

**DIREZIONE GENERALE
STAFF UOC RISCHIO CLINICO**

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT-PARM 2019

INDICE

INTRODUZIONE

**Ambito di applicazione
Scadenze temporali
Struttura del PARM**

1) PREMESSA

1a) Contesto organizzativo.

1b) Descrizione degli eventi/sinistri/risarcimenti erogati

1c) Descrizione della posizione assicurativa.

1d) Resoconto delle attività del PARM precedente

2) MATRICE DELLE RESPONSABILITA'DEL PARM

3) OBIETTIVI

4) ATTIVITA'

5) MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM

6) RIFERIMENTI NORMATIVI

7) BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

INTRODUZIONE

Ambito di applicazione

Ai sensi di quanto previsto dalla Legge 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”, il documento deve essere prodotto da tutte le strutture pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale.

Scadenze temporali

Il Piano Annuale di Risk Management – PARM 2019 deve essere presentato entro il 15 Febbraio dell’anno solare a cui il documento si riferisce ed entro il 28 Febbraio deve essere trasmesso al Centro Regionale Rischio Clinico.

Struttura del PARM

IL PARM deve essere elaborato secondo quanto riportato nella Determinazione della Regione Lazio 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)”.

1. PREMESSA

1a. Contesto organizzativo

La provincia di Latina si estende per 2.250 Km², ed è costituita da 33 comuni e una popolazione residente di 569.664 abitanti (maschi 280.314 e femmine 289.350), di cui 42.821 stranieri (maschi 22.215 e femmine 20.606).

Il territorio, diviso tra aree collinari, montuose e piane costiere comprende anche le isole dell'arcipelago pontino. Il 67% della popolazione risiede in pianura, il 32% in collina e l'1% circa in montagna e nelle isole dell'arcipelago pontino.

La provincia di Latina si caratterizza per una popolazione giovane con un'età media di 42.7 anni e un indice di vecchiaia (i.v.) pari a 133, il più basso del Lazio.

Seppur più lento rispetto alle province laziali, è comunque emergente il progressivo invecchiamento della popolazione dovuto alla diminuzione del tasso di natalità e al contemporaneo aumento della sopravvivenza e speranza di vita.

L'Azienda Latina è composta da 45 Edifici

Totali MQ = 175.520,79

Totale MQ Pertinenze = 182283

Il numero di dipendenti presenti nell'Azienda in data 31.12.2018 è di 3406

Il numero di posti letto ordinari è di 657

Il numero di posti letto in Day Surgery è di 48

Il numero di posti letto in Day Hospital è di 50

Il numero dei ricoveri ordinari anno 2018 è di 28.933

Il numero di ricoveri in Day Hospital è di 4.597

Il numero di ricoveri in Day-Surgery con pernottamento è di 524

Si riportano i seguenti dati:

Ricoveri raggruppati per Padiglioni Ospedalieri Gennaio-Dicembre 2018

	Stabilimento	Regime	N.
Ricoveri			
Ospedale S.M. Goretti ed ICOT Università		Ordinari	15.698
Ospedale S.M. Goretti ed ICOT Università		Day Hospital	2.507
Ospedale S.M. Goretti ed ICOT Università		Day Surgery	307
Ospedale Alfredo Fiorini Terracina		Ordinari	3.643
Ospedale Alfredo Fiorini Terracina		Day Hospital	800
Ospedale S. Giovanni di Dio Fondi		Ordinari	3.316
Ospedale S. Giovanni di Dio Fondi		Day Hospital	513
Ospedale Dono Svizzero Formia		Ordinari	6.276
Ospedale Dono Svizzero Formia		Day Hospital	777
Ospedale Dono Svizzero Formia		Day Surgery	217

Ricoveri raggruppati per Presidi Ospedalieri

	Stabilimento	Regime	N. Ricoveri
Presidio Ospedaliero Nord		Ordinari	15.698
Presidio Ospedaliero Nord		Day Hospital	2.507
Presidio Ospedaliero Nord		Day Surgery	307
Presidio Ospedaliero Centro		Ordinari	6.959
Presidio Ospedaliero Centro		Day Hospital	1.313
Presidio Ospedaliero Sud		Ordinari	6.276
Presidio Ospedaliero Sud		Day Hospital	777
Presidio Ospedaliero Sud		Day Surgery	217

