



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Febbraio 2024

<i>Presidente del CDA</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>
<i>Dott.ssa Mariapia de Bari</i>	<i>Dott.ssa Maria Letizia Bianco</i>



Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Maria Letizia Bianco
Medico Chirurgo
Specialista in Neuropsichiatria infantile
O.M.RM n. 66335



INDICE

INDICE.....	2
0. INTRODUZIONE.....	3
1. CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	3
3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	5
4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS 2023	5
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS.....	7
6. OBIETTIVI E ATTIVITA'.....	8
6.1 Obiettivi	8
6.2 Attività	9
7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	12
8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	13
8.1 Riferimenti Normativi.....	13
8.2 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	14

0. INTRODUZIONE

Il presente documento, fatte salve specifiche e motivate necessità, è elaborato rispettando la struttura proposta dalla Regione Lazio. Quando possibile, i Dati sono stati inseriti nelle tabelle proposte dalla stessa.

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

In questa sezione è descritto il contesto organizzativo del Centro Riabilitativo Vaclav Vojta, struttura di riferimento per la riabilitazione ambulatoriale e semiresidenziale, nella presentando in una tabella i principali dati di produzione.

Tabella 1 - Confronto fra i dati 2022 vs 2023

DATI DI ATTIVITÀ DELLA STRUTTURA 2023 ^(A)			
Numero Assistiti (Dato 2023)	n. 139 (Semiresidenziali)	Minori	n. 17
		Adulti	n. 122
	n. 697 (Ambulatoriali)	Minori	n. 227
		Adulti	n. 470

(A): Fonte SIR relativo al periodo dal 01/01/2023 al 31/12/2023.

DATI DI ATTIVITÀ DELLA STRUTTURA 2022 ^(A)			
Numero Assistiti (Dato 2022)	n. 134 (Semiresidenziali)	Minori	n. 19
		Adulti	n. 115
	n. 698 (Ambulatoriali)	Minori	n. 215
		Adulti	n. 483

(A): Fonte SIR relativo al periodo dal 01/01/2022 al 31/12/2022.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

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 e delle infezioni ospedaliere correlate all’assistenza verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria”.

Al fine di ottemperare a tale obbligo la nostra struttura ha raccolto nella tabella seguente i dati relativi agli ultimi due anni di attività relativi agli eventi accorsi nella struttura, nella struttura sono presenti le schede di dettaglio:

Tabella 2 - Eventi segnalati nel 2023 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti 2023 ^(B)	Azioni di miglioramento 2024	Fonte del dato 2023
Near Miss ^(A) (quasi evento)	n.5	Grande fragilità legata alla tipologia di disabilità degli utenti in carico al Servizio Semiresidenziale, rappresentata, essenzialmente, da Disabilità intellettiva e Disturbo dello spettro autistico, spesso in comorbidità con disabilità neurologiche. Le caratteristiche intrinseche della patologia e l'eventuale comorbidità, rende gli utenti del Semiresidenziale particolarmente a rischio di cadute accidentali, conseguenti a difficoltà nella deambulazione, ridotta autonomia o al verificarsi di episodi di auto-eteroaggressività derivati da stati di agitazione psicomotoria correlati alla disabilità intellettiva e problematiche comportamentali.	100% Procedure e comunicazione	Sistemi di reporting 100%
Eventi Avversi ^(A) (evento lieve/moderato)	n.1			
Eventi Sentinella ^(A) (evento severo/morte)	n.0			
Eventi correlati alle ICA	n.0			

(A): riportare le definizioni secondo il glossario del Ministero della Salute o come nota alla tabella o all'interno della narrativa.

(B): I fattori causali/contribuenti fanno ovviamente riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi. Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi si rimanda al documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" adottato con Determinazione n. G12355 del 25 ottobre 2016 e disponibile sul *cloud* regionale.

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 la struttura pubblica i dati relativi ai Sinistri denunciati e i risarcimenti riconosciuti:

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

Anno	N. Sinistri ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2023	N 1 sinistro	Pratica in corso di lavorazione con compagnia assicurativa
2022	Nessun sinistro	Nessun risarcimento
2021	n. 1 sinistro	Risarcimento in atto
2020	Nessun sinistro	Nessun risarcimento
2019	Nessun sinistro	Nessun risarcimento
Totale	n. 2 sinistri	n.1 risarcimento in atto

(A): sono riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico, sono esclusi quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

NB: si ricorda che, come ribadito al capitolo 5 (MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS), anche al fine di poter ottemperare agli obblighi della L. 24/2017, il PARS deve essere pubblicato sul sito pubblico della struttura.

