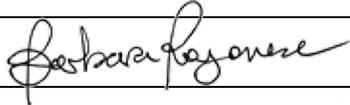
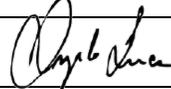


PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM)

Report Consuntivo 2024
Programma Obiettivi 2025

| DIRETTORE QUALITA' ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO-RISK MANAGER | DIRETTORE SANITARIO | DIRETTORE D'ISTITUTO |
|---|---|---|
| <i>DOTT.SSA BARBARA RAGONESE</i> | <i>DOTT.SSA CINZIA DI BENEDETTO</i> | <i>DOTT. ANGELO LUCA</i> |
|  |  |  |

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

31 MARZO 2025

INDICE

A1. Contesto organizzativo

A2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

A3. Descrizione della posizione assicurativa

A4. Resoconto delle attività del piano precedente

A5. Obiettivi ed attività per la gestione del rischio clinico

A5.1. Obiettivi

A5.2. Attività

A6. Modalità di diffusione del documento

A7. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi

A.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'ISMETT (Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione) è un centro di trapianti di organi solidi che gestisce pazienti affetti da insufficienze terminali d'organi vitali. Con decreto del 12 settembre 2014 firmato dal Ministro della Salute, ISMETT ha ottenuto il riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nella disciplina "Cura e ricerca delle insufficienze terminali d'organo". Nato dalla partnership internazionale fra la Regione Siciliana, attraverso l'ARNAS Civico di Palermo, e l'UPMC (University of Pittsburgh Medical Center), l'Istituto è un esempio di gestione sanitaria innovativa ed efficiente. La collaborazione col Centro medico dell'Università di Pittsburgh, leader nel settore dei trapianti, ha portato a Palermo esperienze e professionalità maturate in ospedali, centri di ricerca e università di riferimento internazionali.

L'ISMETT è il primo ospedale del Meridione ad aver ricevuto, per la prima volta nel 2009, l'accreditamento da parte della Joint Commission International (JCI), fra i più avanzati sistemi di accreditamento per valutare la qualità delle strutture sanitarie. L'accreditamento JCI è stato riconfermato a novembre 2024, e dimostra il continuo impegno dell'ISMETT per il miglioramento continuo delle performance sul fronte dei risultati clinici, dell'assistenza infermieristica, della gestione, dell'accoglienza, dell'umanizzazione e dei programmi di formazione. Sempre nel 2024, l'Ospedale ha ottenuto il rinnovo della certificazione con la norma ISO 9001:2015 per i sistemi di gestione della qualità dei servizi diagnostici e terapeutici della Radiologia, Endoscopia, Dialisi, Emodinamica, Anatomia Patologica, il Laboratorio di Microbiologia e Patologia Clinica e il Servizio di Farmacia. Anche le Attività Formative di ISMETT sono inoltre certificate dal 2009 secondo la norma ISO 9001:2015. Inoltre, il Sistema di Gestione della Sicurezza e dell'Ambiente dell'ospedale è stato ri-certificato secondo le norme ISO 14001 e ISO 45001.

Ai sensi del DA. 23 dicembre 2009 concernente la "istituzione del flusso informativo SIMES e l'individuazione dei referenti aziendali per il rischio clinico", ogni azienda sanitaria del SSR è tenuta a predisporre ed attuare il piano annuale per la gestione del rischio clinico e a relazionare sul raggiungimento degli obiettivi fissati con cadenza annuale. Tale obbligo viene oggi richiamato ed integrato dall'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 esercenti le professioni sanitarie" che prevede che le aziende sanitarie pubblichino una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause identificate e sulle iniziative messe in atto.

Le tabelle che seguono riportano i dati strutturali e delle attività di sintesi riferite al periodo gennaio – dicembre 2024:

Tabella 1- dati strutturali 2024

DATI STRUTTURALI

| | |
|---------------------------------|--------------------|
| POSTI LETTO AUTORIZZATI | 107 |
| POSTI LETTO OCCUPATI MEDIAMENTE | 90 |
| P.L SALA RISVEGLIO | 10 |
| P.L. TERAPIA INTENSIVA | 20 |
| N. BLOCCHI OPERATORI | 1 |
| N. SALE OPERATORIE | 4+1 Sala Ibrida |
| STUDI AMBULATORIALI | 18 + Sala Prelievi |

Tabella 2- dati di attività 2024

DATI DI ATTIVITA'

| | |
|------------------------------|--------------|
| RICOVERI ORDINARI | 3434 |
| ACCESSI AMBULATORIALI | 38041 |
| INTERVENTI CHIRURGICI | 1834 |
| TRAPIANTI | 276 |
| DEGENZA MEDIA | 9,1 |

(Periodo di riferimento: gennaio – dicembre 2024. Fonte dati: SDO/Controllo di gestione)

Gli strumenti utilizzati per promuovere il Governo Clinico in ISMETT comprendono la valutazione sistematica degli indicatori di processo e di esito raccolti attraverso i sistemi informativi, quali la cartella clinica elettronica, la predisposizione di protocolli clinici basati sulle prove di efficacia, la formazione continua e il programma di miglioramento della qualità e gestione del rischio clinico. I comitati del Programma Qualità e Rischio Clinico sono:

1. Comitato Quality and Patient Safety:

Assicura il mantenimento di elevati standard qualitativi e di sicurezza nei processi di cura e promuovere 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, e 4) il riesame periodico del Sistema Gestione Qualità presenti in azienda (JCI e ISO).

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 Patient Experience: Valuta i risultati del programma di monitoraggio dell'Esperienza del paziente al fine di identificare azioni di miglioramento

5. Comitato Controllo delle Infezioni Correlate all'Asistenza (CICA)

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. Comitato Hand Hygiene: Gestisce l'implementazione della strategia multimodale sviluppata dall'OMS per migliorare l'aderenza alla corretta igiene delle mani

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. Comitato Compliance JCI

Valuta e assicurare la conformità di reparti e servizi agli standard di qualità previsti dal Manuale JCI utilizzando la "tracer methodology" che si svolge sul campo (nei reparti/servizi) e si compone essenzialmente di tre fasi: valutazione della documentazione clinica del paziente, interviste al personale ed osservazione di pratiche e comportamenti.

12. Comitato Buon Uso del Sangue

Approvano 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.

