

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM)

CASA DI CURA "VILLA SILVANA"

Unità di Risk Management

Responsabile dott. Siro Simeoni

- ANNO 2019 -

INDICE

1) PREMESSA.....	3
1.1) Contesto organizzativo.....	6
1.2) Descrizione degli eventi/sinistri dell'ultimo triennio.....	7
1.3) Descrizione della posizione assicurativa.....	7
1.4) Resoconto delle attività del PARM precedente.....	7
2) MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM.....	9
3) OBIETTIVI	11
4) ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	14
5) MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM.....	16
6) RIFERIMENTI NORMATIVI.....	17
7) BIBLIOGRAFIA.....	19

1. PREMESSA

La gestione del rischio o *Risk Management* è un processo sistematico che comprende sia la dimensione clinica sia quella strategico-organizzativa e che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni in grado di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi per aumentare il livello di sicurezza nell'interesse di pazienti e operatori.

Promuovere una politica aziendale di gestione del rischio vuol dire spronare e accompagnare l'organizzazione nel necessario percorso di controllo degli eventi e delle azioni che possono inficiare la capacità dell'azienda di raggiungere i propri obiettivi.

Il *Risk Management* s'interessa quindi della funzione intrinsecamente rischiosa espletata nelle strutture sanitarie, allo scopo di disegnare nuove strategie atte a ridurre le probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ossia che subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo non volontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza spaziando da un prolungamento della degenza fino a un peggioramento evitabile delle condizioni di salute o addirittura la morte.

La gestione del rischio in ambito sanitario è attività prevista già nella legge 189 del 2012 (legge Balduzzi) che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Il legame consequenziale tra *Risk Management* e una più efficace gestione delle risorse economiche aveva già indotto a scorporare alcune indicazioni dal disegno di legge Gelli (peraltro approvato in via definitiva lo scorso 28 febbraio 2017) per inserirle nella legge di Stabilità 2016, in cui sono attribuiti alla prevenzione del rischio effetti positivi sull'uso delle risorse ma anche sulla tutela del paziente.

La Legge Gelli, qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e 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 socio-sanitarie, pubbliche e private. A questo proposito, rispetto a quanto contenuto nella legge di Stabilità, nella legge Gelli sono state apportate alcune modifiche: l'articolo 16, modificando i commi 539 e 540 della legge di stabilità 2016 (legge n. 208/2015) prevede infatti che i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari, e che l'attività di gestione del rischio sanitario sia coordinata da personale medico dotato delle Specializzazioni in Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica o

equipollenti, in Medicina Legale, ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

Per quanto riguarda la normativa regionale, lo strumento strategico finalizzato alla gestione del rischio è considerato, per le strutture sanitarie operanti nella Regione Lazio, il PARM ossia il Piano Annuale di Risk Management, che consente di definire gli obiettivi prioritari da realizzare nel medio periodo nonché i mezzi e le modalità per realizzarli come sarà di seguito declinato. Questo strumento ha la finalità di rispondere alle raccomandazioni del Ministero della Salute, presenti nel documento intitolato Risk Management e Qualità in Sanità, che sono:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- promuovere la segnalazione dei *near miss*;
- sperimentare, a livello aziendale, 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;
- avviare la costituzione di un network per la realizzazione di un database nazionale per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza dei pazienti, anche al fine di istituire un Osservatorio a livello centrale;
- definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, o sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

La Regione Lazio ha inteso promuovere mediante l'emanazione delle Linee Guida di Indirizzo (dapprima con la determinazione n. G04112 dell'1.4.2014 quindi con la successiva n. G12355 del 25.10.2016), pur tenuto conto delle peculiarità del contesto organizzativo e del profilo di rischio di ciascuna azienda, la massima condivisione dei principi e delle regole del governo clinico.

Alla gestione del rischio è data priorità anche nel recente Decreto del Commissario ad Acta del 7 novembre 2017, n. U00469, contenente il manuale di accreditamento per le strutture sanitarie regionali.