Accessi PS raggruppati per padiglioni ospedalieri

	Stabilimento	N.accessi
Ospedale S.M. Goretti		58.396
Ospedale Alfredo Fiorini Terracina		32.515
Ospedale S. Giovanni di Dio Fondi		21.157
Ospedale Dono Svizzero Formia		38.856

Accessi PS raggruppati per Presidi Ospedalieri

Codice	N.accessi
Presidio Ospedaliero Nord	58.396
Presidio Ospedaliero Centro	53.672
<u>Presidio Ospedaliero Sud</u>	<u>38.856</u>

Accessi PS ASL Latina 150.924

Parti raggruppati per Presidi Pubblici

Codice	N. Parti
Presidio Ospedaliero Nord	1237
Presidio Ospedaliero Centro	648
<u>Presidio Ospedaliero Sud</u>	<u>403</u>

Parti ASL Latina 2.288

Numero posti letto Area Chirurgica raggruppati per Presidio Ospedaliero al 31.12.2018.

Numero posti letto Area Materno Infantile raggruppati per Presidio Ospedaliero al 31.12.2018

Numero posti letto Area Critica raggruppati per Presidio Ospedaliero al 31.12.2018

Numero posti letto Area Medica raggruppati per Presidio Ospedaliero al 31.12.2018.

Stabilimenti	PL ordinari	PL Day surgery
Area Chirurgica Universitaria Terracina	22	2
Area Chirurgica Ospedaliera Terracina	23	2
Area Chirurgica Ospedaliera Formia	46	5
Area Chirurgica Ospedaliera Fondi	20	13
Area Chirurgica Universitaria Fondi		3
Area Chirurgica Ospedale S.M.Goretti	100	19
Area Chirurgica Universitaria Osp. S.M. G.	14	2

Stabilimenti	PL ordinari	PL Day Hospital
Ospedale Formia Nido-Pediatria	19	1
Ospedale Fondi Nido-Pediatria	14	1
Ospedale S.M. Goretti Nido-Pediatria-Neonatologia	33	1
Ospedale di Priverno Neuropsichiatria Infantile		6

Stabilimenti	PL ordinari
Ospedale Formia Terapia Intensiva	6
Ospedale Formia UTIC	4
Ospedale S.M. Goretti Rianimazione	10
Ospedale S.M. Goretti UTIC	8
ICOT Terapia Intensiva Universitaria	4

ICOT Riabilitazione Universitaria	PL ordinari	PL Day Hospital
	10	1

Stabilimenti	PL ordinari	PL Day Sargery	PL Day Hospital
Area Medica Ospedale Terracina	30		6
Area Medica Ospedale Fondi			3
Area Medica Ospedale Formia	40		6
Area medica Ospedale S.M. Goretti	175		18
Area Neuropsichiatria Formia	8		2
Area Neuropsichiatria Osp.S.M.G.	6		
Terapia del Dolore Osp. Formia		1	
Terapia del Dolore Osp. S.M.Goretti		1	
ICOT Medicina Universitaria	14		5

I dati sono stati forniti dal personale della UOC Patrimonio Tecnico immobiliare e Sistema Informativo.

Le branche specialistiche sono 74 e precisamente:

N° 27 specialità Chirurgiche, N° 13 Medicine Generali in cui sono comprese N°2 Medicine Post-acuzie, N°1 Diabetologia, N°2 Gastroenterologia; vi sono, poi, N° 4 Cardiologie, N°1 Cardiologia interventistica ed Emodinamica, N° 2 Unità Coronariche, N°3 Ematologie, N°2 Terapie Intensive, N°1 Malattie Infettive, N°1 Malattie Endocrine e del Ricambio, N° 2 Nefrologie, N°1 Neurologia, N°3 Pediatria, N°3 Neonatologie, N°1 Psichiatria, N°1 Neuropsichiatria Infantile, N°2 Astanteria, N°2 Oncologie, N°1 Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione, N°2 Recupero e Riabilitazione Funzionali, N°1 Pneumologia, N°1 Per Detenuti. Delle suddette Strutture N°9 sono Universitarie.

