

PIANO ANNUALE 2025 RISK MANAGEMENT (PARM)

<i>Edizione</i>	<i>Data emissione</i>	<i>n° pag.</i>	<i>Causale Modifica Documento</i>
<i>1</i>	21/02/2025	15	<i>Aggiornamento periodico</i>
<i>ATTIVITA'</i>	<i>FUNZIONE</i>	FIRMA	
<i>Redazione</i>	<i>RM</i>		
<i>Verifica ed Approvazione</i>	<i>DS</i>	Il presente doc. è stato condiviso con i resp. Sanitari di tutte le Unità operative.	
<i>Ratifica ed Emanazione</i>	<i>AD</i>		

	M-PARM	Rev. 01	Data 11/02/2019
Piano Annuale di Risk Management - PARM			

Sommario

1.0 OGGETTO	3
2.0 SCOPO	3
3.0 CAMPO DI APPLICAZIONE	3
4.0 CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
4.1 STRATEGIE DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE.....	6
4.2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	6
TABELLA 1 – EVENTI CADUTE NEL 2018(AI SENSI DELL’ART.2, C.5 DELLA 24/2017)	6
4.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	7
5.0 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM DELL’ANNO PRECEDENTE	8
6.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM	9
7.0 OBIETTIVI.....	10
8.0 ATTIVITÀ DA SVILUPPARE NELLA ANNUALITÀ CORRENTE E MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	10
9.0 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM	13
10.0 RIFERIMENTI NORMATIVI.....	14
11.0 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	14

	M-PARM	Rev. 01	Data 11/02/2019
Piano Annuale di Risk Management - PARM			

1.0 Oggetto

Il piano annuale di risk management qui contenuto e relativo all'anno 2024, si sviluppa nel rispetto delle linee guida regionali specificatamente emanate per la redazione del PARM¹ stesso e seguendo l'esperienza già maturata negli anni precedenti attraverso lo sviluppo di valutazioni annuali dell'equipe di gestione del rischio.

Il presente documento è sottoposto a revisione annuale.

2.0 Scopo

Le linee di attività delineate nei progetti, parte sostanziale del PARM, hanno tutte l'obiettivo di ridurre i rischi legati ai processi gestionali individuati nell'ambito di ogni singolo progetto.

Scopo fondamentale del PARM è quello di promuovere la cultura della sicurezza delle cure, che parte dall'analisi e dal monitoraggio degli eventi avversi, dalla elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche sicure consolidando la formazione degli operatori sanitari.

3.0 Campo di applicazione

Il presente piano si applica a tutte le attività accreditate nella struttura Villa Giovanna Hospital di seguito elencate.

4.0 Contesto Organizzativo

Villa Giovanna Hospital nasce nel 2005 a Tora e Piccilli, in provincia di Caserta. La struttura è suddivisa in 3 grandi aree dedicate rispettivamente all' Hospice, alla RSA ed alla SUAP, la struttura è organizzata anche per un servizio di Assistenza Domiciliare.

Villa Giovanna è autorizzata all'esercizio con Prot. 1693 del 07.06.2013 del comune di Tora e Piccilli per:

- Centro residenziale per cure palliative Hospice, accreditato con il servizio sanitario regionale giusto decreto N. 158 del 31.12.2012 per complessivi n. 14 posti letto residenziali e con deliberazione n. 950 del 02.07.2015 per prestazioni palliative domiciliari;
- Speciale Unità di Accoglienza Permanente – SUAP con dotazione di n.14 posti letto, Con autorizzazione all'esercizio prot. N. 3743 del 20.09.2023
- Rsa R3 per adulti non autosufficienti, per n. 60 posti letto , accreditato con il servizio sanitario regionale giusto decreto n. 353 del 09.11.2020 per complessivi 30 posti letto residenziali;

Il personale in carico è conforme con quanto previsto dalla Delibera regionale n. 7301 del 2001, dal DCA n. 51 del 04.07.2019 e dalla D.G.R.C n. 169 del 04.04.2023 e s.m.i.

