

# Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328

**Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".**

**IL PRESIDENTE**  
**IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA**  
*(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)*

**OGGETTO:** Approvazione delle “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”.

**IL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3 concernente “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”;

**VISTA** la legge statutaria 11 novembre 2004, n. 1, che approva lo Statuto della Regione Lazio;

**VISTA** la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6, e successive modificazioni recante la “*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*”;

**VISTO** il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, concernente l’organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale, e successive modificazioni ed integrazioni;

**VISTA** la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

**VISTO** il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni” ed, in particolare, l’articolo 9-bis che prevede che le Regioni e le Province Autonome possano autorizzare programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali caratterizzati da forme di collaborazione tra strutture del Servizio Sanitario Nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato;

**VISTA** la legge regionale n. 18/94 recante “*Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere*”;

**VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale:

- n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente: “*Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004*”;
- n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: “*Presa d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell’art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del "Piano di Rientro"*”;

**VISTO** l’articolo 2, commi da 67 a 105, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 ed, in particolare, il comma 88, che prevede il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*;

**PRESO ATTO** che, con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, il Presidente Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario *ad acta* per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di Rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

Segue decreto n.  
**IL PRESIDENTE**  
 IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA  
 (delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

**PRESO ATTO**, altresì, che il Consiglio dei Ministri, con deliberazione del 1° dicembre 2014, ha deliberato la nomina dell'Arch. Giovanni Bissoni, con decorrenza 2 dicembre 2014, quale Sub commissario nell'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, richiamando in particolare le azioni e gli interventi in via prioritaria indicati nella delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati, intervenendo anche per garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, sicurezza e qualità, attraverso un utilizzo efficiente delle risorse;

**VISTI:**

- il Decreto Legge c.d. “*Spending Review*” 6 luglio 2012, n. 95 recante “*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*”, convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135;
- il Decreto Legge c.d. “*Balduzzi*” 13 settembre 2012, n. 158 recante “*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*”, convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189 ed, in particolare, l'articolo 1 sul riordino dell'assistenza territoriale e la mobilità del personale delle aziende sanitarie e l'articolo 4 sulla dirigenza sanitaria ed il governo clinico;
- il Decreto Legge n. 90 del 24 giugno 2014 recante “*Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e l'efficienza degli uffici giudiziari*”, convertito con modificazioni dalla Legge 11 agosto 2014, n. 114;
- l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014 – 2016 ed, in particolare, l'articolo 1, comma 5, che prevede, tra l'altro, che “*Le regioni impegnate nei Piani di rientro individuano le linee progettuali da realizzare, in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi approvati*”;
- il DCA n. U00247 del 25 luglio 2014 concernente “*Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi per il periodo 2013 – 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione*”;

**VISTA** la Determinazione n. G01424 del 10 Febbraio 2014 con la quale è stato istituito il Gruppo di Lavoro “Comitato Tecnico di Coordinamento Rischio Clinico” avente tra le altre la funzione quella di elaborare e revisionare le Linee Guida per la redazione del Piano annuale di attività aziendale dei Risk Manager (di seguito PARM);

**VISTA** la Determinazione n. G04112 del 1 aprile 2014 recante “Approvazione del documento recante: «Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)»”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta del 6 luglio 2015, n. U00309 recante “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep. Atti 156/CSR)” come modificato dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00593 del 16 dicembre 2015 recante “Modifica e integrazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 (di cui al DCA n. U00309 del 06/07/2015) ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 (Rep. Atti n. 56/CSR) concernente il «Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 – Documento per la valutazione»”;

Segue decreto n.  
**IL PRESIDENTE**  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA  
(*delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013*)

**VISTO** il Decreto del Commissario ad Acta n. U00563 del 24 novembre 2015 recante: "Istituzione del Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CR-CCICA) e costituzione del Gruppo di Approfondimento Tecnico per le ICA;

**RITENUTO** essenziale, anche nell'ambito degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione e del debito informativo con il Ministero della Salute, elaborare un "Piano Annuale per le ICA" che, una volta approvato dalle Aziende ed Enti del SSR, andrà ad integrare il PARM;

**CONSIDERATA** la necessità di procedere ad una revisione delle linee di indirizzo dei PARM, di cui alla succitata Determinazione n. G04112 del 1 aprile 2014, sulla base delle proposte del Tavolo Permanente dei risk manager e del Comitato Tecnico di Coordinamento Rischio Clinico;

**VISTO** il documento "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)" elaborato dal Comitato Ristretto Rischio Clinico e presentato a tutti i risk manager nel corso del Tavolo Permanente del 25 marzo 2016;