13. Comitato Compliance ISO 9001

Valuta e assicura il mantenimento della conformità al Sistema di Gestione della Qualità dei Servizi certificati secondo la norma ISO 9001:2015.

A.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 dell'Istituto Mediterraneo Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione IRCCS è attivo un programma per le segnalazioni di eventi che potrebbero causare errore, errori che avvengono ma non raggiungono il paziente (*nearmiss*), eventi avversi con danno temporaneo ed eventi sentinella.

Secondo la procedura aziendale adottata in ISMETT dal 2004, tutti gli operatori coinvolti o a conoscenza di un accadimento che ha causato danno, o ne aveva la potenzialità, nei riguardi dei pazienti, visitatori od operatore, ovvero ogni evento che potrebbe dar luogo a contenzioso sono tenuti a segnalare l'evento tramite la scheda di segnalazione eventi informatizzata, accessibile da qualunque pc dell'Istituto. Tutti i neo assunti ricevono formazione sul programma di segnalazione degli eventi avversi e Root Cause Analysis e periodicamente, vengono organizzati eventi formativi per tutto il personale sanitario.

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 l'implementazione di tutti i correttivi necessari per migliorare il sistema organizzativo e gestionale e garantire sicurezza e comfort delle cure.

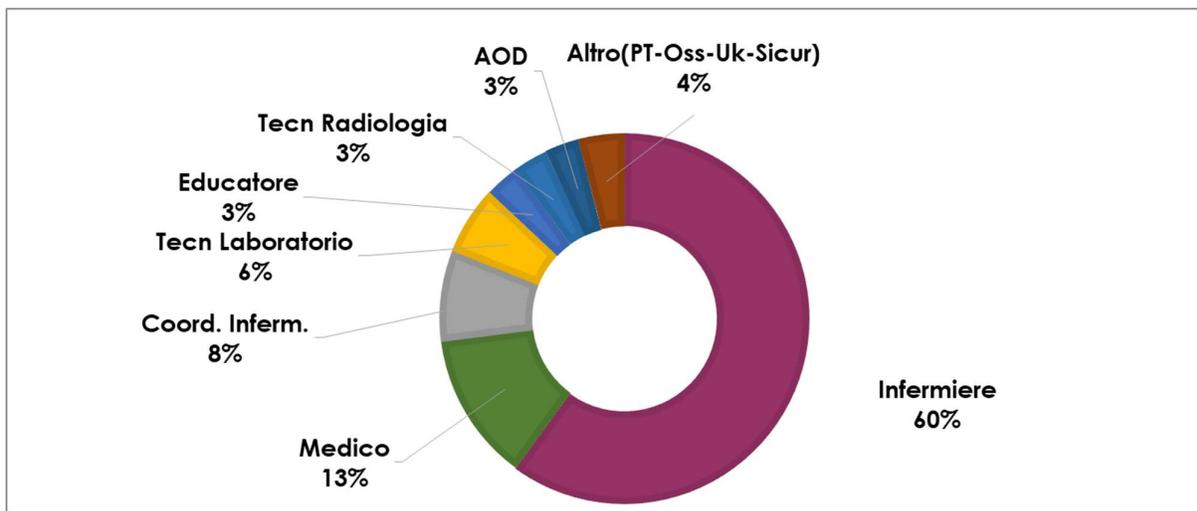
Tutti gli eventi segnalati sono analizzati in forma preliminare e portati in discussione al Comitato per la Revisione degli Eventi, gruppo multidisciplinare, che si riunisce su base Quindicinale, Durante la discussione vengono analizzate le cause dell'accadimento e proposte azioni per mitigare la possibilità del ripetersi, viene definita la gravità dell'evento e nominati i responsabili che porteranno a termine le proposte avanzate di miglioramento. Su base trimestrale viene eseguito un follow up dello stato delle azioni.

Tabella 3: Flusso delle segnalazioni



La categoria professionale che maggiormente ha segnalato gli eventi è rappresentata dagli infermieri (60 %) seguita dai Medici (13%), altre figure professionali cliniche (Coordinatori Infermieristici (8%), Personale Tecnico di Laboratorio e Radiologia (9%), Educatori, AOD (3%), altre figure cliniche (PT, OSS) e non cliniche e figure non cliniche (UK, Sicurezza) per il restante 4%)

Tabella 4: distribuzione aree interessate alla segnalazione eventi



Nel periodo compreso tra il 1 gennaio e il 31 dicembre 2024 sono stati segnalati 89 eventi, 5 dei quali hanno causato un danno al paziente.

Tabella 5: sistema categorizzazione livello gravità

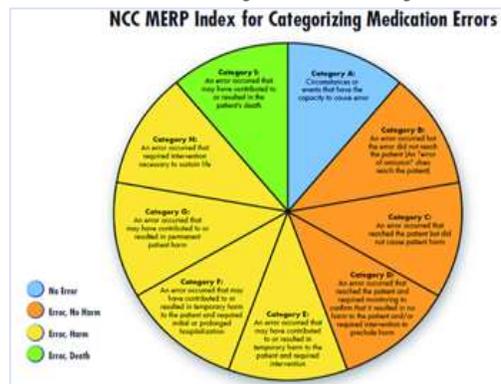


Tabella 6: n. eventi con livelli di errore secondo classificazione NCC MERP,



CONDIZIONE PERICOLOSA: situazione che aumenta la probabilità di evento avverso

NEAR MISS: evento che non ha raggiunto il paziente (Good Catch)

