

DELIBERAZIONE N. 245 DEL 26/02/2021	
OGGETTO: PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2021	
Esercizi/o . Centri/o di costo . - Importo presente Atto: € . - Importo esercizio corrente: € . Budget - Assegnato: € . - Utilizzato: € . - Residuo: € . Autorizzazione n°: . Servizio Risorse Economiche: Giovanna Evangelista	STRUTTURA PROPONENTE Risk Management Il Dirigente Responsabile Domenico Bracco Responsabile del Procedimento Domenico Bracco L'Estensore Valentina Olivieri Proposta n° DL-245-2021
PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO Positivo Data 25/02/2021 IL DIRETTORE SANITARIO Branka Vujovic	PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Positivo Data 25/02/2021 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Laura Figorilli
Parere del Direttore Scientifico IRE Gennaro Ciliberto data 24/02/2021 Positivo Parere del Direttore Scientifico ISG Aldo Morrone data 24/02/2021 Positivo	
La presente deliberazione si compone di n° 5 pagine e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante e sostanziale: - PARM 2021 - pag.24	

Il Dirigente della Risk Management

Visto	il decreto legislativo 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
Visto	il decreto legislativo 16.10.2003, n. 288;
Vista	la legge regionale 23.01.2006, n. 2;
Visto	l'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 153 del 19.02.2019 ed approvato dalla Regione Lazio con DCA n. U00248 del 2.07.2019, modificato e integrato con la delibera 1254 del 02.12.2020.
Visto	il D.P.R. 14 gennaio 1997, Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
Visto	Il decreto del Ministero della Salute dell'11 dicembre 2009, Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
Vista	l'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, ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131;
Vista	la nota Prot. n. 99218 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio, avente ad oggetto il "percorso aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti";
Preso atto	della Determinazione del 25 ottobre 2016, n. G12355 della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio; - Approvazione del documento recante "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" pubblicata il 8 Novembre 2016 nel Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n.89 – Supplemento 1;
Preso atto	della Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12356 della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio - Approvazione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti".

Considerato	il Decreto del Commissario ad Acta 7/11/2017, n. U00469 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 - sezioni sulla gestione del rischio clinico e gestione del rischio infettivo.
Preso atto	delle indicazioni regionali contenute nella Determinazione n. G00164 del 11 gennaio 2019 “Approvazione documento recante “Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)” trasmessa con nota della Regione Lazio Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria –Area Rete Ospedaliera E Specialistica - protocollo GR/39.15.49428 del 22-01-2019;
Preso atto	della nota Protocollo n. 0055503 del 23/01/2019 della Regione Lazio, Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, Area rete ospedaliera e specialistica, avente per oggetto “Valutazione qualità documentale delle procedure per l’implementazione delle raccomandazioni ministeriali”
Preso atto	Nota della Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica, prot. Regione Lazio.Registro Ufficiale. U.0884417 del 15.10.2020 avente per oggetto “Comunicazioni relative all’elaborazione del PARM 2021”;
Considerata	l’Ordinanza Presidente Regione Lazio, 17 aprile 2020 n. Z00031 “Ulteriori misure per la gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID 19: prevenzione contenimento e gestione dei focolai da SARS COV2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, socio sanitarie e socio-residenziali
Preso atto	delle indicazioni regionali contenute nella Determinazione n. G00164 del 11 gennaio 2019 “Approvazione documento recante “Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)” trasmessa con nota della Regione Lazio Direzione Regionale Salute e Integra-

zione Sociosanitaria –Area Rete Ospedaliera E Specialistica - protocollo GR/39.15.49428 del 22-01-2019;

Considerato che il Piano Annuale Risk Management (PARM) 2021 è stato presentato ed approvato dal Collegio di Direzione riunitosi in data 17 febbraio 2021;

Attestato che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della legge 241/90, come modificata dalla legge 15/2005.

Propone

Per i motivi di cui in narrativa che si intendono integralmente confermati di:

Adottare il “PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2021

La UOSD Quarc curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente deliberazione.

Il Dirigente della Risk Management

Domenico Bracco

Il Direttore Generale

- Visto il decreto legislativo 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Vista la legge regionale 23.01.2006, n. 2;
- Visto l'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 153 del 19.02.2019 ed approvato dalla Regione Lazio con DCA n. U00248 del 2.07.2019;
- In virtù dei poteri conferitigli con decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00248 del 23.11.2016.
- Preso atto che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 20/94 e s.m., nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della legge 241/90, come modificata dalla legge 15/2005.
- Visto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario Aziendale;

ritenuto di dover procedere;

Delibera

di approvare la proposta così formulata concernente “*PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) 2021*” e di renderla disposta.

Il Direttore Generale

Dott. Francesco Ripa di Meana

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate

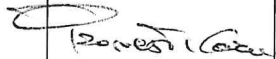


IFO
ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI -
ROMA

**PIANO ANNUALE RISK
MANAGEMENT (PARM)
2021**

 	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)	PN/908/01/2021 Rev.0 Febbraio 2021 Pagina 2 di 24
---	---	--

1	PREMESSA.....	3
1.1	Contesto organizzativo	3
1.2	Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati.....	10
1.3	Descrizione della posizione assicurativa trend 2016-2020.....	12
1.4	Resoconto delle attività PARM 2020	13
2	MATRICE DELLE RESPONSABILITA'.....	17
3	OBIETTIVI 2021	17
4	ATTIVITA'	18
5	MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM.....	22
6	GLOSSARIO.....	22
7	RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	23

REDAZIONE:			APPROVAZIONE:		
DATA	FUNZIONE	VISTO	DATA	FUNZIONE	VISTO
22.2.21	Gruppo di lavoro Dott. D. Bracco (Direttore medico presidio ospedaliero)			Direttore Sanitario Aziendale	
22.2.21	Dott.ssa V. Olivieri (Qualità e Rischio Clinico)			Dott.sa B. Vujovic	
	Inf C. Pronesti (Qualità e Rischio clinico)				
Con il contributo di: Direzione infermieristica DITRAR, Programmazione e Controllo, UOC Affari Generali e Legali, UO Formazione					

