



SALVATOR MUNDI
INTERNATIONAL HOSPITAL

UPMC

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM)

Report Consuntivo 2018 Programma Obiettivi 2019

AI SENSI DELL'ART 2, COMMA 5 DELLA LEGGE 8 MARZO 2017, N.24 "DISPOSIZIONI IN MATERIA DI SICUREZZA DELLE CURE E DELLA PERSONA ASSISTITA, NONCHÉ IN MATERIA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI ESERCENI LE PROFESSIONI SANITARIE

15 FEBBRAIO 2019

REDATTO	VERIFICATO E APPROVATO	APPROVATO
RISK MANAGER- Barbara Ragonese	DIRETTORE SANITARIO- Giovan Battista Vizzini	DIRETTORE GENERALE- Gaspare Mangiaracina

INDICE

1.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 delle attività del PARM precedente

2.MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

3.OBIETTIVI

4.ATTIVITÀ

5.MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

6.RIFERIMENTI NORMATIVI

7.BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. PREMESSA

1.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO

UPMC-Salvator Mundi International Hospital è una clinica privata che ha iniziato l'attività 70 anni fa. Oggi la clinica offre cure e terapie nelle seguenti branche: ortopedia, oculistica, chirurgia generale, chirurgia plastica, cardiologia, pneumologia, oncologia, urologia, otorinolaringoiatria, gastroenterologia e medicina interna.

Dal 2018, la Salvator Mundi International Hospital fa parte del network di UPMC (*University of Pittsburgh Medical Center*), una delle più importanti realtà sanitarie americane che fa capo alla Università di Pittsburgh.

Da una iniziale partecipazione societaria del 50%, a partire dal mese di ottobre 2018, UPMC Italy ha acquisito il totale controllo ed ha avviato un radicale piano di riorganizzazione dei servizi e dei processi. Tale piano prevede, inoltre, l'adozione di procedure organizzative e cliniche in linea con gli standard *Joint Commission International* e con le Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella, la creazione di una struttura di comitati rispondente alla normativa e al modello organizzativo e gestionale basato sul governo clinico cui si ispira UPMC, la definizione di piani annuali per la Gestione del Rischio Clinico, il controllo delle infezioni e il miglioramento della qualità clinico assistenziale sulla base di un rigoroso monitoraggio di indicatori di *outcome* e di processo, lo sviluppo di programmi di verifica e audit interni, e nonché di percorsi formativi orientati alla prevenzione del rischio clinico rivolti agli operatori sanitari.

Per rispondere a tali esigenze organizzative, la Clinica ha di recente istituito una Direzione Qualità, Formazione e Rischio Clinico, con delle risorse dedicate, che coordina le attività in un'ottica integrata lavorando in sinergia con la Direzione Sanitaria, la Direzione Generale, le Direzioni delle U.O e la Direzione Infermieristica, e tutte le altre funzioni aziendali, con l'obiettivo di garantire la sicurezza del paziente e la sua centralità nei percorsi di cura. Sono inoltre stati istituiti i seguenti comitati:

1. Comitato *Quality and Patient Safety*:

Assicura il mantenimento di elevati standard qualitativi e di sicurezza nei processi di cura e promuove un ambiente in cui le attività per migliorare le prestazioni sono integrate nelle attività quotidiane dell'ospedale, attraverso 1) l'analisi dei dati che consentono di valutare le dimensioni della qualità e delle attività condotte dai comitati operativi del Piano Qualità e Sicurezza del paziente 2) la verifica dei piani d'azione e dei risultati conseguiti, 3) la definizione delle priorità per il miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente su base annuale,

2. Comitato *Revisione delle Cartelle Cliniche*

Esamina la cartella clinica per uniformare la documentazione ai requisiti previsti dalla JCI.

3. Comitato *Revisione Incident Report-Gestione del Rischio Clinico*

Analizza gli eventi e le situazioni potenzialmente rischiose che vengono segnalate dai dipendenti attraverso il sistema di segnalazione interna, allo scopo di identificarne le cause e definire strategie di gestione del rischio clinico.

4. Comitato per l'*Umanizzazione delle Cure (Human Care)*.

Definisce e attua il piano per l'Umanizzazione delle cure sulla base degli standard emanati dall'AGENAS, dei dati della customer satisfaction, dei reclami e degli elogi. Supervisiona le iniziative volte a migliorare il rispetto della centralità del paziente

5. Comitato *Controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO)*

Definisce i programmi finalizzati alla prevenzione delle infezioni ospedaliere, ne coordina l'attuazione e

controlla la corretta applicazione delle misure preventive da parte del personale clinico.

