PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO

PARS

ANNO 2023

SRP E RSA VILLA GIUSEPPINA

VILLA
GIUSEPPINA

Sommario

PIANO ANNUALE DI RISCHIO SANITARIO 1

PARS 1

ANNO 2022 1

SRP E RSA VILLA GIUSEPPINA 1

- LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO SANITARIO 3
- CONTESTO ORGANIZZATIVO 4

1.1. CONTESTO ORGANIZZATIVO 5

- RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI NELL'ULTIMO ANNO E DEI RISARCIMENTI EROGATI NEL PERIODO GENNAIO-DICEMBRE 2021 5
- AZIONI INTRAPRESE 6
- RISARCIMENTI EROGATI 6
- DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA 7
- RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE 8
- MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS 12
- OBIETTIVI 13
- ATTIVITÀ 14
- MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO 16
- BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI 16

● *La valutazione del rischio sanitario*

Il Ministero della Salute, nell'ambito delle attività di miglioramento continuo della qualità, ha posto come cardine strategico la gestione del rischio clinico e ne ha definito e promosso negli ultimi anni una serie di raccomandazioni a partire dal documento "Risk Management in Sanità: il problema degli errori" del marzo 2004.

Con l'entrata in vigore della L. 24/2017, detta anche "Legge Gelli-Bianco", intitolata "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", il legislatore si pone l'obiettivo di inserire il paziente all'interno di un sistema di tutele efficienti atte a favorire appieno la realizzazione del diritto alla salute.

I punti fondamentali in cui si articola la normativa consistono nella sicurezza delle cure, gestione del rischio clinico e trasparenza nei confronti del cittadino. Al fine di meglio realizzare gli obiettivi fissati, la legge prevede precisi adempimenti a carico delle strutture sanitarie e sociosanitarie, nonché obblighi relativi alle funzioni di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario.

Lo strumento strategico finalizzato alla gestione del rischio sanitario è il PARS (Piano annuale del Rischio Sanitario), introdotto con determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022. Il PARS sostituisce il PARM e il PAICA, unificandone i contenuti in un unico documento. Vengono inoltre adottate le determinazioni n.16501 del 28.11.2022, con la quale è stato approvato il documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e determinazione n.15198 del 6.11.2022: documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita, in sostituzione del Piano regionale per la prevenzione dei pazienti di cui alla determinazione n.G12356 del 25 ottobre 2016 determinazione n.15198 del 6.11.2022: documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita, in sostituzione del Piano regionale per la prevenzione dei pazienti di cui alla determinazione n.G12356 del 25 ottobre 2016

In ottemperanza al mandato regionale, la SRP e RSA Villa Giuseppina, con la figura del Risk Manager e attraverso le Politiche di *risk management* e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente. Gli Strumenti Operativi (parte integrante e sostanziale del PARS) hanno il fine di analizzare le anomalie di processo e/o di singole azioni per l'adozione di specifici correttivi tendenti al miglioramento continuo dei processi presi in esame.

Il PARS è quindi uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti e degli specifici contesti di lavoro.

La gestione del Rischio Clinico costituisce un sistema di prevenzione e di contenimento dei possibili effetti dannosi degli errori evitabili a garanzia della sicurezza dei pazienti.

Il PARS si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione ed implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema. Il ruolo di promozione attiva del *Risk Manager* assume quindi, sempre più, una caratterizzazione strategica, alle dirette dipendenze dell'Alta Direzione aziendale.

La presenza della funzione del *Risk Manager* non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali, ma coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di governo 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.

Anche attraverso il PARS, il *Risk Manager* fornisce quindi all'Azienda un supporto indispensabile affinché il management possa decidere con consapevolezza, attraverso opportuni strumenti e supporti, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa.

Inoltre, il PARS, rappresentando l'esplicitazione delle politiche di analisi e prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli stakeholders.

Le attività che si realizzano attraverso il PARS fanno parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/ sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali nonché alla prevenzione del rischio infettivo.

Tutte le strutture aziendali, per quanto di competenza, collaborano con il *Risk Manager* per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARS.