EVENTO SENZA DANNO: evento che ha raggiunto il paziente ma non ha arrecato danno

EVENTO CON DANNO: evento che ha raggiunto il paziente ed ha arrecato danno

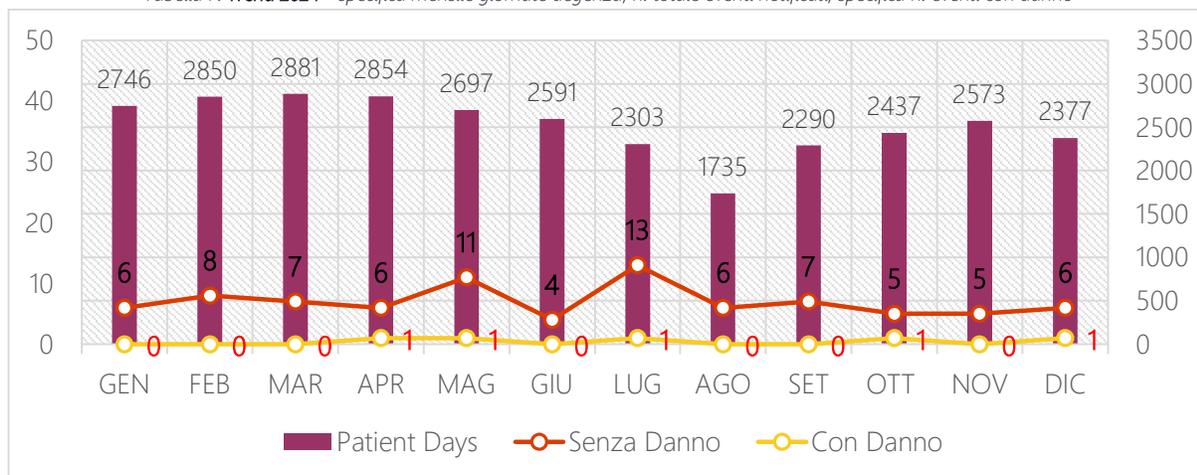
EVENTO SENTINELLA: evento che colpisce il paziente risultando in:

Morte

Danno permanente

Grave danno temporaneo

Tabella 7: Trend 2024 - specifica mensile giornate degenza, n. totale eventi notificati, specifica n. eventi con danno



Il numero degli eventi segnalati rispetto al 2023 è diminuito: **#89** Eventi segnalati nel 2024 versus **#149** Eventi segnalati nel 2023.

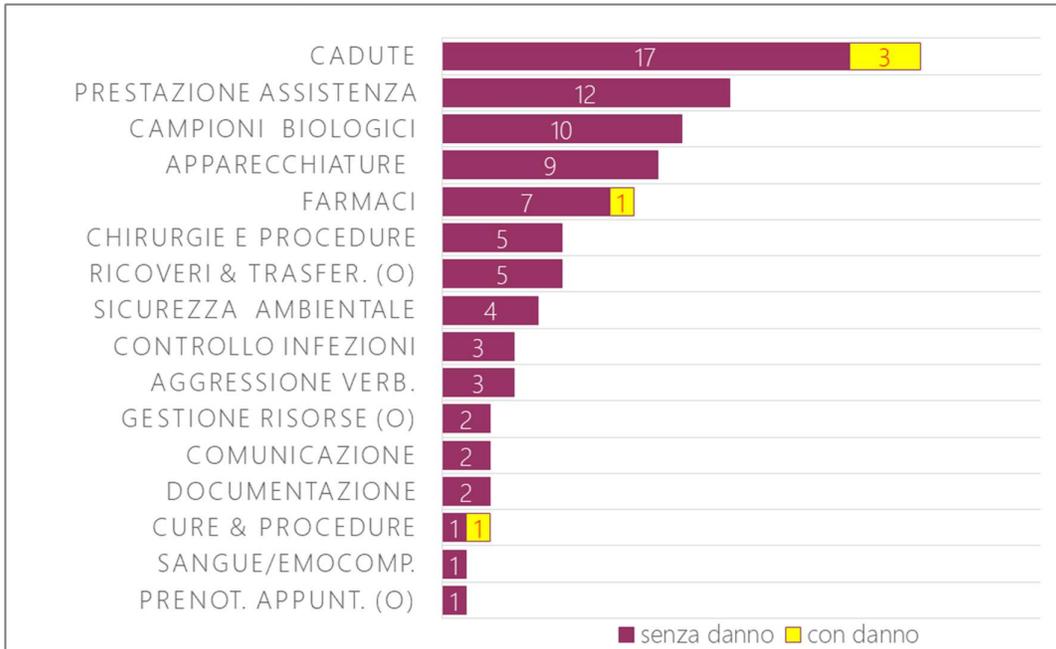
Il tasso di incidenza dei 5 eventi avversi sul totale di giornate di degenza del 2024 (30334) è 0.16%, inferiore al valore del 2023 che era 0.41%.

Per l'evento con grave danno temporaneo NCC MERP Level G è stata condotta una **Root Cause Analysis** secondo i tempi organizzativi e di completamento dettate dal Ministero della Salute. Si segnala che non è stato possibile inserire l'analisi sul SIMES a causa di un malfunzionamento del sistema, segnalato al servizio assistenza ministeriale. Al momento si è in attesa di ricevere le nuove credenziali d'accesso.

Il Piano d'azione, redatto in accordo alle riunioni preliminari e decisioni definite durante l'incontro plenario, a cura del Facilitatore dell'analisi, è stato Verificato dal Direttore Qualità/Risk Manager e dal Direttore Sanitario e approvato dal Direttore Clinico. Inoltre Il Piano di miglioramento è stato sottoposto a verifica dei progressi del piano di attività definito e valutazione l'efficacia il 15 Settembre 2024.

Gli Eventi segnalati durante il 2024 hanno riguardato le seguenti categorie:

Tabella 8: categorie degli eventi segnalati raggruppati: senza danno al paziente, con danno al paziente



Tra gli eventi notificati in numero maggiore:

- Cadute (22%), che in accordo al *Nursing Sensitive Indicators*, sono state classificate: # 3 con danno minore, e il numero superiore senza danno; Per il 2024 si rileva un trend delle segnalazioni relative alle cadute in diminuzione (25 eventi caduta segnalati nel 2023 versus 20 cadute nel 2024) con una diminuzione del rate di caduta con danno: 0.09‰ del 2024 versus l'1.17‰ del 2023.