6. Rianimazione Cardiopolmonare

Elabora strategie per gestire le emergenze mediche e chirurgiche in ospedale. Definisce le procedure interne per il controllo delle urgenze, le necessità formative del personale sanitario, realizza un monitoraggio continuo della gestione delle crisi intraospedaliere.

7. Comitato Terapeutico Ospedaliero

Si occupa della sicurezza nella fornitura di farmaci. Sviluppa politiche e regolamenti per l'uso dei farmaci e la gestione del Prontuario Ospedaliero, valutando gli effetti indesiderati.

8. Comitato per l'Ospedale senza Dolore

Assicura l'integrazione delle attività di gestione del dolore nel processo di cura del paziente, attraverso la redazione di linee guida e di un programma di formazione e di sorveglianza.

9. Comitato Salute, Sicurezza e Ambiente

Supervisiona la conformità ai programmi ospedalieri nella gestione delle aree inerenti la sicurezza delle infrastrutture formulando proposte di miglioramento per garantire la salute dei pazienti, del personal e dei visitatori.

10. Comitato Buon Uso del Sangue

Approva le procedure di gestione degli emocomponenti al fine di riservarne l'utilizzo a quelle situazioni cliniche in cui la trasfusione sia effettivamente necessaria ed il rischio giustificato dal miglioramento delle condizioni cliniche del paziente.

11. Comitato Gestione dei sinistri

Verifica i sinistri per assicurare una gestione ottimale del rischio e dei sinistri, efficiente sotto il profilo delle risorse e proattiva nel riconoscere ed affrontare rapidamente ogni criticità che potrebbe anche solo potenzialmente esporre la Clinica ad un aggravio dei costi e/o un danno reputazionale.

La Clinica UPMC- Salvator Mundi vuole garantire la Sicurezza dei Pazienti attraverso l'adozione di pratiche di governo clinico e gestione dei rischi, che consentano di porre al centro della programmazione delle attività i bisogni dei pazienti e la sua sicurezza, avvalendosi di gruppi di lavoro e comitati multidisciplinari.

Le tabelle che seguono riportano i dati strutturali e delle attività di sintesi riferite al periodo maggio-dicembre 2018.

Tabella 1- dati strutturali

DATI STRUTTURALI	
POSTI LETTO AUTORIZZATI	75
POSTI LETTO OPERATIVI (causa lavori ristrutturazione)	50
P.L MEDICINA	21
P.L CHIRURGIA	22
P.L SALA RISVEGLIO	3
P.L. TERAPIA INTENSIVA	4
POSTI LETTO DIURNI	6

N. BLOCCHI OPERATORI	2
N. SALE OPERATORIE	5
STUDI AMBULATORIALI	15

Tabella 2- dati di attività

DATI DI ATTIVITA'	
RICOVERI ORDINARI	1.254
RICOVERI DIURNI	2.871
ACCESSI AMBULATORIALI	25,326
INTERVENTI CHIRURGICI	2,766
DEGENZA MEDIA	4,9

(Periodo di riferimento maggio-dicembre 2018. Fonte dati: controllo di gestione)

1.2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.

Come noto, ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 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".

All'interno della clinica Salvator Mundi è stato sviluppato un programma per le segnalazioni di *nearmiss*, eventi avversi ed eventi sentinella dal mese di settembre 2018. Dal mese di gennaio 2019 è stato istituito un comitato per l'analisi degli eventi segnalati. Prima di tale data non risulta che fossero presenti programmi per la gestione degli eventi avversi né per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali. Come detto è attualmente in corso un programma di revisione e riorganizzazione dei processi e dei programmi organizzativi e gestionali. La diffusione della cultura della sicurezza e la partecipazione del personale al programma di segnalazione di eventi avversi, *nearmiss* e criticità organizzative che rappresentano un rischio per la sicurezza del paziente è di fondamentale importanza per lo sviluppo di detti programmi e l'implementazione di tutti i correttivi necessari per migliorare il sistema organizzativo e gestionale e garantire sicurezza e comfort delle cure.

Nel periodo compreso tra il 1 settembre e il 30 gennaio 2019 sono stati segnalati 52 eventi, nessuno dei quali ha causato un danno al paziente.

Le segnalazioni hanno riguardato principalmente problemi organizzativi (ritardi), problemi strutturali e tecnologici, e problemi legati alla terapia farmacologica (errori di prescrizione e trascrizione) e ai prelievi ematici.