HUB Reti assistenziali specialistiche della Regione Lazio.

Riguardo il ruolo di Hub per le varie reti dell'emergenza, la Rete Pontina per il trattamento dell'infarto miocardico acuto nel territorio della provincia di Latina è operativa dal mese di Febbraio 2012, rete implementata secondo il modello Hub-Spoke.

Il ruolo della rete e per questo si stanno attivando campagne informative sulla popolazione, consiste nel fatto che in caso di dolore toracico e malessere, non si cerchi di raggiungere l'ospedale più vicino con mezzi propri ma si allerti il 118.

Il paziente con sospetto di Infarto Miocardico, trasportato presso l'Ospedale S.M. Goretti, viene inviato presso il servizio di Emodinamica possibilmente entro 90 minuti dall'insorgere dei sintomi.

N.Blocchi Operatori 4

N.Sale Operatorie 15

Chirurgia dei trapianti: é presente in Azienda una Unità Operativa per la donazione di organi e tessuti.

Servizio Trasfusionale: 1 P.O.N. Ospedale S.M.Goretti

1 P.O.S. Ospedale di Formia

Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui 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 1b ed 1c, è necessario chiarire alcune definizioni. Si parla di “Quasi Evento” o “Near Miss” quando un errore, pur avendo la potenzialità di causare un evento avverso, viene intercettato prima di produrre danni ad un paziente,; si parla di “Evento Avverso” quando un evento inatteso e correlato al processo assistenziale comporta un danno al paziente ovviamente non intenzionale. Non tutti gli eventi avversi sono prevenibili ma solo quelli attribuibili ad un errore. L’Evento Sentinella, invece, è quell’evento di tale gravità, indicatore 1 , che determina inabilità momentanea o permanente e che può portare al decesso del paziente. In caso di Eventi Avversi/Sentinella è necessario effettuare una RCA o un Audit Clinico per verificare se sia stato causato o vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili al fine di produrre azioni di miglioramento.

Come risulta evidente nelle tabelle, nell’anno 2018 gran parte delle segnalazioni riguardano i Near Miss. I fattori causali/contribuenti riportati, inoltre, fanno riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi.

Si ricorda che l’art. 1 della legge 24/2017 definisce la “Sicurezza delle Cure quale parte costitutiva del diritto alla salute” che deve essere perseguita nell’interesse dell’individuo e della collettività. Tuttavia , è l’articolo 16 della legge a stabilire che: i verbali e gli atti conseguenti all’attività di gestione del Rischio Clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell’ambito di procedimenti giudiziari. Questo può incoraggiare gli operatori sanitari ad un aumento di segnalazioni di eventi near miss, di eventi avversi ed esplicitare che le attività dei Risk Manager servono non ad individuare un responsabile ma a produrre azioni di miglioramento in seguito ad un evento avverso.

1.b Descrizione degli eventi/sinistri e risarcimenti erogati ai sensi della Legge 24/2017

Eventi occorsi nel 2018

Tipo di Evento	Numero	Principali fattori Causali/contribuenti	Azioni di Miglioramento	Fonte dato
Near Miss	10	Comunicazione	Miglioramento comunicazione	I.R.
Eventi Avversi	2	Fattori organizzativi	Miglioramento organizzazione	

Eventi Sentinella /

Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio

Anno	N. Sinistri	Risarcimenti erogati
2014	64	2.176.462
2015	45	4.123.912
2016	97	1.972.659
2017	84	2.794.017
2018	93	in corso di definizione

1.c Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza e rel.	Scadenza	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
Anno 2014	21.06/32/3041	31.08.2014	Cattolica	2.473.166	500.000	AON
Anno 2014	TTOMM402580	31.08.2015	AM TRUST	1.564.800	400.000	AON
Anno 2015	TTOMM402580	31.08.2016	AM TRUST	6.894.400	400.000	AON
Anno 2016	TTOMM402580	31.08.2016	AM TRUST	6.894.400	400.000	AON
prorogata al 31.12.2016						
Anno 2017	ITOMM1600036	31.12.2017	AM TRUST	4.401.000	250.000	AON
Anno 2018	31.12.2017	31.12.2018	AM TRUST	4.401.000	250.000	AON