● *Contesto organizzativo*

La Struttura Residenziale Psichiatrica e RSA denominata "Villa Giuseppina", gestita dalla S. Giuseppe S.p.A. con sede legale in Brescia alla Via Moretto n. 34, è ubicata nel Comune di Roma alla Via Prospero Colonna n. 46. Essa svolge la seguente attività sanitaria:

✓ Struttura Residenziale Psichiatrica

✓ Centro Diurno Psichiatrico

✓ Struttura di assistenza a persone non autosufficienti, anche anziane: RSA Mantenimento Basso, RSA di tipologia Estensiva ed Estensiva per Disturbi Cognitivo Comportamentali Gravi

✓ Poliambulatorio Specialistico con le seguenti branche: Allergologia e Immunologia clinica; Cardiologia; Dermatologia e Venereologia; Endocrinologia; Ematologia; Gastroenterologia; Genetica Medica; Geriatria; Ostetricia e Ginecologia; Malattie dell'Apparato Respiratorio; Malattie Infettive; Malattie Metaboliche e Dietologia; Medicina Estetica; Medicina Interna; Nefrologia; Neurologia; Neuropsichiatria Infantile; Oncologia; Pediatria; Psichiatria; Reumatologia; Scienze dell'Alimentazione e Dietetica; Chirurgia maxillo-facciale (solo visite); Chirurgia Generale (solo visite); Chirurgia Plastica e Ricostruttiva (solo visite); Chirurgia Toracica (solo visite); Chirurgia

Vascolare-Angiologia (solo visite); Neurochirurgia (solo visite); Oftalmologia; Ortopedia e Traumatologia; Otorinolaringoiatria; Urologia; Medicina Legale; Neurofisiopatologia; Medicina del Lavoro.

Per comprendere meglio la situazione aziendale ed il contesto dal quale si parte per implementare tale piano, si riportano di seguito alcune tabelle riepilogative.

1.1. Contesto Organizzativo

Reparto	Posti letto
Psichiatria - SRTRi	30
Psichiatria - SRTRe	10
Psichiatria – SRSRH24	40
RSA MB	35
RSA Estensiva (Privato)	20
Psichiatria (Privato)	8
Totale	**143**

Dati di attività			
Giornate di degenza	49.765	Prestazioni ambulatoriali	1.911
Prestazioni domiciliari			

- ***Relazione consuntiva sugli eventi avversi nell'ultimo anno e dei risarcimenti erogati nel periodo gennaio-dicembre 2022***

Ai sensi dell'articolo 2, comma 5 della Legge 24/2017, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria". Al fine di ottemperare a tale obbligo, viene riportata una tabella riassuntiva e una relazione sintetica che accompagni la tabella in allegato (Tabella 2):

Tabella 2 - Eventi segnalati nel 2022 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo evento	N. (e % totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near miss	**-**				
Eventi avversi	**40**	**100%**	**Procedure/ Comunicazione (20%)**	**Procedure/ Comunicazione (20%)**	**Procedura PS 07, caduta pazienti**
Eventi sentinella	**-**				

- ***AZIONI INTRAPRESE***

La maggior parte delle cadute sono di natura accidentale, connesse anche alla particolare condizione dei pazienti, che evidenziano problemi di deambulazione.

Oltre al rispetto della procedura "caduta pazienti", all'atto della presa in carico del paziente, gli infermieri compilano la scheda di valutazione del rischio cadute.

La struttura ha implementato il monitoraggio della disconnessione delle pavimentazioni esterne esistenti, attuando la riparazione su segnalazione del personale dei reparti e tramite controlli dell'ASPP con cadenza periodica mensile.

- ***Risarcimenti erogati***

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre che "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio". Al fine di ottemperare a tale obbligo è stata elaborata una tabella (Tabella 3), che mostra tali dati:

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

Anno	N. sinistri	Risarcimenti erogati
2017		
2018		
2019		
2020		
2021		
2022		
Totale		

- ***Descrizione della posizione assicurativa***

La struttura ha stipulato con la Cattolica Ass.ni le polizze n. 00010532300464 e n. 00010532300465 per RCT e RCO, con massimale pari Euro 5.000.000 ciascuna.