Breve descrizione delle singole attività:

SUAP

La Suap (Speciale Unità di Accoglienza Permanente), così come definita dal DCA 70/2012 integrato dal DCA 79/17, è un'unità di cura residenziale ad alta intensità assistenziale,

La Suap Casa di Cura Sant'anna nasce dalla riconversione alla luce della legge regionale 5/2013 di 14 posti letto Hospice. Presso tale Unità, autorizzata all'esercizio in data 25 Giugno 2013 con prot. n. 4030/DP, vengono accolti ammalati che necessitano di trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario, persone in stato vegetativo e/o a rischio di instabilità clinica, caratterizzate da alto livello di complessità, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità e non erogabili al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità. I trattamenti sono erogati sulla base di prestazioni di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, attività di supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica assistita, alimentazione assistita, NAD, nutrizione enterale e parenterale protratta, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, assistenza protesica e fornitura di preparati per nutrizione artificiale.

Hospice

La struttura accoglie pazienti fragili in fase avanzata di malattia è un servizio di assistenza per le persone affette da patologie evolutive irreversibili per le quali non esistono trattamenti risolutivi, che non risponde più alle terapie curative ordinarie (radioterapia, chemioterapia, intervento chirurgico, ecc.), e che quindi necessitano di un'assistenza finalizzata al controllo del dolore, alla prevenzione e cura delle infezioni, al trattamento fisioterapico e al supporto psico-sociale anche a favore dei familiari prima e dopo il decesso del congiunto. La struttura consente l'ingresso 24h/24h del nucleo familiare del paziente e offre loro anche la possibilità di vivere nella stessa stanza del loro caro, così da essere presente nei suoi ultimi momenti di vita.

RSA R3: Residenza Sanitaria assistenziale per Adulti non autosufficienti

In RSA-R3 sono accolti, previa valutazione multidimensionale, presa in carico, formulazione del progetto assistenziale individualizzato, i soggetti adulti, malati cronici totalmente o parzialmente non autosufficienti, in condizioni di stabilità clinica o a rischio di instabilità senza la compromissione delle funzioni vitali, soggetti affetti da disturbi cognitivi lievi/moderati, con necessità di trattamenti estensivi, di mantenimento funzionale e lungo assistenza. Le persone arruolabili in RSA presentano necessità di medio livello di assistenza sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) integrato da un livello alto/medio di assistenza tutelare ed alberghiera.

DATI STRUTTURALI

Strutture	1.	VILLA GIOVANNA
Mq. Complessivi	1) Mq totali 6500 suddivisi su 4 livelli	

	M-PARM	Rev. 01	Data 11/02/2019
Piano Annuale di Risk Management - PARM			

Qui di seguito vengono riportate le peculiarità organizzative utili a definire la complessità dell'organizzazione.

ORGANIZZAZIONE²			
Risorse umane al 31/12/2024	TOTALE N° 71	Ruolo sanitario: 6 Medici; 20 Inf.; 30 OSS; 7 OSA Ruolo amministrativo 6 Servizi Generali: 2 + OUTSOURCING	
Reparti/servizi	N° Posti	Tipologia Assistenziale	
HOSPICE con ADI	P.L. 13 ACCR. e 1 SOLO AUTORIZZATI con 52 adi	SSN	Residenziale e domiciliare
RSA R3	P.L. 60	SSN	20 alta intensità e 40 media
SUAP R1	P.L. 14	SSN	Speciale unità di accoglienza permanente

	M-PARM	Rev. 01	Data 11/02/2019
Piano Annuale di Risk Management - PARM			

DATI ATTIVITA' ANNO 2024 _ STRUTTURA			
SETTING	PAZIENTI GESTITI	DIMESSI	
RSA R3	105	56	
SUAP R1	14	4	
HOSPICE	113	24	

4.1 Strategie di informazione e comunicazione

Particolare cura viene dedicata alle attività di informazione, tanto dei pazienti quanto dei familiari/caregiver, a tal proposito la Struttura Villa Giovanna accoglie sia i pazienti che i familiari presenta i servizi della struttura mettendo a disposizione la carta dei servizi ed il regolamento, inoltre, viene reso disponibile un questionario sul quale è possibile segnalare il livello di soddisfazione per le singole attività del servizio ed un modulo di segnalazione dei reclami .

4.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

A partire dall'anno 2018 la Struttura ha avviato un'attività di sensibilizzazione e formazione sugli aspetti legati al Clinic Risk Management ed ha attivato strumenti di monitoraggio degli Eventi indesiderati. Il tutto è oggetto di una specifica procedura redatta con riferimento alla normativa³ e alle raccomandazioni ministeriali applicabili.

Le segnalazioni del totale degli eventi indesiderati durante l'anno 2024 sono stati: **n° 2** .

