

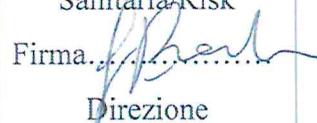
RISK MANAGEMENT

Piano Annuale Risk Management

Il presente documento descrive le linee guida per identificare, valutare, mitigare/prevenire e monitorare i rischi connessi all'insieme delle attività svolte nella Rsa Villa Chiara

Emissioni:

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2025

Rev.	Data	Descrizione Emissione	Redazione e Verifica	Approvazione
00	15/07/2025	Prima emissione	Dott. Bordonaro Gianfranco Direttore Sanitario e Risk Manager	Dott. Bordonaro Gianfranco Direzione Sanitaria/Risk Firma:  Direzione Amministrativa/L.R. Firma: 

Organi di valutazione e controllo:

Gruppo Gestione Rischio Clinico/Qualità	
Risk Manager	Dr. Bordonaro Gianfranco
Legale Rappresentante	Zerba Grazia
Responsabile Qualità	Michelangelo Foncellino
Coordinatore Infermieristico	Ferrarotto Tindara
Coordinatore Assistenza Ospiti	Tina Marilena

Comitato Valutazione Sinistri	
Risk Manager	Dr. Bordonaro Gianfranco
Legale Rappresentante	Zerba Grazia
Avvocato	Dott.ssa Sarah Aragno

INDICE

1. PREMESSA

1.1 Finalità del PARM

1.2 Contesto del PARM

1.3 Redazione del PARM

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

2.1 Relazione consuntiva sugli eventi

2.2 Descrizione posizione assicurativa

2.3 Descrizione sinistri ultimi cinque anni

3. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL FARM

3.1 Risk Manager

3.2 Obiettivo del Risk Manager

3.3 Principali compiti del Risk Manager

3.4 Direttore Amministrativo

3.5 Compiti principali del Direttore Amministrativo

3.6 Operatori Rischio Clinico

3.7 Attività del PARM gestite dagli operatori del rischio clinico

4. GRUPPO RISCHIO CLINICO/QUALITA'

4.1 Obiettivi Principali

4.2 Composizione Gruppo Gestione Rischio Clinico/Qualità

5. COMITATO SINISTRI

5.1 Finalità del Comitato Sinistri

5.2 Funzioni principali

5.3 Compiti principali del Comitato Sinistri

6. PROCEDURA SEGNALAZIONE INCIDENTI

7. OBIETTIVI e ATTIVITA'

8. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM

9. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. PREMESSA

Per meglio comprendere l'essenza, il concetto del Risk Management, riportiamo l'Art. 1, comma 1 – 2 – 3, Legge Gelli – Bianco, 8 marzo 2017, n. 24:

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA
Promulga

la seguente legge:

Art. 1
Sicurezza delle cure in sanità

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.
2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.
3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

Alla luce di quanto sopra riportato, possiamo considerare il risk management, o gestione del rischio, come un insieme di procedure che consentono di identificare, valutare e gestire i rischi imparando dagli errori commessi, attraverso la conoscenza delle cause che li hanno prodotti e la messa in atto di azioni di miglioramento che tendono ad eliminare il ripetersi degli stessi.

Nella valutazione dei possibili rischi, connessi alle attività della Residenza, possiamo indicare, senza ombre di dubbio, il rischio clinico, quale principale rischio presente in ambito sanitario, lo stesso è definito dal Ministero della Salute come la possibilità che un paziente subisca un “*danno o disagio involontario, imputabile, alle cure sanitarie, che causa [...] un peggioramento delle condizioni di salute o la morte*” – tale aspetto è insito nella gestione delle prestazioni socio sanitarie.

Con la stesura e l'attuazione del **PARM** (Piano Annuale Risk Management), documento strategico e operativo che viene redatto ogni anno dalle strutture sanitarie, ci si prefigge **di gestire i rischi clinici** e migliorare la sicurezza delle cure.