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Sono presentate, in forma sintetica dei dati sotto forma di tabella delle polizze assicurative contratte dalla nostra struttura a copertura delle RCT (Responsabilità Civile contro Terzi in ambito sanitario) di cui riportiamo i dati salienti:

Tabella 4 - Elenco polizze attive sulla struttura

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio / Note
2023	08/04/2024	Allianz	3'400,00 Euro	250,00 Euro x Sinistro	

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS 2023

In questa sezione è stato inserito una sintetica presentazione sulle attività previste nel PARS 2023 dell'anno precedente (già presentati come un unico documento), sulla loro realizzazione o sulle criticità che non hanno consentito il raggiungimento di tutti gli obiettivi previsti, secondo la tabella allegata, modificabile sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati.

Tabella 5 - Resoconto attività anno precedente

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.

Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di almeno una attività formativa avanzata dedicata al personale afferente al Comitato per il Rischio Clinico e CCICA	NO	Il comitato del Rischio clinico e infettivo è stato sciolto Ad oggi il Risk Manager si occupa del risk management di tutta la struttura
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	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 – Analisi dei rischi collegati agli Eventi e/o potenziali	SI	Verificare nella tabella eventi

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

OBIETTIVO F) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI

Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 – Implementare la cultura della pulizia delle mani	SI	Tutto il personale è stato formato attraverso il corso "Igiene delle Mani" che si è svolto tra settembre 2023 e dicembre del 2023 Nel 2023 sono stati consumati 18 Lt di gel idroalcolico

OBIETTIVO G) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)

Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 2 – Monitoraggio	NO	Non applicabile

dell'inquinamento batterico nelle aree frequentate e sulle attrezzature utilizzate dai Pazienti		
---	--	--

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

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

La realizzazione del PARS riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

1. Quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
2. Quella della Direzione Strategica che si impegna ad adottarlo con Deliberazione e a fornire al Risk Manager e all'organizzazione della struttura le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività in esso previste.

È bene sottolineare che in questa sezione non bisogna elencare le responsabilità delle singole azioni previste nelle attività di cui al punto 4, ma solo quelle relative alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARS.

Di seguito l'esempio di una possibile matrice delle responsabilità, modificabile sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati:

Tabella 6 - Matrice delle Responsabilità

AZIONE	Direttore Sanitario	Risk Manager	Referente Amministrativo	Presidente / Consiglio di amministrazione	Segreteria Generale	Segreteria
Redazione PARS (eccetto i punti: 1, 2, 3, 7 e 8)	C	R	C	C	C	C
Redazione punti 1, 2 e 3	R	C	C	I	C	C
Redazione punto 7 e 8	R	C	I	I	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	I	I
Monitoraggio PARS (eccetto il punto 7 e 8)	C	R	C	I	C	C
Monitoraggio punto 7 e 8	R	C	I	I	I	C

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITA'

6.1 Obiettivi

I sette obiettivi strategici regionali sono i seguenti:

- 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.
- D. 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.
- E. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- F. Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;

La nostra strutture sceglie dare priorità ai seguenti macro obiettivi, da cui scaturiranno le attività per perseguirli: **A, B, F**

6.2 Attività

In questa sezione sono elencate le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti e scelti dalla nostra struttura. A mero titolo esplicativo le attività e obiettivi è indispensabile una assoluta coerenza. Ad esempio, l'obiettivo A) *Diffondere la cultura della sicurezza delle cure* potrà essere declinato in una serie di attività che vanno dalla organizzazione di corsi di formazione, all'introduzione di strumenti di *risk analysis* negli obiettivi di *budget* dei reparti, all'utilizzo dell'*intranet* della struttura per la diffusione di dati e *report* sulla qualità delle prestazioni sanitarie. L'obiettivo B) *Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa*, invece, potrà articolarsi nella progettazione e implementazione di attività legate all'utilizzo degli strumenti di *risk assessment* (come l'*Incident Reporting*, il *Safety WalkRound* o l'analisi delle cartelle cliniche) o di *risk analysis* (come l'utilizzo degli audit di rischio clinico); nell'elaborazione o revisione di procedure volte al recepimento di documenti nazionali e internazionali o, ancora, in attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita dagli utenti o di umanizzazione delle cure.

NB: Le attività sopra elencate sono da considerarsi un mero esempio. Le strutture potranno definirne ulteriori sulla base delle specifiche esigenze.

Per ogni attività deve essere definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo *standard* che ci si prefigge di raggiungere.

In relazione alla sua complessità, ogni attività andrà scomposta in una o più azioni elementari che andranno declinate in una matrice delle responsabilità specifica, come riportato nell'esempio della Tabella 7. Le attività che si sviluppano su un arco temporale pluriennale vanno declinate e sviluppate per singolo anno.

NB: Sulla base di eventuali particolari esigenze e necessità istituzionali, la Regione si riserva di definire ulteriori attività che saranno oggetto di specifica comunicazione alle strutture del SSR da parte della competente Area regionale.

