



# PIANO AZIENDALE RISK MANAGEMENT 2020

Sede legale: via Orazio, n.3 – Roma 00193

Sede operativa: via dei Villini, n.17 - Ariccia (RM) 00072

Il presente documento è unico e di proprietà della Società BELGECA srl  
Ogni divulgazione, riproduzione o cessione di contenuti a terzi deve essere autorizzata dal Titolare.

Stato delle revisioni e descrizione delle modifiche

Ed.	Rev.	Data	Descrizione
01	00	15/02/2020	Emissione del documento

Risk Manager	Medico Responsabile	Legale rappresentate
Dott Vittorio Amedeo Cicogna	Dott. Luigi Casella	Dott. Marcello Russo

Componenti team rischio clinico	Componenti team rischio clinico	Componenti team rischio clinico
Avv. Maria Luisa Bellini	Dott.ssa Eleonora Magni	Daniele Salustri
Avv. Gianluca Bellini	Dott. Umberto Solis	Dott.ssa Maria Pia Talone

APPROVATO IL

21/02/2020

BEL.GE.CA. srl  
Roma 00193 - Via Orazio, 3  
C.F./P.IVA 07067071006



## Indice del documento

<b>1. <u>PREMESSA</u></b>	
<b>2. <u>CONTESTO ORGANIZZATIVO</u></b>	<b>4</b>
2.1. UBICAZIONE DELLA STRUTTURA	4
2.2. CERTIFICAZIONI	5
2.3. TEAM RISCHIO CLINICO	5
2.4. COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI	5
2.5. ORGANIGRAMMA AZIENDALE	6
2.6. ORGANICO DELLE STRUTTURE	7
2.7. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	8
2.8. DESCRIZIONE DELLA POLIZZA ASSICURATIVA	8
2.9. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL TRIENNIO PRECEDENTE	8
<b>3. <u>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</u></b>	<b>9</b>
<b>4. <u>RENDICONTAZIONE DEGLI OBIETTIVI 2019</u></b>	<b>10</b>
<b>5. <u>OBIETTIVI 2020</u></b>	<b>11</b>
<b>6. <u>MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM</u></b>	<b>13</b>
<b>7. <u>RIFERIMENTI NORMATIVI</u></b>	<b>14</b>
<b>8. <u>TERMINI E DEFINIZIONI</u></b>	<b>15</b>
<b>9. <u>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</u></b>	<b>16</b>



## 1. PREMESSA

La gestione del Rischio Clinico è di fondamentale importanza in sanità ed ha un forte impatto sia sociale sia sui costi del sistema. In accordo con quanto emanato dalla Commissione Tecnica sul Rischio Clinico del Ministero della Sanità (DM del 5/3/2003 e successive leggi e norme correlate) è indispensabile conoscere ed analizzare il rischio clinico come aspetto insito nell'assistenza sanitaria, e come esso si colloca nel tema più generale della Qualità e della misura dell'outcome.

Norme di rilievo nazionale e regionale prevedono che le strutture sanitarie debbano dotarsi di funzioni dedicate alla gestione del rischio ed alla prevenzione dei danni al paziente.

In particolare l'art. 3 bis del Decreto Legge "Balduzzi" del 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189, in materia di gestione e monitoraggio dei rischi sanitari prevede che le aziende sanitarie ne curino l'analisi, e adottino le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi.

La legge 28 dicembre 2015, n. 208, al comma 539 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)", dispone che "tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management).

Infine la legge n. 24 dell'8 marzo 2017 (Gelli-Bianco) "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", ha introdotto importanti innovazioni in materia di Sicurezza delle Cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Per tale ragione la Direzione della Società Belgeca srl, che gestisce la "RSA Mater Dei" e i Centri non residenziali di riabilitazione ex art. 26, denominati "Ars Sana" e "Ars Sana 2", tutti con sede in Ariccia, via dei Villini n. 17; ha istituito un Comitato di Gestione del Rischio Clinico e nominato un Risk Manager per la gestione del rischio clinico all'interno delle strutture del Gruppo stesso e tenere traccia di valutazioni e azioni intraprese.

Con gestione del Rischio Clinico si definisce lo specifico processo di identificazione dei rischi, la valutazione dei loro impatti potenziali, l'approntamento di tutte le misure per il loro controllo, la loro prevenzione e la gestione delle loro conseguenze.

