comunicazione)
- controlli strutturali – tecnologici
- verifica formazione del personale coinvolto

Azioni correttive

A seguito dell'individuazione dei fattori causali e contribuenti dell'evento avverso e dell'indice di priorità di rischio (IPR, calcolato come sopra descritto) verranno implementate tutte le azioni correttive necessarie e idonee nei tempi previsti (vedi matrice di rischio). Tale processo verrà documentato mediante il modulo M65 a cura dei responsabili di processo.

FASE 2

Comunicazione e sostegno per utenti

La comunicazione con gli utenti e familiari avviene in UILDM secondo le competenze del personale sanitario ed in conformità con le raccomandazioni in merito emanate dal ministero della salute.
Nello specifico:

- Il colloquio viene effettuato da personale sanitario competente e che conosce la storia clinica specifica dell'utente stesso. La figura di riferimento è pertanto in genere il medico referente del paziente (che deve in ogni caso essere informato dell'evento avverso) ed eventualmente in seconda istanza, se necessario, può essere effettuato un colloquio con il direttore sanitario.
- La comunicazione di quanto accaduto deve avvenire mediante un approccio aperto, onesto, trasparente e tempestivo, fornendo un adeguato sostegno medico e psicologico.

- Devono essere fornite tutte le informazioni utili alla definizione dell'evento e delle azioni correttive implementate dalla struttura, e deve essere promossa la comprensione empatica delle aspettative e dei bisogni del paziente e dei suoi familiari
- Il colloquio deve avvenire in un luogo appartato e raccolto, nel quale sia possibile comunicare senza interruzioni, garantendo assoluta riservatezza.

Dal documento: RACCOMANDAZIONE PER LA COMUNICAZIONE AI PAZIENTI DEGLI EVENTI AVVERSI, MINISTERO DELLA SALUTE, 2011, si riporta:

Allegato n. 1: Il colloquio con il paziente o i familiari

Fase 1. Preparazione del colloquio

- Raccolta di tutte le informazioni necessarie
- Individuazione del personale che dovrà essere presente
- Disponibilità della documentazione sanitaria
- Predisposizione del luogo di svolgimento del colloquio
- Disponibilità di figure di sostegno

Fase 2. Conduzione del colloquio

1) Esprimere al paziente o ai familiari il proprio rammarico, mostrando rincrescimento per l'evento

2) Descrivere l'accaduto

- Descrivere i fatti avvenuti chiaramente e senza ambiguità, con calma e senza impazienza, utilizzando un linguaggio verbale e non verbale adeguato
- Far esprimere il paziente o i familiari
- Fornire al paziente o ai familiari un tempo sufficiente per assimilare le informazioni
- Stimolare le domande
- Assicurare il supporto psicologico
- Evitare rassicurazioni poco credibili, non vere o premature, e l'attribuzione di colpe o responsabilità.

3) Fornire informazioni per gestire la situazione

- Illustrare l'iter diagnostico-terapeutico-riabilitativo e raccogliere il relativo consenso.

4) Programmare il follow up

- Programmare gli incontri successivi
- Indicare una persona di riferimento sempre rintracciabile (nome e numero di telefono) per ogni ulteriore necessità
- Se richiesto, fornire le informazioni sulle procedure per la richiesta di risarcimento.

Comunicazione e sostegno per operatori sanitari

È necessario valutare le conseguenze di ogni evento avverso sugli operatori coinvolti e sulla équipe ed adottare idonee strategie affinché l'evento sia fonte di apprendimento e non di demotivazione.
UILDM Lazio si impegna ad adottare le misure idonee a gestire tali processi di comunicazione e supporto secondo quanto riportato nel documento di Raccomandazioni specifici del Ministero della Salute.
La Direzione Sanitaria si impegna pertanto a prevedere colloqui specifici con tutti gli operatori coinvolti che dovranno prevedere, oltre a quanto eventualmente stabilito dalle azioni correttive specifiche per l'evento avverso (formazione e informazione del personale su procedure, tecniche clinico-riabilitative, linee guida/raccomandazioni scientifiche ecc.), anche un supporto specifico dal punto di vista psicologico e reazionale. Tali colloqui dovranno:

- Considerare e gestire l'eventuale reazione psicologico/emotiva dell'operatore nei confronti dell'evento avverso: se coinvolto direttamente nell'evento potrebbe sentirsi responsabile, essere spaventato da quanto avvenuto e aver perso sicurezza professionale, sentirsi in difetto nei confronti del paziente con il rischio di veder compromessa l'alleanza terapeutica con il paziente stesso ecc.
- Affrontare le conseguenze dell'evento con l'impegno ed il coinvolgimento dell'intera équipe assistenziale perché la gestione dell'evento non è del singolo operatore, ma riguarda tutta l'équipe riabilitativa.

E - MONITORAGGIO E PIANO DI MIGLIORAMENTO

I dati relativi a tutti gli eventi avversi sopra mappati vengono sottoposti ad un riesame periodico da parte della Direzione Sanitaria, con una frequenza annuale. Viene pertanto prodotto un report che contiene le seguenti informazioni:

- tipologia di segnalazione
- ambito
- numero di segnalazioni
- tipologia di analisi effettuate
- azioni implementate

A seguito del monitoraggio la Direzione Sanitaria conferma o rielabora la mappa gestionale del rischio clinico con aggiornamento specifico sui rischi attuali e su quelli emergenti, ed apporta eventuali modifiche al piano di mitigazione con relativo aggiornamento formativo dei professionisti sanitari.
In caso di eventi avversi di rilevanza critica e con un possibile impatto significativo sulle modalità di gestione del rischio clinico, si procederà ad una revisione straordinaria della stessa anche al di fuori della fase di revisione annuale.

F - FEEDBACK, DIFFUSIONE E COMUNICAZIONE

UILDM Lazio provvede a diffondere all'utenza ed in generale alla comunità esterna i seguenti contenuti relativi alla gestione del rischio clinico, mediante pubblicazione sul proprio sito istituzionale dei seguenti documenti:

- Informativa per gli utenti e i familiari sulla gestione del rischio clinico

Tale documento contiene informazioni generali sulle modalità di gestione del rischio clinico da parte di UILDM Lazio ed indicazioni specifiche per gli utenti/familiari sulle modalità di segnalazione degli eventi avversi, che avviene per l'utente mediante la sezione "Reclami", al fine di favorire/implementare la partecipazione attiva dell'utente al processo di gestione del rischio clinico.

- Documento di sintesi sulla base del report annuale di monitoraggio del rischio clinico
  Tale documento riporta una sintesi dei risultati delle attività di monitoraggio degli eventi avversi e delle eventuali azioni di miglioramento/mitigazione degli eventi che UILDM Lazio ha messo in campo per gli eventi specifici, nell'ottica di un processo di miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti.

1. DOCUMENTAZIONE

MODULO/FILE ELETTRONICO	DESCRIZIONE	LUOGO DI ARCHIVIAZIONE	TEMPO DI ARCHIVIAZIONE
M108	Modulo segnalazione eventi avversi	Archivio RGQ	10 anni
M65	Rapporto delle non conformità piano delle azioni correttive/preventive	Archivio RGQ	10 anni

2. ALLEGATI

Mappa gestionale del rischio clinico.