



Casa di Cura “Città di Aprilia” s.r.l.

Via Delle Palme, 25 - 04011 Aprilia (LT) - Centralino 06.92707958 - Fax 06.92061268

Servizio accettazione e prenotazioni: 06.92704125 - 06.9271825

www.casadicuracittadiapriliasrl.it

Accreditata con il S.S.R. DRG n° U00357 del 30/10/2014

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2020

Emissione 28.02.2020		Redazione	Revisione	Verifica	Ratifica/Adozione
		<i>Dott. Domenico Carbone</i>	<i>Dott. Fabio Carbone</i>	<i>Dott. Danilo Palermo</i>	<i>Dott. Angelo Aiello</i>
			<i>Dott. inf. Mauro Parotto</i>		
			<i>Dott. inf. Rocco Bianchi</i>		

- 1.0 Premessa
 - 1.1 Contesto organizzativo
 - 1.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati
 - 1.3 Descrizione della posizione assicurativa
 - 1.4 Resoconto attività PARM precedente
- 2.0 Matrice delle responsabilità
- 3.0 Obiettivi 2020
- 4.0 Modalità di diffusione
- 5.0 Riferimenti normativi
- 6.0 Bibliografia e sitografia

1. PREMESSA

La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono punti critici per tutti i sistemi sanitari, infatti la complessità delle organizzazioni sanitarie, l'elevato livello tecnologico, l'elevato numero delle prestazioni erogate costituiscono fattori intrinseci del sistema che possono favorire il verificarsi di errori causa di eventi avversi per i pazienti. Risulta evidente che l'errore e la possibilità di un incidente non sono del tutto eliminabili, ma devono essere utilizzati tutti gli interventi possibili perché siano controllabili e, soprattutto, ridotti al minimo.

Da: Introduzione - *Allegato 1 del Disciplinare tecnico Sistema di monitoraggio degli errori in sanità SIMES (G.U. 12-1-2010)*

La gestione del rischio clinico o *clinical risk management* è un insieme di processi sistematici che coinvolge la dimensione clinica (*professionals*) e quella strategico-organizzativa (*management*) ed impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni in grado di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi per aumentare la sicurezza dei pazienti, dei loro familiari e/o accompagnatori e degli operatori che a qualsiasi titolo operano in ambiente sanitario.

Promuovere efficacemente e realizzare fattivamente una politica aziendale di gestione del rischio vuol dire indirizzare tutta l'organizzazione nel necessario percorso di analisi e controllo degli eventi, delle azioni, dei processi e della gestione delle risorse umane e strumentali che, se mal dirette, possono ridurre o anche inficiare la capacità dell'organizzazione di raggiungere i propri obiettivi.

Per una migliore comprensione sulla necessità dell'approccio sistemico e specialistico al problema, si deve tenere conto che: *"In ambito sanitario sono molteplici i fattori che concorrono a definire il "grado di rischio" del sistema, che possono essere schematicamente raggruppati nelle seguenti classi:*

a) fattori strutturali – tecnologici

- *Caratteristiche del fabbricato sanitario e dell'impiantistica (progettazione e manutenzione);*
- *Sicurezza logistica degli ambienti;*
- *Apparecchiature e strumentazioni (funzionamento, manutenzione e rinnovo);*
- *Infrastrutture, reti, digitalizzazione e automatizzazione.*

b) fattori organizzativo-gestionali e condizioni di lavoro

- *Struttura organizzativa (ruoli, responsabilità, distribuzione del lavoro);*
- *Politica e gestione delle risorse umane: organizzazione, stili di leadership, sistema premiante, supervisione e controllo, formazione e aggiornamento, carico di lavoro e presenza turistica (che concorrono a determinare fatica e stress);*
- *Sistema di comunicazione organizzativa;*
- *Aspetti ergonomici (postazione lavoro, monitor, allarme, rumori, luce, ecc.);*
- *Politiche per la promozione alla sicurezza del paziente: linee guida e percorsi assistenziali, segnalazioni di errori.*

c) fattori umani (individuali e del team)