Lo scopo del Piano Annuale di Risk Management (PARM) è quello di descrivere e indirizzare le azioni di miglioramento riconosciute come prioritarie per la gestione del rischio clinico.

Gli interventi pianificati sono finalizzati ad apportare specifici correttivi alle criticità osservate, migliorando così la sicurezza del paziente e la qualità dei servizi offerti in

osservanza agli obblighi legislativi.

Il PARM riguarda quindi il sistema struttura di cura nel suo insieme e consta di azioni che includono: valutazione dei principali processi, analisi del rischio, promozione e implementazione di procedure e istruzioni operative, formazione e informazione.

Le attività che si realizzano attraverso il PARM e che fanno per questo parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico, concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

La presenza della figura del Risk Manager, pur principale responsabile dell'adempimento delle azioni previste nel PARM, non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi assistenziali e alla realizzazione degli interventi pianificati così come declinati nella sezione 3 (obiettivi) e nella sezione 4 (attività e matrice delle responsabilità), ma coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di gestione del rischio. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio.

1.1) Contesto organizzativo

La Casa di Cura “Villa Silvana” si compone dei seguenti reparti:

- Un Presidio di Medicina Fisica e Riabilitazione con Reparto di Riabilitazione Funzionale, destinato all’assistenza di soggetti portatori di patologie di natura Neurologica e Ortopedica, dotato di palestre, due piscine con idromassaggio e camminamenti acquatici, Reparto di Day-Hospital Riabilitativo annesso al reparto di riabilitazione, che accoglie tutti quei pazienti che necessitano di assistenza riabilitativa prolungata.
- Centro di Fisiokinesiterapia ambulatoriale, funzionalmente e strutturalmente collegato al Reparto ed al Day-Hospital.
- Una Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) ad Alto Livello Assistenziale specializzata nell’area della Senescenza e della Disabilità.
- Un Reparto Hospice per l’erogazione di Cure Palliative a pazienti in regime residenziale e domiciliare.
- Ambulatori Medici e diagnostici, 1 Laboratorio di Analisi, 1 Unità operativa di Radiologia.

I reparti oggetto del presente PARM sono i seguenti:

- A) Unità di Riabilitazione Funzionale: capacità ricettiva in regime di accreditamento con il SSN di 30 posti letto, di cui 27 pp.ll. (1° piano Corpo A e B) in regime residenziale e 3 pp.ll. in Day-Hospital (piano terra Corpo B);
- B) R.S.A ad Alto Livello Assistenziale: capacità ricettiva in regime di accreditamento con il SSN di 93 posti letto (2° e 3° piano Corpo A, 1° piano Corpo C)
- C) Reparto Hospice: capacità ricettiva in regime di accreditamento con il SSN di 50 posti letto, di cui 10 pp. ll. (1° piano Corpo E) in regime residenziale + 40 pp. ll. in regime di Assistenza domiciliare;
- D) Ambulatorio Polispecialistico (piano terra Corpo A e B) con Servizi di Diagnosi e Cura utilizzabili anche per pazienti esterni;
- E) Poliambulatorio di Odontoiatria (piano terra Corpo A) con servizi di Radiologia diagnostica compreso Ortopantomografo utilizzabili anche per pazienti esterni;
- F) Laboratorio di Analisi Cliniche;

G) Radiologia diagnostica.

I ricoveri complessivi per l'anno 2017 sono stati i seguenti: RSA n° 46; Riabilitazione Ordinari n° 353; Riabilitazione Day-Hospital n° 55; Hospice n° 555.

1.2) Descrizione degli eventi/sinistri dell'ultimo triennio

Il presente Piano Annuale di Risk Management, relativo all'anno 2019, è il terzo PARM della Casa di Cura "Villa Silvana".