	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)	PN/908/01/2021 Rev.0 Febbraio 2021 Pagina 3 di 24
---	---	--

PREMESSA

Il Piano Annuale Risk Management (PARM) viene redatto tenuto conto di:

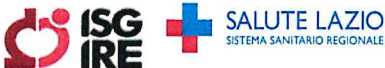
1. Nota della Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica, Prot. Regione Lazio. Registro Ufficiale. U.0884417 del 15.10.2020 avente per oggetto “Comunicazioni relative all’elaborazione del PARM 2021”;
2. Indicazioni regionali contenute nella Determinazione n. G00164 del 11 gennaio 2019 “Approvazione documento recante “Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)” trasmessa con nota della Regione Lazio Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria –Area Rete Ospedaliera E Specialistica - protocollo GR/39.15.49428 del 22-01-2019;
3. Ordinanza Presidente Regione Lazio, 17 aprile 2020 n. Z00031 “Ulteriori misure per la gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID 19: prevenzione contenimento e gestione dei focolai da SARS COV2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, socio sanitarie e socio-residenziali “delle indicazioni regionali contenute nella Determinazione n. G00164 del 11 gennaio 2019 “Approvazione documento recante “Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)” trasmessa con nota della Regione Lazio Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria –Area Rete Ospedaliera E Specialistica - protocollo GR/39.15.49428 del 22-01-2019;
4. Decreto del Commissario ad Acta 7/11/2017, n. U00469 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 - sezione sulla gestione del rischio clinico.
5. dei risultati raggiunti nel corso dell’anno 2020;
6. dei progetti di sviluppo che si vogliono realizzare nel corso del 2021.

1.1 Contesto organizzativo

Gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (I.F.O.) di Roma, Ente di diritto pubblico istituito con R.D. del 4/8/1932 n. 1296 ed il cui carattere scientifico (IRCSS) è stato riconosciuto con D.M. 22/2/1939, comprendono i seguenti Istituti:

- **Regina Elena – I.R.E.**, per la ricerca, lo studio e la cura dei tumori;
- **San Gallicano – I.S.G.**, (con annessa Farmacia esterna), per la ricerca, lo studio e la cura delle dermopatie anche oncologiche e professionali e delle malattie sessualmente trasmesse.

Gli IFO hanno sede in Roma, Via Elio Chianesi n. 53, cap. 00144, C.F. 02153140583 e Partita I.V.A. 01033011006. Il **sito ufficiale internet** dell’Istituto è all’indirizzo web: <http://www.ifo.it>, l’indirizzo di Posta Elettronica Certificata è: ifo@pec.aruba.it.

	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)	PN/908/01/2021 Rev.0 Febbraio 2021 Pagina 4 di 24
---	---	---

La missione strategica dell'Ente è quindi quella di:

- perseguire finalità di ricerca, clinica e traslazionale, sia nel campo biomedico che in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari;
- garantire prestazioni di eccellenza;
- dare risposta adeguata ai bisogni di salute che la popolazione esprime in campo oncologico e dermatologico, non solo in termini di prestazioni diagnostico-terapeutiche, ma anche in termini di ricerca e prevenzione;
- consolidare al proprio interno competenze professionali, scientifiche e tecnologiche di eccellenza;
- integrarsi armonicamente, in un legame strategico con Regione, Ministero della Salute, Enti Pubblici di ricerca (quali ISS, CNR, etc.) e con altre strutture che operano negli specifici campi, in una logica di complementarità di ruoli e di continuità assistenziale;
- creare le condizioni per lo sviluppo armonico di nuove conoscenze e competenze tecnologiche per una reale osmosi nei confronti delle altre strutture e degli altri centri di riferimento nel settore delle patologie neoplastiche e dermatologiche a livello nazionale ed internazionale.

L'attività di ricerca è stata indirizzata negli ultimi anni, in accordo con la programmazione sanitaria nazionale, a favorire gli studi traslazionali, un modello di attività scientifica che provvede, partendo da dati biochimici, biomolecolari e computazionali, a definire un approccio integrato e multidisciplinare alla gestione del paziente per applicarlo nella pratica clinica in tempi ragionevoli. Attraverso rigorosi protocolli, anche in collaborazione con istituzioni internazionali, si indirizzano i risultati della più moderna ricerca di base verso un rapido trasferimento nella pratica clinica, a tutto beneficio di una gestione del paziente che rappresenti lo "stato dell'arte" della medicina. Fondamentale è inoltre il contributo della ricerca nel campo della prevenzione, sia primaria sia secondaria, un aspetto che richiede specifici programmi, opportunamente finanziati e con obiettivi mirati.

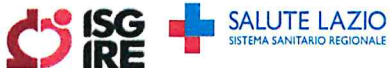
In questo settore, la presenza di biobanche in GLP permette una continua implementazione di biomarcatori che consentono una diagnosi precoce della patologia.

Organizzazione Aziendale

L'organizzazione degli IFO rispecchia, nel disegno e nelle modalità operative, i principi e i valori espressi nell'Atto Aziendale, deliberazione n.153 del 19/02/2019 approvato dalla Regione Lazio con Decreto del Commissario ad Acta 2 luglio 2019, n. U00248

L'obiettivo del nuovo assetto organizzativo è valorizzare le competenze clinico-assistenziali e tecnico-diagnostiche, organizzative, gestionali nei Dipartimenti che si occupano della produzione



	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)	PN/908/01/2021 Rev.0 Febbraio 2021 Pagina 5 di 24
---	---	--

clinica e di ricerca. Intende inoltre valorizzare le competenze manageriali, organizzative, di leadership e di servizio nelle aree di supporto alla produzione, che sono il dipartimento delle funzioni tecnico-amministrative, l'Area degli Staff e la Direzione operativa”.