- *Personale: caratteristiche individuali (percezione, attenzione, memoria, capacità di prendere decisioni, percezione delle responsabilità, condizioni mentali e fisiche, abilità psicomotorie) e competenza professionale;*
- *Dinamiche interpersonali, di gruppo con conseguente livello di cooperazione.*

d) caratteristiche dell'utenza

- *Epidemiologia ed aspetti socio – culturali (aspetti demografici, etnia, ambiente socioeconomico, istruzione, capacità di gestione delle situazioni, complessità e presenza simultanea di patologie acute o croniche);*
- *Rete sociale.*

e) fattori esterni

- *Normative e obblighi di legge;*
- *Vincoli finanziari;*
- *Contesto socio – economico – culturale;*
- *Influenza dell'opinione pubblica e dei media, delle associazioni professionali, e di pubblica tutela;*
- *Assicurazioni.”*

(da: Regione Lazio – Manuale regionale triage intra-ospedaliero modello Lazio a 5 codici. Gruppo di Lavoro sul Triage modello Lazio - Agosto 2019)

Ciò, anche dal punto di vista della gestione dei rischi, rende le organizzazioni sanitarie organismi complessi in cui i diversi valori di cui è necessario tenere conto, e che devono essere tutelati spesso in modo integrato, sono:

- la sicurezza dei pazienti (rischio clinico);
- la salute e la sicurezza dei lavoratori (rischio lavorativo);
- la tutela dei dati e la privacy (rischio informativo);
- la correttezza amministrativa e contabile (rischio amministrativo e contabile).

La sicurezza delle cure costituisce pertanto la base per una buona assistenza sanitaria e rappresenta l'elemento portante della Legge 24/2017. Il fatto che un trattamento medico e sanitario possa causare un danno, anziché guarire o curare, è il motivo per ritenere la sicurezza del paziente non solo il fondamento della qualità delle cure ma il valore principale da tutelare per spingere tutta l'organizzazione verso il miglioramento continuo e la qualità globale.

Infine si ricorda che il **Codice di deontologia medica (2014) all'art. 6 (Qualità professionale e gestionale)** recita: *“Il medico fonda l'esercizio delle proprie competenze tecnico-professionali sui principi di efficacia e di appropriatezza, aggiornandoli alle conoscenze scientifiche disponibili e mediante una costante verifica e revisione dei propri atti. Il medico, in ogni ambito operativo, persegue l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private salvaguardando l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione dei servizi sanitari, contrastando ogni forma di discriminazione nell'accesso delle cure.”*, e **all'art. 14 (Prevenzione e gestione di eventi avversi e sicurezza delle cure)**: *“Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti, promuovendo a tale scopo l'adeguamento dell'organizzazione delle attività e dei*

comportamenti professionali e contribuendo alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico attraverso:

- l'adesione alle buone pratiche cliniche;
- l'attenzione al processo di informazione e di raccolta del consenso, nonché alla comunicazione di un evento indesiderato e delle sue cause;
- lo sviluppo continuo di attività formative e valutative sulle procedure di sicurezza delle cure;
- la rilevazione, la segnalazione e la valutazione degli eventi sentinella, errori, quasi errori ed eventi avversi valutando le cause e garantendo la natura riservata e confidenziale delle informazioni raccolte.

all'art. 68 (medico operante in strutture pubbliche e private): "Il medico che opera in strutture pubbliche o private, concorre alle finalità sanitarie delle stesse ed è soggetto alla potestà disciplinare dell'Ordine indipendentemente dalla natura giuridica del rapporto di lavoro.

Il medico, in caso di contrasto tra le regole deontologiche e quelle della struttura pubblica o privata nella quale opera, sollecita l'intervento dell'Ordine al fine di tutelare i diritti dei pazienti e l'autonomia professionale... (omissis)."

Ciò a significare che per gli esercenti la professione di medico, ed estensivamente a tutte le professioni sanitarie che concorrono alla realizzazione delle cure, la gestione del rischio clinico rappresenta una parte integrante e imprescindibile dell'atto professionale e pertanto un dovere etico ancora prima che un obbligo di legge.

Tutto ciò premesso, nel 2020 la Casa di Cura "Città di Aprilia" s.r.l. ha inteso investire, parallelamente al miglioramento della qualità dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, sul potenziale abbattimento della spesa sanitaria in relazione alla ottimizzazione dei processi al fine di gravitare maggiori risorse su interventi tesi a sviluppare maggiore sicurezza ed efficienza.