Non si sono registrati sinistri nel 2018. Si riporta in tabella la situazione della sinistrosità relativa all'ultimo quinquennio

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

Anno	N° Sinistri	Risarcimenti erogati
2014	0	0
2015	1	Ancora Aperto
2016	2	2
2017	0	0
2018	0	0
Totale	3	2

1.3) Descrizione della posizione assicurativa

Compagnia: Assicurazioni Generali. RCT e RCO. Massimale 1'000'000 euro.
Franchigia 5'000 euro. Premio semestrale 27'000 euro.

1.4) Resoconto delle attività del PARM precedente

Nell'anno 2018 è stato attuato il secondo PARM. Gli obiettivi realizzati sono di seguito elencati.

Controllo del rischio sanitario mediante:

- a) **Prevenzione e gestione delle cadute (raccomandazione ministeriale n°13).**
È stato monitorato l'andamento quali-quantitativo delle cadute con apposita scheda di rilevamento. Complessivamente si è registrato un incremento annuale di circa il 13% rispetto al 2017 ma si è trattato quasi sempre di eventi di lieve entità. La distribuzione per reparti ha evidenziato un decremento significativo in Hospice al contrario dell'incremento osservato presso l'unità di riabilitazione (rilevante) e dell'RSA (molto contenuto). Si è trattato in prevalenza di cadute di pazienti donne.

- b) **Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).** Il controllo delle ICA si è focalizzato principalmente sul Clostridium difficile anche attraverso l'approvazione di apposita procedura. Si è inoltre predisposta l'introduzione e la diffusione di un unico detergente-presidio medico-chirurgico nei servizi igienici dei reparti e di soluzioni idroalcoliche sia nei reparti che nelle aree comuni per la prevenzione generale delle ICA secondo quanto raccomandato dall'OMS.

- c) **Ricognizione e riconciliazione farmacologica** (raccomandazione ministeriale n°17). È stata definita la procedura per la riconciliazione farmacologica e realizzata la scheda da somministrare all'ingresso del paziente per la rilevazione della terapia in corso. Sono stati inoltre organizzati seminari di presentazione della scheda a tutto il personale sanitario.

- d) **Rilevazione della casistica dei trasferimenti a livelli superiori di cura.** È stata effettuata analisi quali-quantitativa del numero dei trasferimenti al Pronto Soccorso mediante sistema di emergenza del 118. Sono state registrate 26 attivazioni. Le attivazioni sono state in totale 26 con prevalenza dalla RSA e a seguire dalla riabilitazione.

- e) **Costituzione del Comitato Valutazione Sinistri (CVS).**

- f) **Implementazione dell'uso della scheda di incident reporting.** Il sistema di segnalazione ha registrato una completa diffusione nella struttura con buona aderenza allo strumento da parte del personale. Sono pervenute all'unità di risk management 37 segnalazioni riguardanti per il 30 % near miss e per il 70% eventi avversi. I principali fattori causali individuati alla base di tali eventi hanno riguardato in massima parte fattori legati al paziente (60%) e in misura minore fattori connessi agli operatori (24%). Minoritaria anche la percentuale

di fattori contribuenti strutturali e organizzativi (10%).

- g) **Monitoraggio dell'evoluzione delle lesioni da decubito con apposita scheda.** E' stato fatto uno studio preliminare confrontando l'esito dei trattamenti sulle lesioni da decubito per pazienti provenienti da altre strutture e già affetti da lesioni rispetto ai pazienti che hanno sviluppato le lesioni durante il ricovero.
- h) **Formazione interna in tema di risk management agli operatori neo-assunti.** Sono stati in particolare svolti corsi di formazione per allineare gli operatori sulle scelte di gestione del rischio, che hanno coinvolto complessivamente 38 operatori tra neo-assunti e altri dipendenti più anziani con necessità di aggiornamento.

Miglioramento dell'informazione agli utenti mediante:

- a) redazione di una procedura per informare i pazienti e i parenti dei pazienti in Hospice
- b) redazione di una procedura per la comunicazione delle risposte degli esami di laboratorio ai pazienti

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- a) quella del **Risk Manager**, che lo redige e ne monitorizza l'implementazione tenendo in considerazione anche le Linee Guida Regionali;
- b) quella della **Direzione Strategica Aziendale** che s'impegna a fornire direttive (piano di budgeting, valutazione performance, definizione di specifici progetti aziendali) e risorse a tutte le macrostrutture coinvolte nel PARM.