Tutti gli aspetti dei rischi sopra elencati devono essere affrontati, all'interno di un programma di risk management, in maniera globale e integrata nel rispetto delle competenze e responsabilità specifiche.

In sintesi la funzione del programma di Risk Management consiste nel:

- promuovere l'approccio sistemico al problema della sicurezza delle cure attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo assistenziale, con il fine ultimo del miglioramento della qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti e degli operatori;
- migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa anche attraverso la promozione di interventi mirati al contenimento degli eventi avversi;
- diffondere una cultura organizzativa basata sul miglioramento della qualità, sulla sicurezza di pazienti e operatori, sull'errore come strumento di apprendimento e sulla "non colpevolezza";



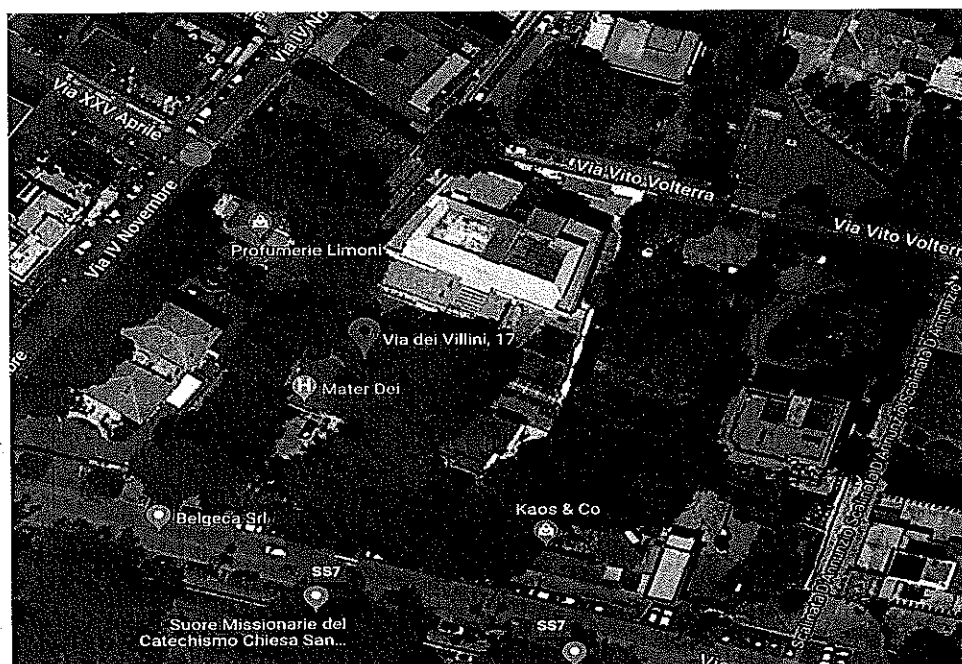
## 2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Fanno capo alla Società Belgeca srl le tre strutture di seguito descritte:

- a) La RSA Mater Dei, dispone di stanze singole, doppie e triple ed è accreditata con il SSR per 70 posti di letto per livello assistenziale R2 (e cioè livello di assistenza mantenimento alto) e 20 posti letto per livello di assistenza estensiva. La RSA Mater Dei garantisce assistenza medica (con presenza di medici h 24), infermieristica, riabilitativa e terapia occupazionale.
- b) Il Centro di Riabilitazione "Ars Sana" eroga prestazioni assistenziali ai sensi dell'art 26 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833 (Prestazioni di riabilitazione) con una capacità ricettiva di 250 posti distribuiti in regime non residenziale ambulatoriale e domiciliare secondo le esigenze dei singoli utenti. Il Centro è specializzato in progetti riabilitativi interdisciplinari che consentono al singolo paziente di mantenere e/o migliorare e/o recuperare le proprie autonomie funzionali riducendo la necessità di assistenza e/o di aiuto.
- c) Il Centro "Ars Sana 2", autorizzato con determina Regione Lazio n.G16262 del 27/11/2017 all'esercizio di attività ambulatoriale e domiciliare per prestazioni di riabilitazione per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; di cui:
  - 20 trattamenti/die ambulatoriali, per la riabilitazione a pazienti affetti da disabilità fisica, psichica e sensoriale;
  - 20 trattamenti/die ambulatoriali, per la riabilitazione a pazienti affetti da disabilità fisica, psichica e sensoriale in età evolutiva;
  - 40 trattamenti/die domiciliari, per la riabilitazione a pazienti affetti da disabilità fisica, psichica e sensoriale

### 2.1 Ubicazione delle strutture

Le strutture, costituite da tre fabbricati principali, oltre a pertinenze accessorie, sono ubicate all'interno di un parco privato con alberi secolari, nel Comune di Ariccia, che ricade nel territorio dell'Azienda USL ROMA 6.





