



Risk Management – Piano annuale per la Gestione del Rischio Clinico -
2024

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2024

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Fortuna Gallucci	Referente Rischio Clinico	31/03/2025	
	Anna Maria Romano	Responsabile Affari Generali, Legali e Privacy	31/03/2025	
	Rossella Tedeschi	Sviluppo Risorse Umane e Qualità	31/03/2025	
APPROVAZIONE	Domenico Ponticelli	Direttore Sanitario	31/03/2025	

INDICE

1.0	PREMESSA	3
1.1	PARM	5
2.0	CONTESTO ORGANIZZATIVO	5
3.0	RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA E REATTIVA REALIZZATA NEL CORSO DELL'ANNO 2023.....	6
4.0	RESOCONTO ATTIVITA' 2024	7
5.0	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM	10
6.0	OBIETTIVI 2025.....	10

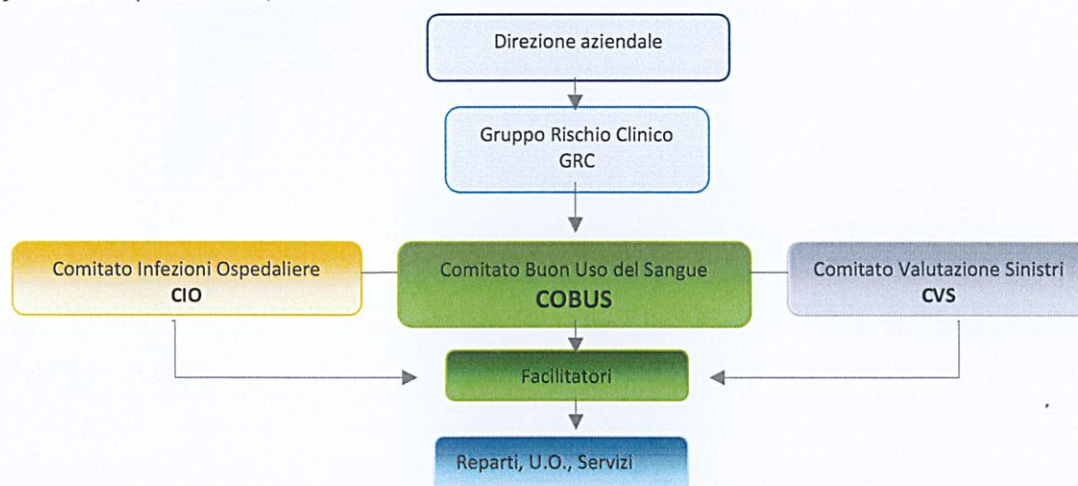
1.0 PREMESSA

Il Clinical Risk Management è un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi, attuali e potenziali, che implica un intervento sull'organizzazione come sistema integrato. Montevergine ha implementato l'organizzazione del sistema di gestione dei rischi (SGRC), adottando dal 2014, il modello della regione Toscana, identificando e mettendo in campo tutti gli strumenti idonei a strutturare un sistema di segnalazione, analisi e valutazione degli eventi, per poter migliorare le criticità emergenti.

Incidere sulla cultura aziendale e favorire la conoscenza, la condivisione e la partecipazione di tutti gli operatori, condizione imprescindibile perché il sistema risulti efficace, ha richiesto e richiede costantemente interventi trasversali con riferimento alla definizione dei processi, alla formazione, all'affiancamento sul campo, al monitoraggio ed alla verifica della corretta applicazione delle procedure, al costante aggiornamento delle stesse e non ultimo alla restituzione e diffusione dei risultati raggiunti relativamente alle azioni di miglioramento messe in campo.

Sulla base di questi presupposti, sono state sviluppate le seguenti attività:

1. **La definizione del SGRC (Sistema Gestione Rischio Clinico)**, che descrive gli organismi, le funzioni e i flussi di responsabilità;



2. **L'implementazione del sistema di Incident Reporting Aziendale** con allegata tutta la modulistica funzionale a svolgere la segnalazione, l'analisi e la restituzione, degli eventi correlati alla sicurezza del paziente e delle prestazioni erogate, ivi compresi gli eventi sentinella la cui modalità di gestione è definita e predisposta nel protocollo ministeriale del luglio 2009.
3. **Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali e Buone Pratiche in Sanità** applicabili in Azienda con relativa Formazione specifica degli operatori

Favorire la percezione del rischio, concepire l'errore come opportunità di miglioramento, stimolare il confronto e la partecipazione, migliorare la comunicazione e l'umanizzazione delle cure, rappresentano i principi e l'obiettivo che l'azienda si è posta per garantire e ottimizzare la sicurezza del paziente e la qualità delle prestazioni erogate.