1.1 Finalità del PARM

- **Prevenire gli eventi avversi** legati all'assistenza sanitaria (es. errori terapeutici, infezioni correlate all'assistenza, cadute del paziente, ecc.)
- **Migliorare la sicurezza dei pazienti e degli operatori**
- **Promuovere una cultura della sicurezza** all'interno dell'organizzazione
- **Monitorare e valutare i rischi** già noti e quelli emergenti

1.2 Contenuto del PARM

- **Analisi dei rischi esistenti** e delle criticità emerse l'anno precedente
- **Obiettivi annuali** di prevenzione e miglioramento
- **Azioni correttive e preventive** pianificate
- **Indicatori di monitoraggio**
- **Piano di formazione** del personale sul risk management
- **Responsabili e tempi di attuazione** delle attività

1.3 Redazione del PARM

Il **PARM** è predisposto dal **Risk Manager Aziendale**, con il possibile coinvolgimento delle figure di seguito riportate:

- Direzione Amministrativa
- Responsabile Qualità
- Referente infermieristico
- Referente assistenza ospiti

La Struttura, quindi, cosciente dell'essenza e degli scopi del Risk Management, ha deciso di attuare tramite Organismi e figure professionali interne, quanto riportato dalla Legge Gelli – Bianco, con la finalità di aumentare, attraverso il coinvolgimento di tutto il personale operante, la prevenzione del rischio connesso all'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Va in ogni caso sottolineato come la nomina del Risk Manager non solleva dalla propria responsabilità i soggetti preposti alla gestione dei processi clinico assistenziali in RSA.

2. Contesto Organizzativo

La RSA Villa Chiara srl è una Residenza Sanitaria Assistenziale ubicata in Dorno (PV) Via Scaldasole n.15, accreditata con il Servizio Sanitario Regionale per n. 111 posti. La RSA garantisce

Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti ultrasessantacinquenni attraverso prestazioni di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale e da attività di socializzazione.

Per l'organizzazione di rimanda alla carta dei servizi presente in struttura e pubblicata sul sito internet aziendale.

2.1 Relazione consuntiva sugli eventi avversi

La Legge Gelli Bianco n. 24/2017, come modificata dall'art. 1, comma 539, della Legge 28 dicembre 2015, n. 208, prevede la predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatesi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento dannoso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

Gli eventi sono stati raccolti sulla base della suddivisione prevista dalla normativa che li cataloga in: evento avverso, sentinella e *near miss*, come di seguito descritti e specificati.

La raccolta dei dati, oltre ad essere prevista dalla normativa vigente, è necessaria, come vedremo in seguito, anche per l'analisi dei dati, al fine di porre in essere azioni correttive di miglioramento.

Evento:

Fatto che accade o può accadere oppure è già accaduto

Evento avverso:

è un danno non volontario causato da un trattamento o una procedura sanitaria errata, che determina la necessità di un monitoraggio aggiuntivo, altre terapie, prolungamento di degenza. Gli eventi avversi possono essere non prevenibili o prevenibili.

Questi ultimi possono essere prevenuti, cioè previsti e quindi impediti o eliminati prima del loro manifestarsi o verificarsi; un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”.

Per questo motivo la gestione del rischio clinico, si focalizza sugli eventi avversi prevenibili, cioè quegli accadimenti negativi che si possono evitare con i mezzi e le conoscenze di cui si dispone, perché solo lavorando su questi è possibile migliorare le condizioni del sistema ed evitare che l'errore o il danno si ripetano.

Di seguito sono elencate alcune tipologie di eventi avversi:

- a. errore di identificazione paziente
- b. rischio trasfusionale (incompatibilità di gruppo o non rispetto dei tempi di trasfusione)

- c. rischio terapia farmacologica (errori di prescrizione, preparazione e somministrazione farmaco)
- d. rischio nutrizionale e disidratazione
- e. lesioni da pressione (non rispetto protocolli “lesioni da pressione”)
- f. cadute accidentali (mancata sorveglianza – mancata attenzione – non rispetto prescrizioni Medico/Infermieristiche/FKT)
- g. ICA - infezioni correlate all’assistenza (non rispetto protocolli rischio biologico – uso corretto dei DPI)
- h. ritardo invio paziente in PS
- i. ritardo accertamenti clinici
- j. ritardo visite ed esami di routine
- k. mancata segnalazione degli operatori, al personale medico/infermieristico, di sintomi o comportamenti dell’ospite, imputabili a malessere

Near Miss (quasi evento)

Un accadimento che avrebbe potuto essere dannoso per il paziente, ma che è stato evitato per ragioni più o meno fortuite.

