

# RISK MANAGEMENT PARM

REV	DATA	MODIFICHE	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
00	31.03.2023	Prima emissione Dati relativi al 2022	Direttore Sanitario dott. Buompane Nicola	Direttore Sanitario dott. Buompane Nicola	Direttrice: Suor Elisabetta Marrone
01	31.03.2024	Aggiornamento relativo ai dati 2023	Direttore Sanitario dott. Buompane Nicola	Direttore Sanitario dott. Buompane Nicola	Direttrice: Suor Monica Gadda
02	25.03.2025	Aggiornamento relativo ai dati 2024	dott.ssa Gioconda Di Francesco RSQ	Direttore Sanitario dott. Buompane Nicola	Direttrice: Suor Monica Gadda

## **INDICE**

1.0 OGGETTO.....	3
2.0 SCOPO.....	3
3.0 CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
4.0 CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	3
4.1 RELAZIONE CONSUNTIVA SU GLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI E ROGATI .....	5
TABELLA 1- EVENTI CADUTE NEL 2023 (AI SENSI DELL'ART.2, C.5 DELLA 24/2017).....	5
4.2 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	5
5.0 RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DELL'ANNO PRECEDENTE.....	6
6.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM.....	7
7.0 OBIETTIVI.....	7
8.0 ATTIVITA' DA SVILUPPARE NELLA ANNUALITA' CORRENTE E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'.....	8
9.0 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM.....	10
10.0 RIFERIMENTI NORMATIVI.....	10
11.0 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	11

## 1.0 OGGETTO

La relazione annuale di Risk Management, si sviluppa nel rispetto della Legge 24 del 2017 Gelli Bianco e delle linee guida regionali specificatamente emanate. Il presente documento è sottoposto a revisione annuale e riporta l'analisi dei dati dell'anno precedente.

## 2.0 SCOPO

Scopo fondamentale della relazione di Risk Management, 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 nell'ambito della "R.S.A. Piccola Casa della Divina Provvidenza - Cottolengo - Trentola Ducenta".

## 4.0 CONTESTO ORGANIZZATIVO

La R.S.A. Piccola Casa della Divina Provvidenza - Cottolengo - Succursale della Piccola Casa della Divina Provvidenza di Torino, è una R.S.A. classificata RD3 per disabili adulti che accoglie persone non autosufficienti di ambo i sessi di età compresa tra i 18 e 65 anni, portatori di handicap di tipo fisico, psichico, psichico-sensoriale, psichico-fisico.

All'interno della struttura in regime di convenzione con l'SSN vengono erogati interventi socio-assistenziali sanitari e riabilitativi di media intensità come da DCA 97 del 2018 e smi. La struttura è organizzata in tre moduli (Nuclei di vita) di cui due che si sviluppano sul piano orizzontale ed uno sul piano verticale per un totale di 60 posti letto, distribuiti in camere singole e doppie.

<b>DATI STRUTTURALI</b>	
<b>Struttura</b>	RSA RD3 PICCOLA CASA DELLA DIVINA PROVVIDENZA - COTTOLENGO
<b>Mq. Complessivi</b>	Mq 20.100 (di cui circa 5.350 mq adibiti all'accoglienza degli ospiti, ai servizi centralizzati e alle suore e 14.750 circa a giardino)

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

Piccola Casa della Divina Provvidenza COTTOLENGO TRENTOLA DUCENTA	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT</b>	<b>PARM</b> Rev.02 del 25.03.2025
---	--------------------------------------	---

**ORGANIZZAZIONE:**

**RISORSE UMANE**

<b>Risorse umane al 31/12/2024</b>	N° 65	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Area sanitaria: 5 Infermieri</li> <li>✓ Area socio-sanitaria: 25 OSS</li> <li>✓ Area riabilitativa: 4 fisioterapisti</li> <li>✓ Area sociale: 3 animatori di comunità 3 educatori professionali</li> <li>✓ Area amministrativa: 1 Direttore di struttura, 1 Direttore Sanitario, 1 Responsabile Amministrativo, 1 Coord. Risorse Umane, 1 Assistente Sociale.</li> <li>✓ Servizi Generali: 5 operatori in cucina; 4 addetti pulizia, 3 servizi lavanderia, 6 operatori di portineria</li> <li>✓ Area Pastorale: 2 operatori</li> </ul>
------------------------------------	-------	---

**POSTI LETTO**

<b>Nuclei di vita (suddivisi per moduli)</b>	<b>N° Posti letto</b>	<b>Tipologia Utenti/diagnosi</b>
“San Giorgio”	20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disturbi dello spettro autistico</li> <li>• Disturbi sensoriali</li> <li>• Malattie neurologiche e neuromuscolari congenite/acquisite</li> <li>• Ritardi cognitivi di media/grave entità</li> <li>• Sindromi genetiche</li> </ul>
“Immacolata”	20	
S. Chiara S.Rita	20	

**DATI ATTIVITA' ANNO 2024 STRUTTURA**

<b>SETTING</b>	<b>NUMERO UTENTI</b>	<b>GIORNATE DI ASSISTENZA</b>	<b>DIMISSIONI</b>
<b>RSA RD3</b>	.....65.....	.....21.084.....	.....0.....