In particolare nel corso del 2019 è stato individuato, come possibile risparmio, il contenimento del contenzioso medico legale ed il passaggio dalla copertura assicurativa in polizza (RC verso terzi e RC verso prestatori d'opera) a quella in adozione di misure analoghe per la copertura della responsabilità, così come previsto all'art. 10 della Legge 24/2017.

Pertanto è stato opzionato il regime di autoritenzione, al termine di un percorso attentamente valutato. Contestualmente, a far data dal mese di dicembre 2019, è stato attuato il potenziamento della direzione sanitaria conferendo l'incarico a specifica figura professionale per la funzione medico legale e specifica figura professionale per la funzione di gestione del rischio clinico. Tali figure sono state ritenute idonee a creare politiche ed azioni di governo clinico volte alla analisi dei processi, ad una maggiore responsabilizzazione e presa di coscienza dei professionisti sanitari, al miglioramento e l'ottimizzazione della funzionalità dei servizi e della qualità delle prestazioni, ed infine per indirizzare le azioni complessive verso la riduzione dei risarcimenti per malpractice sanitaria.

A fronte dell'implementazione di tali attività di supporto alla direzione sanitaria, non vengono meno le specifiche responsabilità dei professionisti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico assistenziali. Inoltre ogni esercente le professioni sanitarie, in particolare, ha il dovere etico e normativo di attuare, amplificare, diffondere e migliorare la cultura e le pratiche della sicurezza e la conoscenza del rischio.

Questo documento è redatto, per l'anno 2020, in ottemperanza allo specifico requisito relativo alla gestione del rischio previsto dal DCA n. U00469 del 7 novembre 2017.

1.1 Contesto organizzativo

La Casa di Cura “Città di Aprilia” è situata nella provincia di Latina ed è una struttura autorizzata ed accreditata (DCA n.U00357 del 30.10.2014 e DCA n. U00023 del 22.01.2015 modifica del DCA n. U00357/2014) per erogare prestazioni di diagnosi e cura sia in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo per acuzie e diurno, tipologia medico-chirurgica per un totale di 161 posti letto autorizzati di cui accreditati 143 di degenza ordinaria e 6 di *day-hospital/day surgery*. E’ inserita nella rete dell’emergenza della Regione Lazio ed ha come DEA di riferimento il “Polo Ospedaliero LATINA NORD S. Maria Goretti”.

La Casa di Cura “Città di Aprilia” è organizzata in:

- **Direzione** per la componente strategica e di vertice;
- **Unità Operative e Servizi** per la parte sanitaria;
- **Uffici** per la parte amministrativa.
- **Servizio generali**

Tabella 1 – Dati di attività aggregati sui posti accreditati

DATI STRUTTURALI^(A)			
Estensione territoriale	177,7 km ²	Popolazione residente	73.934 (2017) ISTAT
Posti letto ordinari	143	Raggruppamento medico (Medicina + Cardiologia)	65 + 3 DH
		Chirurgia	38 + 2 DH
		Ortopedia	19 + 1 DH
		Ostetricia e ginecologia	15
		Nido	SI
Posti letto diurni	6	Servizi TrASFUSIONALI	1
Blocchi Operatori	2	Sale Operatorie	4
Terapie Intensive	0	UTIC	0
Sala Travaglio/Parto	2	Pronto Soccorso Ospedaliero	SI
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI			
Ricoveri ordinari	1230	Ricoveri diurni	322
Ricoveri urgenti	2118		
Accessi PS	41.463	Parti	615
Branche specialistiche	5 (Ricovero) 20 (Ambulatoriali)	Prestazioni ambulatoriali erogate	96.275 (esterni) 57.131 (interni)

(A): Dati aggiornati al 31.12.2019

Sono inoltre presenti:

- Servizio di Anestesia e Rianimazione
- Laboratorio Analisi Cliniche
- Frigo - Emoteca (convenzionata con SIMT Az. Osp. "S.M. GORETTI" LT)
- Servizio di Radiodiagnostica e RMN
- Gestione farmaci e materiale sanitario
- Servizi generali
 - Cucina
 - Lavanderia
 - Sterilizzazione

Si effettuano prestazioni APA (accorpamento prestazioni ambulatoriali) e ambulatoriali di:

- Cardiologia
- Diagnostica per immagini e RMN
- Ostetricia e ginecologia
- Chirurgia
- Ortopedia
- Otorinolaringoiatria
- Urologia
- Endoscopia
- Ematologia
- Medicina Interna
- Broncopneumologia
- Oncologia
- Neurologia
- Chirurgia estetica
- Oculistica
- Allergologia
- Pediatria
- Dermatologia
- Angiologia
- Fisiocinesiterapia

1.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Al momento della stesura di questo PARM, che ha coinciso con il rinnovo delle figure professionali addette alla gestione del rischio clinico e del contenzioso medico legale, la struttura è impegnata nella revisione di tutte le procedure e della documentazione al fine del riallineamento e della conferma dei requisiti di accreditamento istituzionale delle strutture ospedaliere, ai sensi del DCA n.469 del 7.11.2017.