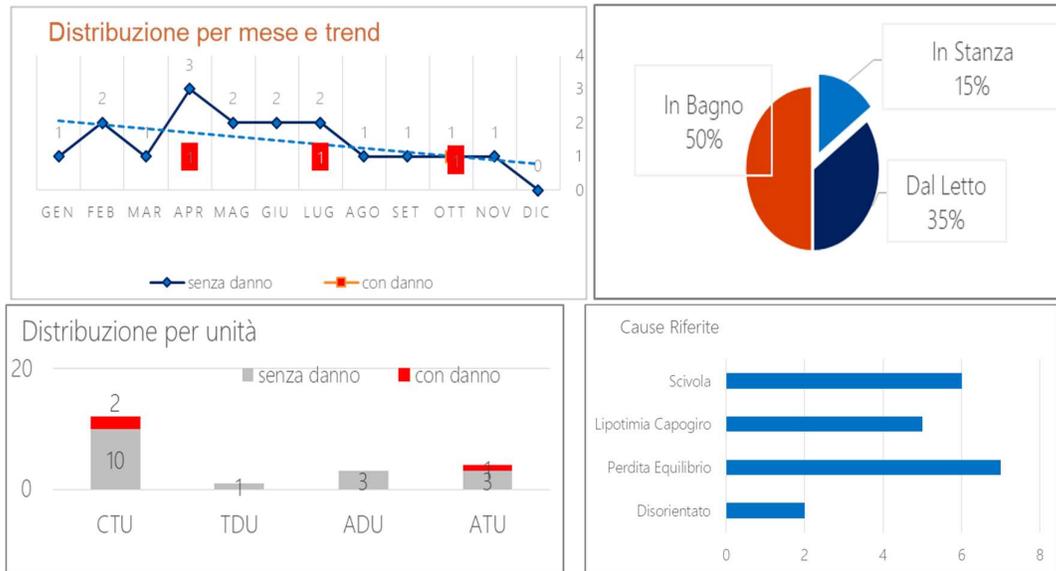
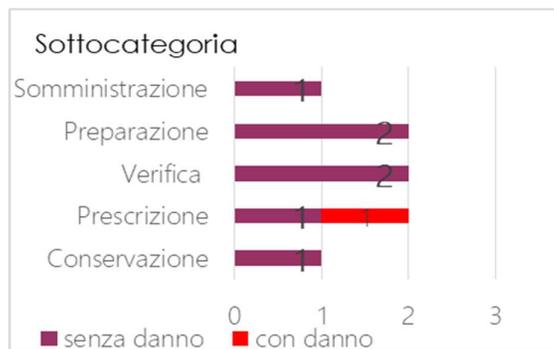


Tabella 9: grafici di analisi cadute 2024

- Errori relativi a Farmaci (9%) sono relativi a N. 8 eventi segnalati: #7 classificati senza danno e # 1 con danno temporaneo (↓Wbc per prescrizione errata frequenza anticorpo monoclonale).

Gli eventi segnalati hanno interessato le seguenti fasi del processo e alcuni di essi hanno interessato farmaci ad alto rischio

Tabella 10: grafici di analisi eventi relativi a farmaci 2024



| FARMACO INTERESSATO | PROCESSO | EVENTO |
|--------------------------------------|------------------|---|
| AGGREGANTE PIASTRINICO Cangrelor | PREPARAZIONE | Errata Diluizione |
| NARCOTICI OPPIOIDI Morfina | | Etichettatura non completa |
| AGONISTA ADRENERGICO Dobutamina | PRESCRIZIONE | Mancata documentazione prescrizione in or |
| ANTICORPO MONOCLONALE Basiliximab | PRESCRIZIONE | Errata prescrizione (frequenza di somministrazione) |
| ANTITROMBINICO ATIII | RITARDO VERIFICA | Ritardo verifica notturna |
| ELETTROLITI KCL 20meq premixed | | ritardo somministrazione |
| ANSIOLITICO Alprozolam | SOMMINISTRAZIONE | Somministrazione a paziente errato |
| Soluzioni Fisiologiche | CONSERVAZIONE | Frigo guasto |

Tutti gli eventi segnalati sono stati sottoposti ad analisi preliminare, a cura dei Responsabili Medici e Infermieristici delle Unità/Servizi interessati, e discussi in seduta plenaria durante le riunioni periodiche del Comitato per l'analisi degli Incident Report, che si è riunito su base quindicinale.

Tabella 11- dati relativi alle segnalazioni di Incident report (Gennaio – Dicembre 2024. Fonte: Risk Manager)

| TIPO DI EVENTO | N (%) | % DI CADUTE ALL'INTERNO DELLA CATEGORIA DI EVENTO | PRINCIPALI FATTORI CONTRIBUENTI | AZIONI DI MIGLIORAMENTO | FONTE DEL DATO |
|---|---------------------|---|---|---|------------------------------------|
| Condizioni di Pericolo (A) | 18(20%) | 0 | LEGATI AL PAZIENTE (25%) TECNOLOGICI (20%) SISTEMI SICUREZZA (21%) COMUNICAZIONE (16%) ORGANIZZATIVI (10%) CONOSCENZA (6%) PROCEDURE (2%) | COMUNICAZIONE (51%) TECNOLOGICHE (37%) ORGANIZZATIVE (6%) FORMATIVE (4%) PROCEDURE (2%) | <i>Sistemi di Reporting (100%)</i> |
| Near miss (B) | 4 (4.5%) | 0 | | | |
| Evento senza danno (C-D) | 62 (70%) | 17 (19%) | | | |
| Evento con danno temporaneo (E) | 4 (4.5%) | 3 (3.3%) | | | |
| Evento con danno serio (F) | 0 | 0 | | | |
| Evento con danno permanente/Evento sentinella (G-H-I) | 1 (1%) (Con RCA) | 0 | | | |

SINTESI DELLE PRINCIPALI AZIONI MIGLIORATIVE MESSE IN ATTO

COMUNICAZIONE e PROCEDURE

- Sviluppo di Istruzioni Operative per l'ingresso in reparto del personale clericale e l'approccio corretto per garantire la sicurezza dell'assistenza al paziente ed il controllo delle infezioni
- Revisione della politica e degli allegati che regolano il trasferimento esterno dei pazienti, con riguardo al trasporto in ambulanza, con accompagnatore.
- Sviluppo di Istruzioni Operative e materiale informativo per il sicuro trasferimento di paziente portatore di PM che deve eseguire RMN
- Condivisione degli eventi durante staff meeting e incontri qualità

FORMATIVE

- Inservice formativo relativo a:
 - Aspetti medico legali di documentazione su cartella clinica elettronica
 - Corretta Etichettatura dei farmaci preparati nei reparti e servizi – revisione delle best practice
- Corso Teorico Pratico gestione paziente insufficienza respiratoria acuta (Gestione ventilazione invasiva e non invasiva)
- Sviluppo checklist a supporto del Tutor per la valutazione competenze degli Studenti in formazione che eseguono il tirocinio presso i reparti
- Incontro formativo su programma di pianificazione/ordinazione pasti che integra l'introduzione identificativo pasto