## **2.2 Certificazioni**

Per le tre Strutture la società Belgeca nel 2019 ha avviato il processo di certificazione del sistema di gestione per la qualità con l'ente di certificazione Bureau Veritas, in corso di completamento al momento della stesura del presente documento.

## **2.3 Comitato Gestione Rischio Clinico → composizione:**

---

Risk Manager	Dott. Vittorio Amedeo Cicogna
Avvocati	Avv. Maria Luisa Bellini Avv. Gianluca Bellini
Medici Responsabili	Dott. Luigi Casella Dott. Umberto Solis Dott.ssa Eleonora Magni
Quality Manager	Daniela Salustri
Coordinatore Infermieristico	Maria Pia Talone

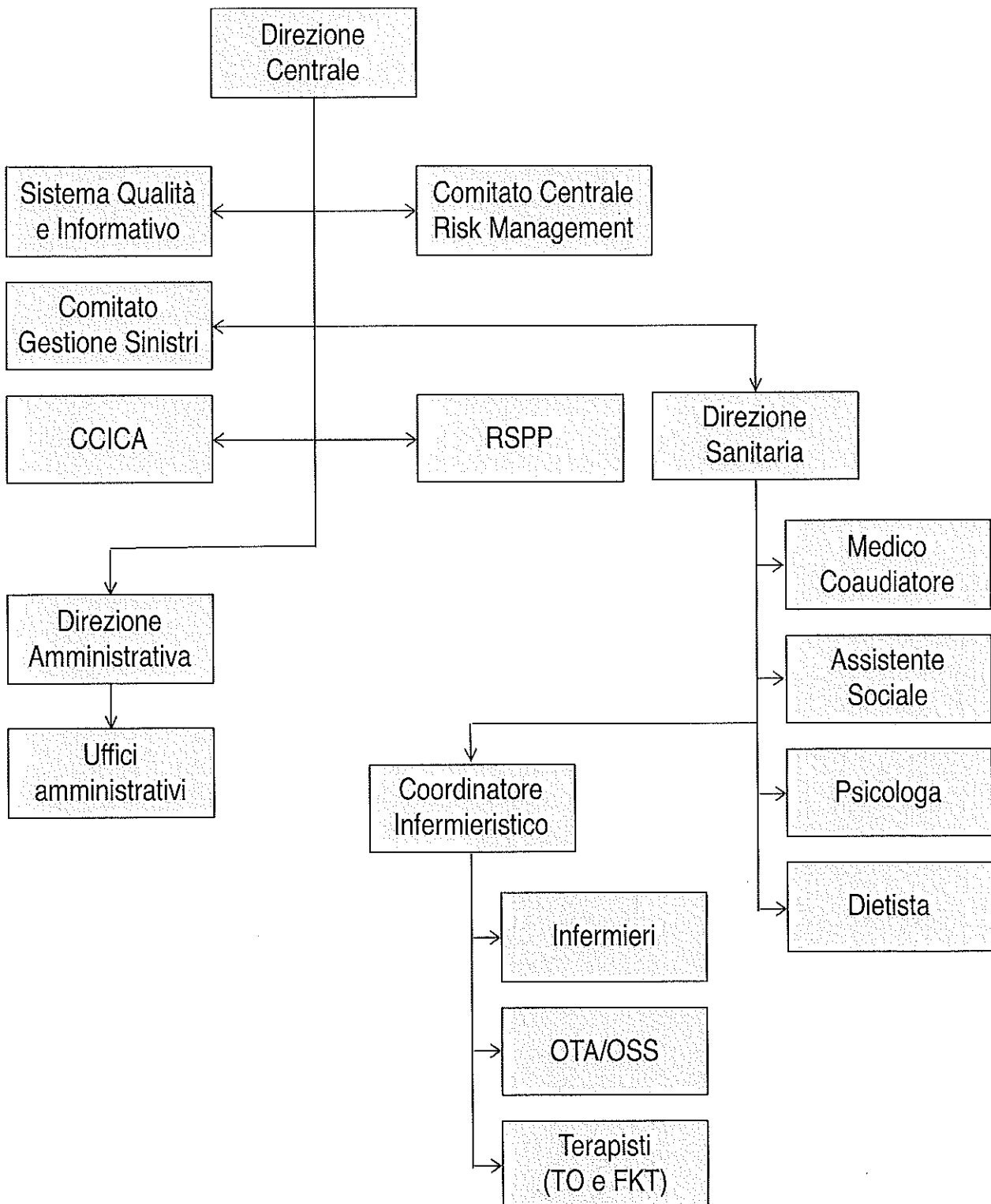
## **2.4 Comitato Valutazione Sinistri → composizione:**