Per tali motivi, in considerazione del forte impegno trasversale di tutte le componenti della struttura, nel corso del 2019 è stata continuata una azione semplice e poco strutturata di analisi orientativa della rischiosità a campione su cartelle cliniche chiuse, selezionate con campionamento casuale e relative a ricoveri avvenuti nell'anno in corso. L'analisi delle cartelle cliniche è stata integrata con interviste, non strutturate, rivolte al personale medico e infermieristico delle Unità Operative e dei Servizi e con la disamina di comunicazioni interne, indirizzate alla Direzione Sanitaria da parte di medici e operatori della struttura, e riguardanti alcune criticità segnalate nell'esercizio delle funzioni.

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2019 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ^(B)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss^(A)		Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunicazione (%)	Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (%) Procedure/Comunicazione (%)	Sistemi di reporting (%)
Eventi Avversi^(A)				Sinistri (%)
Eventi Sentinella^(A)				Emovigilanza (%)
				Farmacovig. (%)
				Dispositivovig. (%)
				ICA (%)
				Ecc.

(A): riportare le definizioni secondo il glossario del Ministero della Salute o come nota alla tabella o all'interno della narrativa.

(B): I fattori causali/contribuenti fanno ovviamente riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi. Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi si rimanda al documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" adottato con Determinazione n. G12355 del 25 ottobre 2016 e disponibile sul *cloud* regionale.

Non sono stati confrontati gli indicatori di rischio e non è stata rilevata con sistematicità l'evenienza evento avverso.

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

Anno	N. Sinistri ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2015	17 (16 senza seguito)	1
2016	13 (12 senza seguito)	1
2017	14 (6 senza seguito – 8 in corso)	0
2018	13 (12 senza seguito – 1 in corso)	0
2019	10 (5 senza seguito – 5 in corso)	0
Totale		

(A): vanno riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

1.3 Descrizione della posizione assicurativa

Scadenza polizza	Compagnia	Premio annuo euro	Franchigia euro	Massimale euro	Apertura nuovi sinistri	Risarcimenti erogati	Chiusure stragiudiziali
31.12.2019	BH ITALIA	404.000	450.000	5.000.000	10	126.231 euro (riferiti agli anni 2011- 2012)	0

Per l'anno in riferimento (2020), come illustrato in premessa, la struttura ha opzionato il regime di autoritenzione.

1.4 Resoconto attività PARM precedente

Nella edizione del 2019 gli obiettivi prefissati non sono stati allineati agli obiettivi regionali.

OBJ 1: Infezioni Correlate alla Pratica Assistenziale (ICPA) e la gestione della SEPSI			
Attività	Indicatore	Realizzazione	Stato di attuazione
Corso "Igiene delle mani – WHO 2010"	Effettuazione di almeno un corso	si	1 edizione – 15 infermieri
Corso "Profilassi antibiotica pre-operatoria"	Effettuazione di almeno un corso	si	1 edizione – 3 medici; 4 infermieri
Revisione procedura "Medicazioni semplici e complesse"	Emissione nuova revisione	si	Nuovo documento
Revisione linea guida "Gestione lesioni da pressione"	Emissione nuova revisione	si	Nuovo documento

OBJ 2: Gestione del rischio clinico in sala parto			
Attività	Indicatore	Realizzazione	Stato di attuazione
Consolidamento processo di segnalazione trigger	Effettuazione di almeno un audit clinico	si	Audit
Implementazione scheda per la rilevazione dei parametri di allerta per l'individuazione precoce delle partorienti in stato di criticità	Utilizzo della scheda almeno nel 98% dei casi	si	Verifica documentazione clinica
Redazione procedura operativa su LG regionali "Sepsi in area ostetrica"	Emissione nuovo documento	si	Nuovo documento emesso e in uso
Corso di formazione "sistemi di allerta precoce in sala parto"	Effettuazione di almeno 1 corso	si	1 edizione 2 medici; 3 ostetriche; 2 infermieri