È stato istituito un Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.).

C.V.S.

- Composizione:

  Dott. Angelos Psimenos, *Risk manager*

  Dott. Valter Gallotta *Direttore Sanitario*

  Savioli Serenella *Responsabile Amministrativa*

  Valentina Trivellini, *Coordinatrice*

  Karmela Rusev, *Coordinatrice*

  Avv. Giuseppe De Marco, *Consulente legale struttura*

  Arch. Massimo Sauve, *RSPP*

  Dott. Michele De Ruvo, *Consulente Qualità*

- Anno di istituzione: 2022

Tale organismo riveste un ruolo fondamentale sia dal punto di vista di analisi e gestione del contenzioso medico-legale, stragiudiziale e giudiziale, sia dal punto di vista dell'impatto economico dei sinistri, definendo la strategia di copertura assicurativa aziendale. Inoltre, l'analisi reattiva ai sinistri è uno strumento di gestione del rischio clinico di sicuro impatto sulla sicurezza dei pazienti, evitando il ripetersi di eventi dannosi alla salute.

Tabella 4 - Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicurativa	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2020	n. 0010532300396 scadenza 31.12.2020	Cattolica	27.000 euro	5.000 euro	ASB broker
2021	n. 0010532300418 Scadenza 31.12.2021	Cattolica	32.809,46	5.000 euro	ASB broker
2022	n. 00010532300464 e n. 00010532300465	Cattolica	35.480,63	5.000 euro	ASB broker
2023	n. 00010532300464 e n. 00010532300465	Cattolica	35.480,63	5.000 euro	ASB broker

- ***Resoconto delle attività del piano precedente***

  Per quanto riguarda gli obiettivi proposti nel PARM e PAICA 2022, il grado di raggiungimento è stato il seguente:

Obiettivo: Creare e diffondere la "cultura della sicurezza delle cure"		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Organizzazione di corsi di formazione in merito alla sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico	Si	Completato
Obiettivo: Mantenimento della certificazione di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro e passaggio allo standard 45001:2018		

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Audit e verifiche interne	Si	Completato
Obiettivo: Implementazione di sistemi di sicurezza passivi		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Controllo monitoraggio degli ambienti	Si	Completato
Obiettivo: Sensibilizzazione del paziente e dei familiari alle procedure		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Comunicazione verbale al paziente	Si	Completato
Obiettivo: Maggiore monitoraggio sulle infrastrutture ed impianti		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Pianificare l'elaborazione di uno strumento di controllo su attrezzature ed impianti maggiormente efficace	Si	Completato
Obiettivo: **Rafforzare la conoscenza delle tematiche di salute e sicurezza all'interno della struttura**		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Nominare e avviare la formazione di un nuovo ASPP |Analisi delle correlazioni delle cartelle cliniche dei pazienti che negli anni precedenti sono stati oggetto di cadute| |Analisi delle correlazioni dei luoghi in cui sono avvenute le cadute e le modalità	**Si**	Procedura e analisi in fase di ulteriore implementazione
Obiettivo: Miglioramento delle condizioni di benessere dei dipendenti e del personale sanitario		
Attività	**Realizzata**	**Stato di Attuazione**

Nell'ottica di ridurre al minimo i valori sulla valutazione dello "stress lavoro correlato", incrementare colloqui con la Direzione Sanitaria, di equipe o individuali, finalizzati a proporre una serie di benefits per i dipendenti (es. sconti sugli ambulatori, consumazioni gratuite periodiche, convenzioni con specialisti, laboratori, ecc.)	No	Non applicabile
Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA	Si	Completato
Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici	Si	Da implementare parzialmente tenendo conto della tipologia assistenziale della struttura
Obiettivo: migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate monitoraggio e/o contenimento delle ICA, incluse quelle da infezioni invasive		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Corso di formazione interno sul Lavaggio delle Mani	Si	Da implementare
Esecuzione di almeno una indagine di prevalenza sulle principali ICA(infezioni da LDD, infezioni del tratto urinario, infezioni degli accessi venosi periferici e centrali, infezioni polmonari associati a ventilatore meccanico, infezioni da Clostridium difficile)	Parzialmente	Da implementare