I principi che guidano l'organizzazione degli IFO sono:

- la centralità del paziente, espressa nei percorsi di cura e nelle piattaforme produttive;
- la specializzazione delle linee di attività clinica;
- l'integrazione multiprofessionale;
- la valorizzazione delle leadership professionali e non solo delle competenze organizzativo-gestionali;
- l'apprendimento costante per lo sviluppo;

Il modello ordinario di funzionamento si distingue per:

- La presa in carico globale del paziente;
- L'approccio multi-professionale e interdisciplinare;
- L'integrazione tra area clinica e area della ricerca di base

da realizzarsi con:

Percorsi Clinico-assistenziali (“ClinicalPathways - PDTA”), atti a implementare la pianificazione gestionale e temporale di tutti gli interventi assistenziali, coordinando la successione degli interventi (diagnostici, terapeutici, nutrizionali, educativi, di sicurezza, di pianificazione alla dimissione, di screening di pre-ospedalizzazione, di consulenza).

Gruppi Multidisciplinari di Gestione della Malattia (“Disease Management Team – DMT), che consentono un approccio integrato alle diverse patologie di competenza, avendo come obiettivo il superamento della frammentazione dei processi di cura e la ricerca dell'appropriatezza delle cure stesse, sulla base dei principi dell'EvidenceBased Medicine.

Gruppi di Ricerca Traslazionale (“TranslationalResearchInterestGroups- TRIG”), costituiti da clinici, epidemiologi e ricercatori di base, a supporto della ricerca traslazionale nelle diverse aree disciplinari (oncologia, malattie infettive, dermatologia), al fine sia di elaborare modalità efficienti di trasferimento di risultati della ricerca bio-medica nella pratica clinica.

L'organizzazione degli IFO può essere differenziata in quattro ambiti principali: gli Organi di Governo, le Direzioni Scientifiche, i Dipartimenti clinici e di ricerca, le strutture di supporto al governo aziendale e alla produzione clinica e di ricerca.

I Dipartimenti sono:

- Dipartimento Clinica e Ricerca Oncologica (CRO);
- Dipartimento Clinica e Ricerca Dermatologica (CRD);

  SALUTE LAZIO SISTEMA SANITARIO REGIONALE	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)	PN/908/01/2021 Rev.0 Febbraio 2021 Pagina 6 di 24
--	---	--

- Dipartimento Ricerca e Tecnologie Avanzate (RTA).
- Dipartimento Tecnico Amministrativo

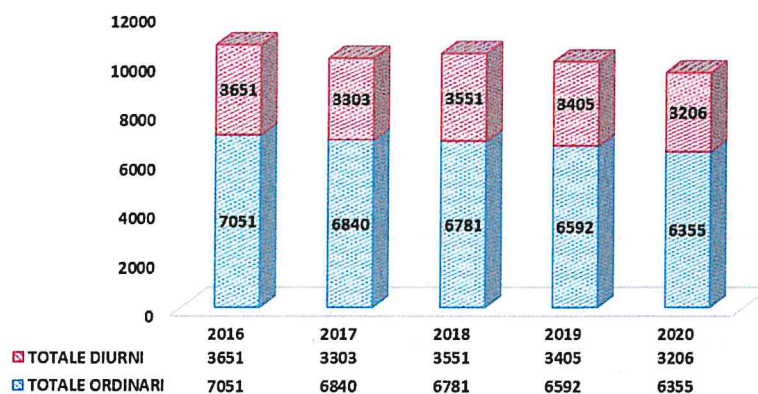
La Dotazione di posti letto per gli IFO nella DCA U00291 del 18 luglio 2017, prevede un totale di 284 posti di degenza ordinaria, di Day Hospital e di Day Surgery.

Area	Codice Disciplina	Descrizione	PPLL ORD	PPLL DH
M		Area Medica	77	
	02	DH Multispecialistico		37
C		Area Chirurgica	103	
	12	Ch. Plastica	14	
	13	Ch. Toracica	20	
	30	Neurochirurgia	8	
	98	DS Multispecialistico		15
AC	49	Terapia intensiva	10	
		Fase 1 e Medicina di precisione (*)	2	5
Totale			234	57
			291	

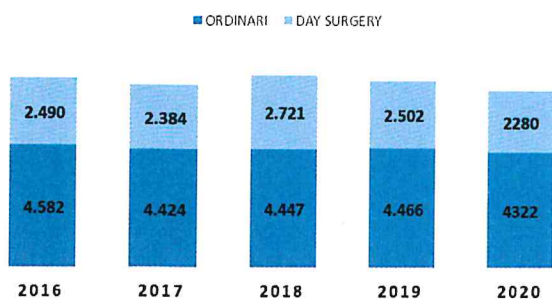
(*) i posti letto non sono a carico economico del SSR.

Prodotti caratterizzanti gli IFO nella Rete Regionale e Nazionale	
LINEE DI PRODOTTO STRATEGICO MEDICO/CHIRURGICO 	Testa-Collo
	Tumori Cerebrali
	Polmone
	Tumori Epatobiliopancreatici
	Carcinosi Peritoneale
	Sarcomi
	Mammella
	Ovaio
	Vescica
	Rene
	Prostata
	Patologie Onco-ematologiche
	Melanoma
	Tumori cutanei non melanoma
	Dermatopatologie infiammatorie croniche
	TUMORI RARI
	MALATTIE RARE
	BANCA TMS
	BANCA TO
TECNICHE E TECNOLOGIE AD ALTA SPECIALIZZAZIONE 	CHIRURGIA ROBOTICA
	CHIRURGIA MININVASIVA
	MICROSCOPIA CONFOCALE
	CYBERKNIFE
	BIOPSIA LIQUIDA
	FARMACI INNOVATIVI ONCOLOGICI

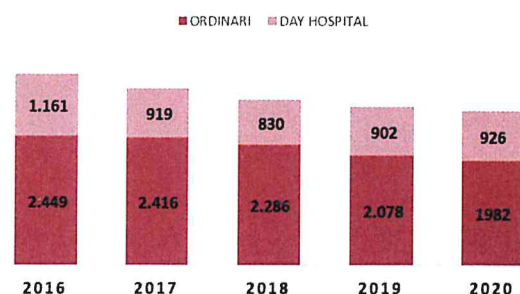
TOTALE DIMESSI (TREND 2016-2020)