OBJ 3: Il rischio connesso alla gestione della terapia farmacologica

Attività	Indicatore	Realizzazione	Stato di attuazione
Implementazione della raccomandazione ministeriale n° 7	Corretta e sistematica compilazione della SUT per ogni cartella di ricovero	si	Revisione a campione di documentazione clinica
Implementazione della raccomandazione ministeriale n° 7	Corretta e sistematica compilazione della riconciliazione farmacologica nella documentazione ambulatoriale	si	Revisione a campione di documentazione clinica
Integrazione del servizio di Farmacia Aziendale - Risk Management per quanto riguarda la farmacovigilanza (ADR, Eventi sentinella, Near miss, Eventi Avversi) ed il monitoraggio degli elettroliti concentrati e stupefacenti	Effettuare almeno un audit trimestrale	no	no

OBJ 4: Il rischio in ambito chirurgico

Attività	Indicatore	Realizzazione	Stato di attuazione
Audit Clinico "Time Out"	Effettuazione di almeno un audit	si	No report
Revisione della Procedura aziendale sulla "Programmazione delle liste operatorie"	Emissione nuova revisione	si	Nuovo documento
Linee Guida relative all'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali n.2 e n.3.	Emissione nuovo documento	no	
Audit osservazionale su "Dresse Code e igiene delle Mani in Sala Operatoria".	Effettuazione di almeno un audit	si	No report

2.0 Matrice delle responsabilità

Le figure individuate per la funzione di gestione del rischio clinico sono:

- Dott. Danilo Palermo (Direttore Sanitario - DS)
- Dott. Domenico Carbone (Clinical Risk Manager - CRM)
- Dott. Fabio Carbone (Medico Legale – ML)
- Dott. Angelo Aiello (Legale Rappresentante - LR)
- Inf. P. Mauro Parotto (Caposala Pronto Soccorso – facilitatore H)
- Inf. P. Rocco Bianchi (Caposala Blocco Operatorio – facilitatore H)

Il PARM è:

- Redatto da CRM
- Revisionato da ML FA
- Verificato da DS
- Ratificato/adottato da LR
- Diffuso da DS e H
- Monitorato da CRM

AZIONE	CRM	ML	H	DS	LR	ALL
Redazione	Ⓜ					
Revisione		Ⓜ	©			
Verifica				Ⓜ		
Ratifica/Adozione	©				Ⓜ	
Diffusione	©	©	©	Ⓜ		
Monitoraggio	Ⓜ	©	©	©		

Ⓜ Responsabile

© Coinvolto

| Interessato

ALL = tutte le professioni sanitarie

3.0 Obiettivi 2020

Definizione del piano degli obiettivi (OBJ) strategici 2020 in applicazione alle linee guida regionali per la stesura del PARM.

I quattro obiettivi strategici regionali sono i seguenti:

1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
2. 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.
3. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
4. Partecipare alle attività regionali in tema di risk management. Con questo obiettivo si è inteso dare la possibilità alle strutture che partecipano attivamente a gruppi di lavoro e ad altre attività a valenza regionale, di valorizzare tali attività purché, ovviamente, sia possibile darne evidenza documentale.

OBJ A: Diffondere la cultura della Sicurezza delle cure

Attività A1: realizzare corsi di formazione in "Clinical Risk Management"

Obj: ampliare la rete dei facilitatori della gestione rischio clinico"

I/sem 2020

Indicatore – realizzare almeno un Corso di formazione Standard (ECM)

OBJ B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso la produzione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività B1: Monitorare continuativamente la Check list Chirurgica

Indicatore – analisi focalizzata su schede che riportano anomalie o N.C.