Tabella 7 - Declinazione delle attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di almeno una attività formativa BLS/D e PLS/D		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2024		
STANDARD SI		
FONTE Comitato Rischio Clinico e CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Presidenza	Comitato Rischio Clinico e CCICA
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 2 – progettazione ed esecuzione di almeno un'attività di formazione rivolto agli operatori del Semiresidenziale sulla gestione dei comportamenti problema.		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2024		
STANDARD SI		
FONTE Comitato Rischio Clinico e CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Presidenza	Comitato Rischio Clinico e CCICA
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 3 – revisione della procedura di Gestione del Rischio Clinico (PO 21), con particolare riguardo alla gestione dei near misses, allo scopo di individuare precocemente, attraverso l'analisi degli stessi, eventuali fattori causali ed intervenire sugli stessi.		
INDICATORE SI		
STANDARD SI		
FONTE		

Comitato Rischio Clinico e CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Direzione Sanitaria	Comitato Rischio Clinico e CCICA
Allineamento della procedura alla normativa	R	C
Verifica del documento	C	R
Approvazione nuova procedura	R	I

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 – Analisi dei rischi collegati agli Eventi e/o potenziali

INDICATORE

Attivare un'azione di "mitigazione del rischio" estesa a fronte di un Evento e/o NearMiss

STANDARD SI

FONTE Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Medici Referenti
Raccolta e analisi	R	C
Definizione Azioni	C	R
Esecuzione Azioni	C	R

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

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 – Effettuare giri per la sicurezza all'interno della struttura

INDICATORE: effettuare almeno un giro della sicurezza

STANDARD: SI

FONTE Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Medici Referenti
Raccolta e analisi	R	C
Definizione Azioni	C	R
Esecuzione Azioni	C	R

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

ATTIVITÀ 1 –La procedura della gestione del rischio caduta secondo la Determinazione_G15198_Documento_Indirizzo_Cadute non è applicabile al contesto organizzativo

della nostra struttura accreditata solo per setting assistenziali ambulatoriali e semiresidenziali. "Sicurezza nei luoghi di lavoro" con specifici richiami al piano di sicurezza aziendale		
INDICATORE: effettuare almeno un giro della sicurezza		
STANDARD: SI		
FONTE Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria
Raccolta e analisi	C	R
Aggiornamento Procedure	C	R
Diffusione documento	C	R

OBIETTIVO F) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI

ATTIVITÀ 1 – Implementare la cultura della pulizia delle mani

INDICATORE

Effettuare il questionario di autovalutazione della regione Lazio PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

STANDARD

SI

FONTE

Comitato Rischio Clinico e CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Reparti	Direzione Sanitaria
Raccolta e analisi	R	C	C
Definizione Azioni	R	C	C
Esecuzione Azioni	R	C	C

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

7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

In questa sezione andranno elencate le modalità con cui il documento verrà diffuso a livello della struttura. Ricordando che **la pubblicazione sul sito internet della struttura è obbligatoria**, si elencano altre modalità di diffusione del documento, a mero titolo di esempio:

1. Presentazione al Collegio di Direzione;
2. Invio via mail alle Direzioni di P.O. e di Distretto;
3. Pubblicazione sull'Intranet della struttura.

NB: si ribadisce che entro il 28 febbraio dell'anno solare a cui il documento si riferisce tutte le strutture pubbliche e private dovranno inviare il PARS in formato pdf nativo all'indirizzo crcc@regione.lazio.it per il caricamento sul *cloud* regionale.

8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

8.1 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.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 (CCICA)”;
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. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”;
 13. 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”;
 14. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti
 15. 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”;
 16. Nota prot. U0583694 del 17 novembre 2017 della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali – Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Risk Management recante “Adempimenti LEA 2017”;
 17. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
 18. 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”.
 19. Determinazione n. G00163 2019 del 11 gennaio 2019 “Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)".
 20. Comunicazione relativa all’elaborazione del PARM 2021 della Regione Lazio U0884520 del 15/10/2020.
 21. Determinazione G00643 del 25/01/2022 della Regione Lazio avente ad oggetto l’adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS).

8.2 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 organization accidents, 1997;
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;

6. Corrado Papa, Chiara Lozupone. La Legge Gelli-Bianco. Un momento ulteriore di riflessione verso un approccio sistemico Risk – Based;
7. Benci L., Bernardi A. et al.: Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Commentario alla legge 24/2017. Quotidiano Sanità edizioni, 2017;
8. Norme ISO 9001:2015 e 19011:2019
9. 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;
10. 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;
11. AHRQ Quality Indicators: Guide to Patient Safety Indicators
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/default.aspx>;
12. Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023) (GU Serie Generale n.23 del 29-01-21- Supplemento Ordinario n.7)
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/01/29/21A00476/sg>.