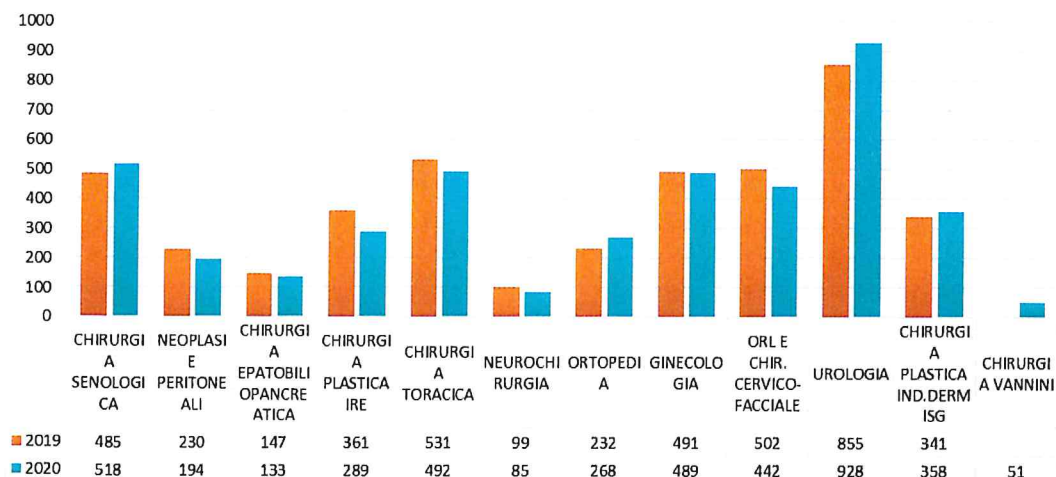
DIMESSI DA CHIRURGIE



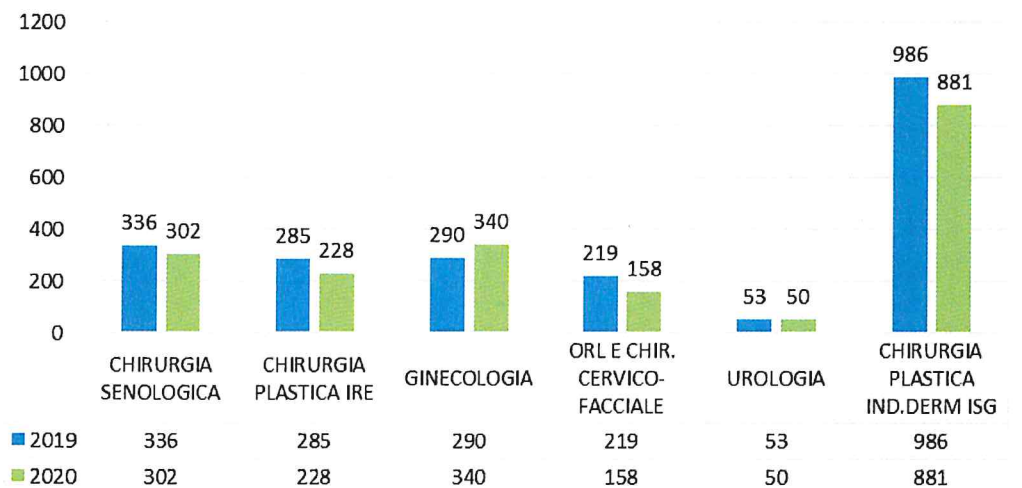
DIMESSI DA MEDICINE



Attività Chirurgica - Interventi Ordinari 2019-2020



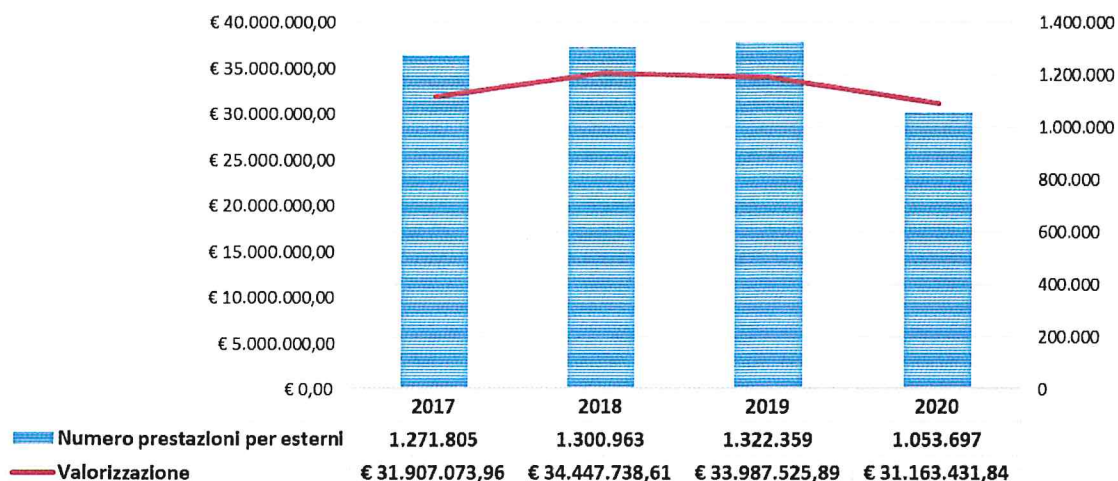
Attività Chirurgica - Interventi Day Surgery 2019-2020



ATTIVITÀ CHIRURGICA ROBOTICA (2015 - 2020)



ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE



Ai fini del presente documento i due IRCCS IRE e ISG sono nominati come "IFO" o "Istituti" fatte salve le specificazioni che si dovessero rendere necessarie.