Gli organismi del SGRC, che hanno lavorato in piena sinergia coordinati dalle Direzioni aziendali, hanno svolto le attività così brevemente riepilogate:

CVS- COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI

Attività

- Incontri periodici, in relazione alle attività da svolgere;
- Identificazione e Rivalutazione dei sinistri storici;
- Analisi, valutazione e gestione dei sinistri oggetto di richieste risarcitorie;
- Analisi, valutazione e proiezione risarcitoria dei potenziali sinistri;
- Valutazione e confronto sulle criticità e sulle azioni correttive adottate dall'azienda con riferimento alle cause delle richieste risarcitorie;
- Valutazione dell'esposizione economica aziendale, al fine di destinare congrua somma al fondo rischi.

CIO - COMITATO INFEZIONI OSPEDALIERE

Attività ordinarie

- Prevenzione, gestione e monitoraggio delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA):
Studio di prevalenza 2018-2019;
Studio di prevalenza 2019-2020;
Studio di prevalenza 2020-2021;
Studio di prevalenza 2021-2022;
Studio di prevalenza 2022-2023;
- Monitoraggio Infezioni del sito chirurgico (ISC);
- Controllo delle antibiotico-resistenze;
- Indagine follow up a campione sullo stato di salute dei pazienti operati e dimessi;
- Prevenzione, gestione e monitoraggio delle infezioni;
- Monitoraggio del consumo di antibiotici;
- Implementazione Buona Pratica Virosi Respiratoria;
- Campagna di sensibilizzazione vaccinazione antinfluenzale;
- Campagna di sensibilizzazione vaccinazione Sars-Cov-2
- Analisi dei dati relativi ai controlli periodici di aria e superfici.

COBUS - COMITATO OSPEDALIERO BUON USO SANGUE

Attività

Monitoraggio del consumo di Emazie ed emoderivati (richieste, trasfuse, rese) a cadenza trimestrale;
Monitoraggio appropriatezza.

1.1 PARM (PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT)

Con il Piano Annuale di Risk Management di Montevergine vengono definiti gli obiettivi e le azioni da intraprendere a livello aziendale, per il 2024, al fine del miglioramento della qualità delle cure e la prevenzione degli eventi avversi. Tale documento valorizza le iniziative intraprese negli anni precedenti, che costituiscono le basi per la continuità delle azioni e per l'avvio di nuove. Al fine di illustrare la complessità ed il relativo profilo di rischio Montevergine si rende necessaria un'analisi sintetica dell'organizzazione.

2.0 CONTESTO ORGANIZZATIVO

Dati Strutturali e di attività

MONTEVERGINE CASA DI CURA	
DATI STRUTTURALI	
Indicatore	Riferimento
<i>Estensione territoriale</i>	19,76 Km
<i>Popolazione Residente</i>	11567
<i>Posti letto totali n.120 autorizzati di cui 116 accreditati con il SSN</i>	116
<i>Posti letto area medica</i>	88
<i>Posti letto area chirurgica – Alta Specialità del cuore</i>	28
<i>Blocchi operatori</i>	2
<i>Sale operatorie</i>	5
<i>Terapie intensive</i>	1
<i>UTIC</i>	1
DATI AGGREGATI	
<i>Ricoveri ordinari</i>	6198
<i>Branche specialistiche</i>	2

3.0 RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA E REATTIVA REALIZZATA NEL CORSO DELL'ANNO 2024

CONSUNTIVO SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Eventi segnalati

<i>Tipo di evento</i>	<i>Numero e % sul totale degli eventi</i>	<i>% di cadute nella categoria di evento</i>	<i>Principali fattori causali/contribuenti</i>	<i>Azioni di miglioramento</i>	<i>Fonte del dato</i>
<i>Near Miss</i>	14	64,28%	Strutturali Tecnologici 20% Organizzativi 50% Procedure 30%	Strutturali Tecnologici 20% Organizzativi 60% Procedure 20%	Sistema di Reporting 100%
<i>Eventi Avversi</i>	5 *	100%			
<i>Eventi Sentinella</i>	0 *				