#### 4.1 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

La Struttura ha continuato un'attività di sensibilizzazione e formazione sugli aspetti legati al Clinic Risk Management ed ha proseguito il monitoraggio degli Eventi indesiderati. Il tutto è oggetto di una specifica procedura redatta interna (PG10 Procedura per la gestione del rischio clinico) che recepisce la normativa regionale e le raccomandazioni ministeriali applicabili al setting assistenziale di riferimento.

Il totale degli eventi indesiderati segnalati durante l'anno 2024 sono stati: **n° 51**.

**Tabella 1 – Eventi**

N° Eventi totale	N° Cadute e (% sul totale degli eventi)	Tipo di evento e (% sul totale delle cadute)
51	33 (70%)	17 (18%) Near Miss
		1 (2 %) Eventi Avversi

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

Anno	N. Sinistri	N. Risarcimenti erogati	Valore economico
2021	0	0	€
2022	0	0	€
2023	0	0	€
2024	0	0	€
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>€</b>

#### 4.2 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

POSIZIONE ASSICURATIVA RSA						
ANNO	POLIZZA E DATA SCADENZA	GARANZIA	COMPAGNIA ASSICURATI VA	PREMIO	BROKER	FRANCHIGIE
2025	Polizza Convenzione N. 763567581 Scad. annuale	RCT/RCO	UNIPOL SAI	€ 37.200,00 (annui lordi)	PCA Spa.	RCT: € 500,00; RCO – (Rivalsa Inail): nessuna;

## 5.0 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DELL'ANNO PRECEDENTE

<b>OBIETTIVO 1: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>
<b>ATTIVITÀ:</b> partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico
<b>INDICATORE:</b> partecipazione di almeno il 40% del personale sanitario e di assistenza all' "Aggiornamento Rischio Clinico"
<b>FORMULA:</b> (n°42/TOT.45) 93%
<b>STANDARD:</b> 40% di personale sanitario da formare/Tot. Personale Sanitario
<b>FONTE:</b> RSQ Clinical Risk Management, Direzione di struttura e sanitaria
<b>OBIETTIVO 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</b>
<b>ATTIVITÀ (a)</b>
<b>Monitoraggio Cartella Clinica PG11</b>
<b>INDICATORE:</b> verifica a campione delle cartelle di ricovero reparti di degenza.
<b>STANDARD:</b> esaminare il 2% del totale delle cartelle di ricovero al fine di valutare la corretta compilazione della Cartella.
<b>FORMULA:</b> (n°9/TOT.58) 15%
<b>FONTE:</b> NOC, Distretto sanitario 17/19
<b>ATTIVITÀ (b)</b>
<b>Monitoraggio P.I. (Progetto Individuale) PG03</b>
<b>INDICATORE:</b> verifica a campione della corretta gestione del P.I.
<b>STANDARD:</b> esaminare il 2% del totale delle cartelle di ricovero al fine di valutare la corretta compilazione del P.I.
<b>FORMULA:</b> (n°9/TOT.58) 15%
<b>FONTE:</b> NOC, Distretto sanitario 17/19
<b>ATTIVITÀ (c)</b>
<b>Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinico e/o organizzativo nelle strutture</b>
<b>INDICATORE:</b> realizzazione di audit
<b>DATI EFFETTIVI:</b> N. 8 audit organizzativi e clinici interni a seguito di segnalazioni N. 2 audit esterni di cui 1 di sistema e 1 su aspetti clinico organizzativi
<b>STANDARD:</b> eseguire almeno 4 azioni di audit organizzativi e almeno 1 audit clinico nell'anno e redazione di altrettanti report entro la fine del 2024
<b>FORMULA:</b> (n°10/TOT.58) 17,24%
<b>FONTE:</b> RSQ Clinical Risk Management, Direzione di struttura e sanitaria
<b>ATTIVITÀ (d)</b>
<b>Monitoraggio del rischio di infezioni correlate all'assistenza</b>
<b>INDICATORE:</b> verifica del set di indicatori e del sistema di acquisizione delle informazioni
<b>STANDARD:</b> esaminare il 60% delle schede allegate alla procedura PO 04
<b>FORMULA:</b> N. piaghe insorte internamente alla struttura / N. piaghe totali / x 100 = 0 N. piaghe insorte esternamente alla struttura / N. piaghe totali / x 100 = 4/4 = 100% N. piaghe guarite / N. piaghe insorte / x 100 = 0/4
<b>FONTE:</b> RSQ, Direzione Sanitaria e Area Infermieristica

**OBIETTIVO 3: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERAORI E DELLE STRUTTURE**

**ATTIVITÀ:** realizzazione di opuscoli informativi per il contrasto alla diffusione delle infezioni correlate all'assistenza con buone pratiche per i pazienti, i familiari, gli operatori

**INDICATORE:** realizzazione di almeno 1 opuscolo o 1 cartello

**DATI EFFETTIVI:** cartelli per l'igiene delle mani prima dell'ingresso in RSA/parzialmente realizzato, è stata avviata la formazione degli Operatori in caso di aggressioni fisiche e verbali da parte degli Ospiti.

**STANDARD:** cartello informativo

**FONTE:** RSQ, Direzione sanitaria e direzione di struttura

## 6.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

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

- 1 quella del Risk Manager che redige, divulga e monitorizza l'implementazione dello stesso;
- 2 quella del Responsabile dell'Area Infermieristica il quale promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo, e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte;
- 3 quella della Direzione di Struttura che si impegna a fornire direttive e relative risorse a tutte le aree coinvolte.

<b>AZIONE</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Resp. Area Infermieristica</b>	<b>Direttore di struttura</b>
Redazione	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
Adozione	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>C</b>
Approvazione	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>A</b>

R= Responsabile      C= Coinvolto      I= Informato      A= Approvato

## 7.0 OBIETTIVI

Il piano annuale di risk management 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 dell'Ospite, ma anche degli operatori e della struttura.

## 8.0 ATTIVITÀ DA SVILUPPARE NELLA ANNUALITÀ CORRENTE E MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ (2025)

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.

<b>OBIETTIVO 1: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>			
<b>ATTIVITÀ:</b> partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico			
<b>INDICATORE:</b> n. operatori non addetti all'assistenza diretta sugli ospiti che partecipano alla formazione base sul rischio clinico/Tot operatori non addetti all'assistenza diretta sugli ospiti			
<b>STANDARD:</b> 75%			
<b>FONTE:</b> RSQ, Clinical Risk Management, Direzione di struttura e Direzione sanitaria			
<b>SCADENZA:</b> 31/12/2025			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>AZIONE</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>DS</b>
Progettazione dei contenuti dei corsi	I	R-C	I
Organizzazione del corso	I	R-C	C
Formazione delle aule	I	C	R

<b>OBIETTIVO 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</b>			
<b>ATTIVITÀ(a):</b>			
<b>Monitoraggio dell'utilizzo del P.I.</b>			
<b>INDICATORE:</b> verifica a campione nelle cartelle di ricovero reparti di degenza della corretta gestione del PI			
<b>STANDARD:</b> esaminare il 10% del totale delle cartelle di ricovero al fine di valutare la corretta gestione del P.I.			
<b>FONTE:</b> NOC, Distretto Sanitario 17/19			
<b>SCADENZA:</b> 31/12/2025			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>AZIONE</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>ASS. SOC</b>
Gestione P.I. come da procedura	I	C	R
Selezione e raccolta del P.I.	I	C	R
Monitoraggio dei dati	I	I	R
Redazione audit periodici e report finale	R	I	I
<b>ATTIVITÀ (b)</b>			
<b>Monitoraggio Cartella Clinica PG11</b>			
<b>INDICATORE:</b> verifica a campione delle cartelle di ricovero di degenza			
<b>STANDARD:</b> esaminare il 15% del totale delle cartelle (in ragione di quanto richiesto dal Noc) di ricovero al fine di valutare la diagnosi d'ingresso, l'appropriatezza del setting e la rispondenza alla PG11			
<b>FONTE:</b> NOC, Distretto Sanitario 17/19, Direzione di struttura e Direzione sanitaria			
<b>SCADENZA:</b> 31/12/2025			



Piccola Casa della Divina Provvidenza COTTOLENGO TRENTOLA DUCENTA	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT</b>	<b>PARM</b> Rev.02 del 25.03.2025
---	--------------------------------------	---

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
<b>AZIONE</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>AS</b>	
Selezione e raccolta delle cartelle della RSA	I	R	C	
Monitoraggio dei dati (alla presenza del Resp. Area Inferm)	I	R	C	
Redazione report finale (approvato dalla direzione di struttura)	I	I	I	
<b>ATTIVITÀ (c)</b>				
<b>Promozione ed esecuzione di attività di audit clinico e/o organizzativo nelle strutture</b>				
<b>INDICATORE:</b> realizzazione di audit				
<b>STANDARD:</b> eseguire almeno 6 azioni di audit organizzativi e almeno 4 audit clinico nell'anno e redazione di altrettanti report entro la fine del 2025				
<b>FONTE:</b> RSQ, Risk Manager, Direzione di struttura e Direzione sanitaria				
<b>SCADENZA:</b> 31/12/2025				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
<b>AZIONE</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>DS</b>	<b>COMITATO RISK</b>
Progettazione/esecuzione audit esterni	R	R	C	C
Verbale finale	R	R	C	C
Progettazione audit interni/ esecuzione	I	R	R	C
Verbale finale	I	R	R	C
<b>ATTIVITÀ (d)</b>				
<b>Definire un set di indicatori per il monitoraggio del rischio di infezioni correlate all'assistenza</b>				
<b>INDICATORE:</b> monitoraggio infezioni correlate all'assistenza n. operatori addetti all'assistenza diretta sugli ospiti che partecipano alla formazione base sulle "lesioni da decubito" sul totale degli operatori				
<b>STANDARD:</b> definizione degli indicatori (schede allegato alla procedura PO 04 e PO 07)				
<b>FORMULA:</b> N. piaghe insorte internamente alla struttura / N. piaghe totali / x 100 N. piaghe insorte esternamente alla struttura / N. piaghe totali / x 100 N. piaghe guarite / N. piaghe insorte / x 100  N. infezioni urinarie internamente alla struttura / N. ricoveri i totali / x 100 N. infezioni urinarie insorte esternamente alla struttura / N. ricoveri esterni totali / x 100 N. infezioni urinarie guarite/ N. infezioni insorte / x 100				
<b>FONTE:</b> Direzione Sanitaria e Area Infermieristica				
<b>SCADENZA:</b> 31/12/2025				

Piccola Casa della Divina Provvidenza COTTOLENGO TRENTOLA DUCENTA	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT</b>	<b>PARM</b> Rev.02 del 25.03.2025
---	--------------------------------------	---

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>AZIONE</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>COMITATO RISK</b>
Definizione indicatori	R	R	R
Realizzazione strumenti di monitoraggio: verifica da cartella	R	R	R
<b>AZIONE</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>COMITATO RISK</b>
Monitoraggio dei dati (alla presenza del Resp. Area Inferm)	R	C	I
Elaborazione indicatori	R	R	I

<b>OBIETTIVO 3: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE</b>			
<b>ATTIVITÀ</b>			
Realizzazione di eventi formativi in merito alla sicurezza sul lavoro (DLgs 81/08), prevenzione delle cadute, aggressione fisica e verbale nell'ambito lavorativo e assistenziale ( <i>considerato il setting assistenziale e le richieste d'inserimento pervenute dai distretti sanitari per ospiti con patologie psichiatriche</i> ).			
<b>INDICATORE:</b> personale formato/TOT. Personale			
<b>STANDARD:</b> 50% di personale da formare			
<b>FONTE:</b> RSPP, RSQ, Direzione sanitaria e di struttura			
<b>SCADENZA:</b> 31/12/2025			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>AZIONE</b>	<b>RSQ</b>	<b>DS</b>	<b>COORD. RIS. UMANE</b>
Pianificazione Progetto formativo	I	R	C
Distribuzione convocazioni	i	r	C
Verbale formazione (redatto dal formatore)	I	R	I

## 9.0 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT

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

- Invio alla Direzione Assistenza (Torino);
- Pubblicazione sul sito internet <https://assistenza.cottolengo.org/campania/trentola-ducenta/>;
- Condivisione del documento con il Comitato Risk Management;
- Iniziative di diffusione a tutti gli operatori attraverso momenti di partecipazione a corsi di formazione mirati.

## 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 sito grafici consultati per la redazione del documento inerenti la gestione del rischio clinico:

- Ministero della Salute "Risk Management e Qualità in sanità – il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- Raccomandazioni ministeriali applicabili 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](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&me)

Piccola Casa della Divina Provvidenza COTTOLENGO TRENTOLA DUCENTA	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT</b>	<b>PARM</b> Rev.02 del 25.03.2025
---	--------------------------------------	---

- 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).