Tabella 1 – Eventi cadute nel 2024⁴

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	2	100%	Pazienti deboli	Sistemi di contenzione condivisi con i familiari	Sistema di reporting
Eventi Avversi	0				
Eventi Sentinella	0				

⁴ ai sensi dell'art.2, c.5 della 24/2017

	M-PARM	Rev. 01	Data 11/02/2019
Piano Annuale di Risk Management - PARM			

Tabella 2 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell’ultimo quadriennio (ai sensi dell’art.4, c.3 della L.24/2017)

Anno	N. Sinistri	N. sinistri liquidati	N. Risarcimenti erogati
2020	1		
2021	2		
2022	0		
2023	0		
2024	1	1	1
Totale	4	Indeterminato in quanto ancora in giudizio	

4.3 Descrizione della posizione assicurativa

POSIZIONE ASSICURATIVA					
ANN O	POLIZZA E DATA SCADENZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	BROKER	FRANCHIG IE
Dal 2017	n. polizza 420318864	Generali S.p.A.	29.340,00 annuo	Agenzia Palma Campania Avv. Donnarum ma	RCT danni a persona 2500€ per sinistro RCT danni a cose 2500€ per sinistro RCO 2500€ per ogni lavoratore infortunato

	M-PARM	Rev. 01	Data 11/02/2019
Piano Annuale di Risk Management - PARM			

5.0 Resoconto delle attività del PARM dell'anno precedente

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
<i>Attività (1)</i>		
Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione degli Aspetti medico-legali/assicurativi del rischio infettivo e della medicina basata sulle evidenze: Linee guida, protocolli e procedure	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<i>Indicatore:</i> 40 % di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	L'efficacia del corso è stata valutata in sede di audit che risulta buona. La percentuale di personale sanitario formata è stata superiore all'obiettivo prefissato.
<i>Attività (2)</i>		
Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione dell'igiene degli ambienti e delle attrezzature	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<i>Indicatore:</i> 50 % di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	L'efficacia del corso è stata valutata in sede di audit che risulta buona. La percentuale di personale sanitario formata è stata superiore all'obiettivo prefissato.
<i>Attività (3)</i>		
Partecipazione a corsi con tematiche di Prevenzione delle infezioni CVC e CV e Prevenzione delle VAP	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<i>Indicatore:</i> 40 % di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	L'efficacia del corso è stata valutata in sede di audit che risulta buona. La percentuale di personale sanitario formata è stata superiore all'obiettivo prefissato.

	M-PARM	Rev. 01	Data 11/02/2019
Piano Annuale di Risk Management - PARM			

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)

Verificare l'adozione della checklist di sicurezza operatoria	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore : Esaminare l'2 % del totale delle cartelle di ricovero al fine di valutare la presenza della checklist, Redazione di report finale	SI	Le cartelle in fase di controllo vengono verificate e risultano tutte provviste di Checklist

Attività (2)

Monitoraggio della qualità dei processi erogati attraverso audit interni	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: Eseguire almeno 4 azioni di audit nell'anno-Redazione di altrettanti report	SI	Sono stati eseguiti n. 4 audit organizzativi sui requisiti del DCA Accredитamento

OBIETTIVO C: Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura

Attività (1)

Realizzazione di un set di indicatori per il monitoraggio della qualità clinica dei processi della struttura	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: Verifica del set di indicatori e del sistema di acquisizione delle informazioni	IN CORSO	Gli indicatori sono stati definiti nel Manuale di sistema di gestione ma ancora non si è proceduto alla prima rilevazione.

6.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

La redazione del PARM, in linea con le "Linee Guida per l'elaborazione del piano Annuale di Risk Management (PARM)" riconosce due specifiche responsabilità:

- 1 Quella del Risk Manager che redige, divulga e monitorizza l'implementazione dello stesso.
- 2 Quella della Direzione Aziendale che si impegna a fornire direttive e relative risorse a tutte le aree coinvolte nel PARM.

	M-PARM	Rev. 01	Data 11/02/2019
Piano Annuale di Risk Management - PARM			

AZIONE	Risk Manager	Amministratore Delegato	Direttore Sanitario *	Responsabile di struttura
Redazione PARM	R	C	C	C
Adozione PARM	I	R	C	I
Monitoraggio PARM	R	I	C	C

R= Responsabile C= Coinvolto I= Informato

Nota * Per quanto attiene al Direttore sanitario la Struttura coinvolge i Responsabili delle singole Unità.

7.0 OBIETTIVI

Il piano annuale di risk management (PARM) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e gestione dei rischi.