La categoria professionale che maggiormente ha segnalato gli eventi è rappresentata dagli infermieri (75%), seguito dai tecnici (13%), medici (4%) e altre professioni (6%).

Tutti gli eventi sono stati sottoposti ad analisi preliminare durante le riunioni periodiche del Comitato per l'analisi degli Incident Report, che si riunisce ogni due settimane.

I problemi organizzativi più frequentemente riportati fanno riferimento a ritardi di accettazione, inizio procedura in sala operatoria e ritardi di refertazione. I problemi tecnologici riguardano la indisponibilità momentanea di elettromedicali necessari (ecografo), il temporaneo malfunzionamento del gestionale per la richiesta di esami.

Secondo i criteri contenuti nel documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" adottato con Determinazione n. G12355 del 25 ottobre 2016, il 77% delle segnalazioni ha

una rilevanza organizzativa bassa. Il restante 22%, che riguarda errori (nearmiss) di prescrizione/trascrizione farmacologica e di non conformità nei prelievi ematici, è stato oggetto di analisi più approfondite e sarà oggetto di piani di miglioramento per il 2019.

Tabella 3- dati relativi alle segnalazioni di incident report (maggio-dicembre 2018 fonte: Risk Manager)

TIPO DI EVENTO	N (%)	PRINCIPALI FATTORI CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
Near miss	52 (100%)	Tecnologici (8%) Strutturali (2%)	Tecnologici (2) Gestione del Farmaco (2)	Scheda di incident report
Evento avverso		Organizzativi (52%) Comunicazione (15%)	Gestione dei prelievi (1) Comunicazione (1)	
Evento sentinella		Gestione del farmaco (10%) Gestione dei prelievi ematici (13%)	Organizzativi (3)	

L'art. 4 c. 3 della L. 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 la tabella che segue:

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

Anno	n. sx	n.liquidati	Importo
2014	4	0	€ -
2015	0	0	€ -
2016	7	0	€ -
2017	8	0	€ -
2018	4	0	€ -

1.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La tabella sottoriportata descrive la posizione assicurativa della Clinica nell'ultimo triennio.

Tabella 5 –posizione assicurativa (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

anno	Scadenza polizza	compagnia	premio	Franchigia	brokeraggio
2015-2016	8/3/2016	Berkshire Hathaway	€ 138.000,00	€ 250.000	Janua Broker S.p.A.
2016-2017	8/3/2019	AIG	€ 136.920,00	€ 325.000	AON Spa
2017-2018	8/3/2019	AIG	€ 136.920,00	€ 325.000	AON Spa

1.4 RESOCONTO PARM PRECEDENTE

Il documento attuale rappresenta il primo PARM adottato dalla struttura.

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce le seguenti responsabilità:

1. Quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
2. Quella della Direzione Sanitaria e della Direzione Generale che si impegnano ad approvarlo e a fornire al Risk Manager e all'organizzazione della struttura le risorse e per la realizzazione delle attività in esso previste.

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE GENERALE	DIREZIONE SANITARIA	STRUTTURE TECNICHE DI SUPPORTO
Redazione PARM	R	C	C	I
Approvazione e adozione PARM	I	R	C	I
Monitoraggio PARM	R	I	C	C

Legenda: R=responsabile; C=coinvolto; I=Interessato

3. OBIETTIVI

Gli obiettivi definiti dalla Clinica SMIH-UPMC Italy, sono in linea con gli obiettivi strategici regionali A, B e C sottoriportati:

A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.

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

4. ATTIVITA'

Relativamente all'obiettivo A) *Diffondere la cultura della sicurezza delle cure* nel corso del 2019 saranno intraprese le seguenti attività, alcune delle quali già avviate, declinate nelle tabelle sottoriportate:

1. Avvio e consolidamento del programma segnalazione Incident Report
2. Adozione di un modello unico per l'acquisizione del consenso informato e verifica della sua corretta compilazione
3. Adozione della *Safe Surgery Checklist* ed esecuzione del time out in sala operatoria
4. Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione di errori di terapia farmacologica
5. Avvio programma formativo per personale infermieristico sulla corretta esecuzione prelievi ematici