1d Resoconto delle attività del PARM precedente

Obiettivo – Diffondere la Cultura della Sicurezza delle Cure

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Implementazione Piano Aziendale per la Prevenzione Cadute	si	Intranet Aziendale Corsi di Formazione Sito “Rischio Clinico”
Corso di Formazione In “Risk Management”	si	Locandina-Schede ECM

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

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Monitoraggio semestrale check list chirurgica	si	check list complessiva check list singole
Monitoraggio semestrale SUT area medica, chirurgica e Critica	si	check list complessiva check list singole
Monitoraggio semestrale Check list caduta	si	check list complessiva Check list singole
Due Corsi di Formazione Prevenzione aggressioni	si	effettuati 3 corsi Locandine Schede ECM
Implementazione Raccomandazione	si	Raccomandazione

Regionale”Prevenzione Morte Materna”

Implementazione Raccomandazione
 Regionale”Prevenzione Morte o Disabilità
 Permanente in Neonato Sano” si Raccomandazione

Aggiornamento modalità di trasmissione
 “scheda segnalazione atti di violenza” si Scheda

OBIETTIVO: Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza – ICA

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Report Trimestrali sulla Sorveglianza Microbiologica presso P.O.N e P.O.S.	si	Report
Report semestrale di consumi ospedalieri di antibiotici per classe	si	Report
Formazione sul Lavaggio Mani	si	corso in Risk Management
SWR Giornata Mondiale Lavaggio Mani Presso Osp. S.M. Goretti e Formia	si	Relazioni
Valutazione appropriatezza terapia Antibiotica nel pre operatorio	si	Documento
Formazione Aziendale appropriatezza Terapia antibiotica	in corso	come da PARM si può effettuare entro Marzo2019
Progetto: Appropriata prescrizione antibiotica in P.S. Osp. S.M. Goretti		in corso la stesura del Progetto

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce due specifiche responsabilità:

- 1) Quella del Risk Manager che redige e promuove il PARM tenendo conto le linee guida regionali e aziendali in materia di Risk Management;
- 2) Quella della Direzione Strategica Aziendale che si impegna a fornire direttive (piano di budgeting, valutazione performance, definizione di specifici progetti aziendali) e risorse a tutte le macrostrutture coinvolte nel PARM.

Azione	Direttore Generale	Direttore Sanitario Aziendale	Direttore Amministrativo Aziendale	Risk Manager	Strutture Amministrative	Strutture tecniche di supporto
Redazione PARM proposta delibera	I	C	I	R	-	-
Adozione PARM con delibera e invio in Regione	R	C	C	I	-	-
Monitoraggio PARM	I	C	I	R	C	C

R= Responsabile

C= Coinvolto

I= Informato

3.OBIETTIVI

Nel recepire le LLGG regionali per la stesura del PARM ed in coerenza con la Mission Aziendale sono stati identificati per l'anno 2019 i seguenti obiettivi strategici:

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 erogate e/o monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

4.Partecipazione alle attività regionali di Risk Management e Implementazione dei Documenti Regionali in Materia di Gestione del Rischio Clinico.

4. ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Obiettivo: Diffondere la cultura della Sicurezza delle cure

Attività 1 : 11 edizione del corso di formazione in “Risk Management” per ampliare la “Rete dei Facilitatori di Rischio Clinico” Dicembre 2019/Aprile 2020

Indicatore – Corso di formazione
 Standard si
 Fonte UOC Rischio Clinico

Matrice delle Responsabilità

Azione	Risk Manager	UOC Formazione
Progettazione del corso in R.M.	R	C
Accreditamento Corso in R.M.	C	R
Esecuzione corso In R.M.	R	I