*Inseriti in data 17/07/2024 per errore nella trascrizione del dato

La fonte dei dati è stata fornita dal sistema di reporting in uso; per la gestione dei casi è stato avviato un iter documentato dai seguenti elaborati e modulistica:

- Modulo di segnalazione evento avverso;
- Scheda di analisi;

Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio

Anno	N. Sinistri aperti	N. sinistri liquidati	Risarcimenti liquidati*
2020	11	4	€ 65.000,00
2021	5	3	€ 36.450,00
2022	7	3	€ 50.000,00
2023	5	3	€ 122.265,88
2024	9	1	5.000
Totale	37	14	€ 278.715,88

*Pagamenti effettuati dall'azienda per franchigia di polizza e/o per transazioni sotto la soglia di franchigia.

Posizione assicurativa

ANNUALITA'	POLIZZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	FRANCHIGIA PER ANNO	PREMIO ANNUO
20/04/2018 20/04/2019	RCT/O	GENERALI	€ 25.000,00	€ 733.500,00
20/04/2019 20/04/2020	RCT/O	GENERALI	€ 25.000,00	€ 733.500,00
20/04/2020 20/04/2021	RCT/O	GENERALI	€ 25.000,00	€ 733.500,00
20/04/2021 20/04/2022	RCT/O	GENERALI	€ 25.000,00	€ 892.425,00
20/04/2022 20/04/2023	RCT/O	GENERALI	€ 25.000,00	€ 880.000,00
20/04/2023 20/04/2024	RCT/O	GENERALI	€ 25.000,00	€ 860.000,00

4.0 RESOCONTO ATTIVITA' 2024

1. Potenziare la valutazione del rischio correlato alle prestazioni erogate		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<i>Implementazione della piattaforma informatica Talete Web, modulo Rischio Clinico, per facilitare la condivisione dei dati, la partecipazione alle attività di prevalenza e di sorveglianza.</i>	<i>Sì</i>	<i>In corso</i>
<i>Aggiornamento ed implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali</i>	<i>Sì</i>	<i>attuata</i>
<i>Attività riorganizzazione percorso prevenzione rischio caduta</i>	<i>Sì</i>	<i>attuata</i>
<i>Istituzione della Frigoemoteca Hemosafe 2.0</i>	<i>Sì</i>	<i>attuata</i>

2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<i>Revisione della procedura " Revisione della procedura Igiene delle Mani "</i>	<i>Sì</i>	<i>Attuata</i>
<i>Revisione della procedura di gestione e prevenzione delle "Cadute"</i>	<i>Sì</i>	<i>Attuata</i>
<i>Revisione della procedura " gestione delle Emazie ed Emoderivati "</i>	<i>Sì</i>	<i>Attuata</i>
<i>Revisione della procedura " Emogasanalisi "</i>	<i>Sì</i>	<i>Attuata</i>
<i>Revisione della procedura " Cateterismo Vescicale "</i>	<i>Sì</i>	<i>Attuata</i>
<i>Revisione della procedura " Farmaci LaSa "</i>	<i>Sì</i>	<i>Attuata</i>
<i>Revisione della procedura " Corretto Utilizzo Cloruro di Potassio "</i>	<i>Sì</i>	<i>Attuata</i>
<i>Monitoraggio corretta applicazione "Profilassi Antibiotica"</i>	<i>Sì</i>	<i>Attuata</i>
<i>Monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste di Emazie ed Emoderivati"</i>	<i>Sì</i>	<i>Attuata</i>
<i>Incontri settimanali multidisciplinari (heart team)</i>	<i>Sì</i>	<i>Effettuati 57 incontri</i>
<i>Verifica corretta applicazione delle procedure</i>	<i>Sì</i>	<i>Effettuate 6 verifiche per ogni UO e Servizio</i>
<i>Audit</i>	<i>Sì</i>	<i>Effettuati 3 Audit</i>
<i>Studio di Prevalenza ICA</i>	<i>Sì</i>	<i>Quadrimestrale</i>
<i>Monitoraggio Percorso sporco-pulito</i>	<i>Sì</i>	<i>Quadrimestrale</i>
<i>Monitoraggio appropriatezza raccolta rifiuti speciali</i>	<i>Sì</i>	<i>Quadrimestrale</i>

