



CASA DI CURA ACCREDITATA
L'Ermo di Miazzina

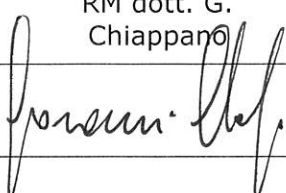

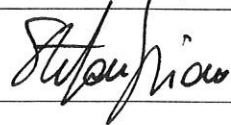


L'EREMO DI MIAZZINA S.R.L.

Via per Miazzina, 16
28814 – Cambiasca (VB)
Tel: 0323553700
Fax: 0323571557

Mail: accettazione@eremodimiazina.com
Sito: <https://www.eremodimiazina.com/>

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT MOD PARM

ED./REV.	DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
01/03	10/03/2023	RM dott. G. Chiappano	DS dott. G. Chiappano	DG dott. S. Spriano
				



INDICE

1. PREMESSA	3
1.1. SCOPO	4
1.2. CONTESTO ORGANIZZATIVO	5
1.3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI	6
1.4. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO	9
1.5. GESTIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	9
1.6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM PRECEDENTE	10
2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM	11
3. OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	11
4. ATTIVITÀ	12
4.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE	12
4.2. OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA..	12
4.3. OBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA	13
5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM	14
6. RIFERIMENTI NORMATIVI	14
7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	14

1. PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato la necessità che le organizzazioni sanitarie operino per assicurare ai Pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure.

La possibilità di "**Evento avverso**" è insita nei sistemi complessi e le realtà sanitarie, come sancito dall'OMS, sono l'ambito lavorativo a maggiore complessità possibile.

La sicurezza dei Pazienti deve essere, quindi, continuamente presidiata e le criticità devono essere affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando vari aspetti: monitoraggio e analisi degli eventi avversi, elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, coinvolgimento di Pazienti, formazione degli operatori sanitari, analisi delle interferenze e delle criticità; al fine di promuovere sia una visione che una gestione sistemica del rischio.

La **Gestione del Rischio Clinico** rappresenta un elemento di Governo (Clinico), meglio definito come *"il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica"*.

La gestione del rischio in ambito sanitario è un'attività già prevista nella legge 189 del 2012 (Legge Balduzzi), che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Il legame consequenziale con una più efficace gestione delle risorse economiche aveva già indotto a scorporare alcune indicazioni dal disegno di legge Gelli (peraltro approvato in via definitiva il 28 febbraio 2017).

La **Legge Gelli** (Legge 8 marzo 2017, n. 24) qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Le attività di prevenzione del rischio – alle quali concorre tutto il personale – devono essere messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private.

Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico e nel documento "**Risk Management e Qualità in Sanità**" definisce le seguenti raccomandazioni:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- promuovere la segnalazione dei *Near Miss*;
- sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- monitorare periodicamente e garantire *feed-back* informativi;
- avviare la costituzione di un *network* per la realizzazione di un *database* nazionale per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza dei Pazienti, anche al fine di istituire un Osservatorio a livello centrale;
- definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

In questa dimensione, la **Gestione del Rischio Clinico** assume un ruolo fondamentale nel processo di identificazione degli obiettivi di sistema, di definizione dei processi organizzativi, di allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

1.1. SCOPO

Il **Piano Annuale di Risk Management** (PARM) è lo strumento per progettare, promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi. I progetti operativi esplicitati all'interno del PARM hanno come finalità l'analisi di possibili criticità di processo e l'individuazione di azioni per migliorare i processi esistenti.

Il PARM 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. L'ottica è quella di diminuire le potenzialità di errore, attivo e di sistema, e di contenere la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie.

Attraverso il PARM, il *Risk Manager* fornisce alla Struttura uno strumento di fondamentale importanza nella gestione sistemica del rischio clinico.

Il PARM, inoltre, rappresentando le politiche di analisi e di prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli *stakeholder*.