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

Attività 2: Monitoraggio Semestrale Check list Chirurgica

Indicatore – almeno 30 check list per Presidio Ospedaliero
 Numeratore check list prodotte
 Denominatore check list richieste
 Standard 100%
 Fonte UOC Rischio Clinico

Matrice delle Responsabilità

Azioni	Risk Manager	Direttori di Presidio/Struttura
Richiesta Monitoraggio	R	I
Monitoraggio	C	R
Verifica e Archiviazioni Check List	R	I

**Attività 3: Monitoraggio Semestrale SUT per Area Medica, Chirurgica e Critica
 Dal 2014 nell'Azienda Latina il Monitoraggio della Scheda Unica di Terapia
 viene effettuato ogni sei mesi come è riportato nei PARM precedenti**

Indicatore – almeno 30 check list per Presidio Ospedaliero

Numeratore check list prodotte

Denominatore check list richieste

Standard 100%

Fonte UOC Rischio Clinico

Matrice delle Responsabilità

Azioni	Risk Manager	Direttori di Presidio/Struttura
Richiesta Monitoraggio	R	I
Monitoraggio	C	R
Verifica e Archiviazioni	R	I

Attività 4: Monitoraggio Semestrale Check List Caduta

Indicatore – almeno 30 check list per Presidio Ospedaliero

Numeratore check list prodotte

Denominatore check list richieste

Standard 100%

Fonte UOC Rischio Clinico

Matrice delle Responsabilità

Azioni	Risk Manager	Direttori di Presidio/Struttura
Richiesta Monitoraggio	R	I
Monitoraggio	C	R
Verifica e Archiviazioni Check List	R	I

Attività 5: Revisione della Raccomandazione: “La Prevenzione degli errori di terapia con “Farmaci Look- Alike/Sound- Alike” ” entro Dicembre 2019

Indicatore Raccomandazione

Standard si

Fonte UOC Rischio Clinico

Matrice delle Responsabilità

Azione	Risk Manager	UOC Farmacia
Revisione Raccomandazione	R	C

Attività6: Revisione della Raccomandazione “Identificazione del Paziente, del Sito Chirurgico e della Procedura” entro Dicembre 2019

Indicatore Raccomandazione
 Standard si
 Fonte UOC Rischio Clinico

Matrice delle Responsabilità

Azione	Risk Manager	Direttori di Presidio Direttori di Struttura
Aggiornamento Raccomandazione	R	C

Attività 7:Revisione della Procedura “Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio – KCL – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio”

Indicatore: Procedura
 Standard si
 Fonte UOC Rischio Clinico

Matrice delle Responsabilità

Azione	Risk Manager	UOC Farmacia
Revisione Procedura	R	C

Attività 8: Safety Walkaround (SWR) per verificare qualità delle Cartelle Cliniche secondo Check List Aziendale in 10 U.O. dell' Azienda entro Dicembre 2019

Indicatore check list
 Standard si
 Fonte UOC Rischio Clinico

Matrice delle responsabilità

Azione	Risk Manager	Direttori di Presidio/Direttori di Struttura
SWR	R	C

Attività 9: SWR sul “Lavaggio delle Mani” presso le Unità Operative dell’Azienda per verificare la presenza di soluzione idroalcolica entro Dicembre 2019.

Indicatore: Check List
 Standard si
 Fonte UOC Rischio Clinico

Matrice delle responsabilità

Azione	Risk Manager	Direttori Presidio e di Struttura
SWR	R	C

Attività 10: Safety Walkaround (SWR) nelle Unità Operative dell’Azienda per verificare sul campo la presenza nelle Cartelle Cliniche della Check List Chirurgica, della Check List Caduta e della SUT per Area Medica Chirurgica e Critica entro Dicembre 2019

Indicatore: Check List

Standard si

Fonte UOC Rischio Clinico

Matrice delle Responsabilità

Azione	Risk Manager	Direttori di Presidio Direttori di Struttura
SWR	R	C

Attività 11: Safety Walkaround (SWR) per verificare la Completezza del “Consenso Informato” nelle Unità Operative dell’Azienda entro Dicembre 2019