In questa sezione 2. del documento, riguardante la matrice delle responsabilità, si fa riferimento solo alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARM. Si rimanda alla sezione 4. (attività e matrice delle responsabilità) per quanto riguarda le responsabilità delle singole azioni previste nelle

attività pianificate.

Azione	Risk Manager	Direttore Generale	Direttore Sanitario	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARM	R	C	C	C	-
Adozione PARM	I	R	C	C	-
Monitoraggio PARM	R	I	C	C	C

Legenda:

R = Responsabile

C = Coinvolto

I = Interessato

Nella specifica realtà di “Villa Silvana”, l’Unità di Risk Management è composta dal **Risk Manager** e dal **Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio**, costituito da un nucleo più ristretto di figure professionali preposte alle attività di Programmazione, Verifica e Controllo delle attività di Risk Management e da un **Gruppo di Supporto alla Funzione di Gestione del Rischio**, composto dai principali stakeholder interni all’azienda tra cui i dirigenti delle diverse Unità Operative.

Le figure di riferimento dell’Unità di Risk Management con Funzioni di Coordinamento per la Gestione del Rischio sono di seguito elencate:

- Dott. Siro Simeoni (Risk Manager)
- Dott.ssa Deborah Vasta
- Dott. Arturo Castrillo
- Caposala Giuseppina Celli
- Caposala Teresa Gagliardi

Gli altri componenti del Gruppo di Supporto alla Funzione di Gestione del Rischio sono di seguito elencati:

- Dott. Alberto Siniscalchi

- Dott. Fabio Rossi
- Dott.ssa Piera Marchetti
- Dott. Pasquale Galetta
- Caposala Patrizia Longhi
- Caposala Elena Marotta
- Dott. Federico Giovannini
- Coordinatore FKT Ezio Albanesi
- Coordinatrice Raffaella Lupoli

3) OBIETTIVI

Per l'anno 2019, in continuità con quanto realizzato nel PARM 2018 e declinato al precedente paragrafo 1.4, lette e recepite le determinazioni regionali si considerano prioritari i seguenti obiettivi:

1. Implementazione della Raccomandazione Ministeriale N° 13 (prevenzione e gestione delle cadute) in particolare mediante:
 - a. revisione della scheda per la raccolta dati cadute
 - b. analisi dei fattori causali nelle situazioni ricorrenti
 - c. organizzazione di eventi formativi dedicati
 - d. preparazione di un poster informativo con le raccomandazioni per prevenire le cadute (da distribuire in tutti i piani della struttura)

2. Prevenzione e controllo infezioni correlate all'assistenza tra cui anche approvazione di procedura per *Clostridium difficile*, in particolare mediante:
 - a. diffusione e applicazione in tutti i reparti della scheda contenente informativa di malattia, procedura di isolamento, definizione del protocollo di gestione in caso di infezione;
 - b. verifica dell'applicazione della procedura per controllo *Clostridium difficile* mediante audit clinico
 - c. Realizzazione scheda di segnalazione ICA e sua implementazione nella struttura

3. Implementazioni della Raccomandazione Ministeriale n. 17 (riconciliazione farmacologica) consistente nel controllo sull'uso della scheda di ricognizione della terapia al ricovero (presenza in cartella e corretta compilazione), in tutti i reparti.