---

Avvocati	Avv. Maria Luisa Bellini Avv. Gianluca Bellini
Risk Manager	dott. Vittorio Amedeo Cicogna
Medici Responsabili	Dott. Luigi Casella Dott. Umberto Solis Dott.ssa Eleonora Magni



## 2.5 Organigramma Aziendale



**2.6 Organico RSA Mater Dei**

Personale SANITARIO	NUMERO RISORSE
	RSA
Medici	8
Coordinatore	1
Infermieri	26
Fisioterapisti	5
Educatori	4
Psicologi	1
Assistente Sociale	1
OSS/OTA	23
Manutentori	3
Amministrativi	4
Collaboratori a progetto, contrattisti e borsisti	-
<b>Totale</b>	

**Organico ARS SANA**

Personale SANITARIO	NUMERO RISORSE
	ARS SANA
Medici	2
Coordinatore	1
Infermieri	
Fisioterapisti	7
Educatori	-
Psicologi	1
Assistente Sociale	1
OSS/OTA	-
Manutentori	-
Amministrativi	-
<b>Totale</b>	

**Organico ARS SANA 2**

Personale SANITARIO	NUMERO RISORSE
	ARS SANA 2
Medici	2
Coordinatore	1
Infermieri	-
Fisioterapisti	-
Educatori	-
Psicologi	1
Assistente Sociale	1
OSS/OTA	-
Manutentori	-
Amministrativi	-
<b>Totale</b>	



## 2.7 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Nel triennio precedente alla stesura del presente documento (2017- 2018 - 2019), periodo in cui è stato attivato il monitoraggio previsto dalla legge n. 24/2017 (legge Gelli), non sono stati registrati eventi avversi né sono pervenute denunce di sinistri e richieste di risarcimento danni.

Al momento non risultano contenziosi pendenti.

## 2.8 Descrizione della posizione assicurativa

La soc Belgeca srl è titolare di una polizza assicurativa stipulata con la Compagnia "Le Generali Assicurazioni" - Polizza n 390575252, a copertura dei rischi per le tre strutture.

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicurativa	N.polizza
2017	31/10/2017	Le Generali Ass.ni	311740524
2018	31/10/2018	Le Generali Ass.ni	380567753
2019	31/10/2019	Le Generali Ass.ni	390575256

## 2.9 Resoconto delle attività nel triennio precedente

Nelle precedenti annualità la gestione del Rischio Clinico e la prevenzione degli eventi avversi è stata effettuata avendo come riferimento le linee di indirizzo contenute nelle Raccomandazioni Ministeriali, quindi mediante l'adozione di specifiche procedure relative ai Rischi di maggiore interesse rispetto alla tipologia dei pazienti ospiti delle strutture ed in relazione ai trattamenti accreditati presso le stesse.

Non è stato peraltro redatto uno specifico Piano secondo lo schema dell'attuale documento.

Nel recente passato hanno costituito oggetto di specifica attività rivolta alla prevenzione dei rischi:

- l'adozione di scale di valutazione del rischio clinico dei pazienti
- l'introduzione di un impianto di clorazione della rete idrica per la riduzione del rischio legionella
- l'acquisizione della cartella informatizzata per l'assistenza domiciliare

Le suddette azioni hanno interessato una o più Strutture del Gruppo, a seconda della tipologia dei soggetti trattati.