A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
ATTIVITA' 1 - Avvio e consolidamento del programma segnalazione Incident Report		
INDICATORE: n. di segnalazioni ricevute nel mese		
STANDARD: almeno 5		
FONTE: RISK MANAGER		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Direzione Qualità, Formazione e Rischio Clinico	Direzione Infermieristica/Direzione Sanitaria
Coinvolgimento Coordinatori Clinici e responsabili programmi clinici nel comitato di analisi degli incident report	R	C
Organizzazione delle riunioni	R	I
Partecipazione alle riunioni	C	R
Organizzazione Incontri formativi per tutto il personale sulle segnalazioni ricevute, analisi effettuate e le azioni di miglioramento intraprese	R	C
ATTIVITA' 2 - Adozione di un modello unico per l'acquisizione del consenso informato e verifica della sua corretta compilazione		
INDICATORE: adozione di un modello unico standard per l'acquisizione del consenso informato all'atto medico rispondente alla normativa e standard JCI		
STANDARD: SI		
FONTE: RISK MANAGER		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Direzione Qualità, Formazione e Rischio Clinico	Direzione Sanitaria
Ricognizione modelli in uso presso la struttura	R	C
Definizione modello standard ufficiale	C	R

Sviluppo e Adozione di procedura aziendale	R	C
Avvio audit di verifica utilizzo modulo corretto ed adeguata compilazione (modi e tempi)	R	C

ATTIVITA' 3 - Adozione della Safe Surgery Checklist ed esecuzione del time out in sala operatoria

INDICATORE: % di interventi di sala per cui la checklist è correttamente compilata

STANDARD: 100%

FONTE: RISK MANAGER

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direzione Qualità, Formazione e Rischio Clinico	Direzione Infermieristica/Direttore Anestesia
Adozione checklist safe surgery con procedura aziendale	C	R
Organizzazione evento formativo sulla procedura con diffusione del video ministeriale corretto utilizzo checklist	R	C
Avvio raccolta dati per monitoraggio corretto utilizzo checklist	C	R
Organizzazione Incontro formativo per tutto il personale per diffusione dei dati raccolti	R	C

ATTIVITA' 4 - Adozione delle Raccomandazione n. 7 Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica

INDICATORE: Approvazione della procedura aziendale

STANDARD: SI

FONTE: RISK MANAGER

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direzione Qualità, Formazione e Rischio Clinico	Direzione Infermieristica/Direttore Sanitaria
Adozione raccomandazione con procedura aziendale	C	R
Organizzazione evento formativo sulla procedura	R	C
Avvio raccolta dati su SUT e con verifiche in reparto	C	R
Organizzazione Incontro formativo per tutto il personale per diffusione dei dati raccolti	R	C

ATTIVITA' 5 - Avvio Formazione sulle corrette modalità di gestione dei campioni ematici

INDICATORE: n. di errori di conformità provette/totale prelievi

STANDARD: >0,5%

FONTE: RISK MANAGER

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direzione Qualità, Formazione e Rischio Clinico	Direzione Laboratorio
Definizione materiale formativo per personale infermieristico	I	R
Diffusione Materiale al personale infermieristico	R	C
Monitoraggio n. non conformità	C	R
Diffusione dati al personale infermieristico	R	C

Legenda: R=responsabile; C=coinvolto; I=Interessato

Relativamente all'obiettivo **B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa**, sono previste le seguenti attività:

1. Avvio attività di revisione delle cartelle cliniche secondo standard JCI
2. Formazione BLS, ACLS e PALS per tutti gli operatori sanitari
3. Aumento del rispetto delle norme di Igiene delle mani
4. Avvio di attività di rilevazione della qualità percepita

B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa		
ATTIVITA' 1 – Avvio di attività di revisione delle cartelle cliniche secondo standard JCI		
INDICATORE: n. cartelle riviste al mese		
STANDARD: ≥ 20		
FONTE: RISK MANAGER		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Direzione Qualità, Formazione e Rischio Clinico	Direzione Sanitaria/Direzione Infermieristica
Revisione checklist	R	C
Istituzione gruppo di lavoro	R	C
Formazione per gruppo di lavoro	R	C
Avvio attività	R	
ATTIVITA' 2 - Formazione BLS, ACLS e PALS per tutti gli operatori sanitari		
INDICATORE: 1-n. operatori con BLS in corso di validità/ totale operatori sanitari; 2-n. di operatori con ACLS in corso di validità/totale operatori che devono eseguirlo (anestesisti); 3- n. operatori con PALS in corso di validità/ totale operatori che devono eseguirlo (anestesisti e infermieri pediatria)		
STANDARD: 100%		
FONTE: RISK MANAGER/FORMAZIONE		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Direzione Qualità, Formazione e Rischio Clinico	Direzione Sanitaria/Direzione Infermieristica
Organizzazione Corsi formazione con istruttori abilitati	R	C