Evento Sentinella

È un evento inatteso di particolare gravità, che può causare la morte o un grave danno al paziente e che è un segnalatore di possibile malfunzionamento dell’azienda, può determinare sfiducia dei cittadini nei confronti del Sistema Sanitario Nazionale

Ad oggi, il Ministero della Salute, ha individuato 16 tipologie di eventi sentinella, di seguito riportati (**in grassetto quelli possibili in RSA**):

1. procedura in paziente sbagliato
2. procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. errata procedura su un paziente corretto
4. strumento o altro materiale lasciato all’interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0
- 6. morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica**
7. morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. morte o disabilità permanente in neonato sano di peso superiore a 2500 grammi non correlata a malattia congenita

9. morte o grave danno per caduta paziente

10. suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale

11. violenza su paziente

12. atto di violenza a danno di operatore

13. morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extra-ospedaliero)

14. morte o grave danno conseguente a un non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa del 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso

15. morte o grave danno imprevisti conseguente a intervento chirurgico

16. ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

Sulla base di quanto sopra descritto si riporta la relazione sugli eventi avversi/sentinella/near miss del 2024:

Relazione consuntiva sugli eventi avversi (ai sensi dell'articolo 2. c. 5 l. 24/2017)

Nell'anno 2024 presso la Struttura sono stati segnalati e registrati gli eventi riportati nella seguente tabella:

Anno 2024	N°	Principali fattori causali	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near miss	0	0	0	0
Eventi avversi	5	Cadute	Verifica protocollo Analisi dettagliata: Controllo ambienti (funzionamento luci e campanello di chiamata, ostacoli pavimento) Riorganizzazione attività Fkt	Registrazione in FASAS

	3	Aggressività di n. 3 ospiti (ML,PE,TR) con compagno di camera/tavolo	Colloquio con ospite, cambio tavolo o cambio camera, eventuale terapia al bisogno	Registrazione in FASAS
	3	Tentativi di fuga (ML,OL,CD)	Informato medico, gestione approccio pazienti con demenza o aggressività, (interventi psico sociali: creazione ambiente sereno, eventuale terapia al bisogno, colloqui mirati al coinvolgimento del paziente in attività	Registrazione in FASAS
	3	LDL post- ricovero ospedaliero	Applicazione del protocollo, analisi dettagliata: utilizzo presidi antidecubito e medicazioni avanzate	
Eventi sentinella	0	0	0	0
Totale		0	0	0

Le cadute e l'atteggiamento aggressivo tra gli ospiti, rappresentano i principali eventi avversi presenti in struttura.

Dall'analisi effettuata è emerso che la maggior parte delle cadute sono riconducibili alla tipologia di pazienti: disorientati nel tempo e nello spazio e quindi con afinalismo negli spostamenti, con mobilità ridotta e con comorbilità multiple. Dagli eventi segnalati è seguito un attento monitoraggio con esecuzione di esami diagnostici appropriati (e/o trasferimento in pronto soccorso).

Per tutti gli eventi segnalati, si sottolinea l'immediata gestione e l'attivazione poi di protocolli riabilitativi in seguito alle dimissioni ospedaliere.

Di seguito viene descritta, in ossequio alla normativa la posizione assicurativa della struttura e la sinistrosità degli ultimi 5 anni.

2.2 Descrizione posizione assicurativa (ai sensi della Legge Gelli Bianco n. 17/2014)

Anno	Polizza N.	Scadenza	Compagnia Assicurativa	Premio	Franchigia	
2025	65/192408296	20/10/2025	UNIPOL	6.767,76	-	

2.3 Descrizione sinistrosità ultimi 5 anni (ai sensi della Legge Gelli - Bianco art. 4 comma 3 Legge n. 17/2024) e risarcimenti erogati

Anno	Sinistri aperti	Sinistri liquidati	Risarcimenti erogati
2020	0	0	0.
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0
2024	0	0	0
Totale	0	0	0

2.4 Resoconto delle attività del PARM precedente

Il presente P.A.R.M., rappresenta il primo documento di Risk Management dell'Organizzazione. Non è possibile, quindi, rendicontare le attività di un precedente P.A.R.M.

3. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche figure che ne concorrono alla realizzazione:

-quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;

-quella della Direzione Amministrativa che s'impegna a fornire al Risk Manager e all'organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

Il Piano viene aggiornato annualmente (o in caso di eventi gravi) a cura del Risk Manager coinvolgendo, se necessario, i referenti/gli operatori della struttura e viene approvato dal Risk Manager medesimo e dal Direttore Amministrativo

Di seguito si analizzano le figure che concorrono a redigere ed attuare il Piano.