1.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

TABELLA 2 Eventi segnalati nel 2020 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (% sul totale degli eventi)		Principali fattori causali/contribuenti (****)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss*	3		Strutturali (15%) Tecnologici (0%) Organizzativi (73%) Procedure/Comunicazione (12%)	Strutturali (0%) Tecnologiche (0%) Organizzative (80%) Procedure/Comunicazione (20%)	Sistemi di reporting (SIMES 100%)
Eventi Avversi**	98				
Eventi Sentinella***	-				

Fonte dati Servizio di reporting Risk Management - Anno 2020

*** Eventi evitati (Near miss o Close call):** Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

**** Eventi Avversi – Adverse event:** Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”

***** Eventi Sentinella (Sentinal event) :** Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell’organizzazione si renda opportuna a) un’indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l’implementazione delle adeguate misure correttive.

Fonte: Glossario Ministero della Salute

(****) Dall’ analisi delle segnalazioni degli eventi avversi sono emersi come evidenziato nella tabella fattori causali e/o contribuenti legati alla struttura oltre che all’organizzazione e comunicazione. Le azioni di miglioramento hanno riguardato principalmente il richiamo alle procedure aziendali specifiche e alle modalità di comunicazione con i pazienti e soprattutto fra il personale sanitario.

Per quanto riguarda le sinistrosità ed i risarcimenti erogati, alcuni pagamenti sono stati effettuati a seguito di sentenze esecutive sfavorevoli per gli IFO, ma successivamente impugnate, pertanto i relativi giudizi sono in corso dinnanzi all’Autorità competente e quindi i totali potrebbero subire, in futuro, delle variazioni.

TABELLA 3 Sinistrosità registrata e risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio

Anno	N. nuovi sinistri
2016	36
2017	18
2018	20
2019	54
2020	25
Totali / media	153

Fonte dati U.O.C. Risorse Umane e Contenzioso – rilevamento nell’anno 2020.

TABELLA 3b - Importi dei risarcimenti pagati nell’ultimo quinquennio

Anno	Risarcimenti erogati(A)
2016	€ 289.009,40
2017	€ 1.782.250,92
2018	€ 795.500,00
2019	€ 1.163.439,90
2020	€ 574.135,50
Totali / media	€ 4.604.335,72

Fonte dati U.O.C. Risorse Umane e Contenzioso – rilevamento nell’anno 2020

 	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)	PN/908/01/2021 Rev.0 Febbraio 2021 Pagina 12 di 24
---	---	---

La tabella 3a riporta per ciascun anno il numero dei sinistri aperti (nuovi sinistri), cioè quelli per i quali è stata formulata richiesta di risarcimento dei danni.

Riguardo agli importi dei risarcimenti erogati nel quinquennio, si sottolinea che gli importi sono riportati con "criterio di cassa", poiché i pagamenti relativi a molti dei sinistri vengono eseguiti con ritardi talvolta molto notevoli, per cui sono per la maggioranza riferiti a sinistri occorsi in anni precedenti a quelli dei pagamenti. Per tale ragione, con riferimento ai singoli anni, non vi è alcuna relazione tra il numero dei sinistri riportati nella tabella 3a e gli importi pagati riportati nella tabella 3b.

Va inoltre precisato che gli importi pagati non possono essere considerati definitivi, non potendosi escludere che quelli relativi a sinistri per i quali vi è stata sentenza esecutiva, possano in parte o in tutto (con riferimento ai singoli sinistri) essere recuperati a seguito di sentenze di appello favorevoli all'Ente.

1.3 Descrizione della posizione assicurativa trend 2016-2020

Di seguito si riporta a posizione assicurativa dell'IFO dal 2016 al 2020.

ANNO	Polizza (scadenza)	Compagni a Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2016	1/01/2016-19.03.2016 POLIZZA RCT/O Compagnia BH ITALIA	- BERKSHIRE HATHWAY (BH ITALIA)	PRIMO TRIMESTRE (BH ITALIA) € 502.899,66	€75.000 BH ITALIA	si fino al 19.03.2016
	-20.03.2016 - 8.08.2016 AUTOASSICURAZIONE -9.08.2016 - 31.12.2016 POLIZZA RCT/O Compagnia SHAM	-SHAM	-DAL .08.2016 AL 31.12.2016 (SHAM) € 910.417	€ 84.900 SHAM	
2017	-09.08.2017-9.08.2018 POLIZZA RCT/O	SHAM	ANNUO € 2.685.000,00	€ 84.900	NO
2018	01.01.2017-8.08.2018 Polizza RCT/RCO	SHAM	ANNUO € 2.685.000,00	€ 84.900	No
	9.08.2018-9.08.2019 Polizza RCT/RCO	Berkshire Hathaway	ANNUO € 2.990.000,00	€ 50.000 Importo Max di franchigia € 1.000.000	No
2019	09.08.2019-09.08.2019 Polizza RCT/RCO	Berkshire Hathaway	ANNUO € 2.990.000,00	€ 50.000	No
	09.08.2019-09.08.2020 Polizza RCT/RCO		ANNUO € 2.990.000,00	Importo Max di franchigia agg.ta € 500.000	

  SALUTE LAZIO SISTEMA SANITARIO REGIONALE	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)	PN/908/01/2021 Rev.0 Febbraio 2021 Pagina 13 di 24
--	---	---

2020	09.08.2020-31.12.2020	Berkshire Hathaway	ANNUO € 1.178.000,00	€50.000 Importo max franchigia aggregata € 500.000	No
-------------	-----------------------	--------------------	-------------------------	--	----

Fonte dati UOC Affari Generali e Legali periodo di riferimento anno 2020

1.4 Resoconto delle attività PARM 2020

Nel corso del 2020 gli obiettivi perseguiti dal PARM in continuità degli anni precedenti si sono orientati a:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento, alla qualità, alle prestazioni, al monitoraggio e degli eventi avversi;
- Favorire una visione unitaria della sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari.