Per l'anno corrente viene redatto il presente documento, in aderenza alle Linee di indirizzo della Regione Lazio di cui alla Determinazione n G00164 dell'11/01/2019 "Approvazione ed adozione del documento recante "le linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2019".





### 3. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Di seguito la matrice delle responsabilità stabilite all'interno della Soc Belgeca srl per la redazione, adozione e monitoraggio del PARM.

<b>Funzione aziendale</b>	<b>Direzione</b>	<b>Medico Responsabile</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Strutture di supporto</b>
<b>Fase PARM</b>				
Nomina del Risk Manager	R	C	I	-
Redazione PARM e proposta di delibera	C	C	R	C
Approvazione PARM	R	I	I	I
Monitoraggio PARM	I	C	R	C

#### Legenda

[R] : funzione Responsabile

[C] : funzione Coinvolta

[I] : funzione Interessata

**4. RENDICONTAZIONE OBIETTIVI 2019**

Valutazione del rischio clinico ( RSA MATER DEI)

**Obiettivo n.1:** Introduzione ed utilizzo di scale di valutazione per il rischio clinico (cadute, LdP)**Stato:**  Raggiunto  NON raggiunto

Gestione rischio da legionella ( tutte le strutture del GRUPPO BELGECA)

**Obiettivo n.2** Introduzione di un impianto di clorazione della rete idrica per la riduzione del rischio legionella**Stato:**  Raggiunto  NON raggiunto

Strutture (ARS SANA e ARS SANA 2)

**Obiettivo n.3** Acquisizione della cartella informatizzata per l'assistenza domiciliare**Stato:**  Raggiunto  NON raggiunto

Valutazione del rischio clinico (ARS SANA e ARS SANA 2)

**Obiettivo n.4:** Introduzione ed utilizzo di scale di valutazione per il rischio clinico**Stato:**  Raggiunto  NON raggiunto



## 5. OBIETTIVI 2020

La Regione Lazio nelle Linee di indirizzo per l'adozione del PARM ha definito i seguenti quattro obiettivi strategici:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- 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.
- Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- Partecipare alle attività regionali in tema di risk management. Con questo obiettivo si è inteso dare la possibilità alle strutture che partecipano attivamente a gruppi di lavoro e ad altre attività a valenza regionale, di valorizzare tali attività purché, ovviamente, sia possibile darne evidenza documentale.

Le Linee di indirizzo prevedono che le Strutture debbano declinare almeno cinque attività distribuite su almeno due obiettivi a scelta tra quelli a), b); c),

Il PARM per l'anno 2020 rappresenta, cronologicamente, per la Soc. Belgega srl, la prima esperienza di pianificazione delle azioni e degli interventi in materia di Risk Management, pertanto il presente documento, elaborato nel rispetto delle Linee Guida regionali, rappresenta lo strumento per promuovere e realizzare la politica aziendale in materia di prevenzione dei rischi, per la sicurezza delle cure, con particolare riferimento alla tipologia di rischi che impattano maggiormente la qualità dell'assistenza fornita agli ospiti.

Premesso quanto sopra vengono di seguito illustrati gli obiettivi che nell'anno 2020 dovranno essere conseguiti nelle tre strutture del Gruppo Belgega:

### **Obiettivo n. 1: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure - Progettazione ed esecuzione di Corsi di formazione per gli operatori delle strutture sulla Gestione del rischio clinico e sulla Sicurezza delle Cure**

Verrà realizzato un Corso di base, in più edizioni, sulla "Gestione del rischio clinico" e su "La Sicurezza delle Cure" in cui verranno tracciati i possibili rischi che il Paziente può incontrare nei percorsi di cura e nei diversi setting assistenziali;

Tutte le Strutture del Gruppo "BELGECA"			
<b>Obiettivo a):</b> Diffondere la cultura e la sicurezza delle cure;			
<b>Attività:</b> Progettazione ed esecuzione di un Corso di formazione per gli operatori delle strutture sulla Gestione del rischio clinico e sulla Sicurezza delle Cure			
<b>Indicatore:</b> coinvolgimento e partecipazione di almeno il 50% degli operatori			
AZIONE	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Direzione
Progettazione del corso	C	R	I
Approvazione del corso	C	C	R
Individuazione operatori	R	I	C
Realizzazione del corso	C	R	C