3.1 Il Risk Manager (o responsabile del rischio clinico)

Il Risk Manager in ambito sanitario è la figura professionale incaricata di individuare, analizzare, prevenire e gestire i rischi clinico-assistenziali, al fine di migliorare la sicurezza delle cure e ridurre il numero e la gravità degli eventi avversi.

Il Responsabile Rischio Clinico coincide con il Direttore Sanitario.

3.2 Obiettivo del Risk Manager

Garantire la sicurezza del paziente, degli operatori sanitari e dell'organizzazione, promuovendo una cultura del rischio consapevole e attenta alla prevenzione.

3.3 Principali compiti del Risk Manager

1. analisi dei rischi: valutazione e predisposizione di azioni per mitigarli (es. tramite eventi segnalati, audit clinici, indicatori)
2. gestione degli eventi avversi e near miss
3. elaborazione del PARM (Piano Annuale Risk Management)
5. formazione del personale sanitario su sicurezza e prevenzione
6. collaborazione con assicurazioni, legali e direzione amministrativa in caso di sinistri e contenziosi
7. monitoraggio e controllo dei processi clinici ad alto rischio (farmaci, infezioni correlate all'assistenza)
8. supporto all'adozione di protocolli e procedure sicure; predisposizione report.

Ai sensi del Decreto HERM 20638/23, il Risk Manager, ha funzioni di coordinamento e monitoraggio sui rischi così detti aziendali (Enterprise)

L'incarico di Responsabile Rischio Clinico viene assegnato, con relativa nomina, al Dott. Bordonaro Gianfranco.

3.4. Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo si coordina con il Risk Manager, partecipa al Gruppo di Rischio clinico con gli operatori per quanto di competenza e al Comitato di valutazione Sinistri al fine di mettere in atto tutte le azioni necessarie, anche a livello economico, per migliorare la gestione del rischio clinico.

3.5 Compiti principali del Direttore Amministrativo

1. partecipazione alla stesura del piano
2. valutazione dell'impatto economico
3. gestione amministrativa dei progetti di prevenzione
4. monitoraggio e controllo

(partecipa al monitoraggio periodico degli indicatori amministrativi e finanziari legati alla gestione del rischio)

5. gestione documentale
(supervisiona la corretta archiviazione e tracciabilità delle attività del PARM – es. protocolli, check-list, verbali)
6. formazione e comunicazione interna
(supporta la diffusione della cultura della sicurezza anche in ambito amministrativo)

3.6. Operatori Rischio Clinico

L'applicazione del Piano coinvolge tutti gli operatori che, con differenti ruoli (medici, infermieri, altro personale assistenziale e sanitario), operano nella struttura e che possono essere definiti genericamente come Operatori Rischio Clinico.

Ognuno di essi riporta gerarchicamente al responsabile del servizio/reparto a cui appartiene e funzionalmente al Direttore Amministrativo e/o Sanitario e ha la responsabilità di:

- ✓ mappatura dei processi a rischio
(es. terapia farmacologica, infezioni correlate all'assistenza, cadute, lesioni da pressione)
- ✓ audit clinici su eventi sentinella
(analisi delle cause fondamentali che hanno prodotto l'evento)

- ✓ predisposizione e aggiornamento di procedure operative standard
- ✓ diffusione di buone pratiche clinico-assistenziali e monitoraggio degli indicatori

4. GRUPPO DI GESTIONE RISCHIO CLINICO/QUALITA'

Accanto alla figura del Risk Manager è individuato un Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio, costituito dal Direttore Amministrativo della Struttura e dal Referente per la Qualità della Struttura.

4.1 Obiettivi principali

1. garantire la sicurezza del paziente attraverso la prevenzione degli eventi avversi
2. promuovere la qualità dei processi clinico assistenziali
3. monitorare l'efficacia delle azioni di miglioramento
4. rendere sistematica la cultura della sicurezza all'interno dell'organizzazione

4.2 Composizione gruppo gestione rischio clinico/qualità

- Risk Manager: Dr Bordonaro Gianfranco
- Direttore Amministrativo/L.R.: Zerba Grazia
- Responsabile Qualità: Michelangelo Foncellino
- Referente Infermieristico: Ferrarotto Tindara
- Referente personale assistenza: Tina Marilena

5.COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI

È stato, altresì, nominato il Comitato per la Valutazione dei sinistri assicurativi composto da: Direttore amministrativo/L.R., Direttore sanitario e un avvocato esperto in liquidazione dei sinistri.