Le attività di Gestione del rischio clinico hanno contribuito al raggiungimento della Certificazione di Qualità ISO 9001 edizione 2015 dell'Istituto, che è completamente orientata al "risk based thinking".

Obiettivo A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE (specificare)		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1 – Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti	Si	Tale attività, alla luce della pandemia da SARS CoV 2, ha subito una radicale trasformazione poiché non è stato possibile effettuare attività di formazione in presenza, è stata potenziata l'attività di formazione da remoto e si è reso necessario una formazione sul campo per rispondere agli obblighi di contenimento e diffusione della pandemia che si è svolta da marzo con l'utilizzo di tutorial, video e procedure operative che hanno riguardato la prevenzione del rischio per pazienti ed operatori con: - Tutorial modalità esecuzione test molecolari. - Modalità di vestizione e svestizione dei dispositivi di protezione individuale - Diffusione delle procedure sulla gestione del contenimento della pandemia da virus SARS CoV 2 - Materiale informativo disponibile per tutti gli operatori nella sezione intranet aziendale dedicata "Emergenza coronavirus IFO" e cartellonistica informativa affissa in tutti i luoghi di transito sia dei pazienti che degli operatori IFO.



  SALUTE LAZIO SISTEMA SANITARIO REGIONALE	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)	PN/908/01/2021 Rev.0 Febbraio 2021 Pagina 14 di 24
--	---	---

		In modalità e Learning è stato effettuato il corso formativo in collaborazione con il RSPP "Pulizia e Sanificazione degli ambienti di lavoro nell'emergenza Covid-19"
Attività 2 – Progettazione di questionario su qualità percepita e relativa somministrazione ad utenza dell'IFO	SI	E' stata effettuata dall'URP un indagine sulla qualità percepita 2020 con la divulgazione del questionario di gradimento e somministrazione nei reparti e servizi dell'IFO con relativa elaborazione dei dati in un report annuale che sarà oggetto di valutazione da parte della Direzione Strategica per eventuali criticità indicate e l'individuazione di successive possibili azioni di miglioramento. I Dati tengono conto delle osservazioni dei pazienti presso l'URP
Obiettivo B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTEVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1 – I gruppi di lavoro nel corso del 2019 hanno revisionato le procedure che recepiscono le seguenti raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti	SI	Le seguenti procedure sono state oggetto di revisione e aggiornamento: • Raccomandazione Ministeriale n.9 - per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali" (secondo indicazioni correttive del CRRC) "Procedura operativa per la gestione delle apparecchiature elettromedicali e manutenzione" – PO.153/1/2020 del 21/02/2020 - Deliberazione n. 727 del 01/07/2020 • Raccomandazione n. 18 "Procedura per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli" P.RM.2.2020 del 8/06/2020 -



  SALUTE LAZIO SISTEMA SANITARIO REGIONALE	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)	PN/908/01/2021 Rev.0 Febbraio 2021 Pagina 15 di 24
---	---	---

		Deliberazione n. 727 del 01/07/2020 Raccomandazione Ministeriale n. 19 "Procedura- per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide" PP.RM.1.2020 del 26.06.2020 – Deliberazione n 727 del 01/07/2020
Attività 2 – Monitoraggio di near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento nella piattaforma SIMES (Regione Lazio – Determinazione 25 ottobre 2016, n. G123455 – Approvazione “Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella “	SI	Le segnalazioni pervenute ed inserite nel sistema per gli eventi avversi riferiti al 2020 sono stati un totale di 101 eventi. n. eventi segnalati 101 di cui: - cadute n. 98, segnalate come eventi avversi, tra queste 89 avvenute in pazienti ricoverati presso le Strutture Operative dell’Istituto, mentre n. 9 in pazienti ambulatoriali; n. 1 tentato suicidio n. 2 Near Miss
Obiettivo C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1 – Svolgimento di audit reattivi e/o proattivi su eventi, processi o esiti	SI	AUDIT REATTIVI (n.3) - Audit per Incident Reporting, Near Miss presso S.O. Ematologia, n. 1 - Audit su indagine epidemiologica per segnalazione Alert presso la S.C. Ortopedia, n. 1 - Audit Oncologia Medica B di verifica cadute periodo settembre/ottobre, n. 1



		AUDIT PROATTIVI (n.103) n. 76 audit (di cui 49 in area clinico-assistenziale) sono stati svolti tra maggio e giugno presso le singole UU.OO. in presenza dei responsabili e dei facilitatori locali per la qualità, accreditamento e rischio clinico (QuARC), nell'area assistenziale, amministrativa e di ricerca: a. Verifica aggiornamento della documentazione esistente c/o le UUOO b. PRE Audit con Questionario di Self Assessment (sezione dirigenza sanitaria e sezione professioni sanitarie a firma dei direttori di struttura e dei coordinatori infermieristici e/o tecnici) c. Audit interno con i seguenti obiettivi - Visione Documentazione sanitaria (cartella clinica, fascicolo ambulatoriale, altro documento sanitario con selezione casuale) - Analisi del Percorso Utente - Adesione a procedure di Rischio Clinico e gestione delle ICA - Analisi delle Non Conformità e/o osservazioni rilevate - Individuazione di azioni di miglioramento. n. 27 Audit interni proattivi svolti a novembre nell'area clinico-assistenziale per pre-certificazione ISO 9001:2015, secondo il cronoprogramma. - Visione Documentazione sanitaria (cartella clinica, fascicolo ambulatoriale, altro documento sanitario con selezione casuale) - Analisi del Percorso Utente - Adesione a procedure di Rischio Clinico e gestione delle ICA - Analisi delle Non Conformità e/o osservazioni rilevate - Individuazione di azioni di miglioramento.
Obiettivo D) PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione



 ISG IRE  SALUTE LAZIO SISTEMA SANITARIO REGIONALE	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)	PN/908/01/2021 Rev.0 Febbraio 2021 Pagina 17 di 24
--	---	---