TECNOLOGICHE

- Interventi del Facility Department: ufficio Tecnico e Biomedicale presso le sale operatorie
- Interventi dell'Information technology relativo a
 - Modifiche/integrazioni sui sistemi informativi di accettazione dei pazienti per una immediata visualizzazione Di pazienti da considerare in isolamento
 - Visione presso i servizi di pazienti che necessitano procedure diagnostiche urgenti non programmate da Eseguire in estemporanea

ORGANIZZATIVI

- Incontri per valutazione processi di Verifica Notturna con metodica supportata da Cartella clinica Integrata

Per favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori delle strutture, durante la settimana internazionale del Patient Security Awareness celebrata a Marzo 2024 e durante il Patient Safety Day celebrato nel mese di Settembre 2024, sono stati celebrati i *Good Catch*: segnalazioni di eventi, che hanno permesso la realizzazione di azioni migliorative relative ad aspetti di sicurezza delle prestazioni e delle cure.

Tabella 11- Good Catch Marzo e Settembre 2024 Fonte: Risk Manager)

| EVENTO | AZIONE MIGLIORATIVA |
|--|--|
| FARMACI: Prescrizione errata di Basiliximab < <8ogni giorno versus singola somministrazione) | Apportata modifica sul documento di prescrizione di entrambe le cartelle elettroniche (sunrise ed Ellipse) al fine di garantire la corretta prescrizione del farmaco (Frequenza: una volta – e se in forma iniettabile E.V.) La frequenza dell'ordine di basiliximab sia quello da 20mg che quello da 10 mg già programmata come una volta e rimane non editabile. Per entrambe potrà essere modificata la dose ma non la frequenza. |
| FARMACI: Nel Bin di reparto dedicato all'Oncologia per un paziente ammesso in Day Service, troviamo farmaci non prescritti. Il sistema di dose unitaria ha continuato a fornire dosi unitarie di farmaci per le ore successive alla dimissione del paziente da un precedente ricovero in CTU | Effettuate modifiche sulla nuova cartella elettronica per interrompere sempre ed immediatamente la produzione della terapia alla dimissione del paziente L'Information Technologies (IT) ha richiesto alla ditta fornitrice del sistema di dose unitaria un riallineamento, disattivando tutte le terapie obsolete. La notifica che ha permesso questi interventi ha eliminato il rischio di accidentale errore terapeutico al paziente e collaborato alla diminuzione dei costi produzione farmaco |
| FARMACI: Presso il reparto di Oncologia medica durante l'infusione di un farmaco chemioterapico l'infermiere si accorge che il connettore CSTD, collegato al lume del PICC line del paziente, è disconnesso, causando la fuoriuscita del farmaco sul pavimento. Il farmaco non è entrato in contatto con il paziente o con gli operatori sanitari presenti | Applicata immediatamente la procedura anti spandimento del farmaco antitumorale (Gemcitabina, classificato in base al potenziale di tossicità locale, farmaco neutrale). Per evitare recidive, sono stati ampliati i sistemi di controllo con un check di valutazione documentata su cartella clinica dello stato di corretto funzionamento del connettore utilizzato. |
| SANGUE ED EMOCOMPONENTI La lettura originaria del codice di un braccialetto Gricode non avviene correttamente, il codice viene letto dal sistema di lettura ottica come vuoto e successivamente, durante il confronto del braccialetto e delle unità di emazie concentrate, il codice di identificazione risulta come assegnato ad un altro paziente. L'errore ha richiesto ulteriori controlli e comportato ritardo nell'avvio di un intervento complesso per cui gli emocomponenti erano richiesti. Occorre infatti eseguire dei nuovi prelievi necessari alla banca del sangue per assegnare le nuove emazie concentrate con un nuovo Gricode. | Information Technologies (IT) agisce sul sistema Gricode che viene integrato di allerte per evidenziare che il codice Gricode venga letto come "vuoto", verrà inviato un messaggio di errore per permettere un primo controllo. Un secondo sistema di controllo si attiverà per verificare che lo stesso codice non venga attribuito ad un altro paziente. |
| EVENTO | AZIONE MIGLIORATIVA |
| APPARECCHIATURE E STRUMENTI In considerazione dell'importanza che la corretta somministrazione di farmaco ha per la sicurezza delle cure ai pazienti. Viene ritenuta una opportunità di miglioramento legata all'appropriata compatibilità delle nuove Siringhe Cares, utilizzate per la somministrazione (a paziente adulto e pediatrico) di farmaci e.v. come vasopressori e/antibiotici con i sistemi di pompa infusioni in uso. | Viene eseguita una veloce indagine di compatibilità delle nuove siringhe con i sistemi di pompe infusioni in uso – si notifica la necessità di adeguare e standardizzare la lista siringhe presenti nei menu delle pompe di infusione. Il corretto settaggio della siringa è necessario perché la pompa di infusione esegua una corretta infusione del farmaco. In attesa di queste modifiche che richiedono dei tempi di risoluzione a medio termine, in concerto con la ditta fornitrice della pompa siringa, si identifica nella lista presente la tipologia che sia meglio compatibile con le nuove siringhe acquistate e si sollecita l'acquisto di siringhe compatibili. Si informa il personale sanitario sulla problematica e necessaria attenzione al corretto settaggio della siringa su pompa |
| 8 Set 2024 - PRESTAZIONE ASSISTENZIALE - No Harm Relativo ad aspetti di sicurezza della risposta in emergenza: Richiesta allerta per una emergenza in paziente pediatrico. L'infermiera, che deve iniziare la catena di chiamata interna per intervento del Medical Emergency Team (MET), esegue la chiamata da una centralina telefonica, che è diversa dai telefoni abilitati a tale scopo. Fattore contribuyente è stato che sul telefono utilizzato era presente l'etichetta che identifica i telefoni abilitati per le chiamate interne. L'uso di un telefono non abilitato per le chiamate interne non raggiunge il centralino, che diffonde l'allerta per l'intervento del MET tramite interfono. Il paziente viene tuttavia prontamente supportato e stabilizzato dall'infermiera pediatrica presente. | Viene rimossa etichetta fuorviante (con scritta "118") presente su centralina telefonica per esterno per esterno Sul telefono viene posta etichetta con specifica "non utilizzare per chiamate emergenza interne". Visual cue in prossimità dei telefoni abilitati con la visualizzazione degli step e della comunicazione necessaria alla chiamata. Reminds informativo a tutto il personale circa i telefoni abilitati alla chiamata interna per la risposta MET e la segnaletica di riferimento |