3. Attività del Team Rischio clinico

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<i>Incontri settimanali multidisciplinari (heart team)</i>	<i>Sì</i>	<i>Attuata</i>
<i>Verifiche periodiche di corretta applicazione delle procedure</i>	<i>Sì</i>	<i>Attuata</i>
<i>Incontri trimestrali del CIO</i>	<i>Sì</i>	<i>Attuata</i>
<i>Studi di prevalenza delle Infezioni correlate all'assistenza</i>	<i>Sì</i>	<i>Attuata</i>
<i>Audit</i>	<i>Sì</i>	<i>Attuata</i>
<i>Sistema di monitoraggio delle ICA che prevede l'attiva collaborazione tra il Laboratorio Analisi, il Servizio di Epidemiologia, il Direttore Sanitario ed il GLRC. Il primo allerta in ogni caso di positività microbiologica in pazienti ricoverati. Il Servizio di epidemiologia raccoglie, registra in un database dedicato e procede all'analisi di ogni caso sospetto o riconosciuto di Infezione Correlata all'Assistenza. A posteriori viene utilizzato il database per produrre un report che viene presentato e discusso durante il Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO).</i>	<i>Sì</i>	<i>Attuata</i>
<i>Controlli periodici di aria e superfici</i>	<i>Sì</i>	<i>Attuata</i>
<i>Incontri periodici del CIO, CVS, COBUS e GLRC</i>	<i>Sì</i>	<i>Attuata</i>
<i>Analisi dei dati relativi ai controlli ambientali (aria, acqua, superfici) effettuati con cadenza semestrale – come prescritto dalle vigenti normative</i>	<i>Sì</i>	<i>Attuata</i>
<i>Esami microbiologici delle mani degli operatori tramite piastre da contatto</i>	<i>Sì</i>	<i>Attuata</i>
<i>Esami microbiologici delle superfici tramite piastre da contatto</i>	<i>Sì</i>	<i>Attuata</i>

4. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del rischio

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<i>Corso di formazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs 81/08</i>	<i>Sì</i>	<i>Realizzata</i>
<i>Corso di formazione “Differenza di Genere, il suo valore, gli stereotipi e gli unconscious bias”</i>	<i>Sì</i>	<i>Realizzata</i>
<i>Corso di formazione “Prevenzione Infezioni Ospedaliere”;</i>	<i>Sì</i>	<i>Realizzata (incontri mensili)</i>
<i>Corso di formazione “Assistenza Respiratoria”</i>	<i>Sì</i>	<i>Realizzata</i>
<i>Corso di formazione “Gestione del Rischio clinico” Modello Organizzativo aziendale”</i>	<i>Sì</i>	<i>Realizzata</i>
<i>Chirurgia ed Interventistica della valvola aortica</i>	<i>Sì</i>	<i>Realizzata</i>
<i>Webinar Clinici</i>	<i>Sì</i>	<i>Realizzati (incontri settimanali)</i>
<u>Percorsi di Formazione Individuali</u>	<i>Sì</i>	<i>Realizzati</i>

5.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

AZIONE	Delegato Rischio Clinico	Direttore Sanitario	Amministratore Delegato
Redazione PARM	R	C	C
Adozione PARM	C	C	R
Monitoraggio PARM	R	C	C
Analisi e Valutazioni	R	C	C

6.0 OBIETTIVI 2025

Nel recepire le indicazioni fornite dai riferimenti normativi per l'elaborazione del PARM, tenuto conto delle necessità rilevate in merito al mantenimento delle condizioni ottimali per la riduzione delle possibilità di rischio, sono stati identificati e ritenuti prioritari i seguenti obiettivi strategici per l'anno 2025:

1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del Rischio:

- Attività 1:** Aggiornamento e Formazione Antincendio ai sensi del D.Lgs 81/08;
Attività 2: Corso di formazione Differenza di genere e il suo valore, Diversità ed Inclusività - rif. PDR 125 e ISO 30415
Attività 3: Trasparenza e Gestione Rischio Corruzione in azienda - rif. ISO 37001 (Mod.231)";
Attività 4: Corso di formazione ed applicazione: UNI EN ISO 14001 Sistema di Gestione Ambientale
Attività 5: Corso di formazione ed applicazione: UNI EN ISO 45001 Sistema di Gestione Sicurezza sul Lavoro"
Attività 6: Corso di formazione Gestione delle Ferite corso teorico-pratico
Attività 7: Percorsi di Formazione Individuali
Attività 8: Master in cardiologia interventistica per le Professioni Sanitarie in collaborazione con UNIMOL