Erogazione Corsi di Formazione a tutti gli operatori sanitari	R	C
ATTIVITA' 3 - Aumento del rispetto delle norme di Igiene delle mani		
INDICATORE: tasso di adesione alle norme di igiene mani		
STANDARD: $\geq 70\%$		
FONTE: RISK MANAGER		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Direzione Qualità, Formazione e Rischio Clinico	Infermiere addetto al controllo delle infezioni
Adesione alla giornata nazionale per l'igiene delle mani (5 maggio)	C	R
Istituzione gruppo che conduce le osservazioni mensilmente	C	R
Aggregazione dati	R	C
Organizzazione Incontri formativi per tutto il personale per diffusione dati	R	C
Implementazione azioni migliorative	C	R
ATTIVITA' 4 - Avvio di attività di rilevazione della qualità percepita		
INDICATORE: tasso di risposta ai questionari da parte dei pazienti ricoverati		
STANDARD: $\geq 20\%$		
FONTE: RISK MANAGER		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Direzione Qualità, Formazione e Rischio Clinico	Direzione Sanitaria
Adozione modulo per la rilevazione della soddisfazione del paziente secondo il modello HCAHPS (<i>Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</i>)	R	C
Definizione flusso per la consegna dei questionari ai pazienti e la restituzione degli stessi in modo da garantirne l'anonimato	R	C
Aggregazione e analisi periodica dei dati	R	C

Legenda: R=responsabile; C=coinvolto; I=Interessato

Relativamente all'Obiettivo C) *Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture*, sono previste le seguenti attività:

1. Conduzione di Audit JCI in Reparto
2. Somministrazione dell'indagine sulla cultura della Sicurezza promossa dall'AHRQ
3. Conduzione dei *Leadership Safety Walkaround*

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

ATTIVITA' 1 - Conduzione di Audit JCI in Reparto

INDICATORE: n. audit condotte nel semestre

STANDARD: 1 per reparto

FONTE: RISK MANAGER

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direzione Qualità, Formazione e Rischio Clinico	Direzione Infermieristica/Ufficio Tecnico	Direzione Sanitaria
Istituzione gruppo responsabile di condurre le sopralluoghi e verifiche JCI nei reparti	C	I	R
Predisposizione checklist	R	C	I
Predisposizione calendario verifiche	R	C	I
Esecuzione delle verifiche secondo calendario	R	C	I
Organizzazione Incontri formativi per tutto il personale per la restituzione dei dati delle verifiche e dei necessario correttivi da intraprendere	R	C	I

ATTIVITA' 2 - Somministrazione dell'indagine sulla cultura della Sicurezza promossa dall'AHRQ

INDICATORE: Tasso di risposta

STANDARD: $\geq 65\%$

FONTE: RISK MANAGER

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direzione Qualità, Formazione e Rischio Clinico	Direzione Infermieristica/Ufficio Tecnico	Direzione Sanitaria
Istituzione gruppo responsabile di condurre le sopralluoghi e verifiche JCI nei reparti	C	I	R
Predisposizione checklist	R	C	I
Predisposizione calendario verifiche	R	C	I
Esecuzione delle verifiche secondo calendario	R	C	I
Organizzazione Incontri formativi per tutto il personale per la restituzione dei dati delle verifiche e dei necessario correttivi da intraprendere	R	C	I

ATTIVITA' 3 - Conduzione dei Leadership Safety Walkaround

INDICATORE: n. LSW condotti nell'anno

STANDARD: ≥ 3

FONTE: RISK MANAGER

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Direzione Qualità, Formazione e Rischio Clinico	Direzione Generale	Direzione Sanitaria
Istituzione gruppo per la conduzione dei LSW	C	R	C
Predisposizione format giri (modi e tempi)	R	I	I
Organizzazione Incontri formativi per tutto il personale per la comunicazione dell'avvio del programma	R	I	I
Esecuzione dei giri	R	C	C

5. MODALITA' DIFFUSIONE DEL PARM

Il PARM sarà pubblicato sulla intranet aziendale e sulla infonet aziendale. Interventi formativi rivolti al personale sanitario ne favoriranno la corretta diffusione e implementazione.

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 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. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
8. 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”;
9. 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”;
10. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”;
11. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”;
12. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
13. Determinazione Regionale n. G09765 del 31 luglio 2018 recante “Revisione del ‘Documento di indirizzo per l’implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”;
14. Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”;
15. Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’ Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”.

7. 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. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”;
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
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:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;
7. 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;
8. Agency for Healthcare Research and Quality: <https://www.ahrq.gov/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
9. Joint Commission International: <https://www.jointcommissioninternational.org/>