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

| Anno | No. Sinistri aperti | No. Sinistri liquidati | Risarcimenti erogati |
|------|---------------------|------------------------|----------------------|
|------|---------------------|------------------------|----------------------|

| | | | |
|------|--------|---|----------------|
| 2019 | 22 | 8 | 1.094.500,00 € |
| 2020 | 25 | 2 | 184.000,00 € |
| 2021 | 6 (+5) | 6 | 649.739,47 € |
| 2022 | 2 (+4) | 4 | 532.324,28 € |
| 2023 | 7 | 3 | 865.561,60 € |
| 2024 | 7 | 7 | 963.097,44 € |

A.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

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

Tabella 14 –posizione assicurativa (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017) - Fonte Ufficio Legale

| Anno | Scadenza polizza | Compagnia | Premio annuo (lordo) | SIR (Franchigia) | Broker |
|-----------|---------------------|--------------------|----------------------|-------------------------------|---------|
| 2019-2020 | 31/12/2020 | Amtrust Europe Ltd | 1.445.000,00€ | 250.000,00€ | AON Spa |
| 2020-2021 | Estensione biennale | Amtrust Europe Ltd | 1.467.872,59€ | 250.000,00€ | AON Spa |
| 2021-2022 | 31/12/2022 | Amtrust Europe Ltd | 1.467.872,59€ | 250.000,00€ | AON Spa |
| 2022-2023 | 31/12/2023 | Amtrust Europe Ltd | 1.467.872,59€ | 250.000,00€ | AON Spa |
| 2023-2024 | 31/12/2026 | Amtrust Europe Ltd | 1.739.561,265€ | SIR Aggregata Annuo per 1 MLN | AON Spa |
| 2024-2025 | 31/12/2026 | Amtrust Europe Ltd | 1.739.561,265€ (*) | SIR Aggregata Annuo per 1 MLN | AON Spa |

Note sulle tabelle 13 e 14:

- Nel numero dei sinistri sono contenute posizioni RC non medmal, collegate all'attività sanitaria (es. smarrimento protesi, cadute, etc);
- Nel numero dei sinistri liquidati non ci sono i sinistri giudiziali vinti e quindi conclusi senza aver corrisposto nulla a controparte. Ci sono, invece i sinistri liquidati in quell'anno (quindi, more solito, data pagamento 2024, anche se posizione sorte in anno precedente);
- L'importo dei liquidati è al lordo delle clausole di polizza (SIR/FR). L'importo netto è, invece, € 412.879,00;
- Per quanto riguarda le caratteristiche della polizza, ho (ri)aggiunto una nota a chiarimento del nuovo prodotto acquistato da UPMC Italy a tutela di tutti i centri gestiti (tra cui ISMETT)

A.4 RESOCONTO ATTIVITA' 2024

Tabella 15 –Resoconto delle attività del Piano 2024

| A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE | | |
|--|------------|---|
| ATTIVITA' 1 - Condivisione degli eventi segnalati e Root Cause Analisi del 2024 | | |
| INDICATORE: % rappresentativo della conoscenza del personale intervistato durante auditing interni | | |
| STANDARD: 95% | | |
| FONTE: Incident Report Review | | |
| ATTIVITA' | REALIZZATA | STATO ATTUAZIONE |
| Incontri multidisciplinari quindicinali con leadership del personale clinico (presente al comitato Incident report Review) per la diffusione degli eventi notificati, delle gravità maggiori e dei principali interventi | SI | Sono stati completati 17 incontri di discussione e 1 incontro di follow up su azioni di miglioramento definite per la valutazione dello stato di attuazione. Tutti gli 89 eventi segnalati sono stati portati in discussione. |
| Partecipazione agli incontri mensili di Staff delle diverse unità per la condivisione di eventi avversi e/o eventi sentinella. | SI | La partecipazione del personale convocato per la discussione dell'evento e la partecipazione al suggerimento di azioni di miglioramento è stato mantenuto |
| Comunicazione con Spot Light per eventi di maggiore rilievo | SI | Anche in Previsione dell'Accreditamento JCI, diffusione di materiale relativo a Standard relativi alla sicurezza del paziente (IPSG) |
| Intervista del personale durante audit interni per gli aspetti relativi alla conoscenza di eventi e processi. | SI | 95% Eseguite audit preparatori alla Survey JCI Novembre 2024. Le audit hanno avuto anche scopo di reminds formativo su eventuali |

| | | |
|--|--|---|
| | | carenze formative relativi ad aspetti di sicurezza, in accordo alle politiche interne |
|--|--|---|

| ATTIVITA' 2 - Organizzazione di eventi per istaurare una maggiore cultura della sicurezza durante le giornate del Patient Safety Week del 2024 | | |
|---|------------|---|
| INDICATORE: % coinvolgimento del personale durante la settimana del Patient Safety prevista per il 2024 | | |
| STANDARD: SI | | |
| FONTE: RISK MANAGER | | |
| ATTIVITA' | REALIZZATA | STATO ATTUAZIONE |
| Individuazione tematiche | SI | Patient Safety Week 2024 – 11-19 Marzo – Esito questionario Culture of Safety 2023 discussioni aperte sulle tematiche che hanno riportato punteggi minori. Premiazione Good Cath. Patient Safety Day 17 Settembre campagna (OMS) “get it right, make it Safe” – Premiazione Good Cath – Campagna “Wear Orange” con foto e diffusione su New letter a testimonianza dell’impegno fornito nelle cure sicure e di qualità |
| Definizione materiale | SI | Presentazioni e Poster |
| Partecipazione all’evento | SI | 95% Condivisione con tutto il personale delle diverse unità e Servizi dell’esito questionario Culture of Safety |

| ATTIVITA' 3 – Condivisione dei risultati di rilevazione del Patient Experience | | |
|---|------------|--|
| INDICATORE: % di patient experience (Top Box) rilevata sui pazienti dimessi, da ricovero ordinario o dai servizi, | | |
| STANDARD: SI | | |
| FONTE: RISK MANAGER | | |
| ATTIVITA' | REALIZZATA | STATO ATTUAZIONE |
| Rilevazione dati questionario inviato alla dimissione del paziente | SI | Pt Experience Inpatient Top/Box Score %“CAHPS RATE 0-10 previous Year 86.8% Target 88% Percentile rank 90.3% |
| Condivisione dati e strategie di miglioramento | SI | Incontri Comitato Patient Experience ISMETT regolarmente svolti |