Definizione implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni / infezioni da CPE;	No	Non applicabile
Elaborazione, revisione ed implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni di cui al punto 1	Parzialmente con il corso di formazione interna per le infezioni del tratto urinario e la gestione corretta del catetere vescicale a permanenza.	Da implementare
Obiettivo: Partecipare alle attività regionali in tema di prevenzione e controllo delle ICA		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Partecipazione agli incontri del tavolo permanente regionale in tema di infezioni nosocomiali	Parzialmente	Da implementare
Implementazione del sistema di segnalazione delle batteriemie da CRE e di tutte e infezioni /colonizzazioni da CRE resistenti alla combinazione ceftazidimeavibactam (Zavicefta) a partenza dal laboratorio di microbiologia di riferimento	No	Valutarne l'applicazione
Definizione/implementazione /consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni /infezioni da CRE	No	Valutarne l'applicazione
Identificare un referente per la sorveglianza delle CRE all'interno del CC-ICA che sia responsabile dell'implementazione e del mantenimento del sistema di sorveglianza	No	Verificarne l'applicazione
Elaborazione di report con cadenza almeno semestrale relativi alle infezioni/colonizzazione da	No	Verificarne l'applicazione

CRE		
Obiettivo: eseguire le vaccinazioni del personale sanitario e dei pazienti degenti sulla base delle caratteristiche anamnestiche e della disponibilità delle dosi		
Attività	**Realizzata**	**Stato di attuazione**
Eseguire le vaccinazioni del personale sanitario e dei pazienti degenti sulla base delle caratteristiche anamnestiche e della disponibilità delle dosi	Si, con riferimento alle vaccinazioni anti-covid	Completato

- ***MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS***

La realizzazione del PARS riconosce due specifiche responsabilità:

- quella del Direttore sanitario/Risk Manager che redige, promuove ed è responsabile del coordinamento dell'applicazione dello stesso, tenendo in debito conto le linee guida regionali ed aziendali in materia di risk management;
- quella della Direzione Strategica Aziendale che si impegna a fornire direttive (piano *budgeting*, valutazione performance, definizione di specifici progetti aziendali) e risorse a tutte le macrostrutture coinvolte nel PARS.

Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario/	Rapp.te legale	CVS	Avvocatura/gestione assicurativa
Redazione PARS e proposta di deliberazione	**R**	**C**	**C**	**-**	**-**
Adozione PARS con delibera	**I**	**R**	**R**	**-**	**-**
Monitoraggio PARS	**R**	**C**	**I**	**C**	**C**

R= Responsabile

C= Coinvolto

I= Informato

- ***OBIETTIVI***

Il Piano Annuale di Rischio Sanitario predisposto dalla SRP e RSA Villa Giuseppina, coerentemente con la *mission* aziendale, si pone il raggiungimento di obiettivi condivisi con il Sistema di Gestione Qualità aziendale. Il Piano Annuale di Rischio Sanitario (PARS) definisce le politiche e le strategie aziendali, gli obiettivi, gli ambiti di azione, le metodologie, gli strumenti, gli indicatori delle attività relative alla qualità e alla gestione sia del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti sia del rischio infettivo ed è redatto tenuto conto degli obiettivi strategici e delle indicazioni regionali in materia. L'ulteriore obiettivo cui tende il PARS è quello di intraprendere azioni di miglioramento della continuità operativa per la riduzione dei rischi legati ai processi operativi aziendali. Segnatamente, lo scopo sostanziale è quello di elevare la soglia di probabilità di accadimento degli eventi avversi e dei "*near misses*", attraverso un'azione di analisi e di governo dei principali processi clinico-gestionali e successivo avvio di specifiche attività preventive e/o correttive. L'intenzione di base è, quindi, quella di intervenire sulle condizioni di rischio esistenti nei sistemi operativi che costituiscono, nel loro insieme, i cosiddetti "errori latenti" che, come è noto, hanno un elevatissimo grado di influenza nel determinismo degli "errori attivi".