**VISTA** la Legge Regionale n. 17 del 31/12/2015 recante "Legge di stabilità regionale 2016" che all'articolo 6, comma 3, stabilisce che, a partire dal 1 luglio 2017 le ASL Roma 1, Roma 2, Roma 3, Roma 4, Roma 5 e Roma 6, vengano "rideterminate in ASL RM1 e ASL RM2 per il territorio di Roma capitale e ASL RM3 e ASL RM4 per il restante territorio della Città metropolitana di Roma Capitale";

**DECRETA**

per le motivazioni espresse in premessa, che vengono integralmente richiamate:

- 1) di approvare il documento recante "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)" (Allegato 1) che forma parte integrante del presente provvedimento;
- 2) di stabilire che le Aziende ed Enti del SSR dovranno attenersi, nell'adozione del Piano Annuale del Risk Management (PARM), a quanto previsto dalle suddette Linee Guida;
- 3) di stabilire che la Direzione Salute e Politiche Sociali, anche nell'ambito degli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione e del debito informativo con il Ministero della Salute, fornirà alle Aziende ed Enti del SSR indicazioni per l'elaborazione di un "Piano Annuale per le ICA" che, una volta approvato dalle Aziende ed Enti del SSR, andrà ad integrare il PARM;
- 4) di stabilire che i PARM delle ASL oggetto della riorganizzazione di cui alla Legge Regionale n. 17 del 31/12/2015, saranno considerati vigenti e operativi sino al momento della nuova istituzione;
- 5) di stabilire che le modalità di armonizzazione delle azioni previste dai PARM delle aziende oggetto della riorganizzazione saranno definite e comunicate con successiva nota da parte dell'Area Programmazione Rete Ospedaliera e Risk Management.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionali dinanzi al Tribunale Amministrativo Regionali del Lazio entro 60 giorni dalla sua pubblicazione, ovvero ricorso straordinario al Presidente della repubblica entro 120 giorni dalla sua pubblicazione.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L.

NICOLA ZINGARETTI



REGIONE  
LAZIO

# LINEE GUIDA PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM)

## INDICE

<b>SCADENZE TEMPORALI E STRUTTURA DEL PARM</b>	pag. 2
<b>1. PREMESSA</b>	pag. 2
<b>1.1.</b> <i>Contesto organizzativo</i>	pag. 2
<b>1.2.</b> <i>Descrizione degli eventi/sinistri dell'ultimo triennio</i>	pag. 4
<b>1.3.</b> <i>Descrizione della posizione assicurativa</i>	pag. 4
<b>1.4.</b> <i>Resoconto delle attività del PARM precedente</i>	pag. 4
<b>2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM</b>	pag. 5
<b>3. OBIETTIVI</b>	pag. 6
<b>4. ATTIVITÀ E MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>	pag. 7
<b>5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM</b>	pag. 8
<b>6. RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	pag. 9
<b>7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</b>	pag. 10

## SCADENZE TEMPORALI E STRUTTURA DEL PARM

Per il 2016 il termine di adozione del PARM è di 45 giorni entro la pubblicazione delle Linee Guida sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

**A partire dal 2017 il termine, fino a nuova e diversa comunicazione, è fissato al 15 febbraio dell'anno solare cui il PARM si riferisce.**

Il PARM, fatte salve motivate specificità, dovrà essere elaborato rispettando la struttura di seguito proposta. Quando possibile, sono stati inserite tabelle contenenti suggerimenti ed esempi.

### 1. PREMESSA

#### 1.1 Contesto organizzativo

Nella premessa deve essere descritto il contesto organizzativo aziendale, presentando in una tabella i principali dati di produzione. Per le Aziende territoriali si suggerisce di presentare i dati a livello aggregato e suddivisi per singolo presidio ospedaliero, come riportato nelle tabelle 1 e 2.

Nella tabella 3 è riportato un esempio valido per le Aziende Ospedaliere e i Policlinici Universitari.

Nelle tabelle è riportato un *data set* minimo, integrabile secondo le diverse necessità aziendali.

In considerazione della sua assoluta specificità, per la descrizione del contesto organizzativo e dei relativi dati di attività, l'ARES 118 potrà riprendere lo schema utilizzato negli scorsi anni.

**Tabella 1 – Aziende territoriali: Esempio di presentazione dei dati di attività aggregati a livello aziendale**

DATI STRUTTURALI <sup>1</sup>			
Estensione territoriale	in Km <sup>2</sup>	Popolazione residente	Numero
Distretti Sanitari	Indicare	Presidi Ospedalieri Pubblici	Indicare
Posti letto ordinari	Numero	Medicina	Numero
		Chirurgia	Numero
		Ecc.	Numero
Posti letto diurni	Numero	Servizi Trasfusionali	Numero
Blocchi Operatori	Numero	Sale Operatorie	Numero
Terapie Intensive	Numero	UTIC	Numero
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE <sup>1</sup>			
Ricoveri ordinari	Numero	Ricoveri diurni	Numero
Accessi PS	Numero	Neonati o parti	Numero
Branche specialistiche	Solo il numero	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	Numero, escluse le analisi di laboratorio

<sup>1</sup> Indicare la fonte del dato e il periodo di riferimento. Ad es. Dati forniti dalla UO... e aggiornati al GG/MM/AAAA.