Obiettivo 1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del Rischio

- Attività 1:** Aggiornamento e Formazione Antincendio ai sensi del D.Lgs 81/08;
Attività 2: Corso di formazione Differenza di genere e il suo valore, Diversità ed Inclusività - rif. PDR 125 e ISO 30415
Attività 3: Trasparenza e Gestione Rischio Corruzione in azienda - rif. ISO 37001 (Mod.231)";
Attività 4: Corso di formazione ed applicazione: UNI EN ISO 14001 Sistema di Gestione Ambientale
Attività 5: Corso di formazione ed applicazione: UNI EN ISO 45001 Sistema di Gestione Sicurezza sul Lavoro"
Attività 6: Corso di formazione Gestione delle Ferite corso teorico-pratico
Attività 7: Percorsi di Formazione Individuali
Attività 8: Master in cardiologia interventistica per le Professioni Sanitarie in collaborazione con UNIMOL

Indicatore: Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2025

Standard: 1/1

Matrice delle responsabilità

AZIONE	Sviluppo Risorse Umane e Qualità	Direttore Sanitario	Provider
PROGETTAZIONE CORSO	R	C	C
ACCREDITAMENTO CORSO	C	C	R
ESECUZIONE CORSO	R	C	C

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:

- **Attività 1:** Rilevazione della soddisfazione dell'utenza;
 ➤ **Attività 2:** Valutazione del clima aziendale;
 ➤ **Attività 3:** Presa in carico e analisi delle segnalazioni, delle non conformità e di suggerimenti e reclami;
 ➤ **Attività 4:** Monitoraggio della corretta applicazione delle pratiche di sicurezza mirate alla prevenzione delle infezioni;
 ➤ **Attività 5:** Esami microbiologici degli operatori e delle superfici attraverso piastre da contatto;
 ➤ **Attività 6:** Studio di Prevalenza sulle infezioni Ospedaliere;
 ➤ **Attività 7:** Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali n. 17, 18 e 19
 ➤ **Attività 8:** Revisione della procedura Prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico;

- **Attività 9:** Revisione della Procedura Violenza sugli Operatori
- **Attività 10:** Procedura per la sicurezza nelle sale operatorie
- **Attività 11:** Procedura per la prevenzione degli eventi avversi da malfunzionamento elettromedicali
- **Attività 12:** Gestione Heart Team
- **Attività 13:** Percorso rete IMA
- **Attività 14:** Revisione procedura sulle Medicazioni

Obiettivo 2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività 1: Rilevazione della soddisfazione dell'utenza;

Attività 2: Valutazione del clima aziendale;

Attività 3: Presa in carico e analisi delle segnalazioni, delle non conformità e di suggerimenti e reclami;

Indicatore: Numero di near miss, eventi avversi, eventi sentinella, non conformità, suggerimenti e reclami.
Numero di azioni preventive, correttive, di miglioramento

Standard: 100% (azioni preventive e/o correttive di miglioramento corrispondenti alle segnalazioni, reclami e non conformità prese in carico).

Matrice delle responsabilità

AZIONE	Direttore Sanitario	Referente Rischio Clinico	Sviluppo Risorse Umane e Qualità
ELABORAZIONE	R	C	C
ESECUZIONE	R	R	R
MONITORAGGIO	C	R	R

Obiettivo 2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività 4: Monitoraggio della corretta applicazione delle pratiche di sicurezza mirate alla prevenzione delle infezioni;

Attività 5: Esami microbiologici degli operatori e delle superfici attraverso piastre da contatto;

Indicatore: Campionamento microbiologico sulle mani degli operatori sanitari e osservazione compliance lavaggio delle mani semestrale

Standard: 100% (studi di prevalenza).

Matrice delle responsabilità

AZIONE	Direttore Sanitario	Referente Rischio Clinico	Direttore Generale
ELABORAZIONE	R	C	C
ESECUZIONE	R	R	C
MONITORAGGIO	C	R	C

Obiettivo 2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività 6: Studio di Prevalenza sulle infezioni Ospedaliere;

Indicatore: studio trasversale effettuato a cadenza quadrimestrale basato sull'osservazione dei pazienti presenti al fine di verificare la presenza di ICA

Standard: 100% (studi di prevalenza).