4. Monitoraggio trasferimenti a livelli superiori di cura mediante osservazione della casistica e sua descrizione quali-quantitativa.
5. Consolidamento attività Comitato Valutazione Sinistri (CVS) mediante discussione dei casi da perfezionarsi in riunioni periodiche con verbali recanti descrizione dei casi esaminati, valutazione e strategia di gestione del sinistro.
6. Uso della scheda di incident reporting in perfezionamento mediante revisione periodica delle modalità di compilazione e formazione specifica al personale in base ai risultati della revisione della modalità di compilazione della scheda.
7. Monitoraggio dell'evoluzione delle lesioni da decubito attraverso la revisione delle schede per valutarne la corretta compilazione in merito alla evoluzione delle lesioni.
8. Formazione interna sulle procedure inerenti le raccomandazioni 7 e 12 (errori in terapia, e farmaci LASA), rivolta in particolare ai nuovi operatori sanitari, e formazione sulle nuove procedure introdotte per la gestione del rischio.
9. Informazione ai pazienti e ai parenti in Hospice mediante implementazione e verifica della procedura operativa già introdotta. La verifica è da realizzarsi attraverso interviste e/o questionari di gradimento sulla comunicazione rivolti ai pazienti e ai parenti dei pazienti in Hospice, al fine di garantire loro un buon livello di comunicazione e una loro migliore soddisfazione.
10. Monitoraggio della procedura per la comunicazione delle risposte degli esami di laboratorio con particolare attenzione rivolta alla valutazione quali-quantitativa delle comunicazioni urgenti.

ID Obiettivo strategico	Obiettivo specifico	Unità coinvolta
1	Implementazione della Raccomandazione Ministeriale N° 13 (prevenzione e gestione delle cadute)	U.R.M. e tutti i reparti

2	Prevenzione ICA	U.R.M. e tutti i reparti
3	Implementazioni della Raccomandazione Ministeriale n. 17 (riconciliazione farmacologica)	U.R.M. e tutti i reparti
4	Monitoraggio trasferimenti a livelli superiori di cura	U.R.M. e tutti i reparti
5	Consolidamento attività Comitato Valutazione Sinistri	Direzione Amministrativa e U.R.M.
6	Uso della scheda di <i>incident reporting</i>	U.R.M. e tutti reparti
7	Monitoraggio evoluzione lesioni da decubito	U.R.M. e R.S.A.
8	Formazione interna	U.R.M. e tutti reparti
9	Informazione ai pazienti e ai parenti in Hospice	U.R.M. Hospice
10	Monitoraggio procedura per la comunicazione delle risposte degli esami di laboratorio	U.R.M. Laboratorio

Per ciascun obiettivo sono previsti gli strumenti indicati in tabella.

ID Obiettivo strategico	Obiettivo Specifico	Strumenti per la realizzazione
1	Implementazione della Raccomandazione Ministeriale N° 13 (prevenzione e gestione delle cadute)	<ul style="list-style-type: none"> a. Revisione schede raccolta dati b. Analisi fattori causali nelle situazioni ricorrenti c. Organizzazione eventi formativi dedicati d. Preparazione di un poster informativo
2	Prevenzione e controllo infezioni correlate all'assistenza (tra cui <i>Clostridium difficile</i>)	<ul style="list-style-type: none"> a. Diffusione e applicazione in tutti i reparti della scheda per controllo Clostridium b. Audit per verifica dell'applicazione della procedura controllo c. Realizzazione della scheda di segnalazione ICA e sua implementazione nella struttura
3	Implementazioni della Raccomandazione Ministeriale n. 17 (riconciliazione farmacologica)	Controllo sull'uso della scheda ricognizione della terapia al ricovero in tutti i reparti
4	Trasferimento a livelli superiori di cura	Monitoraggio quali-quantitativo dei trasferimenti
5	Consolidamento CVS	Discussione dei casi in CVS Verbalì recanti descrizione dei casi, valutazione e strategia di gestione del sinistro
6	Uso della scheda di incident reporting	Revisione periodica delle modalità di compilazione schede di IR (quadrimestrale) Formazione del personale all'esito della revisione quadrimestrale