Le attività indicate sono parte integrante delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza, economicità e sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

In questa ottica, il Piano Annuale di Risk Management è costruito nella prospettiva del miglioramento continuo e dell'implementazione di azioni qualificanti l'attività.

1.2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

1.2.1. L'EREMO DI MIAZZINA

L'Eremo di Miazzina è sorto nel 1924 come struttura sanatoriale, per la cura medica e climatica della malattia tubercolare. La località in cui è ubicato aveva da tempo richiamato l'attenzione dei tisiatri, per le caratteristiche peculiari climatiche e terapeutiche.

L'attuale denominazione del complesso è: Casa di cura privata "L'Eremo di Miazzina"; appartiene al Gruppo GHC, Garofalo Health Care.

L'ubicazione del complesso ed il mutamento che è andato configurandosi nell'ambito della riabilitazione respiratoria ha permesso una trasformazione dell'organizzazione verso l'intera gamma dei servizi di post acuzie.

Attualmente la struttura dispone di 270 posti letto ospedalieri tra unità operativa di lungodegenza e unità operativa di rieducazione e riabilitazione funzionale di 1° e 2° livello e un Nucleo di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS).

Accanto ai settori ospedalieri L'Eremo di Miazzina, sempre in regime di accreditamento con il S.S.N., dispone di un Nucleo per pazienti in Stato Vegetativo Persistente (SV) posti letto 10, di un nucleo per pazienti ad Alta Complessità Neurologica Cronica (NAC) posti letto 10.

Completa l'offerta la disponibilità di un nucleo di 19 posti letto di Residenza Sanitaria Assistita (R.S.A.) accreditata con l'ASL VCO.

Durante il periodo di pandemia, su richiesta dell'ASL del VCO (Verbano-Cusio-Ossola), sono stati attivati 30 posti di Medicina COVID-19.

1.2.2. ISTITUTO RAFFAELE GAROFALO

L'Istituto Raffaele Garofalo è una Struttura accreditata nelle discipline post-traumatiche e post-operatorie (post-acuzie) per il recupero e la riabilitazione funzionale motoria, neurologica e respiratoria.

È intitolata al prof. Raffaele Garofalo, fondatore del Gruppo.

Accoglie i pazienti nelle diverse fasi del loro percorso clinico (dalle strutture di ricovero, dal territorio o dal proprio domicilio) con un approccio terapeutico multi- specialistico grazie alla presenza di personale specializzato ed esperto.

Dispone attualmente di 52 posti letto che con l'apertura del padiglione di fronte diverranno 98 in camere singole e doppie con aria condizionata, cassaforte, bagno, televisore e rete wi-fi.

L'Istituto Raffaele Garofalo nello stabile attuale è dotato di un poliambulatorio che eroga prestazioni specialistiche di diagnosi e cura, sia in accreditamento che privatamente, di due grandi palestre con attrezzature all'avanguardia e di una piscina terapeutica computerizzata con percorso vascolare e controllo esterno tramite videocamere subacquee. Il nuovo stabile oltre ai 46 posti letto disporrà di ambulatori polispecialistici e due palestre, una per i pazienti degenti ed una per i pazienti provenienti dal territorio.

Nella struttura è presente, inoltre, un reparto di radiologia con apparecchiature tradizionali e di un innovativo mammografo dotato di Tomosintesi.

Nell'ambulatorio di neurofisiologia si effettuano elettromiografie, potenziali evocati ed elettroencefalogrammi, mentre nell'ambulatorio di cardiologia è possibile sottoporsi a visite cardiologiche, esami ecocardiografici, esami diagnostici dinamici con applicazione di apparecchi holter ed elettrocardiogrammi sotto sforzo.

Il reparto di oculistica si avvale di due ambulatori specifici e di una moderna sala operatoria dedicata all'attività oculistica d'eccellenza.

Dal mese di Dicembre 2021 è possibile effettuare interventi di cataratta in regime di

accreditamento con il S.S.N..