Si tratta di un organismo collegiale, spesso multidisciplinare, che valuta le richieste di risarcimento pervenute in seguito a sinistri, con particolare attenzione a quelli di natura medica o derivanti da responsabilità civile. Il suo scopo principale è analizzare i sinistri, individuare le cause, valutare l'impatto economico e, ove possibile, proporre soluzioni stragiudiziali.

5.1 Funzioni principali del Comitato di Valutazione Sinistri:

- Analisi approfondita delle richieste di risarcimento, esaminando la documentazione sanitaria e le relazioni fornite.
- Identificazione delle cause:

Ricerca delle cause che hanno portato al sinistro, sia da un punto di vista organizzativo che tecnico-professionale.

- **Valutazione dell'impatto economico:**

Stima dei costi derivanti dal sinistro, inclusi quelli legati alla gestione del contenzioso e all'eventuale risarcimento.

- **Proposta di soluzioni stragiudiziali:**

Tentativo di risolvere il sinistro al di fuori del processo giudiziario, ove possibile, attraverso accordi amichevoli.

- **Prevenzione del rischio:**

Suggerimento di azioni correttive per evitare il ripetersi di situazioni simili in futuro.

- **Gestione del contenzioso:**

Collaborazione con le figure coinvolte nel contenzioso, inclusi gli avvocati e i consulenti legali.

5.2 Composizione del Comitato Sinistri

Il comitato multidisciplinare valutazione sinistri è così composto:

Risk Manager: Dr Bordonaro Gianfranco

Direttore Amministrativo/L.R.: Zerba Grazia

Avvocato: Dott.ssa Sarah Aragno

Per la gestione del rischio tutte le figure sopra descritte operano all'interno della struttura, nelle varie aree di competenza, mettendo in atto azioni e procedure finalizzate a:

1. Identificazione dei rischi:

Questa fase coinvolge l'identificazione dei potenziali rischi clinici che potrebbero compromettere la sicurezza dei pazienti o la qualità delle cure. Ciò può includere rischi legati a procedure mediche, somministrazione di farmaci, infezioni nosocomiali, cadute, errori di comunicazione o violazioni della privacy dei pazienti.

2. Valutazione del rischio:

Dopo aver identificato i rischi, è necessario valutarne l'entità e l'impatto potenziale sulla salute e sul benessere dei pazienti. Questa valutazione può essere condotta utilizzando metodologie quantitative o qualitative per determinare la probabilità di

occorrenza e le potenziali conseguenze dei rischi identificati.

3. *Pianificazione delle strategie di mitigazione:*

Sulla base dei risultati della valutazione del rischio, vengono sviluppate strategie e interventi per mitigare o gestire i rischi identificati. Ciò può includere la revisione delle procedure operative standard, l'implementazione di protocolli di sicurezza, la formazione del personale, l'uso di tecnologie innovative e la promozione di una cultura della sicurezza del paziente.

4. *Implementazione delle strategie di mitigazione:*

Le strategie di mitigazione vengono quindi implementate all'interno della struttura, coinvolgendo il personale. È importante garantire una comunicazione efficace e una collaborazione tra tutti gli attori coinvolti per garantire una corretta realizzazione delle strategie di mitigazione del rischio.

5. *Monitoraggio e revisione:*

Il processo di gestione del rischio clinico è continuo e richiede un monitoraggio costante delle pratiche e dei processi, nonché una revisione periodica delle strategie di mitigazione del rischio. Questo monitoraggio può essere supportato dalla raccolta e dall'analisi dei dati relativi agli eventi avversi o near miss (quasi evento), nonché dalla valutazione delle prestazioni e dei risultati clinici.