**Obiettivo n. 2: 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: Valutazione del rischio cadute degli ospiti, monitoraggio e prevenzione delle stesse.**

Nel corso dell'anno verrà implementata presso le Strutture del Gruppo la procedura per la valutazione e prevenzione del "rischio caduta degli ospiti"

RSA MATER DEI			
<b>Obiettivo b):</b> Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa <b>Attività:</b> Valutazione del rischio cadute, monitoraggio e prevenzione delle stesse.			
<b>Indicatore:</b> presenza della scheda di valutazione del rischio caduta nella documentazione sanitaria			
AZIONE	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Direzione
Aggiornamento della scheda valutazione rischio caduta	C	R	I
Utilizzo della scheda di valutazione e segnalazione della caduta	R	C	I
Analisi, monitoraggio delle cadute, individuazione delle misure preventive	C	R	C
Rendere disponibili sistemi di prevenzione e protezione	C	C	R

**Obiettivo n. 3: 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: Valutazione del rischio degli ospiti di sviluppare Lesioni da pressione e prevenzione delle stesse.**

Nel corso dell'anno verrà implementata presso la RSA Mater Dei la procedura per la valutazione e la prevenzione del rischio di sviluppare Lesioni da Pressione.

RSA MATER DEI			
<b>Obiettivo b):</b> Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa <b>Attività:</b> Valutazione e prevenzione del rischio di sviluppare Lesioni da pressione.			
<b>Indicatore:</b> presenza della scheda di valutazione del rischio di Lesioni da Pressione degli ospiti			
AZIONE	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Direzione
Aggiornamento della scheda valutazione rischio LdP	C	R	I
Utilizzo della scheda di valutazione rischio LdP	R	C	I
Rendere disponibili sistemi di prevenzione e protezione	C	C	R



**Obiettivo n. 4: Riduzione del rischio clinico associato al mancato rispetto del “protocollo dolore” e presenza della relativa scala di valutazione nella cartella personale.**

Monitoraggio del dolore (MATER DEI)

**Obiettivo b):** Riduzione del rischio clinico associato alla mancata valutazione del dolore e presenza della relativa scala nella cartella personale.

**Indicatore:** Numero di Non Conformità e relativa gravità riscontrate relativamente al sotto-processo di gestione del dolore nell'anno 2020 rispetto al 2019

AZIONE	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Direzione Generale
Audit sul processo di monitoraggio e gestione del dolore	C	R	I
Analisi dei dati correlati al monitoraggio del dolore	C	R	I

**Obiettivo n. 5: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa – Prevenzione del rischio “Legionella”**

**Processo / Sotto-processo:** Gestione rischio da legionella (GRUPPO BELGECA)

**Obiettivo b):** Prevenzione e riduzione del rischio “Legionella”

**Attività:** Mantenimento in esercizio e verifica periodica dell'impianto di clorazione della rete idrica

**Indicatore:** numero di verifiche periodiche ed interventi sull'impianto rispetto allo standard

AZIONE	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Direzione e infrastruttura tecnica
Mantenimento in esercizio dell'impianto di clorazione	C	I	R
Verifica degli interventi di manutenzione	C	I	R
Controlli microbiologici	C	I	R

## 6. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

Il PARM viene redatto con frequenza annuale e pubblicato sul sito internet della Società BELGECA srl affinché sia consultabile pubblicamente.

La conoscenza del Piano verrà inoltre favorita coinvolgendo gli operatori in incontri periodici, a piccoli gruppi, da realizzarsi direttamente nei luoghi di lavoro.

I dati contenuti nel presente documento sono oggetto di riesame periodico all'interno del Comitato del Rischio Clinico in collaborazione con il personale sanitario e le altre funzioni dell'organizzazione.



## 7. RIFERIMENTI NORMATIVI

Si riporta di seguito l'elenco della normativa utilizzata quale riferimento per la stesura del presente Piano Aziendale di Risk Management.