1.3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI

Qualsiasi analisi relativa all'ultimo biennio non può non prendere in considerazione la pandemia da SARS-CoV-2.

L'Eremo di Miazzina S.r.l., come tutte le realtà sanitarie e non, ha affrontato e gestito non solo eventuali casi e/o contatti stretti, ma anche tutte le problematiche connesse a tale situazione.

Nello specifico, ha istituito un Comitato di Gestione Covid-19, come previsto al punto 13 del protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del Covid-19 negli ambienti di lavoro.

Promotori della creazione del Comitato sono stati il Datore di Lavoro, il Rappresentante dei Lavoratori e il RSPP; oltre a questi hanno preso parte alle attività figure interne all'azienda e consulenti esterni in settori/servizi strategici.

Da subito sono state messe in opera tutte le procedure e i protocolli atti al contenimento e alla prevenzione della pandemia, nel rispetto delle varie Ordinanze e dei Decreti che via via si sono susseguiti.

L'Eremo di Miazzina S.r.l. ha puntualmente analizzato e gestito le necessità emerse e le indicazioni derivanti da Ordinanze e Decreti. In particolare, oltre agli aggiornamenti specifici relativi al D.lgs. 81/08 e al Regolamento UE 2016/679, sono stati implementati diversi nuovi documenti. Tra cui:

- DVR
- VERBALI CONSEGNA DPI COVID19
- INFORMATIVA SOGGETTI TERZI SU EMERGENZA COVID19
- PROCEDURE-PROTOCOLLI-ISTRUZIONI-INFORMATIVE-CONSENSI COVID19
- PROCEDURA SORVEGLIANZA SANITARIA
- CARTELLI- AVVISI COVID-19
- CHECK-POINT UTENZE (TEMPERATURA-QUESTIONARIO-CONTROLLO GREEN PASS COVID-19 ECC...)

Oltre alla gestione delle attività sopraelencate, e agli incontri del Comitato e tra i vari Responsabili, sono state effettuate diverse riunioni per rendicontare le attività e per deliberare, di volta in volta, le azioni di miglioramento più idonee al contrasto e alla prevenzione dell'infezione.

Inoltre, molta attenzione è stata posta nei confronti della formazione del personale e nell'informazione e formazione dei Pazienti e dei familiari.

Il personale ha partecipato a corsi specifici sul Covid-19, sulla prevenzione e il contenimento dell'infezione e sull'utilizzo dei DPI e le metodologie di vestizione e svestizione. Pazienti e familiari sono stati costantemente informati sulle regole da rispettare e sulle indicazioni da seguire dentro e fuori le Strutture.

Infine, si sottolinea come le Direzioni, sia Sanitarie che Generale, abbiano garantito una presenza attiva e costante sia nei confronti del personale che dei Pazienti. È stato, infatti, attivato un "Piano di sorveglianza sanitaria", che prevede controlli con tamponi rapidi a tutto il personale e a tutti i pazienti a cadenza determinata, sulla base delle indicazioni delle varie istituzioni nazionali, regionali e locali. Tale presenza è rappresentata anche dalle numerose informative e comunicazioni fatte per spiegare le nuove procedure (isolamento, ingressi vietati, ecc...).

Le attività continueranno a essere gestite con le stesse procedure e/o con la stessa politica

anche nel prossimo futuro.

La formazione erogata e alcune delle procedure prodotte nell'ambito di questa emergenza saranno rivalutate e revisionate con l'obiettivo di annetterle al sistema di Gestione del rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

1.3.1. L'EREMO DI MIAZZINA

Nell'anno 2022 presso il presidio l'Eremo di Miazzina si sono registrati 46 eventi avversi.

TIPO EVENTO	N°	% (su Tot. Eventi)	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
Near Miss	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunicazione (%)	Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (%) Procedure/Comunicazione (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Eventi Avversi	46	100	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunicazione (100 %)	Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (100 %) Procedure/Comunicazione (%)	Sistemi di reporting (100 %) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Eventi Sentinella	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunicazione (%)	Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (%) Procedure/Comunicazione (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Totale	46	/	/	/	/

Tutti gli eventi ricadono nella tipologia degli Eventi Avversi e, nello specifico, delle cadute.

Le cadute continuano a essere il principale evento avverso presente in struttura. Le cadute sono riconducibili alla tipologia di Pazienti trattati, cioè Pazienti disorientati nel tempo e nello spazio, con mobilità ridotta, fragili, anziani e con comorbidità multiple.

Dei 46 pazienti caduti, 33 utilizzavano ausili e 13, invece, erano autonomi nella deambulazione.

Dagli eventi segnalati è seguito un monitoraggio con esecuzione degli esami diagnostici, se necessari, e/o trasferimento in pronto soccorso (necessario in 4 casi).

In generale, si sottolinea come, rispetto al 2021 (n.134), il dato sia in netto miglioramento.

Analizzando i dati, costituiti dal totale dei giorni di degenza (36.288) e il numero totale delle cadute (46), risultano circa 12 cadute ogni 10.000 giorni di degenza, in linea con i parametri delle ricerche più recenti.

Si ritiene, quindi, che il dato, seppur da continuare a monitorare con l'obiettivo di ridurlo, possa essere considerato accettabile.

1.3.2. ISTITUTO RAFFAELE GAROFALO

Nell'anno 2022 presso il presidio Istituto Raffaele Garofalo si sono registrati 36 eventi avversi.

TIPO EVENTO	N°	% (su Tot. Eventi)	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
Near Miss	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunicazione (%)	Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (%) Procedure/Comunicazione (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Eventi Avversi	36	100	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunicazione (100 %)	Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (100 %) Procedure/Comunicazione (%)	Sistemi di reporting (100 %) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Eventi Sentinella	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunicazione (%)	Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (%) Procedure/Comunicazione (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Totale	36	/	/	/	/

Tutti gli eventi ricadono nella tipologia degli Eventi Avversi e, nello specifico, delle cadute.

Le cadute continuano a essere il principale evento avverso presente in struttura. Le cadute sono riconducibili alla tipologia di Pazienti trattati, cioè Pazienti disorientati nel tempo e nello spazio, con mobilità ridotta, fragili, anziani e con comorbidità multiple.

Dei 36 pazienti caduti, 34 utilizzavano ausili e 2, invece, erano autonomi nella deambulazione.

Dagli eventi segnalati è seguito un monitoraggio con esecuzione degli esami diagnostici, se necessari, e/o trasferimento in pronto soccorso (necessario in 1 caso).

Analizzando i dati, costituiti dal totale dei giorni di degenza (17.314) e il numero totale delle cadute (36), risultano circa 20 cadute ogni 10.000 giorni di degenza, in linea con i parametri delle ricerche più recenti.

Si ritiene, quindi, che il dato, seppur da continuare a monitorare con l'obiettivo di ridurlo, possa essere considerato accettabile.

1.4. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO
(AI SENSI DELL'ARTICOLO 4. C. 3 L. 24/2017)

ANNO	N°	RISARCIMENTI EROGATI
2018	0	0,00 €
2019	1	636.302,86 €
2020	0	0,00 €
2021	1	8.000,00 €
2022	0	0,00 €

1.5. GESTIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Il gruppo GHC ha creato un fondo per eventuali risarcimenti danni.

1.6. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM PRECEDENTE

Le attività programmate per l'anno 2022 e dichiarate nel PARM precedente, in alcuni casi, sono state sospese a causa delle necessità emerse durante il periodo di emergenza per il Covid-19. Inoltre, per quanto riguarda i corsi di formazione, spesso sono stati sospesi direttamente dagli enti erogatori.

ATTIVITÀ	REALIZZATA ^(A)	STATO ATTUAZIONE
ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso di gestione del rischio clinico relativo a uno specifico ambito di attività"	SI	Eseguiti due distinti corsi in ambito Rischio Clinico. Rischio Clinico di base: per tutti i dipendenti sanitari. Rischio Clinico avanzato: per tutti i responsabili, referenti e coordinatori.
ATTIVITÀ 2: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	SI	Eseguiti due distinti corsi in ambito ICA. Igiene delle Mani: per tutti i dipendenti sanitari. Covid 19 - Gestione degli eventi infettivi e il corretto utilizzo dei DPI: per tutti i dipendenti sanitari.
ATTIVITÀ 3: verifica, adattamento e implementazione delle procedure relative alle Raccomandazioni Ministeriali applicabili	IN CORSO	Redatte tutte le procedure, in fase di riemissione la procedura relativa alla RM 19.
ATTIVITÀ 4: Linee Guida interne sulla corretta gestione della terapia antibiotica.	NO	L'attività sarà riprogrammata per l'anno 2023.
ATTIVITÀ 5: identificazione dei rischi attraverso il <i>Safety Walkaround</i>	NO	Non effettuata una SWA specifica in ambito Rischio Clinico. L'attività sarà riprogrammata per l'anno 2023.

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
- quella dell'Alta Direzione che si impegna ad adottarlo con Deliberazione e a fornire al Risk Manager e all'organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive per la concreta realizzazione delle attività in esso previste (es. la definizione di specifici obiettivi di budget).

Di seguito la matrice delle responsabilità del PARM:

AZIONE	RM	DS	DG	STRUT. DI SUPPORTO
Redazione PARM e proposta di delibera	R	C	C	/
Adozione PARM con deliberazione	I	R	C	/
Monitoraggio PARM	R	I	C	C

LEGENDA:

RM: Risk Manager;

DS: Direttore Sanitario;

DG: Direttore Generale

R: Responsabile; **C:** Coinvolto;

I: Interessato

3. OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

Nell'elaborazione del PARM sono stati identificati e ritenuti prioritari i seguenti obiettivi strategici per l'anno 2021:

- a. diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- b. migliorare l'appropriatezza assistenziale e 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. ATTIVITÀ**4.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE****ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso di gestione del rischio clinico relativo a uno specifico ambito di attività"****INDICATORE:** Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2023

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

STANDARD: 100%**FONTE:** Risk Management**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Progettazione Corso	R	C
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	R	I

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 2: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA**INDICATORE:** Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2023

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

STANDARD: 100%**FONTE:** Risk Management**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Progettazione Corso	R	C
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	R	I

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

4.2. OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA**ATTIVITÀ 3: verifica, adattamento e implementazione delle procedure relative alle Raccomandazioni Ministeriali applicabili****INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2023

(n nuove procedure) / (n procedure previste)

STANDARD: 90%**FONTE:** Risk Management**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Verifica necessità	R	C
Istituzione gruppo lavoro	R	R
Elaborazione documento	R	I
Implementazione procedura	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 4: Redazione Linee Guida sulla corretta gestione della terapia antibiotica

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2023

Elaborazione procedra.

STANDARD: 100%

FONTE: CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE
Elaborazione procedura	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

4.3. OBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA

ATTIVITÀ 5: identificazione dei rischi attraverso il *Safety Walkaround/FMEA*

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2023

(n Safety Walkaround/FMEA realizzati) / (n Safety Walkaround/FMEA programmati)

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Implementazione strumento	R	C
Informazione/formazione	R	C
Verifica utilizzo	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

Il presente PARM sarà diffuso attraverso i seguenti strumenti:

- pubblicazione sul sito internet;
- presentazione alla Direzione Aziendale;
- diffusione al personale di struttura;
- presentazione al personale di struttura.

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", pubblicata in Gazzetta Ufficiale, serie Generale, n. 64 del 17 marzo 2017, ed entrata in vigore giorno 1° aprile 2017.
- Decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012 (c.d. "decreto omnibus" per la sanità).
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009: Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Ministero della Salute: "Risk Management e Qualità 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; 768-770.
- 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
- AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators:
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>