**Tabella 2 – Aziende territoriali: Esempio di presentazione dei dati di attività aggregati per singolo Presidio Ospedaliero**

DATI DI ATTIVITÀ PER SINGOLO P.O. <sup>2</sup>			
Posti letto ordinari	n.	Medicina	
		Chirurgia	
		Ecc.	
Posti letto diurni		Servizi Trasfusionali	
Numero Blocchi Operatori		Numero Sale Operatorie	
Numero ricoveri ordinari		Numero ricoveri diurni	
Numero accessi PS		Numero neonati o parti	

**Tabella 3 – Aziende Ospedaliere e Policlinici Universitari: Esempio di presentazione dei dati di attività**

DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	Numero	Medicina	Numero
		Chirurgia	Numero
		Ecc.	Numero
Posti letto diurni	Numero	Servizi Trasfusionali	Numero
Blocchi Operatori	Numero	Sale Operatorie	Numero
Centro trapianti (impianto organi e tessuti)	Numero	Centro Procreazione Medicalmente Assistita	Numero
Hub	Specificare la rete	Ecc.	
Terapie Intensive	Numero	UTIC	Numero
DATI DI ATTIVITÀ <sup>2</sup>			
Ricoveri ordinari	Numero	Ricoveri diurni	Numero
Accessi PS	Numero	Neonati o parti	Numero
Branche specialistiche	Solo il numero	Prestazioni ambulatoriali erogate	Numero, escluse le analisi di laboratorio
Ecc.		Ecc.	

<sup>2</sup> Indicare la fonte del dato e il periodo di riferimento. Ad es. Dati forniti dalla UO... e aggiornati al GG/MM/AAAA.

### 1.2 Descrizione degli eventi/sinistri nell'ultimo triennio

È sufficiente una presentazione sintetica dei dati anche sotto forma di tabella, come nell'esempio seguente:

Anno	N. Sinistri	N. Eventi Avversi	N. Eventi Sentinella
20..			
20..			
20..			

### 1.3 Descrizione della posizione assicurativa

Anche in questo caso è sufficiente una presentazione sintetica dei dati sotto forma di tabella, come nell'esempio seguente, modificabile secondo le diverse specificità aziendali. La tabella è ovviamente compilabile solo dalle Aziende che hanno una polizza assicurativa. Quelle che gestiscono direttamente i sinistri potranno limitarsi ad indicare la Deliberazione aziendale con cui si è introdotta la gestione diretta.

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
20..					
20..					
20..					

### 1.4 Resoconto delle attività del PARM precedente

In questa sezione occorre inserire una relazione sintetica sulle attività previste nel PARM dell'anno precedente, sulla loro realizzazione o sulle criticità che non hanno consentito il raggiungimento di tutti gli obiettivi previsti, secondo la tabella allegata, modificabile secondo le diverse specificità aziendali. Questo paragrafo, a partire dal 2017, sostituisce le relazioni intermedie e finali sull'attuazione del PARM.

Obiettivo...(specificare)		
Attività	Realizzata <sup>3</sup>	Stato di attuazione
<b>Attività 1...(specificare)</b>	Sì	Indicare i riferimenti o, quando possibile, le evidenze documentali dell'attività
<b>Attività 2...(specificare)</b>	NO	Evidenziare criticità o motivazioni che non hanno consentito la realizzazione dell'attività

<sup>3</sup> Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività



## 2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

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

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

Di seguito l'esempio di una possibile matrice delle responsabilità, modificabile secondo le specifiche necessità aziendali:

Azione	Risk Manager	Direttore Generale	Direttore Sanitario aziendale	Direttore Amministrativo aziendale	Strutture Amministrative e Tecniche di supporto
Redazione PARM e proposta di delibera	R	C	C	C	-
Adozione PARM con delibera	I	R	C	C	-
Monitoraggio PARM	R	I	C	C	C

**Legenda:**

R = Responsabile

C = Coinvolto

I = Interessato

### 3. OBIETTIVI

In questa sezione vanno elencati gli obiettivi che si intendono perseguire, anche in continuità con i PARM degli anni precedenti. Di seguito vengono elencati quattro obiettivi strategici su cui le aziende sono chiamate a declinare almeno cinque attività. Si precisa che le cinque attività possono essere distribuite su uno solo, o su più obiettivi, sulla base delle specifiche esigenze aziendali. I quattro obiettivi strategici sono i seguenti:

- a. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- b. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- c. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- d. Partecipare alle attività regionali in tema di risk management. Con questo obiettivo si è inteso dare la possibilità alle aziende che partecipano attivamente a gruppi di lavoro e ad altre attività a valenza regionale, di valorizzare tali attività purché, ovviamente, sia possibile darne evidenza documentale.