7	Evoluzione lesioni da decubito durante il ricovero.	Analisi di verifica su corretta compilazione scheda di monitoraggio delle lesioni
8	Formazione interna	Seminari da parte di personale di URM
9	Informazione ai pazienti e ai parenti in Hospice	Intervista/questionario di gradimento sulla comunicazione da sottoporre ai pazienti e ai parenti in Hospice
10	Monitoraggio della procedura per la comunicazione delle risposte degli esami di laboratorio ai pazienti	Analisi quali-quantitativa della comunicazione delle risposte urgenti

4. ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

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

Le responsabilità sono costantemente condivise dalla figura del Risk Manager e dalla Direzione amministrativa per quanto riguarda la parte di programma più propriamente strategica, mentre investono direttamente le figure di riferimento dei Dirigenti di Reparto, sia medici che membri del personale infermieristico o professioni sanitarie affini (ad esempio fisioterapista) per quanto riguarda la parte operativa di progettazione e realizzazione degli obiettivi pianificati.

ID Obiettivo strategico	Obiettivo Specifico	Responsabile	Figura/e Coinvolta/e
1	Implementazione della Raccomandazione Ministeriale N° 13 (prevenzione e gestione delle cadute)	Risk Manager Membri Unità di Gestione del Rischio	Personale medico e infermieristico
2	Prevenzione ICA	Risk Manager Membri Unità di Gestione del Rischio	Personale medico e infermieristico
3	Implementazioni della Raccomandazione Ministeriale n. 17 (riconciliazione farmacologica)	Risk Manager Membri Unità di Gestione del Rischio	Personale medico
4	Trasferimento a livelli superiori di cura	Membri Unità di Gestione del Rischio	Personale medico e infermieristico
5	Consolidamento CVS	Direzione Amministrativa	Risk Manager
6	Uso scheda di incident reporting	Risk Manager Membri dell'Unità di Risk Management	Personale medico e infermieristico

7	Monitoraggio evoluzione delle lesioni da decubito durante il ricovero	Risk Manager Membri dell'Unità di Risk Management	Personale medico e infermieristico
8	Formazione interna	Risk Manager	Componenti dell'Unità di Risk Management
9	Informazione ai pazienti e ai parenti in Hospice	Risk Manager Dirigente Medico Hospice Caposala Hospice	Personale medico e infermieristico Hospice
10	Monitoraggio procedura per la comunicazione delle risposte degli esami di laboratorio ai pazienti	Risk Manager Membri dell'Unità di Risk Management Dirigente Laboratorio Analisi	Personale medico e infermieristico

Per ciascun obiettivo specifico sono individuati i seguenti indicatori:

ID Obiettivo strategico	Obiettivo specifico	Indicatore/i
1	Implementazione della Raccomandazione Ministeriale N° 13 (prevenzione e gestione delle cadute)	<ul style="list-style-type: none"> a. N° casi a trimestre per U.O. (report sottoscritto da URM) b. N° e tipo fattori causali c. N° eventi formativi d. N° stampe poster e n° reparti distribuzione
2	Prevenzione ICA	<ul style="list-style-type: none"> N° reparti aderenti N° audit di verifica e esito verifiche (report sottoscritto da URM) N° reparti aderenti all'uso della scheda N° segnalazioni ICA (specifiche) per reparto
3	Implementazioni della Raccomandazione Ministeriale n. 17 (riconciliazione farmacologica)	N° schede presenti e compilate /N° ricoverati (report semestrale per reparto)
4	Trasferimento a livelli superiori di cura	N° casi per causa per reparto (report annuale)
5	Consolidamento del Comitato Valutazione Sinistri	<ul style="list-style-type: none"> N° di casi discussi per riunione/n° di riunioni N° verbali compiutamente descritti
6	Uso scheda di incident reporting	<ul style="list-style-type: none"> N° schede non adeguatamente compilate/N° totale schede N° eventi formativi specifici/anno (con dettaglio errori di compilazione)
7	Monitoraggio dell'evoluzione delle lesioni da decubito durante il ricovero	N° schede non adeguatamente compilate/N° totale schede
8	Formazione interna	Seminari semestrali a partecipazione globale su raccomandazioni 7 e 12 e su altre nuove procedure
9	Informazione ai pazienti e ai parenti in Hospice	<ul style="list-style-type: none"> N° interviste e/o questionari di gradimento partecipati dai pazienti/anno Risultati interviste/questionari (livello di gradimento)
10	Monitoraggio procedura per la comunicazione delle risposte degli esami di laboratorio ai pazienti	<ul style="list-style-type: none"> N° comunicazioni esami urgenti andati a buon fine /totale comunicazioni urgenti Tempi di trasmissione per comunicazioni urgenti/ tempo medio comunicazioni standard

5. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARM e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la diffusione della conoscenza del documento sarà cura della Direzione Aziendale e sarà realizzata attraverso la pubblicazione del PARM sul sito internet aziendale e mediante seminari aziendali di formazione e aggiornamento del personale aventi ad oggetto struttura e contenuti del PARM.

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

Il PARM è stato elaborato con riferimento a:

- Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): “Gestione del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza” (Determinazione Regionale N. G04112 del 01/04/2014);
- Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 Approvazione delle “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”.
- Criticità emerse mediante il processo di revisione cartelle cliniche ed interviste agli operatori delle unità di riferimento;
- Modello organizzativo di sviluppo del “Percorso aziendale per il recepimento e l’implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute per la sicurezza dei pazienti” indicato dalla Regione Lazio (nota 99218 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria).

Si è inoltre tenuto conto della seguente normativa di riferimento in ambito sanitario:

- Decreto Legislativo N. 502, 30 dicembre 1992: *Riordino della disciplina in materia sanitaria*, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- D.P.R. 14 gennaio 1997: *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: *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- Decreto Legislativo n°254, 28 luglio 2000: *Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari.*

- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. *Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.*
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009: *Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.*
- Decreto del Commissario ad acta 28 maggio 2013, n U00206: *Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della regione Lazio a seguito del recepimento degli "standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, lett. B, Patto per la Salute 2010-2012" elaborati dal Comitato L.E.A. 8/10.*
- Circolare Ministeriale n.52/1985: *Lotta contro le Infezioni Ospedaliere.*
- Circolare Ministeriale n. 8/1988: *Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza.*
- DM 24 luglio 1995: *Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale.* GU n. 263, 10 novembre 1995

- Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998.
- PSN 2003-2005.
- PSN 2006-2008.
- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008.

- Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute: *Risk Management in Sanità- il problema degli errori* Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003
2. Ministero della Salute, *Approvazione dei modelli di schede di segnalazioni di incidenti o mancati incidenti, che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro*, «Gazzetta ufficiale», 24 nov. 2005, n. 274.
3. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 *Save Surgery Save Live*
4. Reason J, *Managing the risks of organizational accidents*, 1997
5. Reason J, *Human error: models and management*, BMJ 2000; 320; 768-770
6. *Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:*
7. Vincent C, *La Sicurezza del Paziente* Springer-Verlag Italia 2011 2 Edizione
8. *Apprendere dagli Errori* Il Pensiero Scientifico Editore.
9. B. Andersen, T. Fagerhaug, *Root cause analysis. Simplified tools and techniques*, Milwaukee (Wis.) 2000, 20062.
10. IOM (Institute Of Medicine of the National academies), *To err is human. Building a safer health system*, ed. L.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson, Washington D.C. 2000.
11. J. Reason, *Human error. Models and management*, «BMJ. British medical journal», 2000, 320, 7237, pp. 768-70.
12. C. Vincent *Clinical risk management. Enhancing patient safety*, ed., London 2012.
13. S.A. Nashef, *What is a near miss?*, «The lancet», 2003, 361, 9352, pp. 180-81.
14. G.R. Baker, *Harvard medical practice study*, «Quality and safety in health care», 2004, 13, 2, pp. 151-52.

15. M. Geddes Da Filicaia, *Guida all'audit clinico. Pianificazione, preparazione e conduzione*, Roma 2008.