Gli obiettivi identificati sono i seguenti:

1. Diffondere la “Cultura della sicurezza delle cure”;
2. Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi
3. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura
4. Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management

8.0 ATTIVITÀ DA SVILUPPARE NELLA ANNUALITÀ CORRENTE E MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

In questa sezione sono dettagliatamente illustrate le linee di attività individuate e in dettaglio indicati standard e matrice delle responsabilità, strutture responsabili e strutture coinvolte.

	M-PARM	Rev. 01	Data 11/02/2019
Piano Annuale di Risk Management - PARM			

Obiettivi ed Attività per la gestione del rischio infettivo ANNO 2025

Obiettivo 1	Piano d'azione locale per l'igiene delle mani
Obiettivo 2	Monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni device correlate
Obiettivo 3	Vigilanza standard di igiene ambientale

Attività per obiettivo n. 1:

- Adesione del personale sanitario alla corretta igiene delle mani

INDICATORE DI MONITORAGGIO	STANDARD DA RAGGIUMGERE	RESPONSABILITA'	NOTE
OPERATORI CHE RISPETTANO I TEMPI DI LAVAGGIO /N. OPERATORI CONTROLLATI	100%	COORD INF (HOSPICE, RSA,SUAP)	INSERIMENTO TIMER CON IMPOSTAZIONE TEMPI DI LAVAGGIO
N. INFEZIONI CORRELABILI AL NON CORRETTO LAVAGGIO DELLE MANI/N. TOTALE INFEZIONI INSORTE	0	COORD INF. RISK-MANAGER	

- Consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani (media andamento mese)

INDICATORE DI MONITORAGGIO	STANDARD DA RAGGIUMGERE	RESPONSABILITA'	NOTE
N. Litri consumati/N. pazienti gestiti	10 litri/mese	Uff. Acquisti Risk M.	
N. richieste pervenute dai singoli servizi-UO/n. pazienti gestiti dal singolo servizio-	6 litri/60 pazienti (RSA) 2 litri/14 pazienti (HOSPICE) 2 litri/ 14 pazienti (SUAP)	Uff. Acquisti Risk M. Coord.. Inf.servizi -UO	

- Consumo di sapone per l'igiene delle mani (media andamento mese)

INDICATORE DI MONITORAGGIO	STANDARD DA RAGGIUMGERE	RESPONSABILITA'	NOTE
N. Litri consumati/N. pazienti gestiti	100 litri/mese	Uff. Acquisti Risk M.	
N. richieste pervenute dai singoli servizi-UO/n. pazienti gestiti dal singolo servizio-	50 litri/60 pazienti 45 litri/14 pazienti 45 litri /14 pazienti	Uff. Acquisti Risk M. Coord.. Inf.servizi	

- Corretto mantenimento dei dispenser di soluzione alcolica

INDICATORE DI MONITORAGGIO	STANDARD DA RAGGIUMGERE	RESPONSABILITA'	NOTE
N.Dispenser presenti in Struttura/n. ambienti interessati	100%	Uff. Acquisti Risk M. Coord. Inf. srvizi -	
N.Dispenser funzionanti presenti in Struttura/n. dispenser totali	100%	Uff. Acquisti Risk M. Coord.. Inf. servizi -	
N. richieste di sistemazione di dispenser /N. dispenser riscontrati non idonei	100%	Uff. Acquisti Risk M. Coord.. Inf. servizi	

- Progettazione ed esecuzione della campagna di sensibilizzazione all'igiene delle mani per operatori, visitatori e pazienti

INDICATORE DI MONITORAGGIO	STANDARD DA RAGGIUMGERE	RESPONSABILITA'	NOTE
N. cartelli affissi /N. ambienti interessati	100%	Direzione Struttura Risk M. Coord. Inf. srvizi -	
N.Cartelli affissi/n. dispenser totali	100%	Direzione Struttura Risk M. Coord.. Inf. servizi -	
N. eventi organizzati /N. utenti gestiti	100%	Uff. Acquisti Risk M. Coord.. Inf. servizi -	Evento pianificato per l'anno 2025 un video che coinvolge tutti gli operatori che si lavano correttamente le mani da proiettare su tutti i punti della struttura dove c'è disponibilità di una TV

Attività per obiettivo n. 2:

- Realizzazione della campagna di vaccinazione antinfluenzale per operatori sanitari