Le aziende, una volta rispettato il vincolo delle cinque attività distribuite fra i quattro obiettivi sopraelencati, potranno anche definire altri obiettivi e attività sulla base delle specifiche esigenze.

Relativamente al problema delle infezioni correlate all'assistenza (di seguito ICA), si segnala che con Decreto del Commissario ad Acta del 6 luglio 2015, n. U00309 (come modificato dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00593 del 16 dicembre 2015) è stato approvato il "Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018" che, al Progetto 7.3 prevede una serie di obiettivi e di attività per il "contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici". Con DCA n. U00563 del 24/11/2015, è stato successivamente istituito il Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle ICA (di seguito CR-CCICA), a cui sono state attribuite funzioni di progettazione, formazione e informazione, nonché l'elaborazione di strategie e linee d'indirizzo regionali volte alla riduzione del rischio infettivo.

Alla luce di quanto sopra, i CC-ICA delle Aziende ed Enti del SSR, sotto la responsabilità dei propri Presidenti, saranno tenuti ad elaborare un "Piano Annuale per le ICA" sulla base delle indicazioni fornite dal CR-CCICA che includeranno gli obiettivi previsti al punto 7.3 del Piano Regionale per la Prevenzione.

Il suddetto "Piano Annuale per le ICA", una volta adottato, andrà ad integrare il PARM.

Sarà cura dello stesso CR-CCICA trasmettere alla Regione le evidenze documentali atte a dimostrare il conseguimento degli obiettivi stabiliti dal Piano Regionale della Prevenzione e a soddisfare i debiti informativi con il Ministero della Salute.

## 4. ATTIVITÀ E MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

In questa sezione vanno elencate le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti. È evidente che fra attività e obiettivi è indispensabile una assoluta coerenza. Ad esempio, l'obiettivo a) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure potrà essere declinato in una serie di attività che vanno dalla organizzazione di corsi di formazione, all'introduzione di strumenti di risk analysis negli obiettivi di budget dei reparti, all'utilizzo dell'intranet aziendale per la diffusione di dati e report sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate (ad esempio sul corretto utilizzo della checklist di sala operatoria).

L'obiettivo b) "Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa...", invece, può articolarsi nella progettazione e implementazione di attività legate all'utilizzo degli strumenti di risk assessment (come l'*Incident Reporting*, il *Safety WalkRound* o l'analisi delle cartelle cliniche); la fase di risk analysis, attraverso l'utilizzo degli audit di rischio clinico; o, ancora, l'elaborazione di procedure aziendali volta al recepimento di documenti nazionali o internazionali. In quest'ambito potrebbero rientrare anche attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti delle strutture o quelle di promozione della umanizzazione delle cure.

Per ogni attività deve essere definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo standard che ci si prefigge di raggiungere. In alcuni casi l'indicatore non potrà che essere del tipo sì/no, mentre in altri sarà possibile costruire un rapporto e indicare una percentuale da raggiungere. Si consiglia di indicare standard realistici e realizzabili nei tempi previsti per la specifica attività.

In relazione alla sua complessità, ogni attività andrà scomposta in una o più azioni elementari che andranno declinate in una matrice delle responsabilità specifica, come riportato nell'esempio della Tabella 4.

Le attività che prevedono un impegno pluriennale andranno declinate e sviluppate per singolo anno.

**Tabella 4 – Esempio di declinazione di un'attività**

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>		
<b>ATTIVITÀ 1</b> - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico"		
<b>INDICATORE</b> Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il GG/MM/AAAA		
<b>STANDARD</b> SI		
<b>FONTE</b> UO Risk Management		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>UO Formazione</b>
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

**Legenda:**

R = Responsabile

C = Coinvolto

I = Interessato

## 5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

In questa sezione andranno elencate le modalità con cui il documento verrà diffuso a livello aziendale. Se ne elencano alcune, a mero titolo di esempio:

- a. Presentazione al Collegio di Direzione
- b. Pubblicazione sul portale aziendale nella sezione Intranet ed Internet (nella sezione *Amministrazione Trasparente*)
- c. Invio via mail alle Direzioni di P.O. e di Distretto

## 6. RIFERIMENTI NORMATIVI

In questa sezione andranno elencati i riferimenti alla normativa regionale e nazionale, nonché quelli scientifici, inerenti la gestione del rischio clinico. Se ne elencano alcuni a mero titolo di esempio:

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante “Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131”;
9. Determinazione Regionale n. G04112 depn01/04/2014 recante “Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)””
10. Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio
11. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti”.
12. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”

## 7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

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

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live"
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione)
7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza)