

Prot. 0218



PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021
Qualità e Risk Management
(in ottemperanza alla L. n. 24/08/2017)

Redazione PARM e proposta di adozione	Funzione	Data
Dott. Andrea Frasca 	Resp. Risk Management	22/02/2021
Validazione PARM	Funzione	Data
Dr. Filippo Berloco 	Direttore Sanitario	23/03/2021
Adozione e ratifica PARM	Funzione	Data
Prof. Avv. Desiderata berloco 	Presidente CdA Nomentana Hospital	12/04/2021

SOMMARIO

1. PREMESSE	2
2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	3
3. CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E RISARCIMENTI EROGATI	9
5. SINISTROSITA' E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO [ART. 4, CO. 3 L. N. 24/2017]	12
6. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	12
9. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' 2020	13
10. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM 2021	16
9. OBIETTIVI 2021	16
10. ATTIVITA' 2021	18
11. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM	23
12. RIFERIMENTI NORMATIVI	23
13. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	25

1. PREMESSE

A. La Legge 8 marzo 2017 n. 24, ha introdotto due elementi di novità, nell'ambito della gestione del rischio clinico, che meritano di essere sottolineati:

- La Sicurezza delle cure (art. 1) è definita "parte costitutiva del diritto alla salute", che deve essere "perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività". Inoltre viene stabilito per legge che la sicurezza rappresenta una delle dimensioni cruciali della qualità nella erogazione delle prestazioni sanitarie.
- Emendando il comma 539 della Legge di stabilità 2016, L'art. 16 della legge stabilisce che:

"i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito dei procedimenti giudiziari", in recepimento della raccomandazione del Consiglio d'Europa del 9 giugno 2009 sulla "*Sicurezza del Paziente*", che richiede *"l'introduzione o il rafforzamento di sistemi di segnalazione e di apprendimento relativi agli eventi sfavorevoli, privi di carattere punitivo"*, incoraggiando *"il personale a segnalare attivamente gli eventi sfavorevoli mediante un ambiente aperto, equo e non punitivo"*. La stessa raccomandazione introduce il principio della inviolabilità da parte della magistratura della documentazione prodotta per la gestione del rischio clinico e precisa che i sistemi di segnalazioni dovrebbero essere differenziati da quelli disciplinari. In forza dell'articolo 16, gli Operatori Sanitari potranno segnalare mancati incidenti, eventi avversi lievi e gravi e i Risk Manager potranno analizzare queste segnalazioni con la serenità che nulla di tutto questo potrà essere utilizzato a fini giudiziari. Questo non significa deresponsabilizzare l'attività degli Operatori Sanitari, o impedire alle Strutture o alla magistratura di verificare le responsabilità personali degli Operatori e di acquisire la documentazione sanitaria inerente il singolo caso. Escludere l'acquisizione della documentazione tipica della gestione del rischio clinico (ad esempio audit su eventi significativi, rassegne di mortalità e morbilità, analisi delle cause radice ecc.) dall'ambito disciplinare e da quello giudiziario significa semplicemente ribadire che le attività di Risk Management sono proiettate alla ricerca e alla correzione dei fattori contribuenti a un evento avverso, **e non alla ricerca di un colpevole.**

B. Il presente Piano di gestione è emesso in terza edizione, la cui descrizione sintetica è riportata a partire dal punto 7. in poi.

2. Scopo e Campo di applicazione

Scopo del presente Piano di gestione è definire le responsabilità e le modalità operative al fine di ridurre i rischi al minimo accettabile (*Contenimento del Rischio*), creare la cultura della sicurezza basata su un approccio *no-blame* (cioè di non colpevolezza), rafforzare le azioni avviate nel corso del 2020, concentrandosi sull'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali, che rappresentano un obiettivo mandatorio regionale, in continuità con quanto previsto dalla Deliberazione n. 254 del 31 marzo 2015 recante "Adozione percorso aziendale per l'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali sulla sicurezza del paziente e degli operatori", nonché in aderenza alla Legge n. 24 del 8 marzo 2017, nell'ambito dell'erogazione di prestazioni e servizi sanitari accreditati e autorizzati della Casa di Cura **Nomentana Hospital**.

3. Contesto Organizzativo

La Casa di Cura **Nomentana Hospital** sorge nel comprensorio di Fonte Nuova, comune della Provincia di Roma a pochi km dal Grande Raccordo Anulare. Questa specifica posizione consente sia ai cittadini del territorio di utenza della ASL RM 5, sia a cittadini del Comune di Roma di usufruire dei servizi offerti dalla Struttura.

La Casa di Cura è gestita dalla società " Nomentana Hospital S.r.l.". L'ingresso della Struttura è situato in Largo Nicola Berloco n. 1.

Sorge su un'area di 30.620 mq a forma triangolare, completamente delimitata da tre strade (Via Valle dei Corsi - Via due Giugno - Via IV Novembre).

Gli edifici sono collocati in un ampio parco di 16.500 mq, con alberature di alto fusto, aiuole fiorite, vialetti e panchine, fruibile dai visitatori e dai degenti della struttura.

La Struttura è dotata altresì, con i suoi 9.811 mq, di un'Aula Magna per convegni e seminari, di una piscina terapeutica, di cinque palestre per la riabilitazione neuromotoria, 2 per la terapia occupazionale ed una per la riabilitazione cardiorespiratoria, una Sala polifunzionale dove si svolgono le attività ludico-ricreative per gli Ospiti delle RSA e per i degenti della Casa di Cura, con proiezione di film ed attività teatrali.

L'attuale assetto del complesso è stato realizzato in conformità alla vigente normativa di settore (DCA n. 90/2010 e 8/2011 e s.m.i.) con l'obiettivo di crescere e ampliare l'offerta dei servizi sanitari presenti sul territorio.

Alla funzionalità del Presidio Sanitario concorre innanzitutto la configurazione degli accessi e dei percorsi all'interno del complesso e l'assetto distributivo generale. Essi consentono infatti una razionale distribuzione dei settori funzionali, con una chiara distinzione tra le aree di

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

degenza, le aree della residenzialità, le aree destinate alla valutazione ed alle terapie, le aree della socializzazione e le aree generali e di supporto.

La Casa di Cura, con i decreti del Commissario ad Acta (DCA) n. **U00282** del 27.06.2013, **U00530** del 23.12.2013, **U00457** del 26.10.2017 ha ottenuto dalla Regione Lazio l'accreditamento istituzionale definitivo.

La Casa di Cura **Nomentana Hospital** è sede di molteplici attività sanitarie ma è principalmente impegnata nella cura e riabilitazione di Pazienti provenienti da tutte le Strutture sanitarie della Regione Lazio.

Con il presente Piano Annuale di Risk Management (PARM) della Casa di Cura **Nomentana Hospital** vengono definiti gli obiettivi e le azioni da intraprendere a livello aziendale, per il 2021, al fine del miglioramento della qualità delle cure e la prevenzione degli eventi avversi. Il presente documento valorizza le iniziative intraprese negli anni precedenti, che costituiscono le basi per la continuità delle azioni programmate e per avviarne di nuove.

Al fine di illustrare la complessità e il relativo profilo di rischio della Casa di Cura **Nomentana Hospital** si rende necessaria un'analisi sintetica dell'organizzazione.

3.1 Assetto distributivo e funzionale del Presidio sanitario

Nella tabella qui di seguito, sono riportati i dati strutturali e di attività della Casa di Cura, al netto delle modifiche introdotte per effetto della pandemia tuttora in corso, oggetto di successiva descrizione:

TABELLA 1 –

Edificio	Piano	Locali/Degenze/Servizi
Edificio principale (A1-2)	Piano seminterrato	Cucina e servizi annessi; Centrale termica; Cabina elettrica; Palestra fisioterapia e servizi annessi; Piscina terapeutica con relativi spogliatoi; Locali servizi generali; Servizio mortuario con annessa Cappella; Aula sindacale; CED; Accettazione Sanitaria (Accettazione Ricoveri)
	Piano terra (Ingresso principale)	Presidenza; Uffici di Direzione Sanitaria; Direzione Infermieristica; Direzione professioni sanitarie-Area riabilitativa; Ufficio URP-Risk Management; Palestra fisioterapia e servizi annessi; Palestra cardio-respiratoria; Servizi amministrativi e di Accettazione; - Area degenze di Riabilitazione (cod. 56) 23 posti letto accreditati; - Area degenze di Riabilitazione estensiva residenziale (ex art. 26 L. 833/78) n° 23 posti letto accreditati; - Area degenze di Riabilitazione estensiva semiresidenziale (ex art. 26 L. 833/78) n° 6 posti letto accreditati; Bar; Day Hospital riabilitativo (30 posti letto); Laboratorio Analisi; Poliambulatorio

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

	Piano primo	Area degenze di Lungodegenza (cod. 60), n° 98 posti letto accreditati; Area degenze di R.S.A. "R2" Mantenimento Alto n° 80 posti letto residenza accreditati, di cui: Nucleo 1 (20 posti letto residenziali); Nucleo 2 (20 posti letto residenziali); Nucleo 3 (20 posti letto residenziali); Nucleo 4 (20 posti letto residenziali).
	Piano secondo	- Centro di Emodialisi, n° 23 p. accreditati; - Area Hospice residenziale, n° 12 posti letto accreditati; - Area Hospice residenziale, n° 5 posti letto autorizzati; - Area degenze di R.S.A. "R3" Mantenimento Basso, n° 106 posti letto residenziali accreditati, di cui: - Nucleo 1 (20 posti letto residenziali); - Nucleo 2 (20 posti letto residenziali); - Nucleo 3 (20 posti letto residenziali); - Nucleo 4 (16 posti letto residenziali); - Nucleo 5 (15 posti letto residenziali); - Nucleo 6 (15 posti letto residenziali).
	Piano terzo	- Area degenze di Riabilitazione, n° 87 posti letto accreditati; - Area degenze di Riabilitazione per solventi, n° 14 posti letto autorizzati.
Edificio A5	Piano seminterrato	Locali di deposito; Guardaroba; Archivi
Edificio B	Piano seminterrato	Deposito biancheria sporca; Deposito rifiuti ospedalieri trattati e materiali esausti
Edificio C	Piano seminterrato	Sala Soggiorno Polivalente; Spogliatoi del personale; Servizi idrici
	Piano terra	Aula magna; Ufficio Marketing; Farmacia
Edificio D	Piano seminterrato	Centro di Diagnostica per Immagini: Radiologia convenzionale – Cardio-TAC 64 Strati; RMN Aperta; MOC; EcoCardiografia; EcoColorDoppler; Mammografia-Ecografia generale e Servizi Amministrativi
Edificio E	Piano seminterrato	Deposito materiali Magazzino manutenzione
	Piano terra	Mensa Aziendale

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

Edificio F	Piano terra	Servizi amministrativi
-------------------	--------------------	------------------------

3.2 Elenco attività del Presidio Sanitario (DCA U00457 del 26.10.2017)

TABELLA 2 - CONTESTO ORGANIZZATIVO (dati al 31/12/2020)

RISORSE UMANE	DIPENDENTI (T.I./T.D.)	370/30
RICOVERI TOTALI 2020	1179	
DIMESSI TOTALI 2020	1372	

Specialità	N° Posti Letto Accreditati	N° Posti Letto Autorizzati-Solventi
Lungodegenza Medica (codice 60)	98 posti letto	-----
Riabilitazione (codice 56)	110 posti letto	14 posti letto
Riabilitazione (ex art. 26 L. 833/78)	23 posti letto	
Day Hospital - Riabilitazione (ex art. 26 L. 833/78)	6 posti letto	-----
Prestazioni Domiciliari giornaliere - Riabilitazione (ex art. 26 L. 833/78)	6	-----
Trattamenti ambulatoriali - (ex art. 26 L. 833/78)	19	-----
RSA livello prestazione R3 (Valle dei Corsi A)	106 posti letto	-----
RSA livello prestazione R2 (Valle dei Corsi B)	80 posti letto	-----
Hospice	12 posti letto	5 posti letto
Hospice domiciliare	48	20 posti letto
Day Hospital - Riabilitazione	-----	30 posti letto
Dialisi	23 p.	-----
Totale posti letto	506	69
Totale Generale		575

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

TABELLA 4 – PRESTAZIONI AMBULATORIALI

POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO	ELENCO PRESTAZIONI SANITARIE ACCREDITATE	ELENCO PRESTAZIONI SANITARIE AUTORIZZATE (Solventi)
Pneumologia – Malattie dell'apparato respiratorio		✓
Laboratorio generale di base		✓
Cardiologia		✓
Diagnostica per immagini – Radiologia Diagnostica		✓
Chirurgia ambulatoriale e diagnostica invasiva (Chirurgia piccoli interventi in anestesia locale)		✓
Endocrinologia		✓
Gastroenterologia – Chirurgia ed Endoscopia digestiva		✓
Neurologia		✓
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione		✓
Medicina fisica e riabilitativa	✓	
Allergologia		✓
Pediatria		✓
Reumatologia		✓
Urologia		✓
Medicina generale		✓
Risonanza magnetica		✓
Odontoiatria e stomatologia		✓

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

Ortopedia e traumatologia		✓
Ostetricia e ginecologia		✓
Neurologia (Neurologia con EEG)		✓
Psichiatria		✓
Oftalmologia		✓
Oncologia		✓
Geriatrica		✓
Dermatologia		✓
Otorinolaringoiatria		✓
Nefrologia		✓
Medicina del lavoro		✓
Medicina dello Sport		✓

A seguito della situazione emergenziale provocata dalla pandemia da COVID-19 è stata avviata fin dalla fine di febbraio 2020 una riorganizzazione progressiva delle attività della Casa di Cura, in ottemperanza alle disposizioni regionali, che ha previsto:

- la alternata sospensione e ripresa delle attività ambulatoriali, ad eccezione di quelle indifferibili come il servizio di dialisi ambulatoriale;
- la alternata sospensione e ripresa di tutti i ricoveri;
- la rimodulazione degli spazi dedicati alla degenza nei reparti di lungodegenza, riabilitazione, nelle residenze sanitarie assistenziali, al fine di garantire il distanziamento individuale di almeno un metro tra i pazienti;
- la istituzione all'interno dei reparti RSA – Riabilitazione – Lungodegenza delle sezioni denominate "Area Osservazione", per la gestione dei nuovi ingressi e/o riammissioni, che devono essere posti in osservazione e sorveglianza sanitaria per un periodo pari a 14 giorni, all'interno dei quali sono previste delle stanze di isolamento per la eventuale gestione dei casi sospetti/confermati;
- la creazione di un'area rossa per i casi di infezione da Covid-19 accertati, non trasferiti/trasferibili in Strutture dedicate;
- la divulgazione di materiale informativo all'utenza per le misure di prevenzione e diffusione del Coronavirus;
- l'incremento di dispenser di gel idroalcolici nei reparti e servizi;
- il continuo approvvigionamento dei DPI necessari ed indicati per ogni setting assistenziale;

Tutto ciò ha determinato la necessità di procedere ad interventi formativi sugli operatori, sia in modalità FAD sia in presenza, in merito a:

- corretto ed appropriato utilizzo di dispositivi di protezione individuale (DPI)
- procedure di vestizione e svestizione
- igiene e sanificazione ambientale

Sono stati ridefiniti i percorsi per l'accesso e la veicolazione dei Pazienti e degli Operatori sanitari all'interno della Casa di Cura, per ogni singolo setting assistenziale.

Sono stati implementati e/o aggiornati i seguenti protocolli ed istruzioni operative, anche al fine della rivalutazione del rischio per gli operatori ad integrazione del DVR della casa di Cura:

- PTO_12_03, Prevenzione e gestione dei casi sospetti o infezione da Coronavirus
- PTO_13_02, Prevenzione e riduzione del rischio infettivo da SARS-COV-2: gestione ricoveri
- PTO_14_02, Prevenzione e riduzione del rischio infettivo da SARS-COV-2: Sorveglianza sanitaria degli operatori;
- IO_06_02, Misure di prevenzione infezione da SARS-COV-2: Corretto utilizzo dei DPI e operazioni di sanificazione;
- IO_08_02, Gestione infezione da CoVID-19: Percorsi beni e servizi – percorsi operatori sanitari – Percorsi Pazienti
- IO_09_02, Gestione infezione da CoVID-19: Accesso ditte esterne manutenzione impianti e fornitori di beni e servizi

4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E RISARCIMENTI EROGATI

In ottemperanza agli obblighi di trasparenza stabiliti dalla L. 24/2017, al fine di consentire la corretta comprensione dei dati riportati nelle tabelle 3 e 4, è necessario chiarire alcune definizioni.

Si parla di **evento evitato** (anche detto Near Miss o Close Call) quando un errore, pur avendo la potenzialità di causare un evento avverso (come di seguito specificato), viene intercettato prima di produrre danni oppure non ha conseguenze avverse per il paziente.

Quando si verifica un evento inatteso e correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente (ovviamente non intenzionale e indesiderabile), si parla di **evento avverso**.

Non tutti gli eventi avversi sono prevenibili, ma solo quelli attribuibili ad un errore: l'effetto collaterale di un farmaco o la complicità di una procedura chirurgica, ad esempio, potrebbero non essere dovuti ad un errore. Quando l'evento avverso è di particolare gravità si parla di **evento sentinella**. In questi casi è necessario sottoporre l'evento a un'analisi approfondita per accertare se sia stato causato o vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili, che successivamente vanno affrontati con adeguate misure correttive.

Di per sé, il numero di eventi segnalati da una struttura sanitaria non rappresenta in alcun modo un indicatore di qualità e di sicurezza, né permette di confrontare Strutture diverse. Una

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

organizzazione che non segnala o che segnala poco potrebbe essere più "pericolosa" di una che segnala, in quanto è ormai riconosciuto a livello internazionale che la propensione degli operatori a segnalare gli eventi, specie quelli senza conseguenze o evitati, è uno degli indicatori della diffusione della cultura della sicurezza all'interno di una organizzazione.

TABELLA 4 – EVENTI SEGNALATI NEL 2020 (Art. 2, co. 5 L. 24/2017)

(Fonte: Sistema aziendale di Reporting)

Tipo di evento*	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss/Close Call	92 (69% del totale)	Procedure/Comunicazione 100% nei casi sottoposti ad analisi	Procedure/comunicazione 100%	100% dal sistema di Incident Reporting (Intranet aziendale segnalazione anonima)
Eventi Avversi	42 (31% del totale) di cui 38% per cadute con danno Classe 1; 45% per cadute con danno Classe 2; 2,3% per cadute con danno Classe 3	Procedure/Comunicazione 80%; Organizzativi 20% (nei casi sottoposti ad analisi)	Procedure/Comunicazione 40% Organizzative 60%	100% dal sistema di segnalazione evento incidente
Eventi Sentinella	0	-----	-----	-----

Glossario:

MOD_ICO Scala di Conley

MOD_IMO Scala di Morse

MOD_SEI scheda di segnalazione evento incidente

MOD_ANC Scheda di analisi delle cadute

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

Dall'analisi dei dati raccolti tramite il sistema di reporting (intranet aziendale), e le schede di segnalazione compilate ed inviate alla Direzione Sanitaria dal Medico di reparto o dal Medico di guardia, riportati nella Tabella 4, si rileva che le cadute rappresentano l'evento avverso più rappresentativo la cui percentuale maggiore è costituita dalle cadute con danno Classe 1 (contusione). Nel periodo di riferimento non sono stati registrati eventi sentinella.

Dall'analisi degli eventi avversi, la cui dinamica è riportata e spiegata nella scheda di analisi MOD_ANC, si rileva che l'evento caduta è avvenuto per circa il 70% dei casi in condizioni di indipendenza e deambulazione autonoma, nella propria stanza, durante il turno pomeridiano, in soggetti cognitivamente conservati, in assenza di altri fattori contribuenti come ad esempio la limitazione mediante sponde di protezione.

Quindi trattasi di eventi causati dalla non aderenza alle misure precauzionali prescritte e spiegate ai Pazienti stessi.

E' necessario considerare che le cadute dei Pazienti, soprattutto anziani, durante la degenza, sono tra le prime cause di sinistri denunciati a carico delle Aziende Sanitarie. L'evento caduta costituisce un grave problema per la persona coinvolta, per la famiglia e la società.

Gli esiti correlati all'evento caduta quindi rappresentano per la Struttura una causa di aumento dei costi dovuti al prolungarsi della degenza e alle procedure diagnostiche e terapeutiche necessarie. Data la valenza fortemente negativa che "l'evento avverso caduta" può assumere in termini di qualità dell'assistenza nonché le conseguenze di ordine etico e talvolta legale per gli operatori coinvolti, è giustificata la necessità di focalizzare l'attenzione sul fenomeno.

Le linee guida internazionali sottolineano l'importanza della valutazione del rischio di caduta nella persona che si ricovera in ospedale, quale parte integrante dei programmi di prevenzione, motivo per cui la Struttura Nomentana Hospital ha completato la revisione del protocollo operativo per la gestione del rischio da caduta, trasmettendolo alle UU.OO. in data 21/03/2016 e pubblicando il documento nella intranet aziendale, unitamente alle due scale di valutazione del rischio "Conley Score scale, MOD_ICO" e "Morse score scale, MOD_IMO" da compilare e comparare entrambe all'inizio del ricovero, a metà ricovero e/o in caso di variazione del livello di autonomia e sicurezza del paziente.

Rispetto alla contenzione quale misura di riduzione del rischio di caduta, non c'è nessuna evidenza scientifica che supporti l'uso di mezzi fisici di contenimento quale strategia per la prevenzione delle cadute in Pazienti anziani, ma al contrario vi è evidenza che la contenzione sia elemento di maggior rischio di danno grave da caduta.

Data la tipologia delle prestazioni e servizi prevalentemente riabilitativi che la Casa di Cura Nomentana Hospital eroga sia in regime di accreditamento sia in regime autorizzativo, la

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

mitigazione del rischio deve essere bilanciata con il bisogno di promuovere e favorire l'indipendenza funzionale, che è il principale obiettivo della riabilitazione.

5. SINISTROSITA' E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO [Art. 4, co. 3 L. n. 24/2017]

Nella tabella seguente vengono riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico, restando esclusi quelli riferiti a danni di altra natura (ad es. smarrimento di effetti personali, danni a cose, ecc.).

TABELLA 4 – (Fonte: Direzione Operativa - Uff. Affari Generali/Legali)

Anno	N. Sinistri	Risarcimenti erogati (€)	
		Compagnia Ass.	Azienda
2016	6	-----	€ 40.179,38
2017	9	-----	€ 10.000,00
2018	8	-----	€ 1.100,00
2019	7	465.000,00	€ 167.973,36
2020	3		€ 16.000,00
Totale	33		700.252,74

6. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

TABELLA 5 - (Fonte: Uff. Affari Generali/Istituzionali/Legali)

Anno	Polizza	Compagnia Ass.	Premio Lordo (€)	Franchigia (€)	Brokeraggio
2016	RCT/O (1/07/2015)	BHITALIA	€ 213.979,06	fissa € 100.000,00 - aggregata annua € 100.000,00	GE.AS. SANITA' S.R.L.
	RC DIVERSI (31/12/2017)	UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A.	€ 21.573,00	€ 250,00	GE.AS. SANITA' S.R.L.
2017	RC DIVERSI (31/12/2017)	UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A.	€ 21.573,00	€ 250,00	GE.AS. SANITA' S.R.L.
2018	RC DIVERSI (31/12/2017)	UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A.	€ 21.573,00	€ 250,00	GE.AS. SANITA' S.R.L.

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

2019	RCT/O (31/12/2018)	GENERALI ITALIA S.P.A.	€ 329.805,50	€ 25.000,00	Ecclesia GEAS Sanità Srl
2020	AUTOASSICURAZIONE				Ecclesia GEAS Sanità Srl

9. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' 2020

OBIETTIVO A) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

Attività 1	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico “La prevenzione e la gestione dell’errore in ambito medico legale”	No	– Rinvio al 2021 a causa dell’emergenza Covid-19 e delle restrizioni riguardanti la formazione in presenza

OBIETTIVO A) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

Attività 2	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di almeno due edizioni del corso ECM “La prevenzione e gestione delle lesioni da pressione”	NO	– Rinvio al 2021 a causa dell’emergenza Covid-19 e delle restrizioni riguardanti la formazione in presenza

OBIETTIVO A) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

Attività 3	Realizzata	Stato di attuazione
Esecuzione del corso Clinical Governance Core Curriculum (ECM) “Strumenti e strategie di Clinical Governance” , riservato a Operatori identificati “Facilitatori del rischio clinico”	NO	– Rinvio al 2021 a causa dell’emergenza Covid-19 e delle restrizioni riguardanti la formazione in presenza

OBIETTIVO B) – Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e al monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività 1	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di un corso sulla prevenzione degli errori in terapia farmacologica “Somministrazione dei farmaci: competenze e responsabilità”	SI	Sono stati svolte n° 2 edizioni (19 e 26 Febbraio 2020) per un totale di n. 27 partecipanti tra Infermieri e Medici

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

OBIETTIVO B) – Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e al monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività 2	Realizzata	Stato di attuazione
Implementazione delle Racc. Min. Salute n. 17-18-19 per la prevenzione degli errori nella terapia farmacologica: <u>Costituzione di un gruppo di miglioramento per la redazione e adozione di una procedura aziendale</u>	NO	– Il Gruppo di miglioramento si è costituito immediatamente dopo l'adozione e pubblicazione del PARM 2020 ma a causa dell'emergenza Covid-19, non è stato possibile completare l'attività. Ci si propone di farlo entro il 2021, compatibilmente con l'evoluzione della pandemia

OBIETTIVO B) – Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e al monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività 3	Realizzata	Stato di attuazione
Implementazione della Raccomandazione n. 9 del Ministero della Salute per la "Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali": <u>Costituzione di un gruppo di miglioramento e adozione di specifica procedura con validazione aziendale</u>	NO	– Il Gruppo di miglioramento si è costituito immediatamente dopo l'adozione e pubblicazione del PARM 2020 ma a causa dell'emergenza Covid-19, non è stato possibile completare l'attività. Ci si propone di farlo entro il 2021 compatibilmente con l'evoluzione della pandemia.

OBIETTIVO B) – Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e al monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività 4	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione del corso ECM "La gestione dei cateteri venosi centrali e periferici"	NO	– Rinvio al 2021 a causa dell'emergenza Covid-19 e delle restrizioni riguardanti la formazione in presenza

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

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

Attività 1	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di un corso " Prevenzione, gestione e tecniche di contenimento delle aggressioni e atti di violenza a danno degli operatori sanitari "	NO	– Rinvio al 2021 a causa dell'emergenza Covid-19 e delle restrizioni riguardanti la formazione in presenza

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

Attività 2	Realizzata	Stato di attuazione
Partecipazione all'attività del CC-ICA aziendale	SI	– Il CC-ICA si è riunito nella sua composizione formale per n° 2 sedute prima dell'emergenza Covid-19. Dopo l'inizio della pandemia si è ricomposto in "Unità di crisi", al fine di gestire lo stato di emergenza e le tematiche correlate alle ICA

OBIETTIVO D) – Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management

Attività 1	Realizzata	Stato di attuazione
Partecipazione alle sedute del Tavolo Permanente Centro Regionale Rischio Clinico - CRRC	SI	Partecipazione al 100% delle sedute convocate dal CRRC, anche in modalità da remoto (videoconferenza)

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

10. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM 2021

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

1. Quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
2. Quella della Direzione Strategica Aziendale che si impegna ad adottarlo e a fornire direttive in tema di obiettivi di budget, valutazione delle performance, definizione di specifici progetti aziendali di concerto con il Risk Manager, assegnando risorse adeguate al Risk Manager e a tutte le articolazioni aziendali coinvolte.

AZIONE	Risk Manager	Direttore Operativo	Direttore Sanitario	Direttore Finanza e Controllo	Strutture Amministrative e tecniche di supporto	Comitato Risk management	CdA
Redazione PARM e proposta di ratifica	R	C	C	C	I	C	
Adozione PARM con ratifica	C	C	C	C	I	C	R
Monitoraggio PARM	R	I	C	I	I	C	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

9. OBIETTIVI 2021

Il PARM intende proseguire e incrementare le azioni avviate nel corso degli anni precedenti, e si basa sui seguenti presupposti:

- Diffusione della *no-blame culture* (;
- Visione dell'errore come opportunità di apprendimento;
- Approccio sistemico;
- Miglioramento continuo sempre nell'intento di garantire elevati livelli di qualità e sicurezza delle cure.

Si ritiene opportuno ribadire che il Risk Manager rappresenta il facilitatore del cambiamento organizzativo che opera alle dirette dipendenze della Direzione strategica aziendale e la cui attività non può e non deve sollevare dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali, comprendendo nel termine "gestione"

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

anche gli aspetti non direttamente di tipo sanitario ma che hanno rilevanza sulla erogazione delle prestazioni.

Rispetto ai soggetti preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali, il Risk Manager coordina ed armonizza l'intero sistema di governo del rischio partendo dall'assunto che ogni singolo operatore ricopre un ruolo determinante nella diffusione della cultura della sicurezza e nel successo degli interventi di gestione del rischio clinico.

Le finalità e la progettualità descritte nel presente documento, anche riguardo al miglioramento della continuità operativa, consiste nel tentativo di contenere e/o ridurre i rischi legati ai processi operativi nell'ambito specificato ed in ogni singolo progetto, con lo scopo principale e mandatorio di ridurre la probabilità di accadimento degli eventi avversi e dei "near-misses", mediante una incisiva azione di analisi e di governo dei processi clinico-assistenziali erogati dalla Struttura e il successivo avvio di specifici interventi preventivi e/o correttivi.

La ratio è quindi di intervenire sulle pre-condizioni di rischio esistenti nei sistemi operativi, costituenti nel loro insieme i c.d. "errori latenti" che hanno un elevato grado di influenza nel determinismo degli "errori attivi".

Le attività previste nel PARM concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza e sostenibilità finanziaria.

In ottemperanza a quanto previsto dalla Determinazione N. G00164 del 11/01/2019 "Approvazione ed adozione del documento recante le *'Linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)'*", ai sensi di quanto previsto dalla L. 8 marzo 2017, n. 24 recante *"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"*, gli obiettivi strategici su cui progettare il PARM 2020, sono i seguenti:

1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni e servizi erogati e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
3. Favorire la visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture;
4. Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management;
5. Implementare le Raccomandazioni ministeriali riferibili ed applicabili alle attività svolte dalla Casa di Cura Nomentana Hospital.

Le attività elencate al capitolo successivo, sono frutto della analisi delle specificità e criticità aziendali. Alla luce delle risultanze della mappatura del rischio sanitario in supporto all'attività

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

di risk management effettuate nell'ultimo trimestre 2019 a cura del broker assicurativo RAVINALE, evidenziata la necessità di individuare degli operatori sanitari che supportino il R.M. nell'attività di implementazione e monitoraggio delle azioni pianificate, soprattutto relativamente agli indicatori di esito individuati, la Direzione Strategica del Nomentana Hospital ha ritenuto opportuno, su proposta del Risk Manager, adottare il "Modello Organizzativo di Gestione del Rischio Clinico" ed individuare gli operatori che, a seguito di assegnazione di incarico e conseguimento della formazione specifica in ambito rischio clinico, saranno costituenti il "Gruppo Referenti per il Rischio Clinico".

9.1 Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)

Nel merito della problematica delle Infezioni Correlate all'Assistenza (di seguito ICA), il 07/11/2017 è stato istituito il Comitato di Controllo per la Infezioni Correlate all'Assistenza (di seguito CC-ICA) con atto della Direzione Sanitaria, ratificato dal Direttore Generale con Prot. n. 1601 del 22/11/2017, e nel corso della prima riunione è stato nominato il Presidente del CC-ICA ed i componenti del comitato stesso, con identificazione degli obiettivi e delle attività assegnate al CC-ICA in ottemperanza alla L. n. 24/2017.

Relativamente alle ICA, si rimanda allo specifico "Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) – 2021", elaborato dal CC-ICA della Casa di Cura in ottemperanza alle "Linee Guida per l'elaborazione del Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)", adottate con Determinazione N. G00163 del 11/01/2019 della Regione Lazio, che è parte integrante del PARM 2021.

10. ATTIVITA' 2021

OBIETTIVO A) – Diffondere la Cultura della Sicurezza delle cure		
Attività 1: Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico		
INDICATORE	Esecuzione di due edizioni di un corso ECM "La prevenzione e la gestione dell'errore in ambito medico legale", entro il 30/12/2021, Obbligatorio per Primari, Medici, Caposala, Infermieri, Tecnici sanitari (Fisioterapista-T.O.-Logopedista), Funzioni di staff Direzione Sanitaria.	
STANDARD	SI	
FONTE	Risk Management, Direzione Corsi Formazione	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Direzione Corsi Formazione
Progettazione del corso	R	R
Accreditamento del corso	C	R

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

Esecuzione del corso	R	I
----------------------	---	---

OBIETTIVO A) – Diffondere la Cultura della Sicurezza delle cure

Attività 2 - Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico

INDICATORE	Esecuzione di almeno due edizioni del corso ECM "La prevenzione e gestione delle lesioni da pressione" , entro il 31/12/2021, destinatari: Medici, Caposala, Infermieri, Funzioni di staff Direzione Sanitaria.
STANDARD	SI
FONTE	Risk management, Direzione Corsi Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk manager	Direzione Corsi Formazione
Progettazione del corso	R	R
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	C

OBIETTIVO A) – Diffondere la Cultura della Sicurezza delle cure

Attività 3 - Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico

INDICATORE	Esecuzione del corso entro il 31/12/2021 del modulo Clinical Governance Core Curriculum (ECM) " Strumenti e strategie di Clinical Governance "*
STANDARD	SI
FONTE	Risk management, Direzione Corsi Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk manager	Direzione Corsi Formazione
Progettazione del corso	R	R
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	C

- ❖ **Riservato agli operatori identificati come Referenti della rete aziendale per la gestione del rischio clinico.**

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

OBIETTIVO 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

Attività 1: Progettazione ed esecuzione di un corso sulla prevenzione degli errori in terapia farmacologica

INDICATORE	Esecuzione di almeno due edizioni del corso entro il 31/12/2021 del corso ECM "Somministrazione dei farmaci: competenze e responsabilità" .
STANDARD	SI
FONTE	Risk Management, Direzione Corsi Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Direzione Corsi Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	C

OBIETTIVO 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

Attività 2: Implementazione delle Racc. Min. Salute n. 17-18-19 la prevenzione degli errori nella terapia farmacologica.

INDICATORE	Costituzione di un gruppo di miglioramento e adozione di specifica procedura con validazione aziendale entro il 31/12/2021.
STANDARD	SI
FONTE	Risk Management, Direzione Corsi Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Gruppo di lavoro
Elaborazione del documento	C	C	R
Validazione e proposta di adozione del documento	R	I	I
Adozione con ratifica	C	R	I
Verifica di applicazione del documento	R	C	C

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

OBIETTIVO 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

Attività 3: Implementazione della Raccomandazione n. 9 del Ministero della Salute per la "Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali".

INDICATORE	Costituzione di un gruppo di miglioramento e adozione di specifica procedura con validazione aziendale entro il 31/12/2021.
STANDARD	SI
FONTE	Risk Management, Direzione Corsi Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Gruppo di lavoro
Elaborazione del documento	C	I	R
Validazione documento	R	I	C
Approvazione documento	I	R	C

OBIETTIVO 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.

Attività 4: Progettazione ed esecuzione del corso ECM " La gestione dei cateteri venosi centrali e periferici "

INDICATORE	Esecuzione di almeno due edizioni del corso entro il 31/12/2021.
STANDARD	SI
FONTE	Risk management, Direzione Corsi Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk manager	Direzione Formazione
Progettazione del corso	R	R
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	C

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

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

Attività 1: Progettazione ed esecuzione di un corso "Prevenzione, gestione e tecniche di contenimento delle aggressioni e atti di violenza a danno degli operatori sanitari"

INDICATORE	Esecuzione di almeno due edizioni del corso entro il 30/12/2021.
STANDARD	SI
FONTE	Risk management, Direzione Corsi Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk manager	Direzione Formazione
Progettazione del corso	R	R
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	C

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

Attività 2: Partecipazione all'attività del CC-ICA aziendale

INDICATORE	Numero sedute del CC-ICA aziendale convocate/numero di presenze (al netto delle assenze giustificate)
STANDARD	90%
FONTE	Segreteria CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Presidente CC-ICA aziendale	Risk Manager
Convocazione delle sedute	R	C
Partecipazione	C	R

OBIETTIVO D) – Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management

Attività 1: Partecipazione alle sedute del Tavolo permanente rischio clinico – CRRC Regione Lazio

INDICATORE	Numero sedute del Tavolo permanente convocate/numero di presenze (al netto delle assenze giustificate)
STANDARD	90%
FONTE	Segreteria CRRC, Risk management

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

Azione	Segreteria CRRC	Risk Manager
Convocazione delle sedute	R	C
Partecipazione	C	R

11. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM

Il PARM verrà diffuso secondo le seguenti modalità:

- Presentazione al Collegio di Direzione
- Invio via mail ai Primari-Caposala/Coordinatori di UU.OO. degenza/servizio, Direttore Infermieristico, Coordinatori FKT
- Presentazione in riunione plenaria
- Pubblicazione sull'intranet e sul sito internet della struttura
- Trasmissione via mail in formato Pdf nativo al Centro Regionale del Rischio Clinico (crrc@regione.lazio.it) entro il 28 febbraio 2020 (come da determina Regione Lazio n. **G00164**, del 11/01/2019).

12. RIFERIMENTI NORMATIVI

- 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";
- 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";
- 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"
- 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;
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- 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

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) – 2021

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

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. G04112 del 01 aprile 2014 recante “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)’”;
10. Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio;
11. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti”;
12. 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”;
13. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti’”;
14. 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”;
15. Decreto Regione Lazio DCA U00469 del 07/11/2017, Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012
16. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
17. 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";
18. Decreto del Commissario ad Acta del 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";
19. Determinazione n. G01226 del 2 febbraio 2018 recante “Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017”.

20. Determinazione n. G07551 del 25/06/2020 recante "Approvazione del "Documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica" e del "Glossario degli acronimi e delle abbreviazioni in uso nella Regione Lazio".

13. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

In questa sezione andranno elencati i riferimenti bibliografici e sitografici consultati per la redazione del documento. Se ne elencano alcuni a mero titolo di esempio:

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. Benci L., Bernardi A. et al.: Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Commentario alla legge 24/2017. Quotidiano Sanità edizioni, 2017.