B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA

| ATTIVITA' 1 – Continua Programma WHO Hand Hygiene | | |
|---|------------|------------------|
| INDICATORE: % di compliance mensile | | |
| STANDARD: ≥ 90 | | |
| FONTE: RISK MANAGER | | |
| ATTIVITA' | REALIZZATA | STATO ATTUAZIONE |
| Mantenimento gruppo che conduce le osservazioni mensilmente | SI | |
| Aggregazione dati | SI | |
| Incontri mensili comitato HH | SI | |
| Implementazione azioni migliorative in accordo con il “CIO” | SI | |

| ATTIVITÀ 2 – Condivisione delle principali ICA individuate con gli operatori sanitari | | |
|--|------------|--|
| INDICATORE: % Feedback semestrale a tutti gli operatori sanitari | | |
| STANDARD: SI | | |
| FONTE: CCICA | | |
| ATTIVITA' | REALIZZATA | STATO ATTUAZIONE |
| Rilevazione dati | SI | Dashborad redatta a cura dell’ufficio Qualità |
| Validazione dati | SI | A cura del servizio di controllo delle Infezioni |
| Condivisione dati e strategie di miglioramento | SI | Condivisione Dati (TCQPS e Coffe Break) |

| ATTIVITA' 3 - Conduzione di Audit JCI Tracer Methodology in struttura | | |
|--|------------|------------------|
| INDICATORE: n. 2 audit condotta per 2024 | | |
| STANDARD: Compliance >85% | | |
| FONTE: RISK MANAGER | | |
| ATTIVITA' | REALIZZATA | STATO ATTUAZIONE |

| | | |
|--|----|---|
| Istituzione gruppo responsabile di condurre le sopralluoghi e verifiche JCI nei reparti | SI | |
| Predisposizione checklist | SI | |
| Predisposizione calendario verifiche | SI | |
| Esecuzione delle verifiche secondo calendario | SI | Tracer Interno 15-17 Aprile 2024 Tracer Network JCI svolgerà 3 e 4 ottobre |
| Organizzazione Incontri formativi per tutto il personale per la restituzione dei dati delle verifiche e dei necessario correttivi da intraprendere | SI | Incontri formativi specifici per IPSG, MRR e Documentazione Incontri regolari Preparazione JCI |

C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI DELLE STRUTTURE

| | | |
|---|-------------------|-------------------------------|
| ATTIVITA' 1 – Continuare programma riconoscimento dei Good Catch | | |
| INDICATORE: % Percentuale di segnalazione | | |
| STANDARD: ≥4% | | |
| FONTE: RISK MANAGER | | |
| ATTIVITA' | REALIZZATA | STATO ATTUAZIONE |
| Revisione semestrale degli eventi segnalati | SI | |
| Riconoscimento delle attività di segnalazioni che hanno condotto ad azioni di miglioramento per mitigare il ripetersi dello stesso evento | SI | Certificazione dei Good Catch |

Tra i principali risultati conseguiti nel corso del 2024 si segnala la conferma dell'accreditamento con **Joint Commission International**, ottenuto dall'ISMETT per la sesta volta.

La survey, condotta da tre surveyors (un medico, un infermiere ed un amministrativo), si è svolta tra il 18 e il 22 Novembre, in 5 giornate, durante le quali gli auditor hanno valutato tutti gli aspetti correlati agli standard JCI: la corretta compilazione della cartella clinica, l'osservanza delle norme di igiene e di prevenzione delle infezioni, il corretto coordinamento dei servizi, il rispetto dei diritti dei pazienti, tra cui quello alla privacy e all'informazione, l'efficacia dei processi di comunicazione, l'applicazione delle procedure, la gestione del personale e dei programmi formativi, le strategie implementate dalla Leadership per garantire il miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente, la gestione degli eventi avversi, nonché lo stato della struttura e del sistema di gestione per la sicurezza dei lavoratori.

La verifica è stata espletata attraverso visite ai reparti, interviste al personale, l'esame della documentazione, l'osservazione delle pratiche e diversi incontri di gruppo su tematiche trasversali.

La survey si è conclusa con esito favorevole, a dimostrazione del continuo impegno di ISMETT per la prevenzione del rischio e il miglioramento continuo delle performance sul fronte dei risultati clinici, dell'assistenza infermieristica, delle attività gestionali, dell'accoglienza, della centralità del paziente e dei programmi formativi e di sviluppo delle competenze del personale.

A5. OBIETTIVI E ATTIVITA' 2025

A.5.1 OBIETTIVI

Gli obiettivi per il 2025 definiti dall'ISMETT- IRCCS sono in linea con gli obiettivi strategici A, B e C sotto riportati:

- 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.

A.5.2 ATTIVITA'

Relativamente all'obiettivo **A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure** nel corso del 2025 saranno intraprese le seguenti attività, alcune delle quali già avviate, declinate nelle tabelle sotto riportate:

A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

| ATTIVITA' 1 – Condivisione degli eventi segnalati e Root Cause Analisi del 2025 | | |
|--|-------------------------------------|---|
| INDICATORE: Predisposizione e Condivisione di report trimestrali | | |
| STANDARD: 100% | | |
| FONTE: Incident Report Review | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | |
| Azione | Direzione Qualità e Rischio Clinico | Direzione Sanitaria/ Infermieristica/Medica |
| Incontri multidisciplinari quindicinali con leadership del personale clinico (presente al comitato Incident report Review) per la diffusione degli eventi notificati, delle gravità maggiori e dei principali interventi | R | C |
| Partecipazione agli incontri mensili di Staff delle diverse unità per la condivisione di eventi avversi e/o eventi sentinella. | R | C |
| Comunicazione con Spot Light per eventi di maggiore rilievo | R | C |
| Intervista del personale durante audit interni per gli aspetti relativi alla conoscenza di eventi e processi. | R | C |

| ATTIVITA' 2 - Organizzazione di eventi per istaurare una maggiore cultura della sicurezza durante le giornate del Patient Safety Week (9-15 marzo 2025) e del Patient Safety Day (17 settembre 2025) | | |
|--|---|--|
| INDICATORE: Organizzazione delle campagne e premiazione del good catch | | |
| STANDARD: SI | | |
| FONTE: RISK MANAGER | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | |
| Azione | Direzione Qualità, Formazione e Rischio Clinico | Direzione Sanitaria/ Infermieristica/Medica/ Marketing |
| Individuazione tematica: <i>MOVING THE NEEDLE-TURNING AWARENESS INTO ACTION FOR SAFER PATIENTS AND CARE TEAMS and GOOD CATH CELEBRATIONS</i> | R | C |
| Definizione materiale | R | C |
| Partecipazione all'evento | R | C |