Matrice delle responsabilità

AZIONE	Direttore Sanitario	Referente Rischio Clinico	Direttore Generale
ELABORAZIONE	R	C	C
ESECUZIONE	R	R	C
MONITORAGGIO	C	R	C

Obiettivo 2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività 7: Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali n. 17,18 e 19 con Revisione di procedura Terapia Farmacologica che includa anche la Raccomandazione Ministeriale n. 7

Indicatore: implementazione delle raccomandazioni ministeriali e redazione della procedura

Standard: 100%

Matrice delle responsabilità

AZIONE	Direttore Sanitario	Referente Rischio Clinico	Sviluppo Risorse Umane e Qualità
REDAZIONE	C	R	I
VERIFICA	C	I	R
APPROVAZIONE	R	I	I

Obiettivo 2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività 8: Revisione della procedura Prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico;
Attività 9: Revisione della Procedura Violenza sugli Operatori
Attività 10: Procedura per la sicurezza nelle sale operatorie
Attività 11: Procedura per la prevenzione degli eventi avversi da malfunzionamento elettromedicali
Attività 12: Gestione Heart Team
Attività 13: Percorso rete IMA
Attività 14: Revisione procedura sulle Medicazioni

Indicatore: esecuzione della revisione

Standard: 100%

Matrice delle responsabilità

AZIONE	Direttore Sanitario	Referente Rischio Clinico	Sviluppo Risorse Umane e Qualità
REDAZIONE	C	R	I
VERIFICA	C	I	R
APPROVAZIONE	R	I	I
MONITORAGGIO	R	R	R

3. Attività del Team Rischio Clinico

- **Attività 1:** Incontri quadrimestrali del CIO;
- **Attività 2:** Incontri semestrali del CVS;
- **Attività 3:** Incontri mensili del GLRC;
- **Attività 4:** Incontri settimanali Heart Team;
- **Attività 5:** Convocazione Audit Clinici;
- **Attività 6:** Monitoraggio della corretta applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e Buone Pratiche implementate;
- **Attività 7:** Monitoraggio della ICA;
- **Attività 8:** Studi di prevalenza delle ICA;
- **Attività 9:** Analisi dei dati relativi ai controlli ambientali (aria, acqua, superfici);

➤ **Attività 10:** Implementazione di sistema di ozonizzazione dell'acqua.

Obiettivo 3. Attività del Team Rischio Clinico
Attività 1: Incontri quadrimestrali del CIO; Attività 2: Incontri semestrali del CVS; Attività 3: Incontri mensili del GLRC; Attività 4: Incontri settimanali Heart Team; Attività 5: Convocazione Audit Clinici; Attività 6: Monitoraggio della corretta applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali implementate; Attività 7: Monitoraggio della ICA; Attività 8: Studi di prevalenza delle ICA; Attività 9: Analisi dei dati relativi ai controlli ambientali (aria, acqua, superfici);
Indicatore: Riunioni programmate
Standard: 100%

Obiettivo 3. Attività del Team Rischio Clinico
Attività 10: Implementazione di sistema di ozonizzazione dell'acqua. 0
Indicatore: Riduzione delle ICA
Standard: 100%

7.0 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARM e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso:

- 1) Presentazione del Piano all'interno del Collegio di Direzione;
- 2) Divulgazione e condivisione interna (a mezzo mail, whatsapp)
- 3) Pubblicazione del PARM sul sito aziendale nella sezione Intranet ed Internet (Amministrazione Trasparente);

8.0 RIFERIMENTI NORMATIVI

- 1) Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23ottobre 1992, n. 421”;
- 2) D.P.R. 14 gennaio 1997 recante “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
- 3) Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”
- 4) Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
- 5) Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
- 6) Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
- 7) Seduta della 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. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131”;
- 8) Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità
- 9) Determinazione Regione Lazio n. G04112 del 01/04/2014 recante “Approvazione del documento recante: “Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)”
- 10) Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio
- 11) Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti”.
- 12) Determinazione Regione Lazio G12355 del 25/10/2016 recante Approvazione del documento recante “Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”
- 13) Determinazione Regione Lazio G12356 del 25/10/2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti’” .
- 14) Regione Lazio DCA 4 novembre 2016, n. U00328 “Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”

9.0 BIBLIOGRAFIA

- Ministero della Salute: “Risk Management in Sanità- il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Save Surgery Save Live”
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997
- Reason J, *Managing the risks of organizational accidents*, 1997
- Reason J, *Human error: models and management*, BMJ 2000; 320; 768-77
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori
- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
- Ministero della Salute – Nuovo coronavirus
- ISS per Covid-19