Nello specifico, i quattro obiettivi strategici individuati a livello regionale per il 2023 sono:

a) diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;

b) 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;

c) implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;

d) promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

e) prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita (determinazione n.15198 del 6.11.2022)

- ***ATTIVITÀ***

Per garantire il raggiungimento degli Obiettivi, la SRP e RSA Villa Giuseppina, attraverso l'integrazione delle funzioni coinvolte, ha individuato le seguenti attività:

Obiettivo A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo		
Attività 1 - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione anche delle ICA		
Indicatore: Esecuzione di almeno 2 incontri nel corso del 2023		
Standard: effettiva effettuazione degli incontri		
Fonte: ufficio formazione		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CCICA	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I
Obiettivo B: 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 2: analisi delle segnalazioni pervenute tramite Incident Reporting o altre modalità di comunicazione		
Indicatore: produzione di almeno 2 report, su base semestrale, nel corso del 2023		
Standard: effettiva produzione dei report e relativa presentazione in sede di riunione del Comitato Gestione del Rischio Clinico		
Fonte: Comitato Gestione del Rischio Clinico		

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direzione sanitaria	RM	Comitato Gestione del Rischio Clinico
Progettazione dell'incontro	I	R	I
Esecuzione dell'incontro	C	R	C
Effettuazione dei corsi	C	R	I
Obiettivo C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi			
Attività 3- Implementazione di un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti alcolici per l'igiene delle mani, ove in uso (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria)			
Indicatore: Creazione di un sistema di monitoraggio del consumo			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Reparti	RSPP	Direzione Sanitaria
Monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici	C	R	I
Obiettivo D: promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi			
Attività 4- Elaborazione di report con cadenza almeno semestrale relativi alle infezioni/colonizzazione da CRE			
Indicatore: Elaborazione di almeno 2 report relativi alle infezioni/colonizzazioni da CRE nel 2023			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Reparti	CCICA	Direzione Sanitaria
Esecuzione del report	I	R	I

Obiettivo E: Corso di aggiornamento del protocollo sulle Cadute entro il 30/06/2023			
Attività 5- Elaborazione di report sulle cadute almeno quadrimestrale nel 2023			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Reparti	RM	Direzione Sanitaria
Esecuzione del report	I	R	C
Effettuazione dei corsi	C	R	C

- ***MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO***

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

✓ Presentazione del Piano all'interno della Direzione aziendale;

✓ Pubblicazione del PARS sul sito aziendale nella sezione Intranet ed Internet;

✓ Iniziative di diffusione del PARS a tutti gli operatori.

- ***BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI***

➢ Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi Etici di Sistema: Risk Management in Sanità: il problema degli errori – marzo 2004.

➢ Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi Etici di Sistema: Sicurezza dei pazienti e gestione del Rischio Clinico: Manuale per la Formazione degli operatori sanitari.

➢ CRCC, Piano d'intervento regionale sull'igiene delle mani, 19 febbraio 2021

➢ DCA n. U00480 del 06/12/2013: "Definitiva adozione dei programmi operativi 2013-2015", intervento 18.1 "Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi" e intervento 18.6 "Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio Assicurativo".

➢ Determinazione n. G01424 del 10/02/2014: Istituzione gruppi di lavoro "Comitato Tecnico di Coordinamento Rischio Clinico" e gruppo di lavoro "Coordinamento per le Infezioni Correlate all'Assistenza".

➢ Linee di Indirizzo Regionali per la stesura del piano di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico. Determinazione n. G04112 del 01/04/2014.

➢ Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella"

➢ Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017".

➢ Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul cloud regionale.

➢ 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 "Safe 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; 768-770;

➢ Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;

➢ Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza.

Roma, 27 febbraio 2022

Il Rappresentante Legale
Angela Pierani

PIERANI ANGEL
2023.02.27 14:57:41
CN=PIERANI ANGELA
C=IT
2.5.4.4=PIERANI
2.5.4.42=ANGELA
RSA/2048 bits