ATTIVITA' 3 – Work on result "Secure patient report measure" rilevazione del Patient Experience

| INDICATORE: % risposte positive dei pazienti al relativo campo della Survey del patient experience: Informazione su Prevenzione cadute | | |
|--|---------------------------------------|---|
| STANDARD: SI | | |
| FONTE: RISK MANAGER | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | |
| Azione | Direzione Qualità, Rischio Clinico | Direzione Sanitaria/ Infermieristica/Medica/ |
| Rilevazione dati questionario inviato alla dimissione del paziente | R | C |
| Condivisione dati e strategie di miglioramento (materiale info per dare notizie al pt.) | R | C |

B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA

| ATTIVITA' 1 – Continua Programma WHO Hand Hygiene | | |
|---|---------------------------------------|---|
| INDICATORE: % di compliance mensile | | |
| STANDARD: ≥ 90 | | |
| FONTE: RISK MANAGER | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | |
| Azione | Direzione Qualità, Rischio Clinico | Direzione Sanitaria/ Infermieristica/Medica/ |
| Mantenimento gruppo che conduce le osservazioni mensilmente | R | C |
| Aggregazione dati | R | C |
| Incontri mensili comitato HH | R | C |
| Implementazione azioni migliorative in accordo con il "CIO" | R | C |

| ATTIVITÀ 2 – Condivisione delle principali ICA individuate con gli operatori sanitari | | |
|---|------|--|
| INDICATORE: Predisposizione e Condivisione di report Mensili per il controllo delle infezioni | | |
| STANDARD: 100% | | |
| FONTE: CCICA | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| Azione | CICA | Direzione Sanitaria/ Dipartimento Qualità |
| Rilevazione dati | R | C |
| Validazione dati | R | C |
| AGGREGAZIONE DATI | C | R |
| Condivisione dati e strategie di miglioramento | R | C |

| ATTIVITA' 3 - Conduzione di Audit JCI Tracer Methodology in struttura | | | |
|--|---------------------------------------|--|---------------------|
| INDICATORE: valutazione trimestrale del rispetto programma di conduzione Audit Qualità e Rischio clinico, in accordo a standard JCI e Raccomandazioni Ministeriali | | | |
| STANDARD: 90% | | | |
| FONTE: RISK MANAGER | | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | |
| Azione | Direzione Qualità, Rischio Clinico | Direzione /Medica Infermieristica /Uffici Tecnici/RSPP | 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' 4 – Formazione su Nuovo Protocollo Ministeriale per il monitoraggio degli eventi sentinella (Lug 2024) | | | |
| INDICATORE: % di compliance partecipazione e feedback gradimento | | | |
| STANDARD: ≥ 90 | | | |
| FONTE: RISK MANAGER | | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | |
| Azione | Direzione Qualità, Rischio Clinico | | Formazione |
| Organizzazione | R | | C |
| Erogazione | R | | C |
| Valutazione gradimento | C | | R |
| Valutazione Apprendimento | C | | R |

| | | | |
|--|------------------------------------|--|------------|
| ATTIVITA' 5 – Monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili | | | |
| INDICATORE: % di audit completati | | | |
| STANDARD: ≥ 90 | | | |
| FONTE: RISK MANAGER | | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | |
| Azione | Direzione Qualità, Rischio Clinico | | Formazione |
| Organizzazione | R | | C |
| Erogazione | R | | C |
| Valutazione gradimento | C | | R |
| Valutazione Apprendimento | C | | R |

| | | | |
|--|------------------------------------|--|------------|
| ATTIVITA' 6 – Implementazione delle LLGG Regionali per la prevenzione dell'Aggressione a personale | | | |
| INDICATORE: Monitoraggio degli IR - | | | |
| STANDARD: ≥ 90 | | | |
| FONTE: RISK MANAGER | | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | |
| Azione | Direzione Qualità, Rischio Clinico | | Formazione |
| Avvio campagna di formazione sulle misure già adottate per la prevenzione delle aggressioni | R | | C |
| Monitoraggio degli IR | R | | C |
| Valutazione della conoscenza del personale durante gli audit di reparto delle misure di prevenzione e gestione | R | | C |

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

| | | | |
|---|-------------------------------------|--|-----------|
| ATTIVITA' 1 – Continuare programma riconoscimento dei Good Catch | | | |
| INDICATORE: % Percentuale di segnalazione | | | |
| STANDARD: ≥4% | | | |
| FONTE: RISK MANAGER | | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | | |
| Azione | Direzione Qualità e Rischio Clinico | Direzione Sanitaria/ Infermieristica/Medica/ | Marketing |
| Revisione semestrale degli eventi segnalati | R | C | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Riconoscimento delle attività di segnalazioni che hanno condotto ad azioni di miglioramento per mitigare il ripetersi dello stesso evento | R | C | I |
|---|---|---|---|

| ATTIVITA' 2 – Nuovo Questionario Cultura della Sicurezza | | | |
|--|-------------------------------------|---|-----------|
| INDICATORE: % di compliance restituzione | | | |
| STANDARD: ≥ 60 | | | |
| FONTE: RISK MANAGER | | | |
| Azione | MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | | |
| | Direzione Qualità e Rischio Clinico | Direzione Sanitaria/ Infermieristica/Medica/ | Marketing |
| Gestione della somministrazione del questionario | R | C | I |
| Campagna informativa comunicazione interna | R | C | R |
| Aggregazione dei risultati | R | I | I |
| Condivisione dei risultati | R | R | I |

5. MODALITA' DIFFUSIONE DEL PARM

Il PARM sarà pubblicato sulla intranet aziendale e nel sito web della struttura. 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/>