6. *Segnalazioni incidenti*

In caso di verificarsi di un evento avverso /sentinella o di un quasi evento si procede alla segnalazione di seguito descritta da parte di tutti gli operatori. Il riconoscimento dell'evento dannoso infatti è importante per procedere alla definizione di interventi sotto il profilo organizzativo per la revisione dei protocolli in uso e per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

6.PROCEDURA SEGNALAZIONE INCIDENTI

1. segnalazione

- o **Chi Segnala:** Tutti i membri del personale, inclusi medici, infermieri, operatori socio-sanitari e altri professionisti della salute.
- o **Come Segnalare:** Utilizzo di moduli di segnalazione cartacei o digitali. La segnalazione può essere anonima per incoraggiare la comunicazione aperta.
- o **Quando Segnalare:** Immediatamente dopo l'evento o il quasi incidente.

2. Raccolta dei Dati

- o **Informazioni Raccolte:** Dettagli dell'incidente, luogo, data, ora, persone coinvolte, descrizione dell'evento e azioni intraprese.
- o **Database:** I dati vengono inseriti in un database centralizzato per l'analisi e il monitoraggio continuo.

3. Analisi dei Dati

- o **Analisi delle tendenze:** Identificazione di modelli e tendenze ricorrenti.
- o **Analisi approfondita delle cause principali degli incidenti più gravi.**
- o **Feedback e Revisione:** Revisione dei risultati e feedback ai membri del personale.

L'analisi dei dati serve per implementare le Misure Preventive (vedi punti precedenti)

4. Adozione misure preventive

- o **Sviluppo di Protocolli:** Creazione o aggiornamento di protocolli basati sui risultati dell'analisi.
- o **Formazione del Personale:** Sessioni di formazione specifiche per prevenire il ripetersi degli incidenti.
- o **Monitoraggio Continuo:** Valutazione periodica dell'efficacia delle misure preventive implementate.

7. OBIETTIVI e ATTIVITA'

Nel recepire le linee Guida Regionali per l'elaborazione del PARM, si sono individuati i seguenti obiettivi strategici.

La attività del Risk Manager nel 2025 si delineerà nel monitoraggio progressivo dell'adozione delle raccomandazioni ministeriali che sono linee guida emanate per migliorare la sicurezza e la qualità delle cure.

Ogni raccomandazione affronta specifici aspetti della pratica clinica e della gestione dei pazienti con l'obiettivo di prevenire errori incidenti e danni.

Di seguito troviamo un elenco ragionato delle raccomandazioni di competenza della RSA come elencate e numerate dal Ministero e consultabili sul sito internet del ministero medesimo:

1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio

- Limitare l'uso, conservare separatamente, etichettare chiaramente, utilizzare pompe infusionali e doppia verifica per prevenire errori fatali nella somministrazione endovenosa.

2. Prevenzione del suicidio di paziente in Ospedale

- Identificare precocemente pazienti a rischio, monitorare ambienti, formare il personale, ridurre

accesso a mezzi lesivi, attivare supporto psicologico e piani di sicurezza.

3. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0

- Verificare correttamente gruppo sanguigno, etichettare campioni, doppio controllo prima della trasfusione, standardizzare i processi e formare il personale su procedure sicure.

4. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica

- Prevenzione con prescrizioni chiare, farmacovigilanza, doppia verifica, riconciliazione farmacologica, sistemi informatizzati e formazione per ridurre errori nei farmaci ad alto rischio.

5. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

- Monitorare situazioni a rischio, predisporre ambienti sicuri, formare il personale, segnalare gli eventi e attivare protocolli di intervento per tutelare gli operatori.

6. Prevenzione degli eventi avversi consequenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali

- Verifica tecnica regolare, formazione sull'uso sicuro, manutenzione programmata, controlli postintervento e gestione efficace delle segnalazioni per prevenire eventi clinici gravi

7. Morte o grave danno consequenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)

- Garantire idoneità dei mezzi, personale formato, monitoraggio continuo del paziente, comunicazioni efficaci e protocolli condivisi per evitare eventi critici durante i trasporti.

8. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci “Look-alike/sound-alike”

- Differenziare confezioni, etichettare chiaramente, conservare separati, formare il personale e adottare sistemi informatizzati per prevenire errori da somiglianza visiva o fonetica.

9. Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie

- Valutare il rischio, adottare ausili, monitorare ambienti, coinvolgere caregiver, formare il personale e segnalare eventi per ridurre le cadute e i danni associati.

10. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici

- Standardizzare prescrizione, allestimento e somministrazione, usare dispositivi sicuri, ambienti protetti e doppia verifica per evitare esposizione e somministrazioni errate.

11. Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica

- Verificare e confrontare regimi terapeutici all'ingresso, trasferimento e dimissione. Coinvolgere paziente, documentare tutto. Riduce omissioni, duplicazioni e interazioni pericolose.

12. Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia consequenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli

- Evitare abbreviazioni non standard, sigle ambigue o simboli confondenti. Usare termini completi e codificati nei documenti clinici per migliorare sicurezza e chiarezza.

13. Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide

- Evitare frantumazione o apertura capsule se non previsto. Verificare indicazioni, consultare il farmacista. Rischio di dosaggi errati o alterazione farmacologica.

Per il secondo semestre 2025 è già prevista un'attività di implementazione delle procedure di Prevenzione degli eventi avversi consequenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali che prevede

- Verifica dei dispositivi con manutenzione programmata
- la formazione sull'uso sicuro da parte degli operatori

Nella sua attività di monitoraggio il Risk dovrà sempre porre attenzione a:

Valorizzare la formazione e lo sviluppo del personale:

Assicurarsi che il personale riceva la formazione e il supporto necessari per svolgere il proprio lavoro in modo efficace e sicuro. Ciò include la formazione su pratiche cliniche, gestione dello stress e comunicazione efficace.

Promuovere la responsabilità e la responsabilità collettiva:

Incoraggiare il senso di responsabilità collettiva per il benessere dei pazienti e il funzionamento complessivo dell'organizzazione.

Affrontare le problematiche:

Identificare e affrontare le problematiche e i rischi potenziali prima che si trasformino in situazioni critiche. Ciò può richiedere la creazione di protocolli di sicurezza, la conduzione di revisioni periodiche delle pratiche e l'analisi delle cause profonde dei problemi.

Promuovere la trasparenza e responsabilità:

Assicurarsi che le decisioni e le azioni dell'organizzazione siano trasparenti e che ci sia un meccanismo chiaro per la rendicontabilità. Questo può contribuire a creare fiducia tra il personale e a prevenire sospetti o malintesi.

Riconoscere e celebrare i successi:

Riconoscere e celebrare i successi del personale nell'assicurare la sicurezza e il benessere dei pazienti. Questo può contribuire a rafforzare la fiducia degli operatori.

Nella messa in atto degli obiettivi è importante non sottovalutare:

La valutazione delle esigenze individuali:

È fondamentale condurre una valutazione completa delle capacità e delle esigenze di ogni paziente. Questo può includere valutazioni cognitive, valutazioni funzionali e considerazioni sulle preferenze personali e i valori del paziente.

Il coinvolgimento della famiglia e dei caregiver:

Laddove possibile, coinvolgere la famiglia e i caregiver nel processo decisionale può essere di grande aiuto. Possono fornire informazioni preziose sulle preferenze e le esigenze del paziente e collaborare con il personale sanitario per sviluppare piani di cura individualizzati.

Una comunicazione chiara e accessibile:

Comunicare in modo chiaro e accessibile è essenziale per i pazienti che hanno difficoltà con l'autodeterminazione. Utilizzare un linguaggio semplice, evitare il linguaggio medico e fornire informazioni in formati facilmente comprensibili può aiutare i pazienti a partecipare attivamente alle decisioni riguardanti la propria cura.

La promozione dell'autonomia limitata:

Anche se alcuni pazienti possono non essere in grado di prendere decisioni autonome, è importante promuovere l'autonomia limitata consentendo loro di fare scelte nei limiti delle loro capacità.

I valori etici:

Rispetto della dignità e dell'autonomia del paziente:

Equità e giustizia:

Integrità e responsabilità professionale:

Rispetto della privacy e confidenzialità.

8. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM

Al fine di garantire una corretta diffusione del presente PARM, esso verrà pubblicato sul sito internet della Struttura. Inoltre, al fine di ottenere una sempre maggiore condivisione dei contenuti del presente PARM, esso verrà proposto come oggetto di confronto, negli eventuali incontri formativi e/o informativi con il personale.

9. RIFERIMENTI NORMATIVI

Il presente PARM è stato redatto tenendo conto di:

- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “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;
- 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”
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208
- Decreto ministeriale (Ministero Salute) 12 dicembre 2022
- Raccomandazioni Ministero Salute (pubblicate sul sito)

Allegati:

1. Glossario
2. Modulo A