Attività 1 – Partecipazione ai tavoli regionali su rischio clinico, ICA e PRP e alle attività dei gruppi di studio/approfondimento regionali	SI	Il Risk Manager ha partecipato a tutti gli incontri o iniziative organizzati dal CRRC (90%)
---	----	---

(A): La risposta affermativa rispecchia lo standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

1 MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce due specifiche responsabilità:

- quella del Risk Manager che lo redige, ne monitorizza e promuove lo stesso tenendo in debito conto la Programmazione Aziendale, il Piano Operativo di Budget e il Piano Strategico nonché gli indirizzi regionali quale la Determinazione Regionale n. G00164 del 11 gennaio 2019 relativa alla "Revisione delle Linee Guida per la elaborazione del piano annuale di risk management (PARM" a sensi della L.24/2017)" al fine di raggiungere gli obiettivi previsti nello stesso;
- e quella della Direzione Strategica Aziendale che adotta il piano e fornisce indirizzi alle strutture aziendali per la completa realizzazione delle attività previste per la programmazione operativa di Budget.

Azione	Risk Manager	Direttore Generale	Direttore Aziendale	Direttore Sanitario	Direttore Amministrativo aziendale
Redazione PARM e proposta di deliberazione	R	C	C		C
Adozione PARM con delibera	I	R	C		C
Monitoraggio PARM	R	I	C		C

R= Responsabile, C= Coinvolto I= Interessato

2 OBIETTIVI 2021

La pandemia anche nel 2021 influenza le attività del Piano Aziendale di Risk Management, quindi in contemporanea il piano prevede la prosecuzione ed il potenziamento delle attività necessarie a mantenere gli Istituti No COVID oltre naturalmente a tutte le attività previste.



 	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)	PN/908/01/2021 Rev.0 Febbraio 2021 Pagina 18 di 24
---	---	---

Nel corso del 2021 gli obiettivi del Piano Annuale Risk Management sono indirizzati a:

- 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.

3 ATTIVITA'

Le attività previste per il 2021, nell'ambito degli obiettivi su declinati, mirano a continuare a svolgere iniziative di prevenzione del rischio già in essere e ad avviare nuove attività previste dalla nota U.0884417 del 15.10.2020 avente per oggetto "Comunicazioni relative all'elaborazione del PARM 2021";

OBBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti sia in modalità FAD sia con incontri presso le Strutture Operative			
INDICATORE Numero di eventi formativi svolti			
STANDARD >3			
FONTE Risk Manager, formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager	Formazione	Corpo docente
Progettazione del corso	R	C	C
Accreditamento del corso	C	R	I
Esecuzione del corso	C	C	R

Legenda: R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

ATTIVITÀ 2 – somministrazione di questionario su qualità percepita ad utenza dell'IFO

INDICATORE



 ISG IRE  SALUTE LAZIO SISTEMA SANITARIO REGIONALE	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)	PN/908/01/2021 Rev.0 Febbraio 2021 Pagina 19 di 24
--	---	---

Numero di indagini sulla qualità percepita						
STANDARD						
<u> </u> ≥1						
FONTE						
Risk Manager, URP, QUARC, DSA, DPO, DITRAR						
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	Risk manager		URP	DSA	DPO	DITRAR
Aggiornamento del questionario	C		R	C	I	I
Somministrazione all'utenza	I		R	I	I	I
Elaborazione dati	R		C	I	I	I
Individuazione di Misure correttive	C		I	R	C	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 1 – I gruppi di lavoro nel corso del 2021 revisioneranno le procedure che recepiscono le seguenti raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti:

- Procedure Ministeriali 2016 da valutare quali revisionare:
 - N. 2 Prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
 - N. 3 Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e delle procedure
 - N. 4 Prevenzione del suicidio del paziente in ospedale
 - N. 12 Prevenzione degli errori in terapia con farmaci Look-alike e Sound-alike
 - N. 14 Prevenzione degli errori in terapia con farmaci Antineoplastici
- Istituzione del Comitato Ospedale Territorio senza Dolore (COTSD) in sostituzione del "Comitato Ospedale senza Dolore (COSD) istituito negli Istituti Fisioterapici Ospitalieri con Delibera n. 565 del 19/07/2011, con la finalità di estendere le funzioni di coordinamento dall'Ospedale al territorio.

INDICATORE

n. 3 procedure

STANDARD

>= 2 procedure

FONTE

Risk Manager, RSPP, Farmacia DSA, DPO, DITRAR

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk	Coordinatore	DSA	DPO,	Reparti,
--------	------	--------------	-----	------	----------

	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)	PN/908/01/2021 Rev.0 Febbraio 2021 Pagina 20 di 24
---	---	---

	manager	del gruppo di lavoro		DITRAR	servizi
Progettazione dei gruppi	C	R	C	C	
Revisione delle procedure	C	R	I	I	
Validazione delle procedure	R	I	I	I	
Approvazione procedure	I	I	R	I	
Informazione/formazione	R	C	I	C	C
Diffusione					R

ATTIVITÀ 2 – Monitoraggio di near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento nella piattaforma SIMES (Regione Lazio. Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12355 Approvazione "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella")			
INDICATORE			
n. segnalazioni al risk manager pervenute e inserite nel SIMES			
STANDARD 100%			
FONTE			
Risk Manager, personale sanitario coinvolto, DSA, DMPO, DITRAR, reparti/servizi			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager	Personale Sanitario (Medici e Infermieri)	DSA/DITRAR/DMPO
Segnalazione eventi	C	R	
Valutazione	R	I	I
Inserimento	R		
Svolgimento audit proattivo/reattivo	R	C	I

ATTIVITÀ 3 – Gestione dell'emergenza COVID 19 • Controllo sull'efficacia di procedure in essere ed eventuale revisione • Monitoraggio continuo sulla corretta applicazione di quanto predisposto in tema di contrasto pandemia, utilizzo DPI e disinfettanti • Gestione ed organizzazione delle campagne vaccinali COVID19 e di siero-prevalenza, e di eventuali reazioni avverse alla somministrazione dei vaccini			
INDICATORE			
Nuova procedura e controllo di almeno 3 procedure già attivate			
STANDARD			
≥2			
FONTE			
Risk Manager (QUARC), Farmacia, SPP, DITRAR, DMPO, DSA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager	Personale Sanitario	DSA/DITRAR/DMPO