Numeratore check list anomale Denominatore check list prodotte

Standard 100%

Attività B2: Monitorare SUT per Area Medica e Chirurgica

Indicatore – analisi sistematica

Numeratore SUT corrette

Denominatore cartelle esaminate

Standard 100%

Attività B3: Monitorare Semestralmente la scheda evento Caduta paziente

Indicatore – analisi delle schede/semestre prodotte

Numeratore schede evento prodotte

Denominatore schede complete di analisi delle cause ed inviate a DS/CRM

Standard 100%

Attività B4: Controllare la qualità dei percorsi clinici (cartelle cliniche)

Indicatore – analisi di almeno 1% percorsi clinici/ricoveri 2020

Standard – audit clinico per azioni di miglioramento

Attività B5: Organizzare e condurre Audit clinici e SEA (significant event audit)

Indicatore – numero di audit realizzati, azioni di miglioramento intraprese

Standard – almeno un audit/mese

Attività B6: Aggiornare le procedure di implementazione delle Raccomandazioni ministeriali in sistema con la Procedura interna di Gestione degli eventi avversi e incident reporting (nov. 2011)

Indicatore – aggiornamento della procedura interna

Standard – numero di procedure aggiornate

Attività B7: Raccolta ed analisi degli incident reporting e alimentazione del sistema di sorveglianza degli eventi avversi

Indicatore – analisi sistematica delle nuove schede di rilevazione e promozione di azioni correttive

Standard – invio della scheda A entro 5 giorni e della scheda B entro 45 giorni e relativo caricamento sul portale regionale

Attività B8: Rilevazione della qualità percepita dagli utenti

Indicatore – analisi sistematica delle nuove schede di rilevazione soddisfazione dell'utenza

Standard – azioni di miglioramento/correttive intraprese

OBJ C: Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture

Attività C1: Composizione del nuovo Comitato per il contrasto e la sorveglianza delle infezioni correlate con l'assistenza (CIO).

Indicatore – nomina del nuovo comitato e sviluppo delle attività sistematiche per il controllo del rischio infettivo.

Attività C2: progettazione e realizzazione di un corso di formazione sulla prevenzione di atti di violenza sugli operatori sanitari.

Indicatore –realizzare almeno una edizione del corso

Standard – ECM

OBJ D: Partecipare alle attività regionali in tema di risk management

Attività D1: Partecipazione alle riunioni del Tavolo Regionale

Indicatore – numero di presenze

Numeratore numero di convocazioni

Denominatori numero di partecipazioni

Standard – 1

Attività D2: Supporto alla revisione del “documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica”

Indicatore – tracciatura della partecipazione attiva

Standard –

Attività D3: attivazioni delle credenziali per l'accesso al cloud regionale ed al SIMES per la segnalazione degli eventi sentinella

Indicatore – attivazione delle credenziali

Standard

4.0 Modalità di diffusione

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, oltre che sul cloud regionale, sul sito internet aziendale e mediante seminari aziendali di formazione e aggiornamento del personale aventi ad oggetto struttura e contenuti del PARM.

5.0 Riferimenti normativi

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”

Legge 219/2017 “Norma in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”

Legge 3/2018 “Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del ministero della Salute”

Decreto legislativo 101/2018 “Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)”.

Decreto ministero Salute 27 febbraio 2018 . Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).

Decreto ministero Salute 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”.

Conferenza Stato Regioni del 20 Marzo 2008 recante “Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza dei Pazienti e delle Cure

Decreto del Ministero della Salute del 11.12.2009 : “Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella”

Determinazione Regionale n.G04112 del 01.04.2014, pubblicata sul Burl n.29 del 10.04.2014:” Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano Annuale di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all’Assistenza

Nota prot. n. 58028/gr/11/26 del 3.02.2015 della Direzione regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria – Area Giuridica Normativa, Istituzionale e Gestione del Rischio Clinico recante “Relazione conclusiva dei Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio

Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23.02.2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione del Rischio Clinico recante “Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriale per la “Sicurezza dei Pazienti”

Decreto del Commissario ad Acta del 4 Novembre 2016, n.u00328 avente ad oggetto: Approvazione delle “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk management (PARM)”

Determina Regionale n.G13505 del 25 Ottobre 2018 recante: “Approvazione del documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”

Determina Regionale N. G00164 del 11.01.2019: Approvazione ed adozione del documento recante le “Linee Guida per l’elaborazione del Piano annuale di Risk Management (PARM)”

Nota prot. N. 63179 del 23.01.2020 della Regione Lazio con oggetto “Comunicazioni relative all’elaborazione del PARM 2020”

6.0 Bibliografia e sitografia

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.
16. Codice di deontologia medica 2014
17. Regione Lazio – Manuale regionale triage intra-ospedaliero modello Lazio a 5 codici. Gruppo di Lavoro sul Triage modello Lazio - Agosto 2019