- **Decreto del 11 dicembre 2009**  
*Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità*
- **DCA n° 490 del 21 ottobre 2016**  
*Adempimenti delle strutture sanitarie relativi all'accreditamento*
- **Determina Regione Lazio n. G12355 del 25 ottobre 2016**  
*Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella*
- **Legge 8 novembre 2012, n. 189. (Legge Balduzzi)**  
*«Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.».*
- **La legge 28 dicembre 2015, n. 208**  
*"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)*
- **Legge n 24 dell'8 marzo 2017 (Gelli-Bianco)**  
*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*
- **Legge n. 219 del 22 dicembre 2017 (Biotestamento)**  
*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*
- **Determinazione Regione Lazio 25 ottobre 2016, n. G12355**  
*Approvazione del documento recante "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella*
- **Determinazione Regione Lazio (Dir Salute e Politiche Sociali) n. 16829 del 6 dicembre 2017**  
*Istituzione del "Centro Regionale per il Rischio Clinico" (CRRC).*
- **Determinazione Regionale n. G04112 dell' 01/04/2014**  
*"Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all' assistenza (CC-ICA)"*
- **Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328**  
*Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)*
- **Determinazione della Regione Lazio n. G01226 del 2/02/2018**  
*"Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del piano Annuale di Risk Management (PARM) " ai sensi della legge 24/17*
- **Determinazione Regione Lazio n G00164 dell'11/01/2019**  
*"Approvazione ed adozione del documento recante "le linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2019".*
- **DCA U0008 del 10/02/2011**  
*"Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie"*



- **Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12356**  
*Approvazione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti".*
- **Regione Lazio – CRRC – 20 aprile 2018**  
*Documento di indirizzo per la prevenzione e la gestione delle lesioni da pressione (LdP)*

## 8. TERMINI E DEFINIZIONI

Si riporta di seguito la terminologia ritenuta necessaria ai fini della comprensione del presente piano aziendale di risk management.

Termini	Definizioni
<b>Evento avverso</b>	Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile" <sup>1</sup> <sub>SEP</sub>
<b>Near miss</b>	Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente
<b>Evento sentinella</b>	Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna: a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.  Di seguito l'elenco degli eventi sentinella indicati dal Ministero della Salute: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Procedura in paziente sbagliato</li><li>2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)</li><li>3. Errata procedura su paziente corretto</li><li>4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure</li><li>5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO</li><li>6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica</li><li>7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto</li><li>8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso &gt;2500 grammi non correlata a malattia congenita</li><li>9. Morte o grave danno per caduta di paziente</li><li>10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale</li><li>11. Violenza su paziente</li><li>12. Atti di violenza a danno di operatore</li><li>13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extra-ospedaliero)</li></ol>



	<p>14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso</p> <p>15. Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico</p> <p>16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente</p>
<b>Rischio Clinico</b>	Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte"
<b>Risk Management</b>	Il Risk Management in sanità rappresenta l'insieme delle azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore.
<b>Audit</b>	L'audit è un'ispezione sistematica, documentata e indipendente che ha come scopo quello di verificare la conformità ai requisiti espressi, che dovrà essere non casuale ma il prodotto di una cultura dell'organizzazione che determinerà sempre lo stesso risultato. La conformità dovrà essere dimostrata tramite evidenze oggettive che si raccoglieranno per mezzo di colloqui con il personale, analisi di documenti, osservazione di come vengono svolte le attività.
<b>Audit Clinico</b>	L'audit clinico è un processo di miglioramento della qualità che cerca di migliorare l'assistenza al paziente e gli esiti attraverso una revisione sistematica dell'assistenza rispetto a criteri precisi, e la realizzazione del cambiamento.
<b>Audit Organizzativo</b>	L'audit organizzativo ha lo scopo di "diagnosticare" il funzionamento delle aziende e, nel contempo, fornire al Management Team suggerimenti sulle linee di cambiamento organizzativo coerenti con l'attuazione degli orientamenti strategici.
<b>Incident reporting</b>	L'incident reporting è la segnalazione spontanea e volontaria (anche dove obbligatoria) degli eventi avversi e dei problemi organizzativi. Le segnalazioni archiviate costituiscono la base dati che può essere utilizzata come una delle fonti per mappare e analizzare i rischi all'interno della struttura sanitaria.





## 9. 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. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori -Ministero della Salute
3. Raccomandazioni Ministero della Salute sulla Prevenzione del Rischio Clinico
4. SITO del Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Toscana
5. SITO della Fondazione Italia in Salute
6. SITO della Associazione Scientifica ***Hospital & Clinical Risk Managers*** (HCRM)