 	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)	PN/908/01/2021 Rev.0 Febbraio 2021 Pagina 21 di 24
---	---	---

		(Medici e Infermieri)	
Progettazione dei Gruppi di lavoro	R	C	I
Revisione delle procedure	R	C	I
Validazione procedure	R	C	C
Informazione/formazione	R	I	I
Diffusione	C	R	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 – Svolgimento di audit su eventi, processi o esiti			
INDICATORE n. audit svolti			
STANDARD ≥2 audit			
FONTE Risk manager, reparti/servizi, DSA, DMPO, DITRAR			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager	Responsabili di Struttura e Personale di Comparto	Direzione Aziendale Sanitaria
Preparazione	R	I	C
Svolgimento	R	C	I
Piano di miglioramento	R	C	C

ATTIVITÀ 2 – Realizzazione di un programma di monitoraggio ambientale e microbiologico (PAMAM) e valutazione dei risultati dei campionamenti ambientali con report di sintesi			
INDICATORE Report annuali			
STANDARD n. 2 campionamenti semestrali			
FONTE Risk manager, DMPO, RSPP			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager	Responsabili di Struttura e Personale di Comparto	Direzione medica di presidio in collaborazione con RSPP

	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)	PN/908/01/2021 Rev.0 Febbraio 2021 Pagina 22 di 24
---	---	---

Preparazione	C	I	R
Svolgimento	I	C	R
Piano di miglioramento	C	C	C

OBIETTIVO D) PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT

ATTIVITÀ 1 – Partecipazione ai tavoli regionali su rischio clinico, ICA e PRP e alle attività dei gruppi di studio/approfondimento regionali

INDICATORE

n. partecipazione alle riunioni dei tavoli permanenti

STANDARD

90%

FONTE

Risk manager e referente per il rischio clinico per le professioni sanitarie

4 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM

Al fine di promuovere e sostenere la realizzazione del PARM la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso:

- 1) Presentazione al Collegio di Direzione
- 2) Diffusione a tutti i Direttori Dipartimentali, i Direttori/Responsabili di struttura organizzativa, Coordinatori Infermieristici e operatori sanitari dell'IFO mediante posta elettronica aziendale
- 3) Pubblicazione del PARM sull'archivio documentale della *intranet* aziendale
- 4) Pubblicazione del PARM sul sito *internet* aziendale.

5 GLOSSARIO

DSA – Direttore Sanitario Aziendale

DPO – Direttore di Presidio Ospedaliero

DITRAR - Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa, Assistenza e Ricerca

IFO - Istituti Fisioterapici Ospitalieri

IRE - Istituto Regina Elena

ISG - Istituto San Gallicano

SO - Sala Operatoria

PARM - Piano Annuale Risk Management

URP – Ufficio Relazioni con il Pubblico

COBUS- Comitato Buon Uso del Sangue

UO - Unità Operativa

SIMES – Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità

	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)	PN/908/01/2021 Rev.0 Febbraio 2021 Pagina 23 di 24
---	---	---

IRCCS – Istituti di Ricovero e Cura di Carattere Scientifico
 ISO – International Standard Organization
 MDRO – Organismi Multi-Drug-Resistent

6 RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Nota della Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica, Prot. Regione Lazio. Registro Ufficiale. U.0884417 del 15.07.2020 avente per oggetto “Comunicazioni relative all’elaborazione del PARM 2021”;
- Ordinanza Presidente Regione Lazio, 17 aprile 2020 n. Z00031 “Ulteriori misure per la gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID 19: prevenzione contenimento e gestione dei focolai da SARS COV2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, socio sanitarie e socio residenziali ”delle indicazioni regionali contenute nella Determinazione n. G00164 del 11 gennaio 2019 “Approvazione documento recante “Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)” trasmessa con nota della Regione Lazio Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria –Area Rete Ospedaliera E Specialistica - protocollo GR/39.15.49428 del 22-01-2019;
- Nota Protocollo 0049428 del 22/01/2019 della Direzione Regionale salute e integrazione sociosanitaria – Area rete ospedaliera e specialistica “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)
- Regione Lazio – Salute e Integrazione Sociosanitaria. Determinazione G00164 del 11 gennaio 2019 “Approvazione ed adozione del documento recante le “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management”
- Legge 8 marzo n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”
- Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328. Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
- Regione Lazio DIREZIONE SALUTE E POLITICHE SOCIALI. Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12356 Approvazione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti".
- Regione Lazio DIREZIONE SALUTE E POLITICHE SOCIALI. Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12355 Approvazione "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella".



	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)	PN/908/01/2021 Rev.0 Febbraio 2021 Pagina 24 di 24
---	---	--

- Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta del 6 luglio 2015, n. U00309 Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 - Progetto 7.3, contenimento delle Infezioni Correlate all'Assistenza e monitoraggio dell'uso degli antibiotici".
- Regione Lazio DCA n. U00563 del 24/11/2015, Istituzione del Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle ICA (CR-CCICA).
- Regione Lazio DIREZIONE SALUTE E POLITICHE SOCIALI. Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Attuativi per i Comitati di controllo delle infezioni correlate all'assistenza della Regione Lazio. Regione Lazio Registro Ufficiale U.0388434 del 22-07-2016
- Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobica-resistenza (PNCAR) 2017-2020", approvato il 2 novembre u.s. con Intesa in Conferenza Stato-Regioni
- Ministero della salute. Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure.
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Qualita%20e%20sicurezza%20delle%20cure&area=qualita
- Regione Lazio. Rischio Clinico. http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=contenutiDettaglio&id=311
- AGENAS Rischio clinico e sicurezza del paziente
<http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente>