Indicatore: Consenso Informato

Standard si

Fonte UOC Rischio Clinico

Matrice delle Responsabilità

Azione	Risk Manager	Direttori di Struttura Medici Legali
Verifica Consenso	R	C

Attività 12: Mappatura dei Sinistri pervenuti nel 2019 - Dicembre 2019

Indicatore Sinistri

Standard si

Fonte CVS

Matrice delle Responsabilità

Azione	Risk Manager	Medici Legali
Mappatura	R	C

Attività 13: Processo di Audit

Indicatore: almeno 5 Audit entro Dicembre 2019

Standard si

Fonte UOC Rischio Clinico

Matrice delle Responsabilità

Azione	Risk Manager	Direttori di Presidio Direttori di Struttura
Organizzazione Audit	R	C
Esecuzione Audit	R	C

OBIETTIVO: Partecipazione alle attività regionali di Risk Management e Implementazione Documentazione Regionale in Materia di Gestione del Rischio Clinico

Attività 14: Partecipazione al Tavolo Permanente dei Risk Manager della Regione Lazio

Indicatore: numero di riunioni convocate/ numero di presenze

Standard: 90%

Fonte UOC Rischio Clinico

Matrice delle Responsabilità

Azioni	Risk Manager	CRRC
Invito Riunione	I	R
Partecipazione	R	C

Sono stati implementati nell'anno 2018 alle UOC interessate, essendo già presenti le procedure, i seguenti "Documenti Regionali" in materia di gestione del rischio clinico:

- 1) Raccomandazione per la Prevenzione della Morte Materna correlata al Travaglio o al Parto**
- 2) Raccomandazione per la Prevenzione della Morte o Disabilità Permanente in Neonato Sano di peso > 2500 grammi non correlato a malattia congenita**
- 3) Documento di Indirizzo sulla Prevenzione e La Gestione Degli Atti Di Violenza a Danno Degli Operatori Sanitari mentre l'aggiornamento della "Procedura per la Prevenzione degli Atti di Violenza A Danno Degli Operatori Sanitari" si è conclusa in data 27.12.2018.**

5. DIFFUSIONE

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARM e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la diffusione attraverso:

- 1) Presentazione del Piano all'interno del Collegio di Direzione;
- 2) Pubblicazione del PARM sul Sito Aziendale nella sezione Intranet ed Internet;
- 3) Presentazione del PARM durante lo svolgimento di riunioni Aziendali e di Presidio
- 4) Presentazione del ARM durante i corsi di Formazione in "Risk Management" per la Rete dei Facilitatori di Rischio Clinico.
- 5) Presentazione del PARM al personale sanitario delle Unità Operative dell'Azienda durante il Safety Walkaround (SWR)
- 6) Attivazione di informazione ai cittadini sulle attività presenti nel PARM per il miglioramento della qualità assistenziale

6. Riferimenti Normativi

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

Decreto del Ministero della Salute del 11.12.2009 : “Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella”

Determinazione Regionale n.G04112 del 01.04.2014, pubblicata sul Burl n.29 del 10.04.2014:” Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano Annuale di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all’Assistenza

Nota prot. n. 58028/gr/11/26 del 3.02.2015 della Direzione regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria – Area Giuridica Normativa, Istituzionale e Gestione del Rischio Clinico recante “Relazione conclusiva dei Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio

Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23.02.2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione del Rischio Clinico recante “Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriale per la Sicurezza dei Pazienti”

Decreto del Commissario ad Acta del 4 Novembre 2016, n.u00328 avente ad oggetto: Approvazione delle “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk management (PARM)”

Legge 28 Dicembre 2015, n. 208 recante “Disposizione per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato(legge di stabilità 2016)”.

Determina 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”

Determina Regionale 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)”

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Reason J, Managing the Risks of organizational accidents, 1997

Reason J, Human error: models end management, BMJ 2000; 320; 768-770

WHO – World Alliance for patient safety – The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”

Ministero della Salute: “Risk Management in Sanità – Il problema degli errori”
Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 Marzo 2003

Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibile sul sito del Ministero della Salute.

Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997

Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770

Dott.ssa Adriana Ianari
Direttore UOC Rischio Clinico

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