INDICATORE DI MONITORAGGIO	STANDARD DA RAGGIUMGERE	RESPONSABILITA'	NOTE
Incontri con gli operatori periodici per spiegare l'importanza del vaccino /n. totale degli operatori	Garantire a possibilità a tutti in ragione dei turni	Risk M. Coord. Inf. servizi -	
N. cartelli affissi per i familiari/utenti per invogliare alla vaccinazione /N. ambienti idonei	100%	Risk M. Coord.. Inf. servizi -	

- Organizzazione sedute di vaccinazione anti influenzale per operatori sanitari

INDICATORE DI MONITORAGGIO	STANDARD DA RAGGIUMGERE	RESPONSABILITA'	NOTE
N.operatori vaccinati /n. totale degli operatori	100%	Risk M. Coord. Inf. servizi -	
N. totale sedute di vaccinazione interne/N. totale operatori	Garantire a possibilità a tutti in ragione dei turni	Risk M. Coord.. Inf. servizi	
N. cartelli affissi per i familiari/utenti per invogliare alla vaccinazione /N. ambienti idonei	100%	Risk M. Coord.. Inf. servizi -	

Attività per obiettivo n. 2:

Monitoraggio % infezioni correlate all'uso del Catetere Urinario

INDICATORE DI MONITORAGGIO	STANDARD DA RAGGIUMGERE	RESPONSABILITA'	NOTE
N.inf. insorte dopo 48 ore dal ricovero /n. totale dei pazienti cateterizzati nel periodo in esame	0	Risk M. Coord. Inf. servizi	

Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sulla prevenzione delle infezioni correlate all'uso del CU

INDICATORE DI MONITORAGGIO	STANDARD DA RAGGIUMGERE	RESPONSABILITA'	NOTE
N. operatori partecipanti al corso di formazione sulla prevenzione delle infezioni correlate all'uso del CU /N. totale operatori invitati	100%	Risk M. Coord. Inf. servizi -	

Attività per obiettivo n. 3

Esecuzione di Safety Walk Around (SWA) per verifica degli standard di igiene ambientale

INDICATORE DI MONITORAGGIO	STANDARD DA RAGGIUMGERE	RESPONSABILITA'	NOTE
N. Safety Walk Around (SWA) con esito negativo /N.totale Safety Walk Around (SWA) eseguiti periodo in esame	0%	Risk M. Direzione	
N. NC risolte nei tempi pianificati/N. NC totali emerse nel periodo in esame	100%	Risk M. Direzione Funzioni coinvolte	

- Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso relativo agli standard di pulizia ambientali assistenziali

INDICATORE DI MONITORAGGIO	STANDARD DA RAGGIUMGERE	RESPONSABILITA'	NOTE
N. controlli sulla pulizia con esito negativo nei singoli ambienti /N.totale dei controlli eseguiti nei singoli ambienti nel periodo in esame	0 %	Risk M. Coord. Inf. - Servizi	Controlli eseguiti mediante check list di controllo pulizie

9.0 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal presente PARM e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione generale garantisce la sua diffusione attraverso:

- Pubblicazione del PARM in una cartella condivisa
- Invio del PARM alla Direzione Aziendale
- Iniziative di diffusione del PARM a tutti gli operatori attraverso momenti di partecipazione a corsi di formazione mirati.
- Il presente documento viene pubblicato nella sezione dedicata del sito internet della struttura e **verrà diffuso agli operatori nel corso di un incontro pianificato per la 1 settimana di Aprile con i Responsabili Medici dei singoli setting RSA, Hopsice, SUAP.**

	M-PARM	Rev. 01	Data 11/02/2019
Piano Annuale di Risk Management - PARM			

-

10.0 RIFERIMENTI NORMATIVI

In questa sezione sono elencati alcuni riferimenti alla normativa regionale e nazionale inerenti la gestione del rischio clinico:

- D. Lgs. 502/92 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
- D.P.R. 14/01/97 “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”
- D. Lgs. 229/99 “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”
- D. Lgs. 254/00 “Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari”
- D. Lgs. 81/08 “Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.”
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 “Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità”
- Circolare Ministeriale n.52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
- DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995
- Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento
- PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena
- PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria
- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008
- 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
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"
- DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private
- Libro bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013"

11.0 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

In questa sezione sono elencati i riferimenti bibliografici e sitografici consultati per la redazione del documento inerenti la gestione del rischio clinico.

	M-PARM	Rev. 01	Data 11/02/2019
Piano Annuale di Risk Management - PARM			

- Ministero della Salute “Risk Management e Qualità 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 reperibili sul sito del Ministero della Salute
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&me
- 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